

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

**Podávání informací o prevenci pohlavních chorob v primární
gynekologické péči**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE
2007**

Vedoucí práce:
Mgr. Vlasta Koudelková R. N., R. M.

Autor:
Jaroslava Hanušová

ABSTRACT

Infectious diseases are one of the most common visit at the gynaecologist's outpatients. This fact directly relates with the sexually transmitted diseases (STD). These are diseases transmitted by sexual intercourse. The increase is bringing many medical, economic and social problems. Severity of the STD and infections in gynaecology is very well known and so we have to take a special attention. It is a duty of all medical workers to educate women about the danger and possible prevention of the diseases. On the other side every woman should take own responsibility of her health.

In the opening theoretical section there are finding about primary prevention of STD and sexual behaving of adolescents. There is mentioned importance of safe sex and the consequences of risk behaving. The paper includes epidemiology of STD in the Czech republic and are mentioned physician's duties in diagnosis.

The research was done by the anonymous questionnaires identified to the students of the grammar schools and training centres in Ceske Budejovice and to women coming to the OPD in District hospital in Havlickuv Brod.

The aim was to get the level in knowing of the students about STD prevention than to get the range of information given in primary care and get the influence of education and gender of safe sex basics.

90 student s of grammar schools and 68 students of training centres took part in the research. The students groups were compared according to the knowledge of STD and the prevention of it. Among women from OPD the author checked the influence of education on keeping rules of safe sex and if the women are well informed about STD ant the prevention.

There were 4 hypothesis. The first one was unconfirmed-“level of informedness of students about STD prevention is not satisfactory”. The second one “informedness of training centres students is not satisfactory” was unconfirmed too. The third one “women coming to the primary gynaecological care are not informed about STD and its prevention” was confirmed. The fourth one “education has got influence on keeping safe sex rules” was unconfirmed.

Results showed that the information given about prevention of STD in primary gynaecological care are not satisfactory. Study pointed out the importance of preventive programs, complex and systematic education, sexual education at schools and further education among women and adolescents.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

Datum 3. září 2007

.....

Podpis

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce paní Mgr. Vlastě Koudelkové R. N., R. M. za její čas, ochotu a cenné rady při zpracování bakalářské práce. Její vedení a pomoci si velmi vážím.

OBSAH

Úvod	8
1. SOUČASNÝ STAV DANÉ PROBLEMATIKY	9
1.1 Historie pohlavních chorob	9
1.2 Primární prevence sexuálně přenosných onemocnění	10
1.2.1 Edukace dospívajících o problematice sexuálně přenosných onemocnění ..	11
1.2.2 Zdroje informací dospívajících z oblasti sexuální výchovy	11
1.2.3 Sexuální chování dospívajících	12
1.3 Bezpečný a rizikový sex	12
1.3.1 Bezpečný sex	12
1.3.1.1 Bezpečné sexuální chování	13
1.3.2 Rizikové chování.....	14
1.3.2.1 Faktory snižující riziko nákazy pohlavně přenosnými chorobami	14
1.3.2.2 Riziko při obvyklých erotických praktikách	14
1.4 Původci sexuálně přenosných onemocnění	15
1.4.1 Epidemiologie sexuálně přenosných onemocnění v ČR.....	16
1.4.1.1 HIV – AIDS.....	16
1.4.1.2 Syfilis.....	16
1.4.1.3 Kapavka	17
1.4.1.4 Ostatní pohlavní nemoci.....	17
1.5 Povinnosti lékaře při diagnostice pohlavní choroby	18
1.6 Sexuálně přenosná onemocnění	18
1.6.1 Kapavka.....	18
1.6.2 Syfilis.....	22
1.6.3 Ulcus molle (chankroid)	26
1.6.4 Granuloma inguinale.....	26
1.6.5 Lymphogranuloma venereum.....	28
1.6.6 HIV (Human Immunodeficiency Virus)	29
1.6.7 Sexuálně přenosné virové hepatitidy	32
1.6.7.1 Virová hepatitidy B.....	32
1.6.7.2 Virová hepatitida C	34

1.6.8 Papillomavirové infekce	35
1.6.9 Genitální herpes.....	37
1.6.10 Chlamydiové infekce	39
1.6.11 Trichomoniáza	41
1.6.12 Pediculosis.....	42
1.6.13 Scabies.....	43
1.6.14 Molluscum contagiosum.....	45
1.6.15 Mykoplasmatické infekce	46
1.7 Práce porodní asistentky na gynekologicko-porodnickém oddělení.....	47
1.7.1 Ošetrovatelská péče u ženy se zánětlivým onemocněním pohlavních orgánů	47
1.7.2 Ošetřování ženy při hospitalizaci	48
1.7.3 Psychosociální potřeby ženy postižené zánětlivým onemocněním pohlavních orgánů.....	48
1.8 Ošetrovatelské diagnózy související se zánětlivým onemocněním pohlavních orgánů.....	49
2. CÍLE A HYPOTÉZY.....	51
2.1 Cíle práce	51
2.2 Hypotézy práce	51
3. METODIKA PRÁCE	52
3.1 Použité metody sběru dat	52
3.2 Charakteristika souboru	53
4. VÝSLEDKY VÝZKUMU	54
4.1 Studenti učilišť a středních škol.....	54
4.2 Výsledky výzkumu u ambulantních pacientek	75
5. DISKUSE	83
6. ZÁVĚR.....	98
7. SEZNAM UŽITÝCH ZDROJŮ.....	100
8. KLÍČOVÁ SLOVA.....	105
9. PŘÍLOHY	106

Úvod

Toto téma bakalářské práce jsem si vybrala proto, že se domnívám, že v gynekologických ambulancích se málo podávají informace o prevenci pohlavních chorob. Myslím, že každá žena by při předepisování hormonální antikoncepce svým gynekologem měla být poučena o tom, že hormonální antikoncepce chrání pouze před nechtěným otěhotněním, nikoli však už před nákazou sexuálně přenosných chorob.

Domnívám se, že dříve se lidé báli převážně nechtěného otěhotnění než nákazy pohlavní chorobou, protože nebylo tolik dostupných prostředků k ochraně před početím, a proto nebyli tolik promiskuitní.

V dnešní době je totiž dospívající mládež mediálně masírována různými časopisy, televizí, reklamou a v neposlední řadě i chováním našich předních politiků. Pak sex nabývá dojmu konzumního charakteru a rané zahájení sexuálního života je považováno za normální (Sak, P., 2000) (37).

Dále si myslím, že by měl být vyzvednut do popředí význam chlamydiové infekce. Teenagerům jsou totiž při sexuální výchově sdělovány ve škole jen informace o klasických pohlavních chorobách jako je kapavka a syfilis. Mají povědomí jen o jejich výskytu, ale už ne o jejich příznacích nebo dokonce komplikacích. Právě chlamydiová infekce je jednou z nejzávažnějších pohlavních nemocí u dívek, jednak z důvodů velkého rozšíření mezi sexuálně aktivní mládeží a jednak pro její často zcela nenápadný průběh (37). Jejich neléčení se pak promítá v oblasti reprodukce, protože je jedním z faktorů příčiny sterility.

Závažnost sexuálně přenosných infekcí a gynekologických zánětů je zřejmá, proto musí být jejich prevenci věnována patřičná pozornost. Je povinností všech zdravotních pracovníků řádně ženy poučit o nebezpečí a prevenci těchto chorob. Zároveň je však povinností každé ženy dbát o své zdraví.

1. SOUČASNÝ STAV DANÉ PROBLEMATIKY

1.1 Historie pohlavních chorob

Již v dávných dobách se vyskytovaly pohlavní choroby. Např. v Číně v r. 2736 př.n.l. se pokoušeli léčit projevy syfilis rtutí. Také v oblasti Blízkého východu věděli, že výtok z močové trubice se přenáší pohlavním stykem, a proto rituální obřízka měla nejspíše hygienický a epidemiologický význam.

Spisy Alexandrinovy a Flaviovy zase vypovídají o nakažlivých pandemiích, kdy jsou popisovány příznaky kapavky, syfilis, venerického granulomu a lepry.

Zmínky o pohlavních chorobách jsou ze starého Řecka nepřesné a nejasné. Jako první použil slova gonorrhoea Galenos.

Ve středověku byl sex tabuizován a tím bylo také bráněno lékařům ve vědeckém vývoji (41).

Stále jsou však nedořešené spory týkající se výskytu syfilis v Evropě před objevením Ameriky 12. října 1492. Zastánci této teorie poukazují na výskyt některých příznaků na dochovaných obrazech a sochách. V roce 1499 je syfilis popisována i v Praze. Název tato nemoc získala až r. 1530, kdy ho použil Girolamo Fracastora ve své básni. Oficiálně se název začal používat mnohem později (41).

„R. 1879 Neisser ve Vratislavi určuje gonokoka, původce kapavky, r. 1882 McLeod popsal granuloma venerum, r. 1889 Ducrey původce ulcus molle. Nicolas Favre r. 1913 popsal lymphogranuloma venereum. V r. 1905 Dr. Fritéz Schaudinn a Dr. Erich Hoffmann objevili původce syfilis treponema pallium a o rok později za tento objev obdrželi Nobelovu cenu“ (41, s. 341).

Také neméně historicky zajímavé jsou léčebné postupy. V 19. století se k léčbě syfilis používal jód, jak ve formě perorální, tak i injekční. R. 1906 objevili Ehrlich a Hata arzenobenzoly, které se používaly v léčbě syfilis ještě za 2. světové války. Od r. 1921 lues léčil také vizmutem (Alubi). Zvratem v léčbě syfilis bylo objevení penicilinu Flemmingem r. 1928. V praxi se však začíná využívat až v r. 1940. K léčbě lues jej vyzkoušel Mahoney v r. 1943. U nás se začíná používat až po 2. světové válce, kdy byl Penicilin poskytnut ze zásob americké armády.

Krátce po II. světové válce se u nás provedla ve světě zcela ojedinělá preventivní „akce PN“. V roce 1946 se provedlo sérologické vyšetření všech žen ve fertlím věku. Pozitivní lidé byli podchyceni a byly došetřeny kontakty a zdroje onemocnění. Proto v padesátých letech byla prakticky úplná likvidace čerstvých případů syfilis na našem území. I přesto, že je pozvolný nárůst onemocnění, počty již nikdy nedosáhly čísel, která se pozorují ve všech okolních státech Evropy.

Důležité je proto zachovávat preventivní sérologická vyšetření 2x během těhotenství, krevní a vyšetřování pupečnickové krve. Též důležitá je spolupráce a dodržování jednotného postupu a přístupů, provádění dispenzarizace, depistáže, včetně provázání všech pracovišť tj. celé venerologické sítě a spolupracujících pracovišť. Jinak se setkáme s větším nárůstem STD a daleko vyššími morálními, sociálními a ekonomickými ztrátami (41).

1.2 Primární prevence sexuálně přenosných onemocnění

Primární prevence nemocí reprodukčních orgánů, správné sexuální chování a hygienické návyky jsou mnohými ženami stále podceňovány. Nedostatečná preventivní péče a zanedbání léčby prvních varovných příznaků vede k onemocněním reprodukčních orgánů, které se projeví jako záněty, onemocnění sexuálně přenosnými chorobami, změnami na děložním čípku nebo dokonce rakovinným bujením.

Ve druhé polovině 90. let proto vzniklo sdružení gynekologů nazvané „Medicus pro Femina“. Cílem tohoto sdružení je zlepšit prevenci nemocí v oblasti gynekologie a šířit mezi ženami osvětu (37).

V roce 1997 se uskutečnil výzkum mezi gynekology a mezi dospívajícími dívkami a mladými ženami v oblasti reprodukčního zdraví. Většina ženských lékařů, která se tohoto dotazníkového šetření zúčastnila, zjistila hlavní nedostatky v této oblasti. Za nejzávažnější důvod považují nedostatečnou péči žen o své zdraví, sexuální návyky, problémy v prevenci a zdravotní péči. Až na výjimky tyto lékaři považují prevenci a informovanost v oblasti reprodukčního zdraví za velmi potřebnou a nenahraditelnou (37).

1.2.1 Edukace dospívajících o problematice sexuálně přenosných onemocnění

Z preventivního hlediska patří mezi rozhodující faktory snižování rizika HIV a ostatních STD (sexually transmitted diseases) úroveň informovanosti o cestách šíření infekce a změna stereotypů v oblasti sexuálního chování. Informace musí podávat školený personál, který podává informace postavené na důkazech. V edukaci obyvatelstva by měla hrát pozitivnější roli i masmédiá. Kromě poučení o zodpovědném výběru partnera a významu věrnosti je nutné též konkrétně hovořit o správném používání kondomů a lubrikačních prostředků, o rizikových technikách sexuálního styku, orálně-genitálních praktikách a análních stycích (34).

Měly by být vytvořeny preventivní vzorové programy s ohledem na věk a vzdělání cílové skupiny. Je nutná komplexní a systematická edukace poskytovatelů preventivních programů (lékařů, psychologů, středního zdravotnického personálu, sociálních pracovníků a pedagogů). V sexuální výchově se musí doplňovat rodina a škola. Lidé, kteří jsou o sexu včas a otevřeně poučeni, se ve své sexuální praxi chovají zodpovědněji a racionálněji než ti nepoučení (34).

1.2.2 Zdroje informací dospívajících z oblasti sexuální výchovy

Zájem o informace z oblasti reprodukce člověka se zvyšuje v průběhu puberty. Informace se k dospívajícím dostávají z různých zdrojů: od rodičů, ve škole, z médií, z naučné literatury a od vrstevníků. Výhodou výchovy v rodině je systematická výchova přizpůsobena vývojovému stupni dítěte. Někteří rodiče se však stydí před svými dětmi o těchto záležitostech mluvit, nebo sami nemají dostatečné znalosti. Dospívající (dívky i chlapci), by měli být pro tuto funkci, jak jednou hovořit se svými dětmi, vzděláni (37).

Škola má jako jeden ze svých úkolů výchovu ke zdravému životnímu stylu a v jejím rámci i sexuální výchovu. Výhodou informací podávaných ve škole je věcnost, odbornost a řazení učiva do biologických, psychologických a sociálních souvislostí.

Ukázalo se, že nejvýznamnějším zdrojem informací jsou vrstevníci. Teprve na dalším místě jsou média a populárně naučná literatura. Informace od kamarádů však mohou být zkreslené a zavádějící (37).

1.2.3 Sexuální chování dospívajících

V pubertě se u části dospívajících rozvíjí touha po sexu. Ta se prosazuje zejména u těch mladistvých, u nich výchova nevytvořila schopnost sebeovládání a nevytěžovala smysl pro odpovědnost. Také je posilována společenským tlakem vrstevníků a snahou se jim vyrovnat. Zahájení sexuálního života před dosažením dospělosti sebou přináší četná rizika.

Výzkum sexuálního života dívek uskutečněný Ústavem pro matku a dítě v Praze-Podolí (1993), ukazuje, že 15 % dívek má první pohlavní styk před 15. rokem života. Rizikovost prvního pohlavního styku je zesílena ještě tím, že jenom u 30 % případů byl použit kondom.

Dospívajícím je třeba stále sdělovat, že pohlavní styk nepatří k normě životního stylu v tomto věku a styk s osobou mladší 15 let je dokonce trestný. S těmito preventivními požadavky má včas seznamovat sexuální výchova (37).

1.3 Bezpečný a rizikový sex

Sex má dvě hlavní funkce – umožňuje rozmnožování, ale také dosahování příjemných pocitů. Měl by vést k uspokojení a prohloubení vztahu. Když se však k sexu přistupuje nezodpovědně a bez dostatečných znalostí, může se stát zdrojem nákazy nebezpečnými chorobami nebo způsobit nechtěné těhotenství (12).

1.3.1 Bezpečný sex

Bezpečný sex zahrnuje opatření, která zabraňují tomu, aby do vlastního těla nebo těla partnera pronikla krev, sperma nebo vaginální sekret a došlo k přenosu pohlavně přenosných chorob nebo k nechtěnému těhotenství.

Nejúčinnější a nejbezpečnější prevencí pohlavně přenosných chorob je sexuální abstinence. Za bezpečné lze považovat i intimní vztah se stálým partnerem, který nemá žádnou pohlavně přenosnou chorobu (12).

1.3.1.1 Bezpečné sexuální chování

Bezpečné sexuální chování znamená přijetí takových opatření, která vedou ke snížení rizika přenosu pohlavně přenosných chorob. Pod bezpečným sexuálním chováním se rozumí:

Sexuální abstinence - je to nejjistější způsob prevence pohlavně přenosných chorob. Pro většinu lidí je však pochopitelně neakceptovatelná.

Monogamní vztah – v současné společnosti je nejpřijatelnějším preventivním opatřením. Nicméně věrní a monogamní partneři mohou být nakaženi od svých partnerů. Jejich partner se mohl například nakazit při nitrožilní aplikaci drog, nemusel být monogamní nebo se nakazil od jiné osoby ještě před vytvořením současného monogamního vztahu, aniž by o tom věděl.

Znalost partnera – před vytvořením sexuálního vztahu je dobré se ujistit, že partner nemá žádnou pohlavní chorobu.

Používání prezervativu – výrazně snižuje pravděpodobnost nákazy pohlavně přenosnými chorobami. Musí se však správně používat, protože je důležité zabránit kontaktu s krví, vaginálním sekretem a ejakulátem. Používání prezervativu není 100% prevencí přenosu sexuálně přenosných chorob.

Vyhýbání se sexuálnímu dobrodružství pod vlivem alkoholu – nadměrné pití alkoholu a užívání drog zhoršuje možnost komunikace s partnerem, tím může dojít ke snížení opatrnosti. To může vést k výběru rizikového partnera a k nedodržování základních preventivních opatření.

Zodpovědnost – člověk, který je nakažený virem HIV nebo nemocný AIDS nesmí darovat krev, plasmu, orgány ani sperma. Z morálního, etického i právního hlediska by měl upozornit každého potenciálního sexuálního partnera na to, že je HIV pozitivní. Musí dodržovat všechna preventivní opatření, aby se předešlo dalšímu rozšíření nemoci.

Zodpovědnost při otěhotnění – ženy, které trpí pohlavně přenosnými chorobami, by si měly uvědomit, že při otěhotnění je velké riziko přenosu nemoci na plod nebo může dojít k jeho vážnému poškození. Lékařská pomoc je pak vždy nutná (12).

1.3.2 Rizikové chování

Za rizikové chování můžeme považovat všechny sexuální praktiky, které zvyšují nebezpečí přenosu pohlavně přenosných chorob. Za rizikové můžeme považovat sex s více partnery, vztah s partnerem trpícím pohlavně přenosnou chorobou, sex s neznámým člověkem, užívání drog nebo alkoholu ve společnosti sexuálně promiskuitních lidí, promiskuita, praktikování análního sexu bez náležité ochrany a sexuální vztah s partnerem užívající nitrožilně drogy (12).

1.3.2.1 Faktory snižující riziko nákazy pohlavně přenosnými chorobami

Kromě sexuální zdrženlivosti, masturbace, monogamního vztahu a používání kondomu je v prevenci sexuálně přenosných chorob účinná otevřená komunikace s partnerem, upřímně sdělovat partnerovi to, co se vám v sexu líbí a naopak. To je třeba sdělit ještě před začátkem intimního vztahu. V případě jakéhokoli poranění v oblasti genitálií nebo v ústech je důležité vždy používat prezervativ. Důležité je také omezit náhodné anonymní sexuální styky s partnery, které jsou z hlediska přenosu pohlavních chorob nejrizikovější. Před sexem neužívat drogy ani alkohol, protože odbourávají zábrany a zvyšují tak možnost rizikového sexu (12).

1.3.2.2 Riziko při obvyklých erotických praktikách

Líbání – zatím neexistuje žádný vědecký důkaz, že se HIV přenáší líbáním. Sliny nejsou tekutinou transportující virus, a i kdyby v nich byly nějaké virové částice, nebylo by jich dostatečné množství pro vznik infekce. Jakékoli poranění v ústech však může vést ke vzniku mnoha různých infekcí.

Orální stimulace konečníku je velmi riziková sexuální praktika, při níž může dojít k přenosu HIV, hepatitidy typu B a jiných pohlavně přenosných infekcí. Je nutné dodržovat hygienická opatření. Konečník musí být čistý, umytý, bez poranění a při doteku nesmí bolet.

Erotické pomůcky musejí sloužit jen k osobnímu užití. Pokud se používají k penetraci, doporučuje se současně používat kondom a lubrikační gel na bázi vody.

Anální sex je velmi rizikový. Aby se snížilo riziko přenosu viru HIV je nutné použít prezervativ. Při vsunutí prstu do konečníku riziko přenosu pohlavní choroby nehrozí, pokud je kůže na prstech bez poranění. Tato metoda vyžaduje použití lubrikantu. Při použití latexových rukavic se riziko poranění konečníku a přenosu infekce snižuje na minimum.

Masturbace je jedna z nejbezpečnějších sexuálních praktik. Hlavním zdrojem vzrušení jsou sexuální fantazie, ale mohou se použít i různé erotické pomůcky.

Orální sex je méně nebezpečný než vaginální, pokud při něm nedojde k ejakulaci do úst. Při orálním sexu se prokázalo jen málo případů přenosu, proto přetrvává názor, že je riziko nízké. Na toto téma však neexistuje věrohodná studie.

Prostituci, neboli sexuální služby za peníze, podle odhadů ministerstva vnitra v roce 2000 v České republice nabízelo asi 11000 osob, z toho asi 5000 na ulici a 6000 v nevěstincích. Nejrozšířenější je při státních hranicích s Německem a Rakouskem a na mezinárodních silničních tazích do Polska a v Praze. Hlavní rizika prostituce vycházejí ze sexuální promiskuity. Jde především o nežádoucí a nechtěné otěhotnění a sexuálně přenosné choroby (12).

1.4 Původci sexuálně přenosných onemocnění

Problematika sexuálně přenosných nákaz je velmi dynamická, nelze ji proto omezovat jen na klasické pohlavní nemoci.

Sexuálně přenosné nemoci můžeme dělit podle různých aspektů. Podle způsobu přenosu je možné nemoci rozdělit na infekce šířené téměř výhradně pohlavním stykem (klasické pohlavní choroby) a na infekce šířené převážně pohlavním stykem.

Mezi klasické pohlavní choroby patří: syfilis, kapavka, měkký vřed, čtvrtá pohlavní nemoc (granuloma venereum) a pátá pohlavní nemoc (lymphogranuloma venereum).

Mezi infekce šířené převážně pohlavním stykem patří: bakteriální infekce – chlamydiové infekce a urogenitální nekapavčité infekce (streptokoky, stafylokoky, enterokoky, gramnegativní aerobní a anaerobní bakterie), dále infekce vyvolané prvoky,

mykotické infekce, virové infekce, ektoparazitární a infekce vyvolané L-organismy (Mykoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum) (33).

1.4.1 Epidemiologie sexuálně přenosných onemocnění v ČR

Epidemiologie se zabývá studiem příčin, vzniku a zákonitostí šíření infekčních chorob, jejich prevencí, a likvidací v lidské populaci (15).

1.4.1.1 HIV – AIDS

V České republice je k 31. červenci 2006 registrováno celkem 891 případů infekce HIV. U 202 případů z nich bylo diagnostikováno rozvinuté onemocnění AIDS. Nejvíce exponovanou populační skupinou jsou muži, kteří mají sex s muži (55,6 %), četnost infikovaných žen se pohybuje kolem 22 %. Vertikální přenos byl zaznamenán ve 4 případech (33).

V roce 2005 bylo v České republice provedeno celkem 855 010 vyšetření na přítomnost virové infekce HIV. Bylo zachyceno 90 nových případů HIV/ AIDS. Vzrůstající trend začal v roce 2004 a pravděpodobně bude i pokračovat. Lidé mají totiž menší strach z nemoci díky informacím o nových lécích a navíc polevíli z preventivních aktivit. Lidé infikováni HIV virem jsou léčeni v AIDS centru FN Na Bulovce(33).

1.4.1.2 Syfilis

K největšímu počtu nárůstu počtu případů syfilis došlo mezi rokem 1990 – 2001. Mezi těmito lety vzrostl počet nových infikovaných z 164 případů na 1376 případů. Počet případů syfilis se pomalu snižuje na 523 onemocnění hlášených v roce 2005. Vzestup pohlavních nemocí je dáván do souvislosti především s otevřením hranic mezi státy s výrazně rozdílnou ekonomickou situací a následným rychlým nástupem prostituce. Prvenství si udržují severní Čechy, hlavní město Praha a západní Čechy (33).

1.4.1.3 Kapavka

V roce 2005 byl počet hlášených gonokokových infekcí 859 případů. Tento trend však neodpovídá realitě a může být způsoben léčbou bez cíleného venerologického vyšetření, bez dispenzarizace, povinného hlášení, vyšetření sexuálních partnerů, změnou virulence původce kapavky nebo samoléčbou.

Kapavka se snáze diagnostikuje u mužů než u žen. Ženy jsou tak po rizikovém pohlavním styku náchylnější k získání gonokokové infekce a je jich diagnostikováno méně, protože mají často asymptomatický průběh onemocnění a jejich potíže se přičítají jiným gynekologickým výtokům. Při promiskuitním způsobu života se tyto ženy stávají rezervoárem infekce (34).

1.4.1.4 Ostatní pohlavní nemoci

„Registr ostatních pohlavních nemocí je řízen MZ ČR, prostřednictvím hygienické služby zajišťuje a kontroluje naplnění zákona 258/2000 Sb. O ochraně veřejného zdraví, vyhlášky MZ ČR č. 195/2005 o předcházení, vzniku a šíření infekčních onemocnění a směrnice 30/1968 věstníku MZ o opatřeních proti pohlavním nemocem ve znění pozdějších předpisů“ (33, s. 425).

Z povinně hlášených pohlavních nemocí se na území ČR od roku 1990 vyskytuje jen syfilis a gonorea. Nebyl zatím hlášen případ ulcus molle ani granuloma inguinale.

V rámci komplexního přístupu k diagnostice STD je častěji jako původce urogenitálních fluorů diagnostikována chlamydiová infekce. Stává se tak lepším monitorem rizikového sexuálního chování než kapavka. Chlamydiová infekce však nepodléhá povinnému hlášení, proto nejsou známa epidemiologická data týkající se incidence v České republice. Screening chlamydiální infekce hlavně u rizikových skupin by byl velmi žádoucí (33).

1.5 Povinnosti lékaře při diagnostice pohlavní choroby

Lékař poučí pacienta o charakteru onemocnění a poučení si nechá podepsat. Je povinen provést depistážní šetření. Nemocný nakažený pohlavní chorobou se musí podrobit léčbě a dalším kontrolám. Z evidence může být vyřazen pouze tehdy, má-li negativní sérologická vyšetření a klinické nálezy. Nemocný nesmí pohlavní chorobou ohrozit další osoby. Samozřejmě se na veškeré údaje o pohlavních nemocech vztahuje povinná lékařská mlčenlivost.

Každý lékař, který diagnostikuje onemocnění má povinnost vyplnit a odeslat hlášení o pohlavní nemoci. Současně také onemocnění hlásí příslušná laboratoř. Zdůrazňuje se mezioborová medicínská spolupráce (dermatovenerologie, gynekologie, infekční lékařství, epidemiologie, sexuologie) (4, 10).

1.6 Sexuálně přenosná onemocnění

1.6.1 Kapavka

Kapavka je bakteriální infekční onemocnění vyvolané gram negativním diplokokem *Neisseria gonorrhoeae*. Vyskytuje se na sliznicích urogenitálního traktu, anální oblasti, hltanu a spojivce. Vzestupné infekce mohou způsobit sterilitu, hematogenní rozsev pak způsobuje diseminovanou gonokokovou infekci (31).

Kapavka je čtvrtou nejčastější sexuálně přenosnou chorobou (STD) po chlamydiové infekci, trichomonáze a genitálních bradavicích. Ve světě ročně onemocní více než 60 miliónů osob. V České republice se počty hlášených onemocnění vyskytují zhruba kolem 1000 za rok. A však čísla určitě neodpovídají skutečnému množství nakažených osob. Nejvíce je postižena věková skupina od 10 do 29 let věku.

Jediným hostitelem *Neisseria gonorrhoea* je člověk. Nemocí se lze nakazit přímým kontaktem sliznic, nejčastěji při pohlavním styku nebo během porodu. Inkubační doba bývá 1-6 (-14) dnů.

Gonokoky se mohou vyskytovat v oblasti cervixu, rekta, uretry a spojivky, protože mají afinitu k cylindrickému epitelu. Nepostihují dlaždicový epitel. NG adhezuje na povrch buněk, zejména na ty, které produkují hlen.

Kapavka se nejčastěji prokazuje v mikroskopickém preparátu a kultivací. Stěry se provádí z uretry a cervixu, popřípadě z rekta, faryngu, event. spojivky. Gonokoky jsou náchylné na zevní vlivy. Mimo tělo hynou do 1-2 hodin (31).

Mezi mikroskopická vyšetření patří barvení metylénovou modří a barvení podle Grama. Při barvení preparátu metylénovou modří (dle Lofflera) se sekret nanese v tenké vrstvě na podložní sklíčko, fixuje se teplem a obarví se metylénovou modří. Objevují se hojně leukocyty s intraleukocytárním párovým uložením ve shlucích. To je typické pro gonokoky.

Barvení podle Grama umožňuje rozlišení gramnegativních (červených) a grampozitivních (modrofialových) koků. Důkazem NG je přítomnost negativních diplokoků uvnitř leukocytů a typickou morfologií.

Kultivace je standardní vyšetření při průkazu gonokokové infekce. Provádí se tzv. čokoládovém agaru z lidské nebo zvířecí krve, která je defibrinovaná. Vykultivované kolonie gonokoků se identifikují barvením dle Grama. Při pozitivní kultivaci se zároveň provádí stanovení citlivosti na ATB.

Stále častěji se ke stanovení gonokoků používají metody (přímé testy), které jsou založeny na průkazu specifické DNA *Neisseria gonorrhoea* pomocí PCR (polymerázová řetězová reakce). Tyto testy jsou velice citlivé, specifické a rychlé. Jejich výhodou je i možná identifikace NG a *Chlamydia trachomatis* z jednoho odběru (31).

Sérologická diagnostika není určena pro rutinní diagnostiku gonokokové infekce. Používá se při podezření na komplikovanou či diseminovanou formu. V krvi se nachází zvýšený titr protilátek proti gonokokovým antigenům.

Onemocnění NG může probíhat asymptomaticky až u 80 % žen a méně než 10 % mužů.

Nejčastějšími místy vzniku infekce u urogenitální kapavky ženy jsou orificium uteri a cervikální kanál. U 70 – 90 % žen s gonorrhoidickou cervicitidou vzniká také

uretritida. Kapavka může u čerstvě infikované ženy probíhat zcela symptomaticky, kromě lehkého pálení při močení, občasné bodavé bolesti a hnisavého výtoku. Při současném postižení endometria se mohou objevit příznaky nepravidelného menstruačního krvácení jako je menorhagie a intermenstruační krvácení.

U mnoha infikovaných žen se při vyšetření nachází žlutý, až běložlutý výtok v cervikálním kanále, zarudnutí a otok cervixu, který může kontaktně krváčet. Někdy může být viditelný hnis i z uretry. Při zadržení sekretu v Bartoliniho žláze může vzniknout pseudoabsces, což je jedna z možných komplikací (31).

V graviditě může v souvislosti s infekcí dojít k předčasné ruptuře plodových blan, předčasnému porodu, chorioamnitidě a septickému abortu. Proto je nutné těhotné ženy vyšetřovat při první kontrole a u rizikových skupin i ve 36. – 38. týdnu gravidity.

Ascendentní forma gonokokové infekce se šíří z endometria a vejcovodů k ováriím a dále na pelviperitoneum. Klinicky se projevuje jako salpingitida, adnexitida, popřípadě jako infekce pánve a to až u 10 – 20% infikovaných žen (pelvic inflammatory disease – PID). Příznivé faktory pro šíření infekce představuje menstruace, porod nebo potrat. Ženy si stěžují na nevolnost, nauzeu, meteorismus, bolesti břicha nebo dyspareunii. Dále se může vyskytovat febrilie, tachykardie, leukocytóza a zvýšená sedimentace. Kapavčité salpingitida po sobě zanechává dlouhodobé následky jako je infertilita, extrauterinní gravidita a chronické bolesti podbříšku v důsledku srůstů.

Polovina žen s urogenitální formou kapavky má také infekci rektální sliznice. Vzniká v důsledku sekundární kontaminace genitálním traktem. Nejčastějšími klinickými projevy je anální pruritus, nejasné hemoroidální potíže, až rektální bolesti, tenezmy, pocit plnosti a obstipace. Někdy se může objevit i perianální erytém a výtok. Asymptomatická forma je častým zdrojem infekce (31).

Postižení hltanu (faryngální kapavku) u osob s urogenitální kapavkou nacházíme u 8 – 22% žen. Tento typ kapavčité infekce se přenáší orogenitálním stykem. Při diagnostice kapavky je proto vhodné provést i stěry ze zadní stěny hltanu a tonzil.

Kapavčitá konjunktivitida u dospělých nejčastěji postihuje jedno oko a vzniká při autoinokulaci u osob s urogenitální kapavkou. Projevuje se slzením, světloplachostí, pálením a svěděním. Komplikace se vyskytují častěji než u dětí.

Novorozenec může být postižen kapavčitou konjunktivitidou. Ke zvýšenému riziku nákazy kapavkou dochází při předčasné ruptuře vaku blan a při předčasném porodu. Příznaky akutní konjunktivitidy se projeví za 5 dní. Dochází k tuhému otoku víček, jejich bolestivosti, chemóze a hnisavé sekreci z oka. Víčka jsou obvykle pokryta krustami. Pokud se nezahájí včasná léčba může dojít k rozvoji sekundárního glaukomu až oslepnutí. Proto je u nás povinná profylaktická kredeizace.

Diseminovaná kapavčitá infekce se vyskytuje u 0,5 – 3% pacientů, kteří mají lokalizovanou formu kapavky. V klinickém obraze se projevuje typická triáda: nárazové febrilie, akutní polyartritida a kožní projevy. Diseminovaná infekce nejčastěji začíná artralgiemi a tendosynovitiidou (z. šlachové pochvy). Nejčastěji dochází k postižení kloubů ruky a kolen. Kožní změny napodobují poštípání blechou a jsou lokalizované nejčastěji na ruku v blízkosti kloubů (31).

Léčba kapavky přísluší do rukou venerologovi nebo jí řídí. Léčba je za zákona povinná a musí se jí podrobit všechny infikované osoby. Nekomplikované formy kapavky se léčí jednorázovou aplikací antibiotik. Jedná se většinou o penicilinová, cefalosporinová, makrolidová antibiotika a fluorochinolony (40). Při léčbě musíme pomýšlet na možnost smíšené infekce, především na kombinaci s chlamydiovou infekcí. Při souběžné infekci mohou přetrvávat obtíže ve formě postgonorrhoidické nespecifické uretritidy nebo cervicitidy.

Lékem první volby u nekomplikované urogenitální kapavky jsou cefalosporiny (cefixim 400 mg p. o. jednorázově, ceftriaxon 125 – 250 mg i. m. jednorázově). Alternativně lze také aplikovat fluorochinolony (ofloxacin 400 mg p. o. jednorázově, ciprofloxacin 500 mg p. o. jednorázově), aminocyklitoly (spektromycin 2g i.m. jednorázově) a aminoglykosidy (netilmicin 300 mg i.m. jednorázově). V ČR se k léčbě non-PPNG kmenů stále používají penicilinová antibiotika, která se používají i k případné jednorázové léčbě. Mezi penicilinová antibiotika patří prokain PNC G 2x 2,4 mil. j., který se podává jednorázově do každé hýždě u mužů a po dobu 3 dnů u žen, dále pak ampicilin 3 g p. o. také jednorázově podávaný (13).

U komplikovaných forem je vhodná hospitalizace nemocného a podávat výše uvedená antibiotika ve zvýšených dávkách (40).

Kapavka patří mezi pohlavní choroby, které podléhají ze zákona povinnému hlášení. Nemocný je poučeno chorobě, je mu zakázán pohlavní styk do posledního kultivačního vyšetření. Je provedena depistáž možných kontaktů a odesláno hlášení na pohlavní choroby. Před léčbou se provádí povinné vyšetření krve na syfilis a doporučuje se vyšetření na HIV. Důkazem vyléčení je negativní kultivační vyšetření provedené 3-7 dní po ukončení léčby. Provádí se ze všech infikovaných oblastí celkem 3x, nejlépe v odstupech týdne. U žen se doporučuje také provést kultivační vyšetření během menstruace. Za 3 měsíce, před ukončením dispenzarizace, se provádí opět kontrolní vyšetření na syfilis a HIV. Dle zákona je nutné vyšetření všech sexuálních partnerů (31).

1.6.2 Syfilis

Syfilis je chronické, sexuálně přenosné onemocnění, které je vyvolané spirochetou *Treponema pallium*. U nákazy syfilis bývá postižena kůže, sliznice i vnitřní orgány (11, 40).

Syfilis se získává pohlavním stykem a to v 95 % případů. Další způsob přenosu je krevní cestou – transfúzemi, placentární cestou. Vzácně se může nakazit zdravotní personál. Nákaza z kontaminovaných sklenic, sedátek WC a podobně prakticky neexistuje (11).

Syfilis můžeme rozdělit na získanou (aquisita) a vrozenou (connata).

Získaná syfilis má několik fází.

Primární stádium je charakterizováno vytvořením vředu s tuhou spodinou (ulcus durum). U žen bývá často lokalizován na děložním čípku, na malých a velkých labiích. Vředy se mohou lokalizovat i mimo genitálie (sliznice dutiny ústní, anorektálně, na prstech rukou a jinde). Neléčený vřed se zhojí i bez léčby přibližně za 8 týdnů, onemocnění však pokračuje dál.

Za 6 týdnů po infekci dochází ke zvětšení uzlin. Uzliny jsou tuhé konzistence a jsou volně pohyblivé proti spodině. Zduří podle lokalizace primárního vředu, takže mohou být postiženy uzliny malé pánve nebo uzliny tříselné (11).

Sekundární stádium syfilis je charakterizované generalizovanými kožními změnami, exantémy a slizničními projevy. V této době je syfilis už séropozitivní. Časným sekundárním projevem syfilis je diskretní exantém na trupu, který se zvýrazní při opakovaném předklonu. Později se tvoří na kůži celého těla hnědočervené makuly a papuly. Velmi typické je postižení dlaní a plosek nohou nahnědlými papulami, které nesvědí.

Mezi další projevy patří syfilitická angína, která může být doprovázena změnou hlasu. Typickými projevy tohoto stádia jsou condylomata lata. Jde o eflorescence, které mohou splývat a vytvářet ploché bradavičnaté výrůstky. Vznikají v místech vlhké zapádky. Toto stádium je velmi infekční !!! Dále se toto stádium může manifestovat alopecií, periostitidou, uveitidou nebo postižením mening, ledvin, jater a sleziny. Může dojít i k senzorické hluchotě.

Jestliže není zahájena léčba, kožní léze samy vymizí za 2-4 týdny. Mohou se objevovat i v dalších dvou letech. O této fázi onemocnění mluvíme jako o časně latentní syfilis. Později se již syfilis nemůže přenášet sexuálním kontaktem ani transplacentárně a přechází do pozdního latentního stádia (13).

Terciální stádium je charakteristické tvorbou specifických granulomů, které uvolňují sekret podobný arabské gumě, klovatině, proto „gumma“. Gumata mohou postihnout kůži, kosti, nos, hrdlo, jazyk. Mohou být postiženy i jiné vnitřní orgány. U 5 – 10 % nemocných dochází k postižení kardiovaskulárního systému. Vzniká aortální aneurysma, srdeční insuficience až srdeční selhání. U 5-10 % je postižen nervový systém (neurosyfilis). Nemocný je postižen generalizovanou parézou, pomateností a tabes dorsalis. Terciální stádium postihuje asi jednu třetinu neléčených a vzniká za 5-30 let po infekci (13).

Vrozená syfilis (syphilis connata) se nejčastěji přenáší intrauterinním způsobem. Plod se může nakazit v kterémkoli stupni těhotenství. Riziko infekce plodu závisí na množství spirochét u matky, na stádiu těhotenství, v kterém byl plod nakažen. Treponemy jsou schopny přestupovat přes fetomaternální bariéru ve všech stádiích. Nejčastěji se plod nakazí v primárním a sekundárním stádiu syfilis matky. Čím dříve v těhotenství přijde plod do kontaktu s infekcí, tím je poškození plodu větší. Infekce

plodu může skončit intrauterinní smrtí, potratem, předčasným porodem nebo se dítě narodí se známkami infekce. Infekce šest týdnů před porodem nemusí způsobit onemocnění plodu (13).

O časně kongenitální infekci mluvíme, když se novorozenec narodí se známkami nemoci, nebo když se projeví příznaky do dvou let života dítěte. Placenta je charakteristicky zvětšená, hydropická, křehká a edematózní. Může být přítomen i polyhydramnion. Postižení novorozenci mohou mít hepatitidu, splenomegálii, lymfadenopatii, anemii, makulopapulozní exantémy, kondylomata lata, laryngitidu s nebo bez pneumonie, periosteitidu, osteochondritidu, neurosyfilitidu. Na chodidlech a dlaních vznikají puchýře velikosti fazole. Na patách jsou plošné infiltráty, „lakové patičky“. V okolí úst se tvoří ragády, způsobující později jizvy (Parrotovy jizvy) (11, 13).

U dětí s pozdní kongenitální syfilis se po druhém roce života vytvoří tzv. Hutchinsonova trias. Jde o intersticiální keratitidu, soudkovité řezáky a senzorickou hluchotu. Mezi další typické příznaky patří šavlovité tibie, sedlovitý nos, huhňavá mluva, deformity lebky a gotické patro. Se syfilitickými novorozenci bychom se měli setkávat jen minimálně. Ze zákona je každé ženě, která navštěvuje prenatální poradnu, provedeno 2x za těhotenství sérologické vyšetření. Dále se z pupečnickové krve provádí screening na syfilis u všech novorozenců (13).

Diagnostika se provádí přímým průkazem původce nebo sérologickým vyšetřením. Přímý průkaz původce se provádí z projevů prvního a druhého stádia syfilis. Sekret z infekčních míst se vyšetřuje v temném poli (zástin). Jde o mikroskopické vyšetření nativního preparátu (11).

Sérologická vyšetření se dělí na nespecifické a specifické testy. Mezi nespecifické testy patří: BWR (Bordet-Wassermanova reakce), VDRL (veneral disease research laboratory), RPR (rapid plasma reagin) a RRR (rychlá reaginová reakce) (11, 40).

Tyto sérologické testy neprokazují protilátky proti treponemám, ale prokazují IgG a IgM protilátky proti kardiolipinu. Kardiolipin tvoří přibližně 10 % lipidů

přítomných v treponemách. Protilátky se pak následně tvoří jako odpověď na uvolněné lipidy z poškozených buněk hostitele.

Mezi specifické testy patří: TPHA (T. pallium hemaglutinační test), TPI (T. pallium imobilizační test), FTA-ABS (absorpční průkaz fluorescentními protilátkami), EIA (enzyme immuno assay) a PCR (polymerace chain reaction). PCR metoda bude používána v budoucnosti. Jde o detekci treponemové DNA v placentární tkáni. (LEVRET). Tyto testy prokazují protilátky proti antigenům treponem a potvrzují prodělání infekce v kterémkoli stádiu života. Testy zůstávají pozitivní po celý život a to i po léčbě (13).

„Lékem volby pro léčbu syfilis je penicilin. V časných stádiích syfilis (v primárním, sekundárním a časném latentním) je doporučována 10denní léčba prokain penicilinem 0,6 – 1,2 MU 1krát denně i.m., nebo benzathin-benzylpenicilin G 2,4 mil j. i.m. jednorázově do dvou aplikačních míst. Při alergii na penicilin se doporučuje podávat Deoxymykoin 2x100 mg po dobu 14 dnů, erytromycin 500 mg 4krát denně po dobu 14 dnů, nebo Ceftriaxon 250 mg i.m. 1krát denně po 10 dnů“ (13, s. 294).

Pozdní stádia syfilis vyžadují delší léčbu. Doporučuje se podávat benzathin-benzylpenicilin G 2,4 MU 1x týdně i.m. po dobu 3-5 týdnů, prokain penicilinu G 1,2 MU 1x denně i.m. po 30 dnů. Léčba neurosyfilis a kardiovaskulární syfilis je komplikovaná (13).

Při léčbě, zvláště počátečního stádia syfilis, se může objevit tzv. Jarisch-Herxheimerova reakce. Tato reakce je vyvolána uvolněním protizánětlivých cytotoxinů, které jsou odpovědí na hynoucí bakterie. Dochází ke zhoršení stavu a zvýšení teploty v prvních 12 až 24 hodinách po zahájení léčby. V těhotenství může tato reakce vyvolat děložní stahy nebo předčasný porod, proto se doporučuje při léčbě těhotných jejich hospitalizace (40).

1.6.3 Ulcus molle (chankroid)

Původcem měkkého vředu je gramlabilní (obvyčně gramnegativní) tyčka *Hemophilus Ducreyi* (7).

S nemocí se lze setkat spíše v rozvojových zemích. Přenáší se pohlavním stykem. Při získání infekce hraje i důležitou roli nedostatečná osobní hygiena.

Inkubační doba je přibližně 3-5 dnů. Do kůže se patogen obvykle dostává koitálním mikrotraumatem. Onemocnění začíná jako papula nebo vehikula, které rychle ulcerují. Vzniká bolestivý vřed se špinavým exudátem, který je silně citlivý na kontakt s močí. Vřed může být jediný nebo mnohočetný. Zánětlivý proces vytváří edém. Lymfadenitis nebo tvorba bubonů je častá. U muže je léze na penisu, ženy často léze pozorují na poštvěáčku nebo lábiích obvykle s mnohočetným výskytem (7).

Onemocnění je schopno samovolného vyléčení. K léčbě stačí vyčištění lézí mýdly a vodou. Zhnisané uzliny mohou prasknout a špatně se hojit. Mezi pozdní komplikace, které mohou nastat, patří jizvení, fimóza a lymfedém.

I když je onemocnění schopno samovolného vyléčení, léčíme je vždy antibiotiky. Doporučená terapie je jednorázové podání 1 g azitromycinu perorálně nebo 250 mg ceftiaxonu i.m., či podat erythromycin 500 mg po 6 hodinách po dobu 7 dní. Alternativně se doporučuje podávat amoxicilin v kombinaci s klavulanovou kyselinou 625 mg po 8 hodinách 7 dní nebo ciprofloxacin 500 mg po 12 hodinách 3 dny (40).

Péče o vředy spočívá v aplikaci vlhkých kompresivních obvazů. Fimóza se léčí chirurgicky (7).

1.6.4 Granuloma inguinale

Vedle názvu granuloma inguinale se také můžeme setkat s názvem Granuloma venereum, donovanosis. Granuloma inguinale je sexuálně přenosné onemocnění, které probíhá chronicky. Postihuje vulvu, perineum a inguiny (22, 40).

Onemocnění vyvolává bakterie *Calymmatobacterium granulomatis* (7). Vyskytuje se především v tropech a subtropích Jižní Indie, Číny, Nové Guiney, severní

Austrálie, střední Afriky a jižní Ameriky. Migrací obyvatel je onemocnění hlášeno v USA, Velké Británii, ale též v kontinentální Evropě. U nás se běžně nevyskytuje, ale patří k nemocem podléhajícím zákonným opatřením (22).

Onemocnění se přenáší sexuálním stykem u osob s nízkým stupněm hygieny a vysokou promiskuitou (22). Nemusí však jít jen o soulož jako takovou, důležitý je i kontakt anogenitální. Nemoc je schopna autoinokulace (7). Infekciozita je poměrně malá, původce se vyskytuje v endemických oblastech jako střevní parazit.

Inkubační doba je v rozmezí 1 – 10 týdnů. Onemocnění začíná jako nebolestivý pupínek velikosti 5 -15 mm lokalizovaný většinou na zevních genitáliích. U žen je nejčastěji lokalizován na malých stydkých pyscích, mons Veneris, uzdičce a asi 10 % lézí je na čípku. U mužů je lokalizován na žaludu a předkožce. Primární ložisko se pomalu zvětšuje. Během několika dnů snadno praskne, krvácí a mění se na vřed se zahrnutými nebo převislými okraji. Spodina vředu se později vyplňuje typickými granulacemi, které připomínají barvu hovězího masa. Nehojící se vřed se dále šíří, mnohdy podkožně, u mužů do třísel a u žen k řitnímu otvoru. Podkožní uzlíky snadno prasknou a krvácí. To je typické právě pro toto onemocnění. Onemocnění nepostihuje tříselné uzliny, může však napodobovat tzv. bubony a jiná onemocnění (7, 22).

Pokud se infekce neléčí, onemocnění progreduje a mutiluje. U mužů může dojít k destrukci penisu a u žen k elefantiáze lábií a rozsáhlé ulceraci perinea. Po vyléčení zůstávají často deformity a striktury.

K léčbě se používají tetracykliny, azitromycin, cotrimoxazol, chloramfenikol a gentamycin. Léčba musí trvat nejméně 3 týdny. Následné deformity a striktury se řeší chirurgicky. Onemocnění má sklon k recidivám, proto je nutná další dispenzarizace (7).

1.6.5 Lymphogranuloma venereum

Onemocnění se vyskytuje v jihovýchodní Asii, Africe a střední Americe. K přenosu dochází pohlavním stykem, ale je známa i nevenerická forma.

Původce onemocnění je *Chlamydia trachomatis* sérotypu L1, L2, L3. Tyto sérotypy jsou invazivnější a šíří se lymfatickým systémem.

Průběh onemocnění má tři stádia. První stádium onemocnění má inkubační dobu 1 – 3 týdny. Onemocnění se projevuje jako nebolestivý vřidek, u žen často lokalizovaný v pochvě, méně pak na vulvě nebo na čípku. Také bývá často přítomen hnisavý výtok (7).

V druhém stádiu se v oblasti třísel vytvoří bolestivá, většinou jednostranná, lymphadenopathie. Tyto projevy se objevují za 2-8 týdnů po prvním stádiu. Typickým nálezem je známka „žlábků“, která je způsobena poškozením uzlin nad a pod tříselným vazem. Uzliny mohou zhnisat a provalit se mnohočetnými píštělemi. Druhé stádium doprovází systémové příznaky jako jsou horečka, nevěle, myalgie, arthritida.

Třetí stádium se projevuje genitoanorektálním syndromem. Nemocný má horečku, trpí bolestmi, tenesmy, pruritem a hnisavým nebo krvavým průjmem. Často vznikají periproktální abscesy a píštěle. U žen se vytváří elefantiáza vulvy s vřídky, které secernují tekutinu (lymforeu). Infekce vyústí v otok zevních pohlavních orgánů a vede ke změně jejich tvaru (saxofonový penis) (7, 28).

Diagnostika je problematická. Opírá se o klinické příznaky, zvláště ve druhém stádiu. Z laboratorní diagnostiky je možná kultivace na tkáňové kultuře. Sérologická vyšetření (komplement fixační reakce) mají senzitivitu asi 80 %.

V léčbě se používá doxycilin nebo erytromycin. Terapie by měla trvat 3 týdny. K symptomatické léčbě patří samozřejmě úleva od bolesti. Píštěle a striktury vyžadují chirurgické ošetření (7).

1.6.6 HIV (Human Immunodeficiency Virus)

Nákaza virem HIV vede postupně k destrukci imunitního systému, jehož závěrečným důsledkem je syndrom získané imunodeficience. Ten je charakterizován výskytem některých onemocnění, mezi něž patří oportunní infekce, některé nádory, kachexie a encefalopatie (43).

AIDS byl rozpoznán v roce 1981 a již v letech 1983 se podařilo objevit původce onemocnění. Všechny případy onemocnění jsou centralizovány v ČR na Klinice infekčních onemocnění FN Bulovka (40, 43).

V Současnosti se virus šíří po celém světě. Většina infikovaných se nachází v rozvojových zemích. Nejvíce nakažených lidí se vyskytuje v subsaharské Africe. V roce 2000 WHO odhadovala, že virem HIV je celosvětově infikováno 13 milionů žen a 10 milionů dětí. V ČR bylo diagnostikováno k datu 31. 12. 2005 827 HIV pozitivních českých občanů a 237 cizinců (13, 43).

Původcem infekce je virus, který patří mezi RNA viry, čeledi Retroviridae. Existují dva typy: HIV – 1 a HIV – 2. Většinu onemocnění vyvolává převážně HIV – 1. (13).

HIV infekce se přenáší sexuálně, parenterálně a vertikálně, protože virus je přítomen v krvi, spermatu a vaginálním sekretu infikovaných osob. Podprahové množství viru nalezneme i ve slinách nebo slzách, ale tyto tělní tekutiny se v šíření viru neuplatňují. K přenosu HIV dochází snáze z muže na ženu než naopak (43).

Virus HIV má vysokou afinitu k imunokompetentním buňkám. Ty mají membránový znak CD4. Membránový CD4 receptor se převážně vyskytuje na T_H lymfocytech. V menší míře je receptor přítomen na povrchu monocytů, makrofágů, dendritických buněk, gliových buněk a pravděpodobně i na určitých buňkách endotelu a střevní sliznice (13).

Po propuknutí do buňky se virová RNA pomocí enzymu reverzní transkriptázy přepisuje do dvouřetězové DNA. Ta je začleněna do chromozomu hostitelské buňky. Přepisuje se genetická informace a hostitelské buňky začínají tvořit nové viriony. Každý den se vytvoří miliarda nových virových částic. Ty stále napadají nové CD4 buňky.

Nejprve zdánlivě vypadá, že mezi tvorbou a zánikem CD4 buněk je rovnováha. Postupem času začne převládat zánik nad tvorbou. Snižování CD4 lymfocytů přímo souvisí s pokročilostí onemocnění. Riziko vzniku oportunních infekcí a neoplazie je při poklesu buněk pod 200/ μ l. Během replikace viru se mohou objevit mutace v DNA kopiích, které mohou zapříčinit rezistenci k antivirové léčbě (13, 43).

Inkubační doba je obvykle 2-6 týdnů. Postup HIV infekce můžeme klasifikovat do několika kategorií.

Časné období (kategorie A) začíná obvykle pod obrazem chřipkového onemocnění zduřením lymfatických uzlin. Za 1-3 týdny onemocnění odezní a tím infekce vstupuje do několikaletého asymptomatického stádia. Laboratorně nejsou velké odchylky v krevním obraze. Nálezem je mírná lymfopenie, anémie a průběžný pokles CD4 lymfocytů (43).

Střední období (kategorie B) je charakterizováno výskytem některých oportunních infekcí (herpes zooster, soor, leukoplakie). Jedinec trpí dlouhotrvajícími průjmy a horečkou. Dále jsou přítomny periferní neuropatie a trombocytopenie. Relativně časnou známkou mírného imunodeficitu je výskyt recidivující vaginální kandidózy. Také se u žen ve zvýšené míře vyskytuje cervikální dysplazie, která může vyústit v karcinom děložního hrdla. HIV pozitivní ženy mívají častěji poruchy menstruačního cyklu. Zmenšování původně zduřelých lymfatických uzlin je prognosticky nepříznivé a signalizuje blížící se AIDS. Počet CD4 se pohybuje v rozmezí 200-500 buněk/ mm^3 (43).

Pozdní období (kategorie C) můžeme označit jako AIDS. Dochází zde k významnému poklesu imunitních funkcí. CD4 lymfocyty klesají pod 200 buněk/ mm^3 . Hlavní vyvolavatelé oportunních infekcí jsou cytomegalovirus a atypické mykobakterie. U rozvinutého onemocnění AIDS se mohou vyskytovat nejrůznější choroby jako je pneumonie, encefalitida, anální herpes, generalizovaná CMV infekce, salmonelová bakteriémie, tuberkulóza, Kaposiho sarkom, maligní lymfomy, karcinom děložního hrdla a jiné. Člověk v tomto stádiu je kachektický a podléhá oportunní infekci nebo nádorům.

Stanovení diagnózy může být obtížné. Na HIV infekci může upozornit některý z klinických projevů. Může to být herpes zoster, horečka nejasného původu, generalizovaná lymfadenopatie, recidivující bakteriální infekce, průjem, hubnutí, orální a vaginální kandidóza. Definitivní diagnóza je postavena na stanovení protilátek anti-HIV. Tyto protilátky jsou přítomny za 3 týdny až 3 měsíce po infekci. Při vyšetření buněčné imunity nalézáme hluboký pokles CD4 lymfocytů. Dále bývá nápadně vysoká sedimentace, mírná anémie, trombocytopenie, leukopenie a lymfopenie (43).

Základem léčby je antiretrovirová chemoterapie. Ta nejlépe potlačuje virovou replikaci a následně i průběh HIV. Zlepšuje celkový stav nemocného, působí na vzestup tělesné hmotnosti, snižuje výskyt oportunních infekcí, prodlužuje život, zvyšuje počet CD4 lymfocytů a snižuje virovou nálož. Dále je základem léčby profylaxe, léčba oportunních infekcí a péče o správnou výživu a životosprávu (13, 43).

Léky užívané v léčbě HIV můžeme rozdělit do tří skupin: nukleozidové inhibitory reverzní transkriptázy (NRTI), nenukleozidové inhibitory reverzní transkriptázy (NNRTI) a inhibitory proteinázy (PI). První dvě skupiny léků blokují reverzní transkriptázu a brání tak přepisu genetické virové RNA do DNA a jejímu začlenění do chromozomu hostitelské buňky. Inhibitory proteinázy zasahují do fáze kompletizace a maturace HIV, tvoří nekompletní virové partikule, které nejsou schopné napadat další buňky (13).

U HIV pozitivních žen se doporučuje přerušování těhotenství. Hrozí riziko přenosu infekce na plod a dále vyvstává otázka přežití matky a péče o zdravé dítě. Pokud nedojde k přerušování těhotenství, snažíme se minimalizovat rizika vertikálního přenosu infekce na plod. V těhotenství je proto aplikována antiretrovirová léčba. Pro snížení vertikálního přenosu volíme ukončení těhotenství primárním císařským řezem. Po porodu dítě užívá antiretrovirovou profylaxi 6 týdnů a je v pravidelných intervalech sérologicky vyšetřováno. Kojení je kontraindikováno (13, 43).

Prevence zahrnuje programy sexuální výchovy a propagaci bezpečného sexu, zdravotní výchovu u rizikových osob (narkomani, prostitutky), anonymní testování protilátek anti-HIV, protiepidemická opatření v nemocnicích, vyšetřování dárců krve, tkání, orgánů a spermatu a screeningové vyšetření protilátek v graviditě (43).

1.6.7 Sexuálně přenosné virové hepatitidy

Virové hepatitidy představují závažný celosvětový zdravotní problém. Nebezpečí těchto virových infekcí jater spočívá v tom, že vedou při chronické infekci k závažným onemocněním jako je jaterní cirhóza nebo rakovina jater.

Nejdůležitější původce virových hepatitid označujeme písmeny abecedy A-G. Můžeme je také rozdělit na dvě podskupiny podle způsobu šíření. Na hepatitidy přenosné fekálně-orální cestou (viry hepatitidy A a E) a na infekce šířící se především parenterální cestou (viry hepatitidy B, C, D, G). U parenterálně přenosných hepatitid dochází také k přenosu pohlavní cestou, proto se budeme v následujícím přehledu věnovat výhradně jim (46).

1.6.7.1 Virová hepatitidy B

Virus hepatitidy B (HBV) je DNA virus, který je z čeledi Hepadnaviridae. Virion je označován jako Daneho částice. V jeho genomu jsou rozlišovány 4 geny, které produkují různé antigeny, které sehrávají důležitou roli při diagnostice hepatitidy B u infikovaných osob (46).

Ve světě je virem HBV infikováno přibližně 350 milionů lidí. 75 % z nich žije v Asii. Ve světě každoročně v důsledku infekce zemře 1 milion lidí. Epidemiologicky nejohroženější skupina je v naší populaci v rozmezí 15-30 let. K onemocnění virovou hepatitidou B dochází častěji u rizikových skupin (zdravotníků, pacientů, narkomanů a promiskuitních osob). V ČR je v posledních 5ti letech hlášeno průměrně 800 případů onemocnění ročně (26, 46).

Nejčastěji se infekce šíří krevní cestou. Lze se tak nakazit při intravenózní aplikaci narkotik. K této cestě přenosu lze přiřadit i nákazu z předmětů kontaminovaných krví, mezi které patří zubní kartáčky, holicí strojky apod. Možný je i iatrogenní přenos při katetrizaci, endoskopických výkonech, stomatologických ošetřeních a při operacích. Dále se v přenosu uplatňuje sexuální aktivita heterosexuálních i homosexuálních párů. Významnou cestou šíření je i perinatální přenos (26).

Onemocnění mívá delší a těžší průběh než virová hepatitida A. Inkubační doba je přibližně 50-180 dní. Mimo gastrointestinální potíže jsou velmi časté příznaky chřipkové, kloubní, kožní a nervové. V důsledku postižení jater vzniká městnání žluči uvnitř jater (intrahepatální cholestáza). V krvi stoupá hladina bilirubinu, který se dostává do kůže a projevuje se typickým zežloutnutím kůže, bělma očí a nehtů. Stolice je světlá, zatímco moč má tmavou barvu. Onemocnění má tendenci k přechodu do chronicity (5-10 %) s případným vznikem cirhózy jater. Může vyústit až v hepatocelulární karcinom (18).

Při stanovování diagnózy se vychází z klinického obrazu, epidemiologické anamnézy a výsledků biochemických a sérologických vyšetření. Diagnóza je potvrzena při nálezů specifických antigenů a protilátek v séru, tzv. markerů HBV a to HBsAg a protilátek proti němu (anti-HBs), HBcAg a anti-HBc, HBeAg a anti-HBe (26).

Hlavním cílem léčby chronické virové hepatitidy B je suprese replikace HBV dříve, než dojde k ireverzibilnímu poškození jater. K terapii se používají 2 skupiny léků: interferony alfa a perorální virostatika. V současné době se začínají také používat pegylované interferony. Liší se od původních interferonů menšími nežádoucími účinky a prodloužením biologického poločasu, takže je lze podávat pouze 1x týdně. (hpb.cz) Ze skupiny perorálních virostatik jsou největší zkušenosti s podáváním lamivudinu. Mezi další virostatika patří adefovir a dipivoxil (29).

Prevence spočívá v postexpoziční profylaxi a aktivní imunizaci. Při postexpoziční profylaxi se podává specifický imunoglobulin proti HBV. Do těla je již vpravena funkční protilátka v dostatečném titru, která je připravena z plasmy dárců krve. Podává se u osob, které byly poraněny infikovanou jehlou nebo měli s infikovanou osobou pohlavní styk. Dále se očkují novorozenci pozitivních matek a osoby s nespěšnou aktivní vakcinací, které jsou vystaveny vysokému riziku nákazy.

Aktivní imunizace je indikována u zdravotníků, u osob zahajujících pohlavní život, u osob žijících s infikovanou osobou v jedné domácnosti, u osob s rizikovým chováním a u lidí s jiným jaterním onemocněním, které mají perspektivní výhled na transplantaci jater (46).

1.6.7.2 Virová hepatitida C

Virus hepatitidy C je řazen do čeledi Flaviridae z rodu Hepacivirus. Obsahuje jednovláknovou RNA. Virus hepatitidy C je charakteristický extrémní genetickou variabilitou.

Odhaduje se, že virem je na celé zemi infikováno 170-220 milionů lidí. V České republice je ročně hlášeno 150-200 případů akutních VHC. U dárců krve je prevalence anti-HCV protilátek okolo 0,5%. Vyšší prevalence je u narkomanů při i.v. aplikaci drog, hemofiliků a hemodialyzovaných pacientů (46).

Nejdůležitější roli v šíření viru hepatitidy C sehrává parenterální přenos. Nakazit se lze při i. v. aplikaci narkotik, při pravidelném dialyzačním léčení, krevními deriváty a při transplantaci. Mezi další cesty přenosu patří i sexuální kontakt, ojediněle je pak popisován vertikální přenos.

Inkubační doba onemocnění je v rozmezí 2 týdnů až 6 měsíců, nejčastěji pak 6 až 9 týdnů (27).

Sérologická diagnostika spočívá ve stanovení anti - HCV protilátek. Prokazují se imunoenzymatickými testy (ELISA). Protilátky se mohou objevit až za 6 měsíců po infekci, ale průměrně je lze stanovit za 12 týdnů. K ověření positivity protilátek se používá konfirmačních testů (např. RIBA), popř. se prokazuje virémie HCV detekcí DNA pomocí PCR.

Léčebným postupem chronické HCV infekce je kombinace pegylovaného interferonu –alfa s perorálním virostatikem. Jde o léčbu dlouhodobou, která trvá 24 – 48 měsíců (27, 46).

1.6.8 Papilomavirové infekce

HPV infekce (human papilloma virus, lidský papilloma virus) je nejrozšířenější pohlavně přenosnou chorobu, kterou trpí velká část sexuálně aktivní dospělé populace. V současné době známe přes 130 genotypů. Některé typy jsou zodpovědné za tvorbu bradavic na rukou a nohách, jiné zase za tvorbu kondylomů v anogenitální oblasti či za přednádorové změny na čípku (44).

Lidský papilomavirus dělíme podle míry rizika vyvolání rakovinotvorného poškození do dvou velkých skupin. (zdravý sex. Život) HPV typy s nízkým rizikem vyvolání přednádorových a nádorových změn, které většinou vyvolávají tvorbu kondylomů (např. typ 6 a 11) a HPV typy s vysokým rizikem vyvolání přednádorových a nádorových změn, které jsou zodpovědné za přednádorové změny na děložním čípku (např. typ 16 a 18) (25).

Některé typy lidského papilomaviru se přenášejí pohlavním stykem. Jde o HPV 16, HPV 18, HPV 31 a HPV 45. Představují vážný problém, protože vyvolávají projevy, které jsou normálně téměř neviditelné, na rozdíl od bradavic, které jsou vyvolané HPV 6 a HPV 11. HPV 16 a HPV 18 souvisejí s vývojem pohlavních bradavic a jsou zodpovědné za 95 % karcinomu děložního čípku a pravděpodobně i za karcinom dutiny ústní (12).

HPV virus je přenosný pohlavní stykem. (25) Vstupní branou pro HPV infekci jsou mikrotraumata kůže a sliznic. Virus lze přenést i cestou transamniální a autoinokulací kontaminovanými prsty a prádlem. Inkubační doba je většinou mezi několika týdny až 8 měsíci. (LEVRET) Podle některých studií se v průběhu života nakazí alespoň jedním typem HPV viru až 80 % dospělé, sexuálně aktivní populace (23).

Test na přítomnost HPV na děložním čípku je součástí preventivního vyšetření jen v USA. U nás je použití testu plně závislé na dobré vůli lékaře. Doporučuje se dělat až u žen starších 30-35 let, nebo u sporných a nejasných nálezů (např. ASCUS). Testuje se hlavně na přítomnost typů virové DNA s vysokým rizikem. Pokud má žena v tomto věku HPV pozitivní výsledky, tak to znamená, že pravděpodobně již virus má dlouhou dobu a je tu větší riziko přednádorových změn. U žen mladších 30-ti let nemá testování

význam, protože v této věkové kategorii je HPV pozitivních až 30 % a imunita většiny žen se v průběhu několika měsíců dokáže zbavit viru bez následků. Preventivní vyšetření zaměřené na prevenci rakoviny děložního čípku je v České republice založené na cytologickém a kolposkopickém vyšetření prováděném jednou ročně (25).

Mezi rizikové faktory spojené s infekcí HPV virem a rozvojem rakoviny děložního čípku patří předčasné zahájení sexuálního života, promiskuita, kouření, vysoký počet těhotenství, snížená obranyschopnost, dlouhodobé užívání antikoncepce a výživa (12).

Léčba kondylomat se provádí různými způsoby. Mezi fyzikální a chirurgické techniky patří excize skalpelem, ablace LEEP kličkou, kryodestrukce a ošetření laserem. Lokální aplikace chemických látek je méně účinná metoda. (LEVRET). Na postižená místa se aplikují masti, krémy, roztoky, které obsahují některou z účinných látek (Imiquimod, podofylotoxin, podofilin). Jednotlivé metody léčby se dají kombinovat. Recidivující onemocnění řešíme stejně jako primovýsev. Příčinou recidiv bývá imunodeficiencie, proto je vhodné při jejich léčbě podávat imunomodulancia (např. methisoprinol). Vhodné je vyšetření sexuálních partnerů k zajištění prevence recidiv. Používání kondomu snižuje riziko přenosu HPV (25, 44).

Závažnější změny na děložním čípku jsou léčeny chirurgickým zákrokem. S méně závažnými změnami (lehká dysplazie) se nedělá nic. Na některých pracovištích se doporučuje užívat multivitaminové přípravky, vysadit hormonální antikoncepci a užívat kondom po dobu 2-3 měsíců (25).

V ČR je od prosince 2006 dostupná všem dívkám a mladým ženám vakcína proti karcinomu děložního čípku, která je registrovaná pod názvem SILGARD. Tato vakcína je určena k prevenci infekce HPV a pomáhá chránit před onemocněními, jež způsobují typy HPV 6, 11, 16 a 18. Očkování touto vakcínou by mělo zabránit dlouhodobému přežívání viru v organismu. Vakcína proti HPV je určena dívkám a mladým ženám ve věku 9 – 26 let. Vakcína je aplikována ve třech dávkách. Jednotlivé dávky jsou podávány v den 0, dva a šest měsíců po první dávce. Očkování vakcínou provádí buď gynekolog, internista nebo pediatr. Látka se aplikuje injekčně do pažního či stehenního svalu. Očkování není hrazeno ze zdravotního pojištění. Trojfázová vakcína včetně aplikace

stojí 13 000 Kč. O plošném očkování proti HPV zatím ministerstvo zdravotnictví neuvažuje. Očkování vakcínou Silgard nenahrazuje nutnost pravidelných gynekologických prohlídek zaměřených na onkologickou prevenci, včetně stěrů z děložního čípku (2, 23, 24).

1.6.9 Genitální herpes

Genitální infekce virem herpes simplex představuje celoživotní onemocnění. Dochází k opakovaným výsevům lézí bez možnosti trvalého vyléčení. Herpes simplex virus (HSV) se dělí na dva typy: HSV 1 a HSV 2. Obvykle je HSV-1 spojován s orálními infekcemi a HSV-2 s genitálními infekcemi (12).

Největším rizikovým faktorem pro infekci genitálním HSV je celkový počet sexuálních partnerů. Přenos HSV 1 je zprostředkován slinami nosiče viru. K přenosu HSV 2 dochází při pohlavním styku. Typ 1 i 2 se mohou přenést při orálně - genitálním, orálně - análním nebo análně - genitálním styku.

Herpes simplex virus (HSV 1) vytváří na kůži známý opar, nejčastěji na rtu, ale může se objevit i jinde na kůži. Opar se během několika dní zcela zahojí. K prvnímu setkání s virem HSV 1 dochází u většiny populace obvykle v časném věku. Virem HSV 1 či 2 se nakazíme většinou (primoinfekce) zcela bez příznaků. Opar může kdykoliv v průběhu života recidivovat.

Genitální herpes (HSV2) se vyskytuje zejména u dospělých osob a patří mezi sexuálně přenosné nemoci - STD. U mužů se opar vytváří na žaludu, předkožce. U gayů provozujících anální sex pak v okolí konečníku. U žen se vytváří nejčastěji v oblasti stydkých pysků. V závislosti na sexuálních praktikách může být infikována i sliznice dutiny ústní (19).

První příznaky se většinou objeví za 2 – 20 dní po kontaktu s virem. Opar na genitálu vypadá podobně jako opar na rtu. Ložiska mohou svědit, pálit a vyvolávat pocit napětí. Často se může vyskytnout i celková nevolnost, horečka, bolesti hlavy a svalů. Pokud se ložiska rozpadnou ve vřed, silně bolí. Nová vzplanutí kožních příznaků se mohou objevovat s různou periodicitou, jednou za několik let nebo každý měsíc (1, 12, 19).

K léčbě se používají léčiva ze skupiny tzv. antivirotik, tj. léky, které zabraňují množení viru. V současné době se jedná o léčiva ze dvou skupin virostatik. První tvoří acyklovir a jeho analoga, famciklovir a valaciklovir (obchodní názvy Zovirax, Viresin, Herpesin). Druhou skupinu tvoří tromantadin (preparát ViruMerz). Léky z první skupiny brání tzv. replikaci viru, léky z druhé skupiny blokují vstup viru do buněk. Podávají se zevně ve formě mastí nebo krémů, léčiva první skupiny je možno podávat i celkově. Léčba virostatiky zkracuje trvání již vzniklé ataky asi na polovinu. Podmínkou ale je, aby se s léčbou začalo co nejdříve (1).

K prevenci nákazy patří užívání kondomu při sexuálních praktikách. Snižuje se tak riziko infekce, avšak pokud se projevy nalézají mimo oblast krytou kondomem, pak kondom nechrání (19)!

Pokud se u ženy vyskytne genitální herpes v těhotenství, léčí se pouze v posledním měsíci gravidity. Císařský řez je indikován u rodiček, které mají v době porodu aktivní genitální léze. Pokud nejsou léze přítomny při porodu, není genitální herpes indikací k císařskému řezu. Kojení není kontraindikováno, nesmí se však herpetické léze vyskytovat na prsou (5).

1.6.10 Chlamydiové infekce

Chlamydie představují nejčtenější sexuálně přenosné infekční agens ve vyspělých zemích a jsou příčinou zhruba 50 % všech urogenitálních nákaz. Mohou vyvolávat řadu onemocnění. V důsledku značného rozšíření v populaci jejich význam v problematice STD stále vzrůstá. Chlamydie jsou v populaci rozšířenější více než syfilis a kapavka. Incidence chlamydiové infekce u žen v letech 1987–2003 stoupla, a to ze 79 na 467 případů na 100 000 osob. Tento jev lze částečně vysvětlit zlepšením screeningu a hlášením výskytu (14, 17, 42).

Chlamydiové nákazy patří mezi bakteriální onemocnění přenosná sexuálním stykem (STD). Chlamydia trachomatis typu L1, L2 a L3 jsou původci lymphogranuloma venereum. Chlamydia trachomatis typu A-C jsou původci trachomu postihujícího oko. Další druhy chlamydií jsou Chlamydia pneumoniae a Chlamydia psittaci, které u člověka způsobují dýchací onemocnění, dále Chlamydia pecorum. Chlamydia trachomatis sérotypu D-K jsou původci zánětů urogenitálního traktu mužů i žen. Postihují také oční spojivku a způsobují tzv. konjunktivitidu (17).

U mužů vyvolává Chlamydia trachomatis nejrůznější zánětlivá onemocnění pohlavních a močových orgánů. Nejčastěji pak bývá postižena močová trubice, nadvarle, konečník, spojivka oka. Pokud se projeví infekce jak v oku, tak v močové trubici a postihne i klouby, nazýváme toto postižení Reiterův syndrom. Až 50 % mužů nemá žádné nebo má jen velmi diskrétní projevy nákazy chlamydií a infekce probíhá velmi často asymptomaticky.

Inkubační doba trvá 10-20 dní. Po této době se může objevit pálení (dysurie) a nažloutlý výtok různé intenzity. Chlamydiová uretritida je charakteristická výtokem různé intenzity od ranní kapky, zavlhnutí až po profusní výtok. Pokud se onemocnění neléčí nebo je léčeno špatně, může se zkomplikovat a způsobit tak zánět nadvarlete (epididymitis) s bolestivým zduřením varlete, zánětem prostaty nebo zánětem konečníku (proktitidou) a zánětem spojivek (konjunktivitida).

U žen probíhá primární chlamydiová infekce v jednovrstevném cylindrickém epitelu cervixu a parauretrálních žláz. Infekci vyvolává Chlamydia trachomatis D-K

(17). Často nacházíme sekreci mukopurulentního cervikálního hlenu, ale 2/3 chlamydiových infekcí u žen probíhají zcela asymptomaticky! V oblasti gynekologicko-porodnické způsobují chlamydie především: cervicitis, endometritis, adnexitis, které mohou vyústit až v neplodnost. Primární chlamydiová infekce může přejít z dolního genitálního traktu na endometrium, do vejcovodů a dutiny břišní a způsobit zde adhezivní procesy stejně jako kapavka. Chlamydie se může podílet na porodnických komplikacích, především se jedná o předčasný porod a opakované potraty. U novorozenců mohou chlamydie vyvolat pneumonii a konjunktivitis (14, 37).

Základním předpokladem úspěšného vyléčení je odborné vyšetření a případná léčba obou (všech) sexuálních partnerů! K léčbě chlamydiové infekce jsou doporučována tetracyklinová a makrolidová ATB, event. chinolonová chemoterapeutika III. generace. Bakteriostaticky působí doxycyklin, tetracyklin a oxytetracyklin (14, 17).

Nejrizikovější skupinou jsou především dospívající a mladí lidé. Riziko stoupá s počtem sexuálních partnerů. Vzhledem k tomu, že infekce u žen probíhají často s minimálními příznaky, je doporučováno preventivní vyšetření mladých žen do 25 let a mladších. V České republice se tyto screeniny rutinně neprovádějí, ale jistě by byly vhodné. Nabídnout by je bylo možné například při gynekologických vyšetřeních nebo u žen, jimž lékař předepisuje antikoncepční přípravky (42).

Nejjistější a nejbezpečnější způsob, jak zabránit nákaze pohlavně přenosnými chorobami, je pohlavní abstinence nebo udržování monogamního vztahu s partnerem, kterého dobře známe, a který není nakažen. Riziko přenosu může snížit používání kondomů. Pokud již je člověk léčen na chlamydie, musí o tom informovat všechny své intimní partnery, aby se podrobili lékařské prohlídce a následné léčbě. Daná osoba i všichni její intimní partneři se musejí vyhýbat pohlavnímu styku, dokud není léčba ukončena (12).

1.6.11 Trichomoniáza

Původcem trichomoniázy je prvok *Trichomonas vaginalis*. Trichomonády jsou velmi citlivé na podmínky mimo své přirozené prostředí (močopohlavní cesty člověka). V chlorované vodě přežívají přibližně 3 minuty.

Inkubační doba onemocnění je v průměru 7 dní (4 – 20dní). U ženy je přítomen hnisavý, pachnoucí, často zpeněný a dobře tekoucí výtok. Dále si ženy mohou stěžovat na prurititus nebo pálení rodidel. Není-li trichomoniáza vhodně léčena, může způsobovat bolesti, obzvláště při pohlavním styku. (Zdrav.sex.život). Jahodový cervix způsobený dilatací kapilár nebo drobnými hemoragiemi, je pouhým okem viditelný u 1 - 2 % pacientek. Kolposkopem zjistíme jahodový cervix až u 90 % případů (6, 39).

Trichomonádové infekce mohou probíhat u 50 % pacientek zcela asymptomaticky, u těhotných až v 80 % případů (40).

U muže probíhá trichomoniáza obvykle bezpříznakově. Mohou však být příznaky diskrétní uretritidy. Předpokládá se, že až v 80 % může u muže dojít k spontánnímu vyléčení (6).

K přenosu dochází přímým kontaktem s vaginálními nebo uretrálními sekrety infikovaných osob během pohlavního styku. Největší význam v procesu šíření této nákazy mají asymptomatictí nosiči trichomonád.

Nakažlivý je člověk po celou dobu trvání infekce, což může u neléčených případů představovat i několik let.

Z klinického obrazu nelze stanovit diagnózu. Diagnostika se opírá o přímý mikroskopický průkaz pohyblivého prvoka z vaginálního nebo uretrálního stěru, nebo o kultivační průkaz. U recidivujících infekcí je nutno provést vyšetření v zrcadlech, aminový test, stanovení pH a mikroskopické vyšetření (6, 16).

Současná doporučená dávka perorální terapie metronidazolem je 2x0,25 g po dobu 10-ti dní nebo 3x0,25 g po dobu 7 dní nebo 2 g jednorázově. Ženy musí být poučeny o vhodnosti užívání metronidazolu po jídle. Při léčbě je nutné se vyhnout kombinaci s alkoholem, protože metronidazol blokuje metabolismus alkoholu. Nutná je

terapie obou partnerů. Po léčbě se provádí opakované kontrolní vyšetření. U žen je nejlépe ho provést po menstruaci (6).

Mezi preventivní opatření patří zdravotní výchova v prevenci šíření sexuálně přenosných onemocnění a používání kondomů. Do represivních opatření patří hlášení onemocnění, naprostá sexuální abstinence během infekce a terapie onemocnění, pátrání po kontaktech a zdroji nákazy, vyšetření kontaktů na ostatní sexuálně přenosné infekce a jejich současná terapie (16).

1.6.12 Pediculosis

Zavšivení (pedikulóza) je onemocnění vznikající na podkladě infekce hmyzích ektoparazitů (8). Veš ohanbí (*Pediculosis pubis*), česky muňka, filcka se u lidí vyskytuje na ochlupených místech, převážně kolem genitálu. Můžeme ji však nalézt také v ochlupení na břiše, na prsou, v podpaží a dokonce i v obočí a na řasách, popř. vousech. Samička, která je přichycená pevně ke kořeni chlupu, klade pevně lpící vajíčka (hnidy), jež postupně odrůstají s chlupem.

Onemocnění patří mezi choroby přenášené pohlavním stykem (STD) a jako infekční podléhá povinnému hlášení.

Zdrojem nákazy je člověk, který je muňkou již napadený. K přenosu nejčastěji dochází při pohlavním styku, sdílením šatstva, pokrývkami a ložním prádlem. Přenos je možný i z podhlavníků v prostředcích hromadné dopravy.

Na kůži se objevují škrábance s drobným bodovitým krvácením. Subjektivní pocity svědění jsou méně nápadné. Při delším pobytu muňek v ochlupení pozorujeme na kůži lividní až břidlicově šedé makuly v průměru cca 0,5-1 cm (*maculae coeruleae*). Ložiska vznikají následkem sání krve vši a působením jejich slin, které obsahují enzym působící na krevní barvivo (21, 8).

Muňka je viditelná pouhým okem. Při důkladném zkoumání ochlupení vypadá muňka jako tmavě hnědá až žlutohnědá tečka, která je přichycena u základny chlupu. Snadno je rozpoznatelná pod mikroskopem, stejně jako hnidy, přichycené na chlupu. Hnidy na chlupích při zmačknutí mezi nehty charakteristicky lupnou.

Mezi spolehlivá léčiva patří především Jacutin gel (Hermal, D), který ničí nejen vši, nýbrž i vajíčka (hnidy). Z jiných volně prodejných přípravků je to Difusil H 92-P (Lybar, CZ), Orthosan H (Lybar, CZ) a Stop-Antiparasiten Shampoo (Nova Argentina, I), které hubí jen dospělé jedince. Jejich aplikaci je třeba po 6-8 dnech opakovat. Kartáče na vlasy a hřebeny se musí důkladně vyčistit nebo zničit. Veškeré části oděvů, které mohou poskytovat parazitům úkryt (ručníky, spací pytle i ložní prádlo), musí být znehodnoceny nebo ošetřeny některým insekticidním přípravkem. Z preventivních důvodů je nezbytné bedlivě léčit i všechny sexuální partnery (hlavní zásada u všech STD), případně spolubydlící nebo členy domácnosti, vždy současně stejným postupem a přípravkem (21).

1.6.13 Scabies

Svrab (scabies) patří mezi kožní onemocnění, jehož původcem je mikroskopický roztoč *Sarcoptes scabiei* (zákožka svrabová), který žije celý život v kůži člověka. Mimo tělo hostitele nepřežije déle než 4 dny. Zavrtává se do kůže, kde dělá chodbičky, do kterých klade vajíčka (12). Za 3 týdny vajíčka dozrávají a líhnou se z nich larvy a nymfy. Nezralí jedinci a samečci žijí na povrchu epidermis.

Infekce se šíří infikovanou kůží nebo infikovaným textilem při intimním kontaktu. Nejčastěji se tak děje v teplém prostředí postele při pohlavním styku. Proto je scabies řazen mezi STD (9).

Kromě typických brázd, které zákožky v kůži vrtají, jsou viditelné i drobné pupínky, puchýřky narůžovělého perleťového vzhledu a tuhé kožní uzlíky o průměru cca 10-12 mm. Objevují se i škrábance a olupování kůže způsobené škrábáním svědicí vyrážky.

Zákožka svrabová se nejčastěji vyskytuje mezi prsty, na zápěstích, v záhybech loketního a kolenního kloubu, v podpaží, v okolí genitálií, na rukou, bříše, vnitřní straně stehen, hýždích a kotnících. U dětí je často rozšířena na ochlupené kůži, obličej, dlaních a chodidlech (12).

V praxi se využívá převážně diagnostika podle anamnézy, klinického obrazu a subjektivních obtíží pacienta. Mikroskopický průkaz zákožky totiž bývá ve velkém procentu falešně negativní a tedy pro praxi nepoužitelný (9).

Léčba představuje tři základní kroky, bez jejichž dodržení terapie často selže. Vede k zbytečné chemické zátěži nemocného a také k závažné psychogenní komplikaci s rozvojem parazitofobie.

Prvním krokem je epidemiologické šetření vyžadující spolupráci nemocného. Pacienta musíme navést na možný zdroj infekce, na infekci vyskytující se v okolí, poučit pacienta o způsobu přenosu a nezbytné léčbě všech nemocných.

Dále musí být pacient poučen o nutných hygienických opatřeních. Veškeré nošené šatstvo, se kterým přišel do styku, se musí vyprat. Jedná se především o prádlo, povlečení, deky a další textil. Nesmí se zapomenout ani na polstrování, na které se sedá nahým tělem. Textil, který nelze prát ani čistit, je nutné nechat větrat 1-2 týdny v chladné místnosti a nepoužívat jej.

Vlastní léčba spočívá v aplikaci lokálních léčiv. Klasická léčba sirnou masťou se doporučuje při nemocniční terapii, protože povlečení a šatstvo použité při léčbě se téměř zničí. V 20 % koncentraci se sirná masť používá k léčbě dospělých včetně těhotných a kojících matek. Povrch kůže se ošetří celý, od krku až po konečky prstů, včetně genitálu, axil, intergluteální krajiny a chodidel. Masť se nesmí smívat a aplikuje se 2x denně po 3 dny. Čtvrtý den se pacient může vykoupat a obléci si čisté vyprané a vyžehlené prádlo. Dále se k léčbě používá emulze Jacutin. Ta se také nanáší na celý kožní povrch a nechává se na kůži působit 12 hodin. Poté se pacient osprchuje a obleče si vyprané a vyžehlené prádlo a šatstvo. Tuto proceduru opakujeme celkem 3x (9).

Prevence spočívá ve vyvarování se kontaktu s infikovanými osobami a nepoužívání stejného prádla a šatstva. Pokud dojde ke kontaktu s osobou, u které byl diagnostikován svrab, navštivte lékaře, který rozhodne o zahájení léčby (12).

1.6.14 Molluscum contagiosum

Molluscum contagiosum je infekční onemocnění kůže, které je vyvolané virem (poxvirus). Charakteristickými projevy jsou pupínky s centrální vkleslinou. Jde o běžné onemocnění u dětí, které se přenáší nahodilým kontaktem. U dospělých se řadí k chorobám přenosným sexuálním stykem (STD).

Na začátku infekce tvoří ložisko malý pupínek (papula). Ten později přeroste v perlové zbarvený uzlík. Uzlík (nodulus) není bolestivý a má často ve středu jamku. Typické molusky jsou hladké, polokulovité, barvy kůže nebo narůžovělé či nažloutlé a na vrcholu má vkleslinu. Velikost molusky je v průměru 2-5 mm. Vyskytují se ve skupinách, především kolem genitálií a břicha. Mohou se však vyskytnout kdekoliv na kůži např. na obličeji, krku, podpaží, pažích a rukou (kromě dlaní a chodidel). Na kůži jich bývá přibližně dvacet i sto. Někdy mohou molusky zhnisat. Bez lékařského zásahu může nákaza trvat několik měsíců až let (12, 20).

Inkubační doba se pohybuje v rozmezí od 3 týdnů do 3 měsíců.

U osob s normálním imunitním systémem onemocnění většinou samo odezní po několika měsících. Doporučuje se však tuto infekci léčit, aby se zabránilo dalšímu přenosu. K léčbě se používají destruktivní metody, např. rozrušení sterilní jehlou s následným zajódováním, kryoterapie tekutým dusíkem nebo aplikace lokálních cytostatik. Chirurgické odstranění se provádí kyretáží a to i v kombinaci s podáním chemické látky (např. podofylin, kyselina trichlóroctová nebo 1% jodová tinktura). Po čase je třeba kůži zkontrolovat, neboť onemocnění může recidivovat (12, 20, 45).

Prevence spočívá v běžných hygienických opatřeních a ve vyvarování se přímého kontaktu s postiženými místy na kůži. Proti sexuálnímu přenosu neexistuje ochrana, která by byla spolehlivá. 100% prevencí je jediné sexuální abstinence. Kondom nechrání, protože se molusky vyskytují mimo oblast penisu. Při rozsáhlém výskytu molusek je třeba pamatovat na možnost infekce HIV virem, a proto je vhodné nechat si udělat testy (12, 20).

1.6.15 Mykoplasmatické infekce

Mykoplasmata patří mezi běžnou flóru, která se vyskytuje na sliznicích genitálu u zdravých dospělých lidí. Vztah k jejich dříve popisovaným patologiím je sporný.

Z lidského genitálního traktu byli doposud izolovány 4 druhy mykoplasmat: *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma genitalium* a *Mycoplasma penetrans*. *Mycoplasma hominis* a *Ureaplasma urealyticum* jsou často diagnostikovány u zcela asymptomatických žen a to až v 50-80 % (40). S počtem sexuálních partnerů stoupá výskyt z 1 % na více než 70 % (3). V poslední době se přiklání k názoru, že *U. urealyticum* je běžným komenzálem v pochvě. Je diskutován jejich vztah k hlubokému pánevnímu zánětu (PID), k pooperačním a poporodním zánětlivým komplikacím, k poruchám fertility, k předčasnému porodu a novorozeneckým infekcím (40).

Průkaz mykoplasmat se provádí na speciálních kultivačních půdách. Mykoplasmata je možno prokázat ze stěru z cervixu, z uretry, z adnex nebo v hnisu z Douglasova prostoru ze vzoru při laparoskopii. Rutinní vyšetřování mykoplasmat se nedoporučuje pro jejich vysokou prevalenci osídlení pochvy. Kultivaci je vhodné provádět při chronických zánětlivých onemocnění. Pokud není prokázána infekce jiného typu, mají mykoplasmata patogenetický význam při výskytu nad 10^5 /ml (3, 40).

Při léčbě je nutné léčit oba partnery. Většina kmenů *M. hominis* je citlivá na tetracyklinová antibiotika. Lékem první volby je doxycilin doporučován podávat 2krát denně 100 mg po dobu 7 dnů. Alternativně je možné podat klindamycin (2krát denně 300 mg po dobu 7 dnů). Infekce vyvolané *U. urealyticum* se léčí také doxycilinem, který se podává 2krát denně 100 mg po dobu 7 dnů. Alternativou je erythromycin 100 mg užívaný 2krát denně po 7 dnů nebo 1 g azitromycinu podaný jednorázově (40).

1.7 Práce porodní asistentky na gynekologicko-porodnickém oddělení

Gynekologie je lékařský obor, který se zabývá péčí o ženu. Je zaměřen na diagnostiku, léčbu a prevenci onemocnění ženských pohlavních orgánů (gyne – žena, logie – věda).

Porodnictví je lékařský obor, který se zabývá fyziologií a patologií těhotenství, porodu a šestinedělí (30).

1.7.1 Ošetrovatelská péče u ženy se zánětlivým onemocněním pohlavních orgánů

Záněty zevních rodidel jsou většinou léčeny ambulantně. Žena je hospitalizována pouze při výskytu komplikací.

Porodní asistentka poučí ženu o správné hygieně pohlavních orgánů. Zásady správné hygienické péče spočívají v očištění rodidel po vyprázdnění. Rodidla je lépe oplachovat čistou vodou, protože je nutné se vyhnout porušení integrity kůže způsobené používáním mýdla. Žena by měla upřednostňovat hygienu ve sprše. Při otírání rodidel je vhodné používat individuální osušku, která je určena pouze jedné ženě. Žena by měla upřednostňovat používání vložek před tampóny a dbát o jejich častou výměnu. Vhodné je používat bavlněné prodyšné spodní prádlo. Po dobu zánětlivého onemocnění pohlavních orgánů má žena zakázán provozovat pohlavní styk (pokud lékař neurčí jinak). Dále by se žena měla vyvarovat koupání ve veřejných koupalištích a bazénech.

Po odeznění zánětu porodní asistentka edukuje ženu o hygienických návycích během menstruace a o hygieně pohlavního života. Žena by se měla vyvarovat stresu, vhodně se stravovat, vyvarovat se všeho, co může narušit fyziologické poševní prostředí a při výskytu fluoru je žena poučena, že má vyhledat gynekologickou pomoc.

Náplň porodní asistentky dále spočívá v aplikaci naordinovaných léků (p.o., per vaginam, na sliznici genitálií). Lokální aplikaci léčiv předchází důkladná hygiena rukou. Vaginální tablety se zavádějí v gynekologické poloze nebo ve stoje. Po zavedení léku je

nutné, aby pacientka zůstala v klidu na lůžku (proto se většina léků ordinuje na noc). Při aplikaci léčebných gelů využívá porodní asistentka aplikátor.

Při léčbě gynekologických zánětů by žena měla eliminovat kořeněná jídla, dbát na dostatečný přísun tekutin a do stravy zařadit mléčné výrobky, které mají příznivý vliv na fyziologické prostředí pochvy.

Žena by měla dbát o pravidelné vyprazdňování nejen stolice ale i močového měchýře. Dodržování hygienických návyků po vyprázdnění by mělo být samozřejmostí (30).

1.7.2 Ošetřování ženy při hospitalizaci

Porodní asistentka klientku uloží na standardní ošetrovatelskou jednotku gynekologického oddělení, kde pracuje formou ošetrovatelského procesu. Seznámí ji s právy pacientů a řádem na gynekologickém oddělení.

Poloha klientky závisí na jejím stavu. Při teplotě a závažném klinickém nálezů je žena poučena o klidu na lůžku, jinak může mít žena volný pohybový režim.

Porodní asistentka monitoruje 3x denně teplotu, u přidružených onemocnění měří TK a P. U diabetiček kontroluje hladiny ketolátek a cukru v moči. Dále sleduje výtok z rodidel (vzhled, zápach, příměsí, množství), potíže při vyprazdňování stolice a moče, odchod plynů, zvracení, nechutenství, bolesti v podbřišku a lumbální krajině (30).

1.7.3 Psychosociální potřeby ženy postižené zánětlivým onemocněním pohlavních orgánů

Zánětlivá onemocnění pohlavních orgánů u žen často vyvolávají pocity studu a viny. Problémy jsou ze začátku často bagatelizovány a přehlíženy. Infekce se tak může šířit dál a způsobit potíže na celý život, nebo může život vážně ohrozit. Onemocnění dále narušuje partnerské vztahy a tím i sexuální život. Stud, strach a úzkost zvyšují psychický stres a vyvolávají diskomfort ženy. Zapáchající výtok, potíže spojené se

svědění, přenos infekce na další sexuální partnery ženu společensky znemožňuje a neurotizuje.

S problematikou prevence gynekologických zánětů je nutné začít již ve výchově mladých dívek a dostatečně je o této problematice informovat. Diskrétní a zároveň otevřené jednání se ženou může ulehčit její situaci a zabránit tak velmi závažným komplikacím. Edukace musí být zaměřena na prevenci onemocnění a včasnou diagnostiku. Jen dobře poučenou ženu důvěřující ošetřujícímu týmu můžeme motivovat ke spolupráci (30).

1.8 Ošetřovatelské diagnózy související se zánětlivým onemocněním pohlavních orgánů

00004 Riziko ascendentní infekce pohlavních orgánů a močových cest v souvislosti se zánětlivým postižením sliznice zevních pohlavních orgánů projevující se zvýšením teploty, bolestivostí podbřišku a lumbální oblasti, unaveností klientky.

00004 Riziko přenosu infekce v souvislosti s nedostatečnými informacemi o chorobě projevující se bagatelizací onemocnění, studem a úzkostlivostí v přístupu k této problematice.

00132 Bolest v souvislosti s postižením citlivé sliznice pohlavních orgánů projevující se verbalizací klientky, bolestivostí při pohlavního styku, psychickou alterací ženy.

00059 Sexuální dysfunkce v souvislosti s onemocněním pohlavních orgánů projevující se stresem, studem a diskomfortem ženy při koitu.

00126 Deficit vědomostí v souvislosti se špatnou edukací ženy v oblasti sexuální výchovy a prevence pohlavních chorob projevující se nedodržováním zásad bezpečného sexu, hygienických návyků a promiskuitním chováním.

00044 Poškození tkáňové integrity v souvislosti s infekcí projevující se destrukcí jednotlivých vrstev tkáně, nepříjemnými pocity a svěděním.

00148 Strach z průběhu a následků onemocnění v souvislosti s nákazou pohlavní chorobou projevující se úzkostlivostí, alterací psychického stavu a plačtivostí.

00118 Porušený obraz těla v souvislosti s ektoparazitálním onemocněním projevující se verbalizací, změněným postojem, stydlivostí.

001120 Situačně snížená sebeúcta v souvislosti se sexuálně přenosným onemocněním projevující se uzavřeností, pláčem, sníženým sebevědomím, ponižováním sebe sama.

2. CÍLE A HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

- Cíl 1. Zjistit úroveň informovanosti studentů středních škol o prevenci pohlavních chorob.
- Cíl 2. Zjistit úroveň informovanosti studentů učilišť o prevenci pohlavních chorob.
- Cíl 3. Zjistit rozsah informací o pohlavních chorobách a jejich prevenci podávaných v primární gynekologické péči.
- Cíl 4. Zjistit vliv vzdělání a pohlaví na dodržování zásad bezpečného sexu.

2.2 Hypotézy práce

- Hypotéza 1. Úroveň informovanosti studentů středních škol o prevenci pohlavních chorob je nedostatečná.
- Hypotéza 2. Úroveň informovanosti studentů učilišť o prevenci pohlavních chorob je nedostatečná
- Hypotéza 3. Ženy navštěvující primární gynekologickou péči nejsou informovány o pohlavních chorobách a jejich prevenci.
- Hypotéza 4. Vzdělání má vliv na dodržování zásad bezpečného sexu.

3. METODIKA PRÁCE

3.1 Použité metody sběru dat

Výzkumná data byla získávána metodou kvantitativního výzkumu, prováděného pomocí dotazníků. Dotazníková metoda byla vybrána proto, že poskytuje velké množství dat za poměrně krátkou dobu a umožňuje dotazovaným studentům a ženám zůstat v anonymitě. Byly rozdávány dva typy dotazníků. První dotazník, určený studentům středních škol a učilišť, obsahoval 34 otázek. Druhý dotazník čítal 17 otázek a byl rozdáván ženám, které navštěvují gynekologické ambulance.

První typ dotazníku rozdáváný studentům obsahuje 34 otázek. Otázky 1 – 4 jsou identifikační. Otázky 5 – 11 zkoumají zájem studentů získávat informace o prevenci pohlavních chorob a z kterých zdrojů mají nejvíce informací o pohlavních chorobách a jejich prevenci. Otázky 12 – 16 zjišťují zahájení sexuálního života studentů a zkoumají způsoby ochrany před pohlavní chorobou. Otázky 17 – 22 zkoumají vědomosti studentů o pohlavně přenosných chorobách. Otázky 23 – 27 se vztahují k léčbě pohlavních chorob. Otázky č. 28 – 31 se zaměřují na finanční dostupnost a koupi kondomů. Otázka č. 32 a č. 33 se zabývá sexuální abstinencí. Na závěr v otázce č. 34 mohli studenti psát připomínky a dotazy, které se týkají pohlavních chorob. Použité otázky: polootevřené a zavřené.

Druhý typ dotazníku určený ženám obsahuje 17 otázek. Otázky 1 – 4 jsou identifikační. Otázky 5 – 9 zkoumají zájem žen získávat informace o prevenci pohlavních chorob a zdroje, ze kterých mají nejvíce informací o pohlavních chorobách a jejich prevenci. Otázky č. 10 a 11 zkoumají znalosti žen týkající se přenosu a druhů pohlavních chorob. Otázky č. 12 – 13 se zaměřují na používání kondomů při pohlavním styku a na jejich dostupnost. Otázka č. 14 a 15 se vztahují k sexuální abstinenci. Otázka č. 16 zjišťuje subjektivní hodnocení žen o jejich informovanosti. Za závěr mohly ženy v otázce č. 17 uvést, jaké informace o prevenci pohlavních chorob postrádají. Použité otázky v tomto grafu byly také polootevřené a zavřené.

Grafy byly zpracovány z programu Microsoft Excel.

3.2 Charakteristika souboru

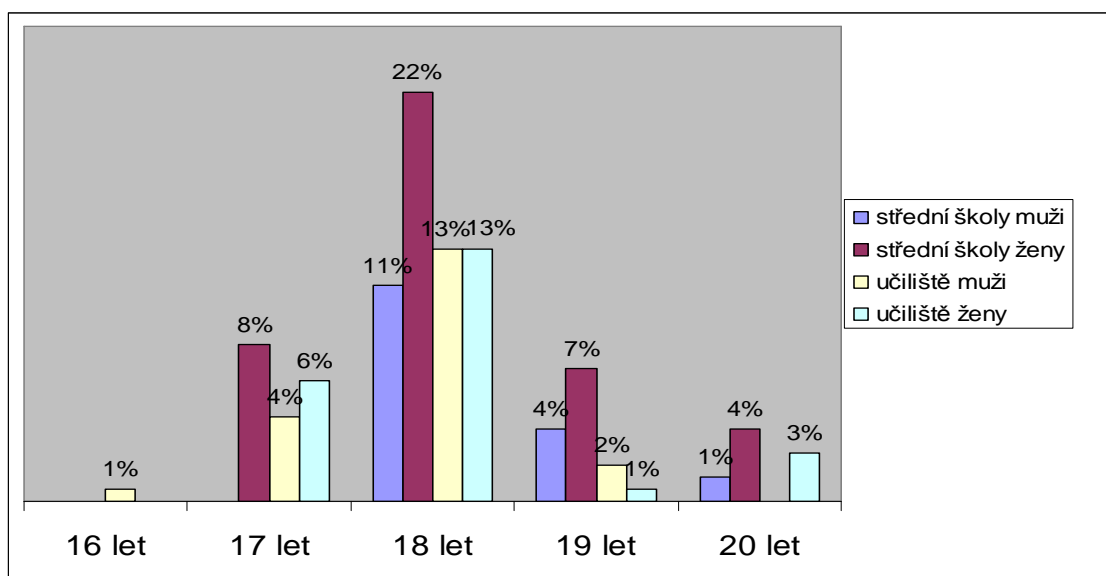
První výzkumný soubor tvořili studenti středních škol studijních i učebních oborů v Českých Budějovicích. Dotazníky byly rozdány na Střední škole obchodu, služeb a podnikání učebnímu oboru kosmetička do 2. a 3. ročníku, kde skupinu respondentů tvořilo 41 dívek. Z tohoto souboru muselo být vyřazeno 5 dotazníků pro jejich neúplné vyplnění. Dále byly dotazníky rozdány chlapcům učebních oborů 3. ročníků na Střední průmyslové škole automobilní a technické. Z 35 rozdaných dotazníků jich bylo ke zpracování použito 32. Na Střední škole obchodní byly dotazníky rozdány chlapcům a dívkám do 3. a 4. ročníků studijních oborů s maturitou „obchodně podnikatelská činnost“ a „služba cestovního ruchu“. Skupinu respondentů Střední školy obchodní tvořilo 28 chlapců a 70 dívek. Ke zpracování byly z této školy použity dotazníky od 26 chlapců a 64 dívek. Od respondentů středních škol a učilišť bylo vybráno 174 dotazníků, z nichž ke zpracování bylo použito celkem 158 (100 %). Studenti středních škol i učilišť byli ve věkovém rozmezí 16 – 20 let.

Druhý výzkumný vzorek byl tvořen ženami navštěvující gynekologické ambulance v Havlíčkově Brodě. Z počtu 90 neodevzdalo vyplněný dotazník 15 žen, to je 83% návratnost. Skupinu respondentů tedy tvořilo 75 (100 %) žen. Respondentky odpovídající na dotazníky byly ve věkovém rozmezí 20 – 50 let.

4. VÝSLEDKY VÝZKUMU

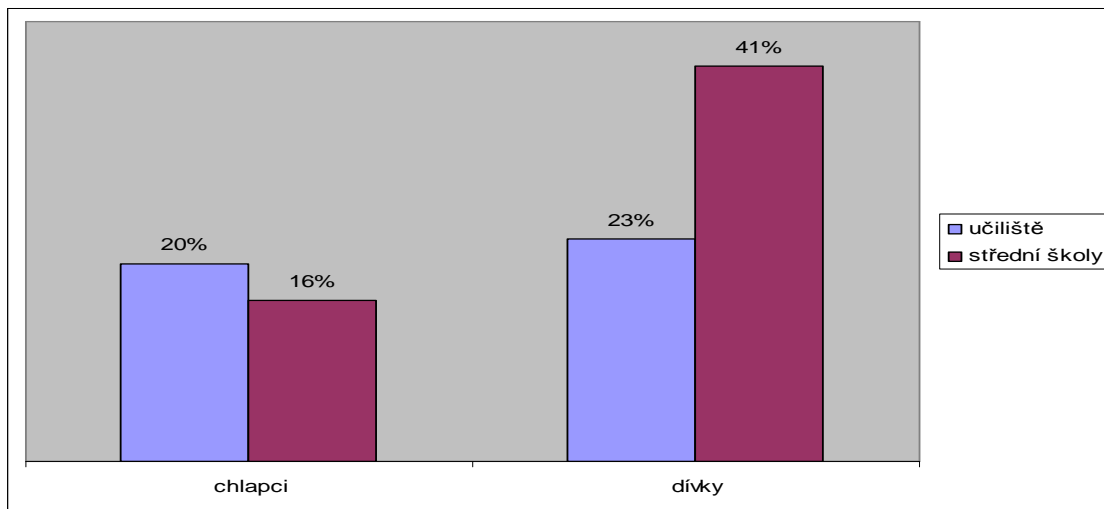
4.1 Studenti učilišť a středních škol

Graf 1 Věk respondentů



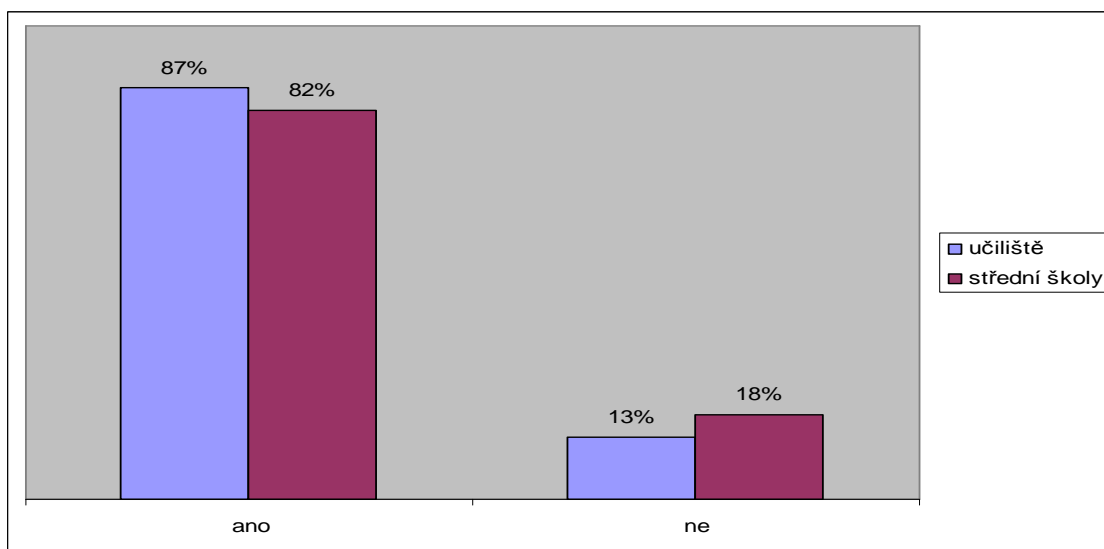
Celkový počet respondentů tvořilo 158 (100 %) studentů. Ze střední školy bylo 18tiletých chlapců 18(11 %); 19tiletých chlapců 6 (4 %); 20tiletí chlapci 2 (1 %); 17tiletých dívek 13 (8 %); 18tiletých dívek 34 (22 %); 19tiletých dívek 11 (7 %) a 20tiletých dívek 6 (4 %). Z učiliště byl 16tiletý chlapec 1(1 %); 17tiletých chlapců 7 (4 %), 18tiletých chlapců 21 (13 %); 19tiletí chlapci 3 (2 %); 17tiletých dívek 10 (6 %); 18tiletých dívek 21 (13 %); 19tiletá dívka 1 (1 %); 20tileté dívky 4 (3 %).

Graf 2 Škola studentů



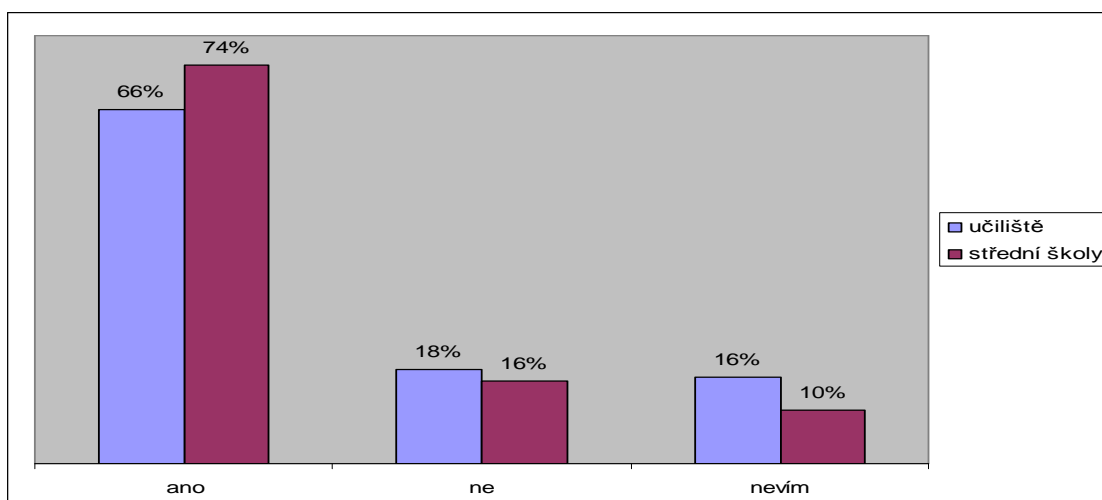
Celkový počet respondentů tvořilo 158 (100 %) studentů. 32 chlapců (20 %) a 36 dívek (23 %) bylo z učiliště; 26 chlapců (16 %) a 64 dívek (41 %) bylo ze střední školy.

Graf 3 Zájem studentů o informace o prevenci pohlavně přenosných chorob



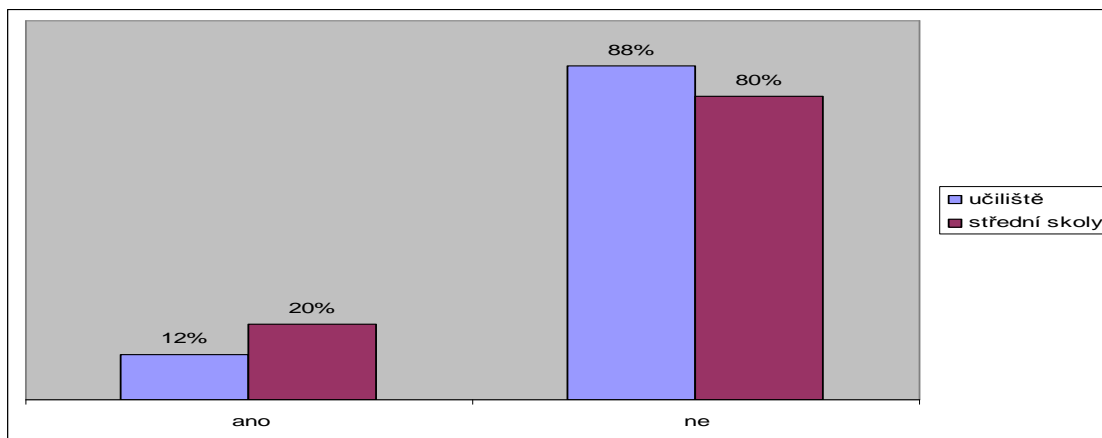
Skupinu respondentů tvořilo 68 studentů učilišť (100 %) a 90 studentů středních škol (100 %). 59 studentů učilišť (87 %) a 74 studentů středních škol (82 %) má zájem získávat informace o pohlavních chorobách; 9 studentů učilišť (13 %) a 18 studentů středních škol (18 %) nemá zájem o informace o pohlavních chorobách.

Graf 4 Strach z nákazy pohlavní chorobou



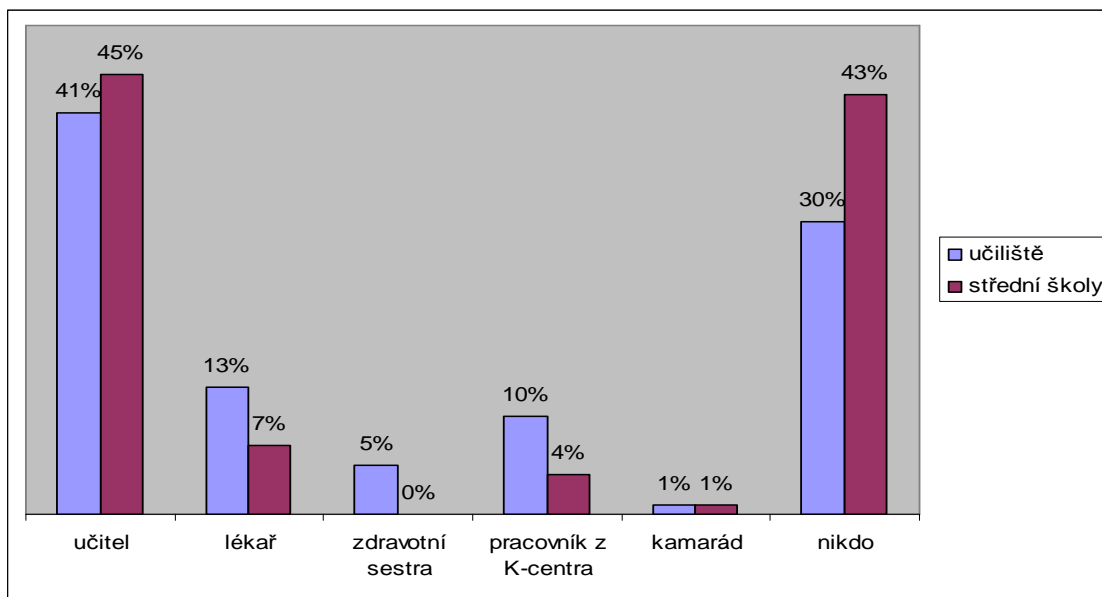
Z celkového počtu 68 studentů učilišť (100 %) a 90 studentů středních škol (100 %) má strach z nákazy pohlavní chorobou 45 studentů z učilišť (66%) a 67 studentů středních škol (74%); 12 studentů učilišť (18 %) a 14 studentů středních škol (16 %) se nebojí nákazy; 11 studentů učilišť (16 %) a 9 studentů středních škol (10 %) neví.

Graf 5 Výuka ve školách o prevenci pohlavně přenosných chorob



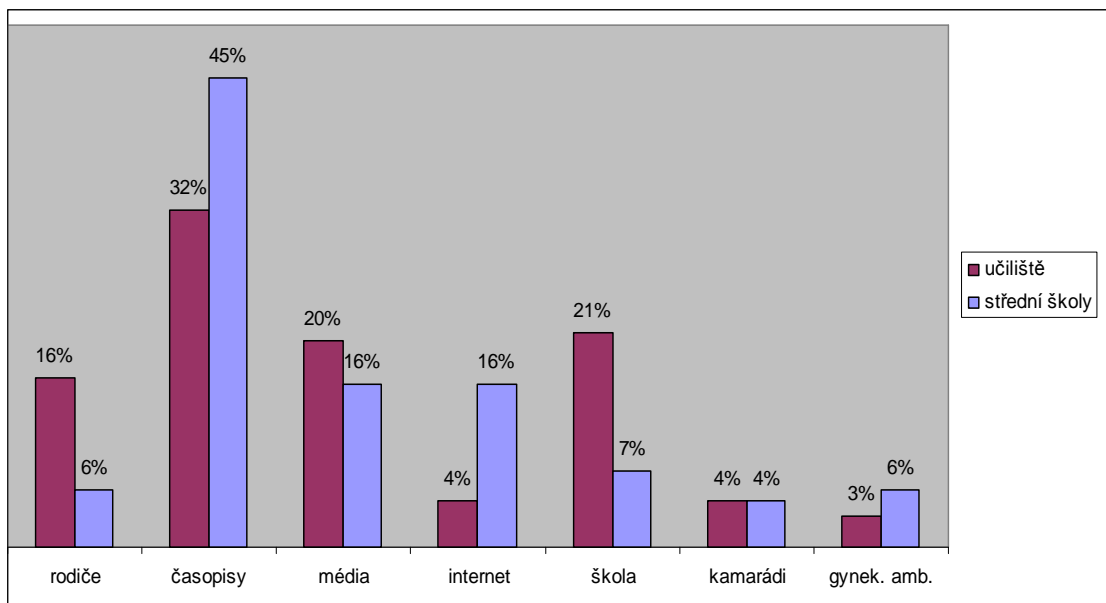
Z celkového počtu 68 studentů učilišť (100 %) a 90 studentů středních škol (100 %) uvedlo 8 studentů učilišť (12 %) a 18 studentů středních škol (20 %), že u nich ve škole probíhá výuka o prevenci PPCH; u 60 studentů učilišť (88 %) a 72 studentů středních škol (80 %) výuka o prevenci PPCH ve školách neprobíhá.

Graf 6 Podávání informací ve školách o prevenci pohlavně přenosných chorob



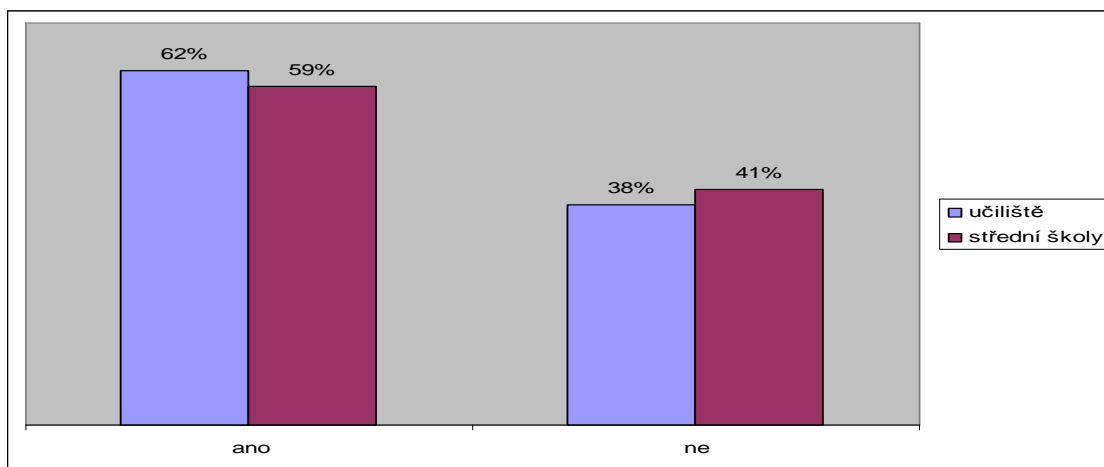
Graf 6 znázorňuje osoby sdělující informace o prevenci PPCH studentům. Z celkového počtu 68 studentů učilišť (100 %) a 90 studentů středních škol (100 %) uvedlo 28 studentů učilišť (41 %) a 40 studentů středních škol (45 %), že jim informace sděloval učitel; 9 studentům učilišť (13 %) a 6 studentům středních škol (7 %) lékař; 3 studentům učilišť (5 %) zdravotní sestra; 7 studentům učilišť (10 %) a 4 studentům středních škol (4 %) pracovník z K-centra; 1 studentovi z učiliště (1 %) a 1 studentovi ze střední školy (1 %) kamarád a 20 studentům učilišť (30 %) a 39 studentům středních škol (43 %) nepodával informace o prevenci PPCH nikdo.

Graf 7 Zdroje, ze kterých studenti čerpali nejvíce informací



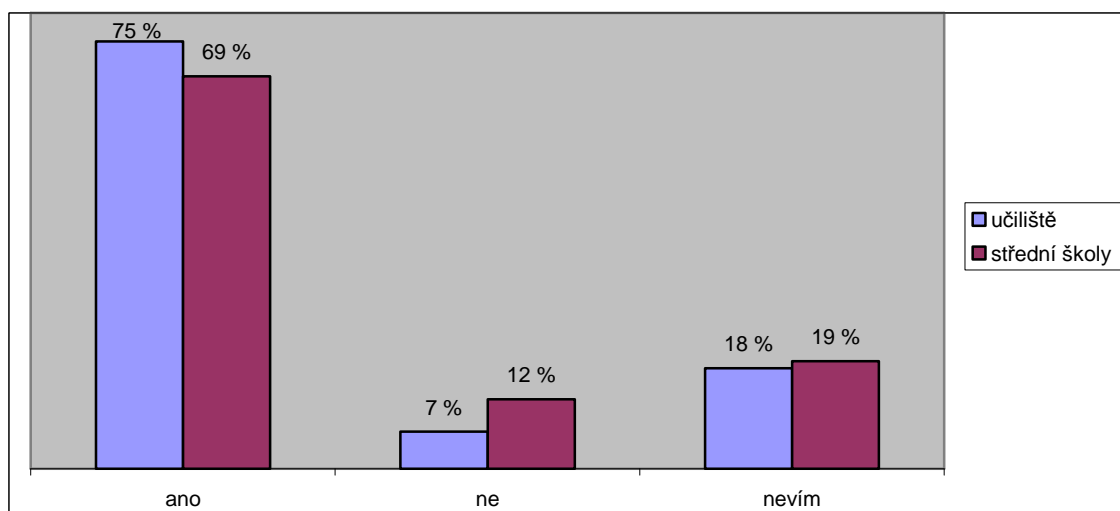
Z celkového počtu 68 studentů učilišť (100 %) a 90 studentů středních škol (100 %) uvedlo 11 studentů učilišť (16 %) a 5 studentů středních škol (6 %) největší zdroj informací rodiče; 22 studentů učilišť (32 %) a 41 studentů středních škol (45 %) časopisy; 13 studentů učilišť (20 %) a 14 studentů středních škol (16 %) média; 3 studenti učilišť (4 %) a 14 studentů středních škol (16 %) internet; 14 studenti učilišť (21 %) a 7 studentů středních škol (7 %) školu; 3 studenti učilišť (4 %) a 4 studenti středních škol (4 %) kamarády a 2 studenti učilišť (3 %) a 5 studentů středních škol (6 %) čerpalo nejvíce informací z gynekologické ambulance.

Graf 8 Podávání informací o sexuálním životě a prevenci pohlavních chorob rodiči



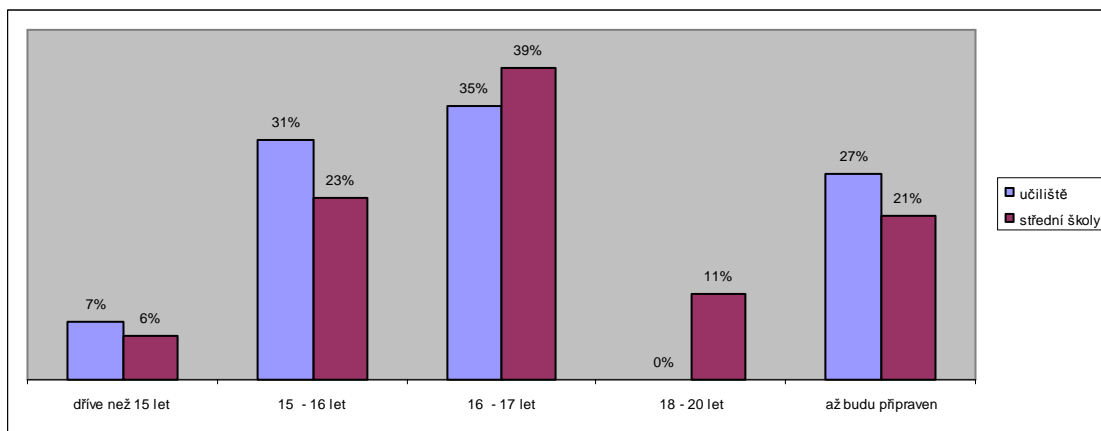
Z celkového počtu 68 studentů učilišť (100 %) a 90 studentů středních škol (100 %) odpovědělo 42 studentů učilišť (62 %) a 53 studentů středních škol (59 %) ano; 26 studentů učilišť (38 %) a 37 studentů středních škol (41 %) ne.

Graf 9 Názor studentů na zvýšení informovanosti o prevenci pohlavních chorob a sexuální výchově



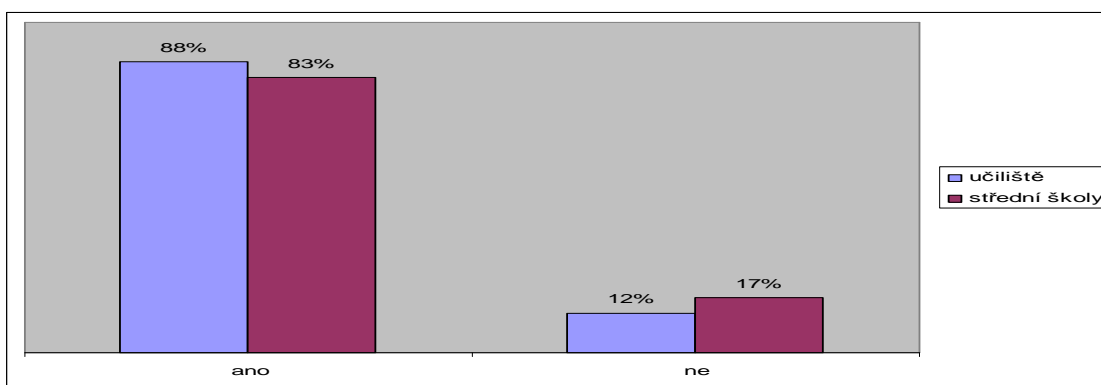
Celkem odpovědělo 68 studentů učilišť (100 %) a 90 studentů středních škol (100 %). 51 studentů učilišť (75 %) a 62 studentů středních škol (69 %) odpovědělo ano; 4 studenti učilišť (7 %) a 11 studentů středních škol (12 %) odpovědělo ne; 12 studentů učilišť (18 %) a 17 studentů středních škol (19 %) neví.

Graf 10 Vhodný věk k zahájení sexuálního života



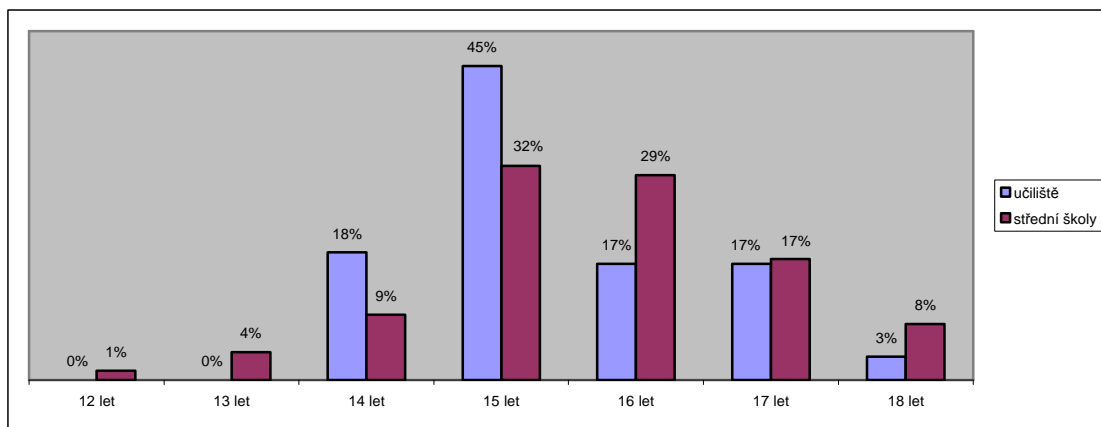
Z celkového počtu 68 studentů učilišť (100 %) a 90 studentů středních škol (100 %) si myslí 5 studentů učilišť (7 %) a 5 studentů středních škol (6 %), že je vhodné zahájit sexuální život dříve než v 15ti letech; 21 studentů učilišť (31 %) a 21 studentů středních škol (23 %) v 15 – 16 letech; 24 studentů učilišť (35 %) a 36 studentů středních škol (39 %) mezi 16 – 17 lety; 10 studentů středních škol (11 %) v 18 – 20 letech a 18 studentů učilišť (27 %) a 19 studentů středních škol (21 %) odpovědělo až budu připraven.

Graf 11 Četnost studentů, kteří už měli 1. pohlavní styk



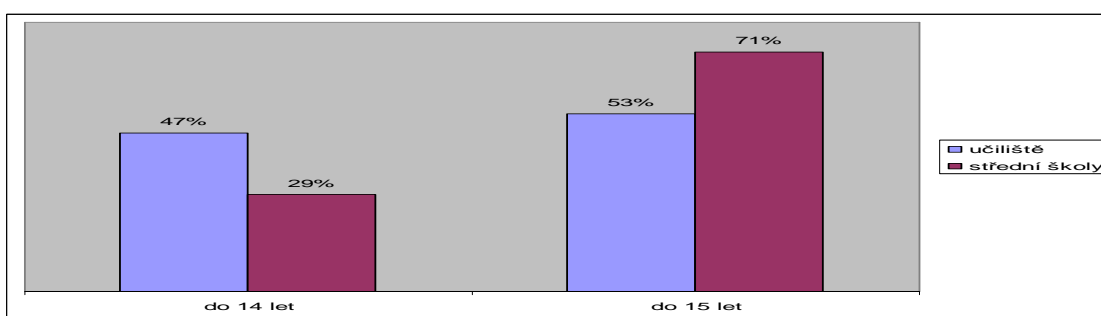
Celkem odpovědělo 68 studentů učilišť (100 %) a 90 studentů středních škol (100 %). 60 studentů učilišť (88 %) a 75 studentů středních škol (83 %) už mělo 1. pohlavní styk; 8 studentů učilišť (12 %) a 15 studentů středních škol (17 %) ještě pohlavní styk nemělo.

Graf 12 Věk zahájení pohlavního života



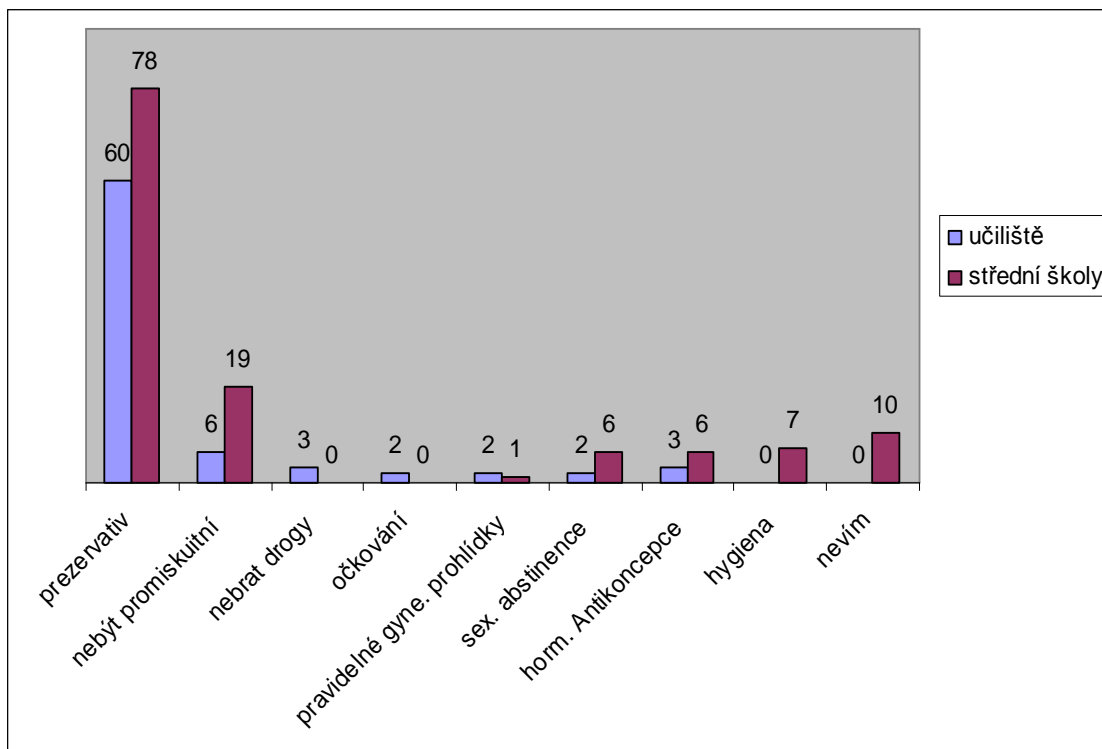
Celkem odpovědělo 60 studentů učilišť (100 %) a 75 studentů středních škol (100 %). Ve 12 letech měl pohlavní styk 1 student střední školy (1 %); ve 13 letech 3 studenti střední školy (4 %); ve 14 letech mělo 1. pohlavní styk 11 studentů učilišť (18 %) a 7 studentů středních škol (9 %); v 15 letech mělo 1. pohlavní styk 27 studentů učilišť (45 %) a 23 studentů středních škol (32 %); v 16 letech mělo 1. pohlavní styk 10 studentů učilišť (17 %) a 22 studentů středních škol (29 %); v 17 letech mělo první pohlavní styk 10 studentů učilišť (17 %) a 13 studentů středních škol (17 %) a v 18 letech měli 1. pohlavní styk 2 studenti učilišť (3 %) a 6 studentů středních škol (8 %).

Graf 13 Trestnost zahájení pohlavního styku



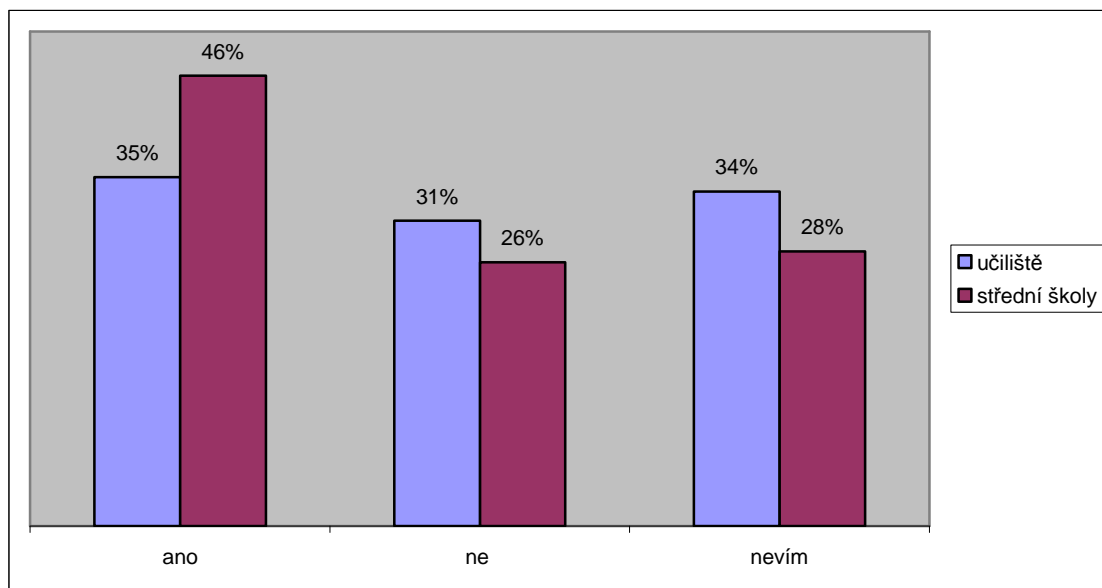
Na otázku odpovědělo celkem 68 studentů učilišť (100 %) a 90 studentů středních škol (100 %). 32 studentů učilišť (47 %) a 26 studentů středních škol (29 %) se domnívá, že zahájení pohlavního styku je trestné do 14 let; 36 studentů učilišť (53 %) a 64 studentů středních škol (71 %) si myslí, že zahájení pohlavního styku je trestné do 15 let.

Graf 14 Ochrana před nákazou pohlavní chorobou



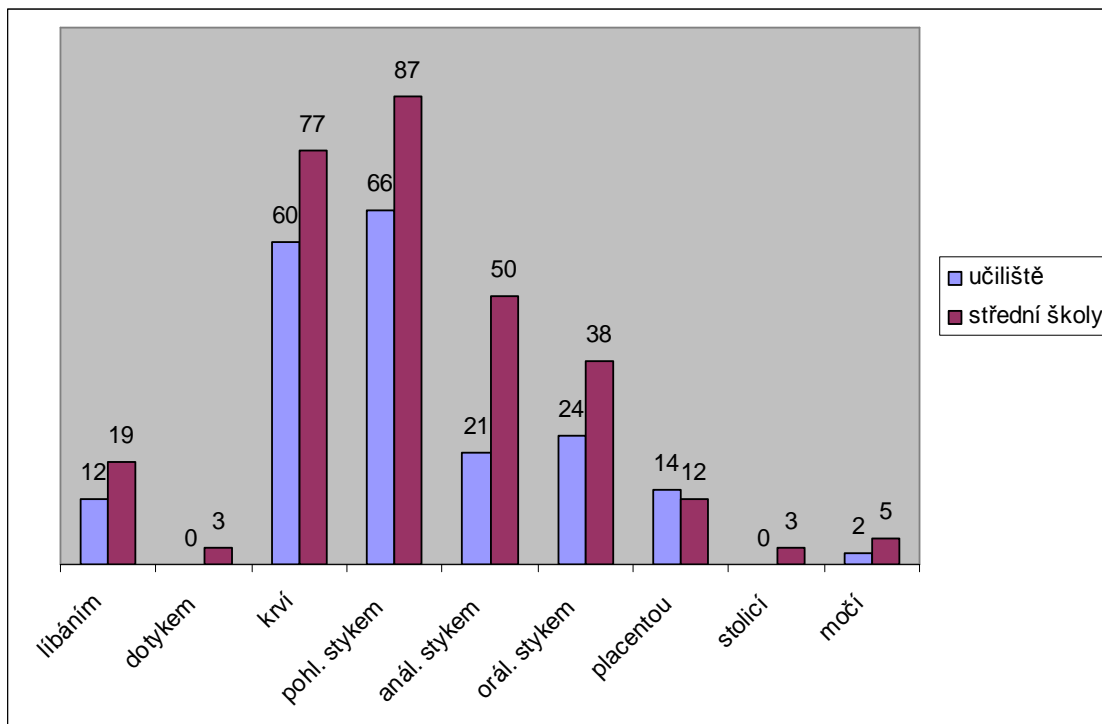
Studenti mohli uvést více odpovědí. Ty nejsou znázorněny v %, ale počtu studentů, kteří na danou variantu odpověděli. Celkem odpovědělo 68 studentů učilišť (100 %) a 90 studentů středních škol (100 %). Prezervativ uvedlo 60 studentů učilišť a 78 studentů středních škol; nebýt promiskuitní napsalo 6 studentů učilišť a 19 studentů středních škol; nebrat drogy odpověděli 3 studenti učiliště; očkování uvedli 2 studenti učiliště; pravidelné gynekologické prohlídky napsali 2 studenti učilišť a 1 student střední školy; hormonální antikoncepci uvádí 3 studenti učilišť a 6 studentů středních škol; hygienu 7 studentů středních škol a 10 studentů středních škol napsalo, že neví, jak se chránit před nákazou pohlavní chorobou.

Graf 15 Názor studentů na jejich informovanost o prevenci pohlavně přenosných chorob



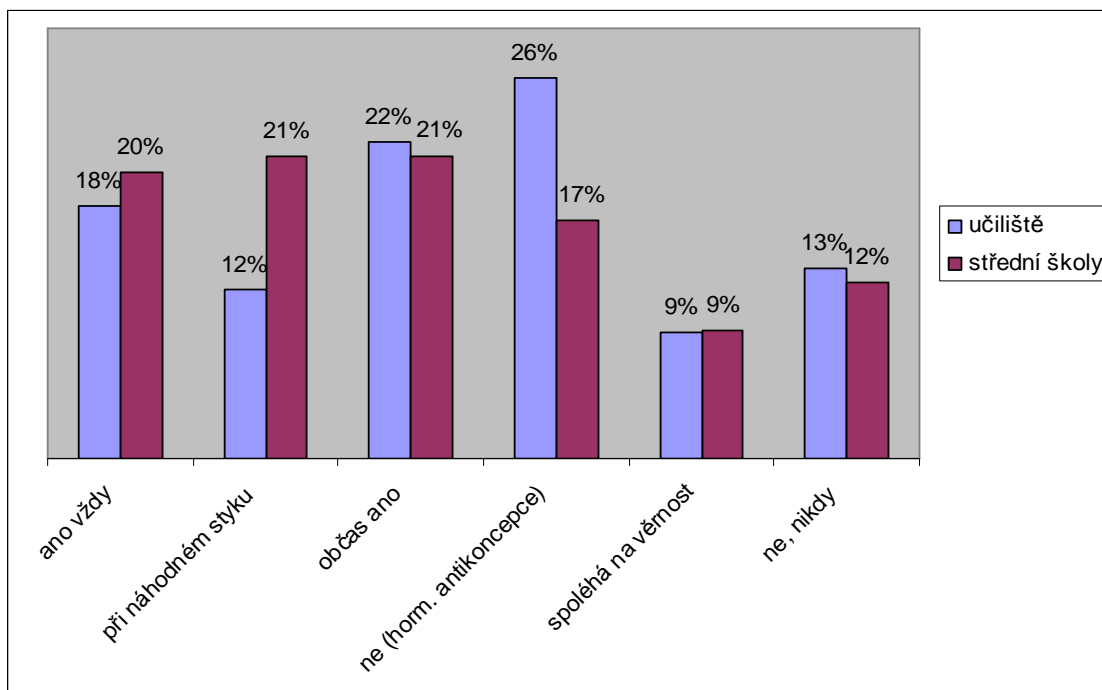
Celkem odpovědělo 68 studentů učilišť (100 %) a 90 studentů středních škol (100 %). 24 studentů učilišť (35 %) a 41 studentů středních škol (46 %) se domnívá, že jsou dostatečně informováni o prevenci pohlavně přenosných chorob; 21 studentů učilišť (31 %) a 24 studentů středních škol (26 %) si myslí, že nemá dostatek informací o pohlavních chorobách a jejich prevenci a 23 studentů učilišť (35 %) a 25 studentů středních škol (28 %) neví.

Graf 16 Cesty přenosu pohlavních chorob



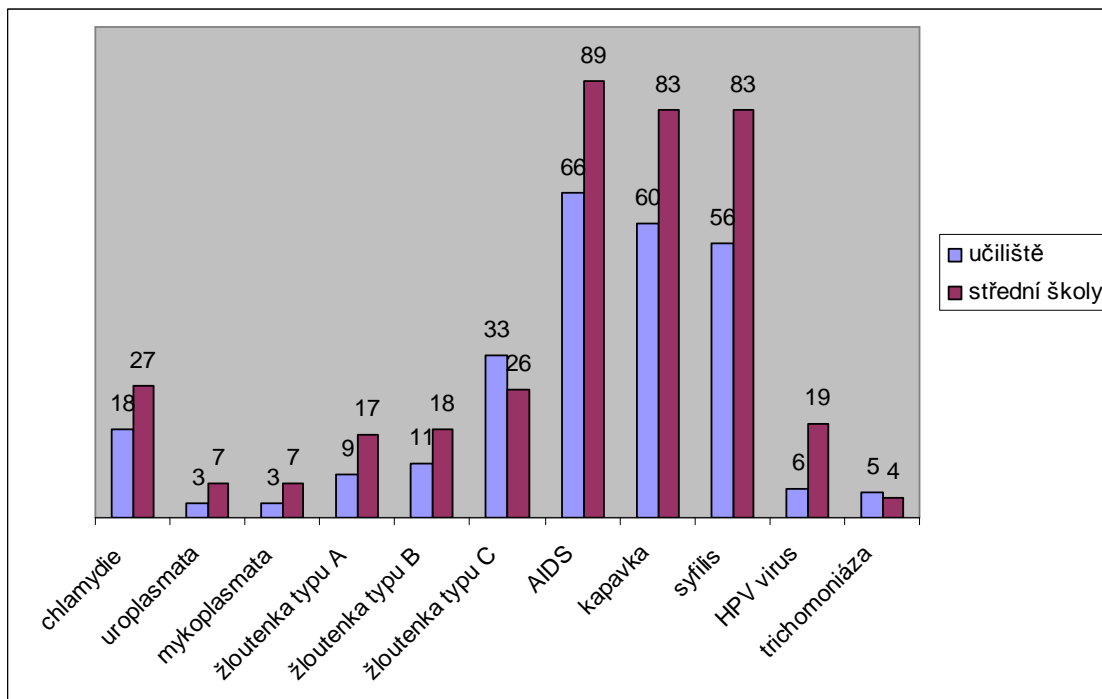
Studenti mohli uvést více odpovědí. Ty nejsou znázorněny v %, ale počtu studentů, kteří na danou variantu odpověděli. Celkem odpovědělo 68 studentů učilišť (100 %) a 90 studentů středních škol (100 %). 12 studentů učilišť a 19 studentů středních škol si myslí, že mezi cesty přenosu pohlavních chorob patří líbání; 3 studenti středních škol dotyk; 60 studentů učilišť a 77 studentů středních škol krev; 66 studentů učilišť a 87 studentů středních škol pohlavní styk; 21 studentů učilišť a 50 studentů středních škol anální styk; 24 studentů učilišť a 38 studentů středních škol orální styk; 14 studentů učilišť a 12 studentů středních škol placenta; 3 studenti středních škol stolice; 2 studenti učilišť a 5 studentů středních škol moč.

Graf 17 Používání kondomu při styku



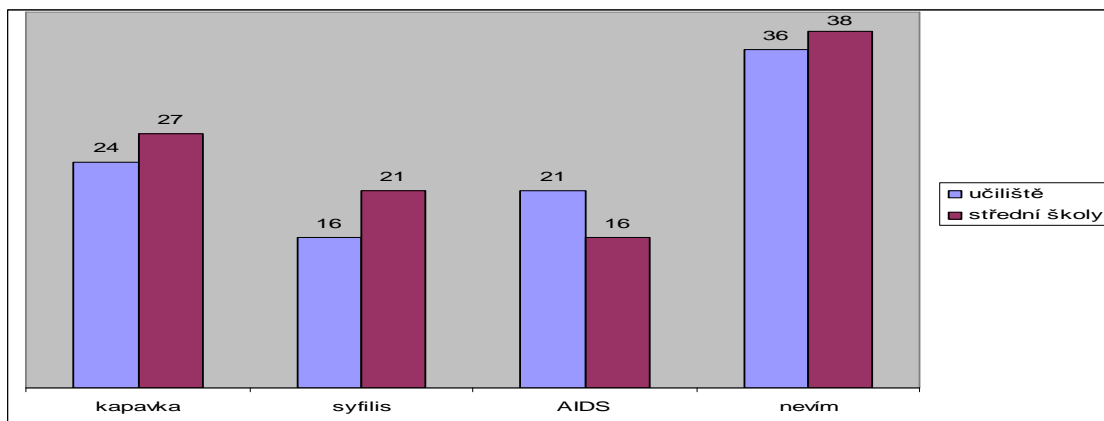
Celkem odpovědělo 68 studentů učilišť (100 %) a 90 studentů středních škol (100 %). 12 studentů učilišť (18 %) a 18 studentů středních škol (20 %) uvedlo, že při pohlavním styku používá kondom vždy; 8 studentů učilišť (12 %) a 19 studentů středních škol (21 %) jen při náhodném styku; občas používá kondom 15 studentů učilišť (22 %) a 19 studentů středních škol (21 %); 18 studentů učilišť (26 %) a 15 studentů středních škol (17 %) nepoužívá kondom, protože užívá (nebo partnerka užívá) hormonální antikoncepci; 6 studentů učilišť (9 %) a 8 studentů středních škol (9 %) se spoléhá na věrnost partnera; 9 studentů učilišť (13 %) a 11 studentů středních škol (12 %) nepoužívá kondom vůbec. Do odpovědí ne nikdy jsou započítáni i studenti, kteří ještě neměli pohlavní styk.

Graf 18 Nemoci přenášené pohlavním stykem



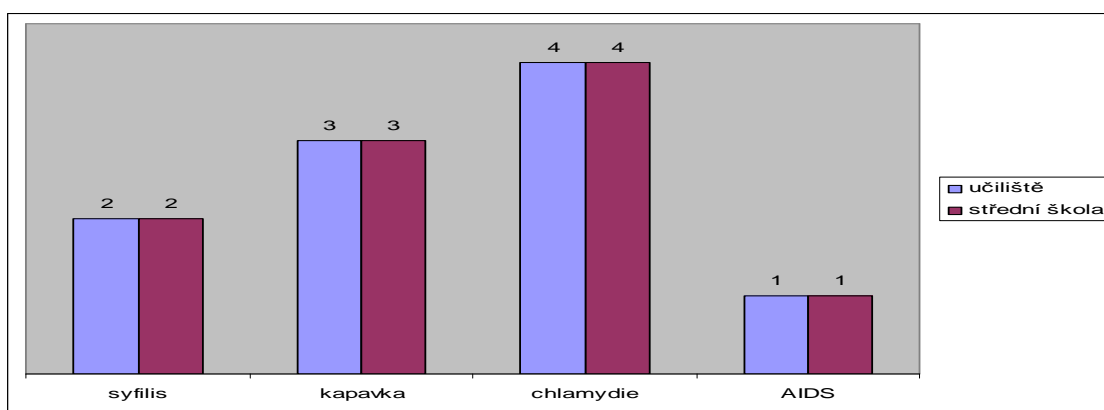
Studenti mohli uvést více odpovědí. Ty nejsou znázorněny v %, ale v počtu studentů, kteří na danou variantu odpověděli. Celkem odpovědělo 68 studentů učilišť (100 %) a 90 studentů středních škol (100 %). 18 studentů učilišť a 27 studentů středních škol uvedlo chlamydie; 3 studenti učilišť a 7 studentů středních škol uropiasmata; 3 studenti učilišť a 7 studentů středních škol mykopiasmata; 9 studentů učilišť a 17 studentů středních škol žloutenku typu A; 11 studentů učilišť a 18 studentů středních škol žloutenku typu B; 33 studentů učilišť a 26 studentů středních škol žloutenku typu C; 66 studentů učilišť a 89 studentů středních škol AIDS; 60 studentů učilišť a 83 studentů středních škol kapavku; 56 studentů učilišť a 83 studentů středních škol syfilis; 6 studentů učilišť a 19 studentů středních škol HPV virus a 5 studentů učilišť a 4 studenti středních škol trichomoniázu.

Graf 19 Nemoci a jejich příznaky



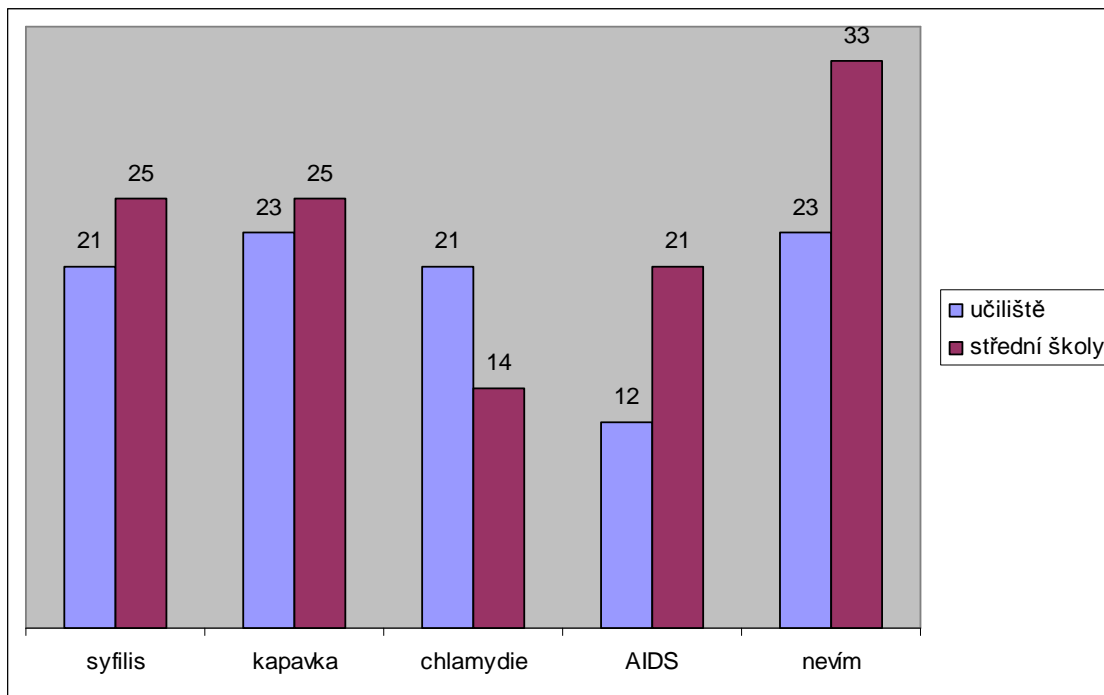
Studenti měli přiřadit podle příznaků správnou nemoc. Odpovědi nejsou znázorněny v %, ale v počtu studentů, kteří na danou variantu správně odpověděli. Celkem odpovědělo 68 studentů učilišť (100 %) a 90 studentů středních škol (100 %). Odpověď kapavka napsalo 24 studentů učilišť a 27 studentů středních škol; syfilis 16 studentů učilišť a 21 studentů středních škol; AIDS 21 studentů učilišť a 16 studentů středních škol; nevím 36 studentů učilišť a 38 studentů středních škol.

Graf 20 Pravděpodobnost nákazy pohlavně přenosnou chorobou při nechráněném pohlavním styku



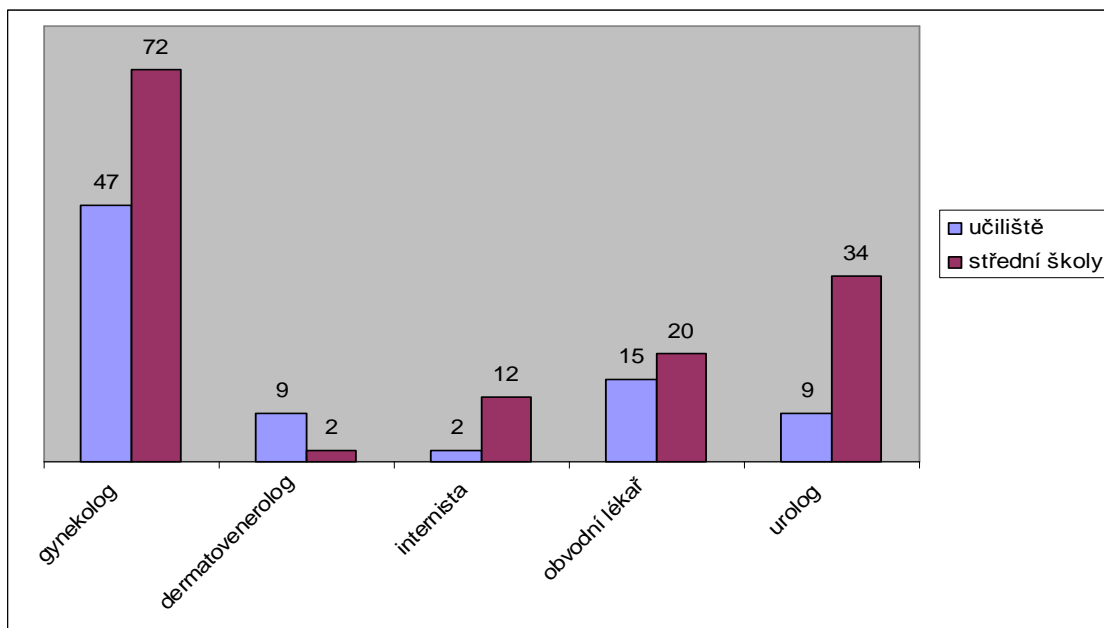
Celkem odpovědělo 68 studentů učilišť (100 %) a 90 studentů středních škol (100 %). Na 1. místě (největší pravděpodobnost) shodně tipovali studenti učilišť i středních škol AIDS, na 2. místě syfilis, na 3. místě kapavku a na 4. místě (nejmenší pravděpodobnost) chlamydie.

Graf 21 Komplikace - neplodnost u pohlavně přenosných chorob



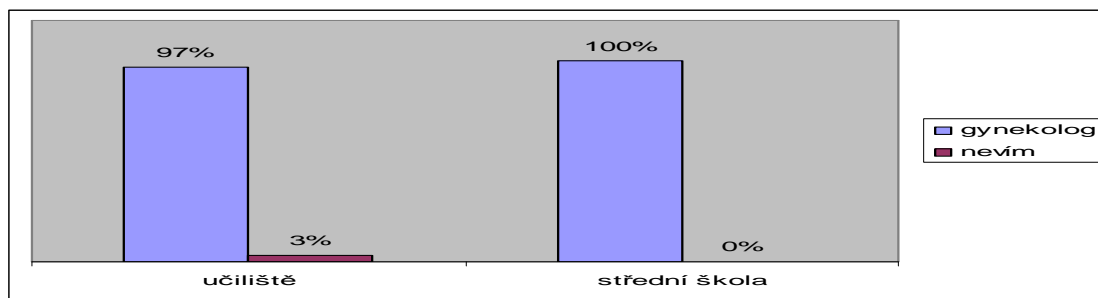
Celkem odpovědělo 68 studentů učilišť (100 %) a 90 studentů středních škol (100 %). Odpovědi nejsou znázorněny v %, ale v počtu studentů, kteří na danou variantu správně odpověděli. 21 studentů učilišť a 25 studentů středních škol odpovědělo syfilis; 23 studentů učilišť a 25 studentů středních škol kapavka; 21 studentů učilišť a 14 studentů středních škol chlamydie; 12 studentů učilišť a 21 studentů středních škol AIDS; 23 studentů učilišť a 33 studentů středních škol nevím.

Graf 22 Výběr lékaře podle studentů pro léčbu pohlavních chorob



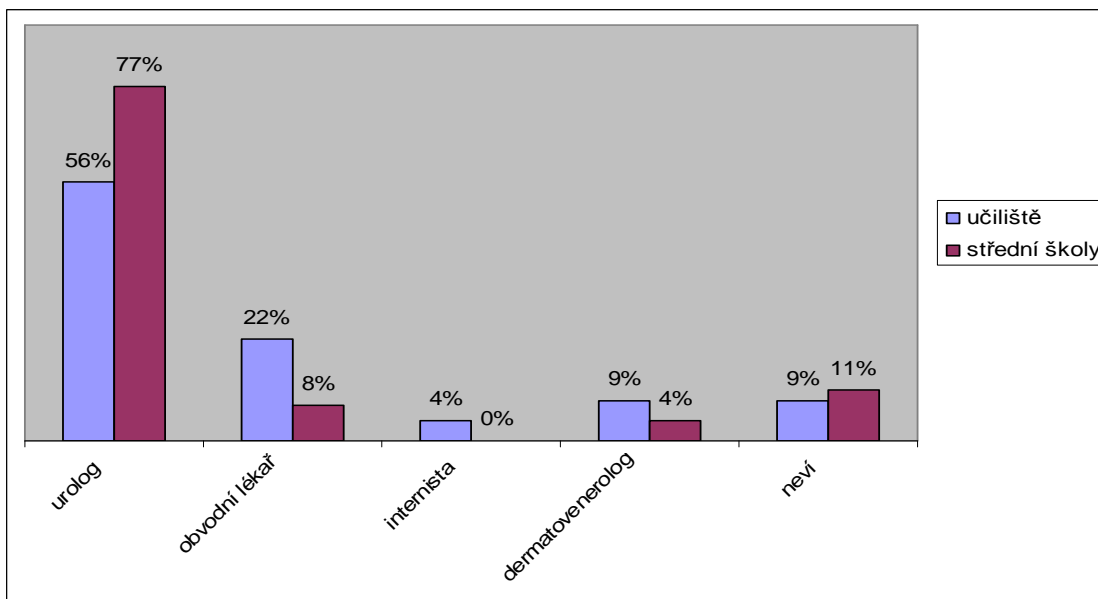
Graf 22 znázorňuje, kterého lékaře by šli studenti při potížích navštívit. Celkem odpovědělo 68 studentů učilišť (100 %) a 90 studentů středních škol (100 %). Odpovědi jsou znázorněny v počtech studentů nikoli v %. 47 studentů učilišť a 72 studentů středních škol odpovědělo gynekolog; 9 studentů učilišť a 2 studenti středních škol dermatovenerolog; 2 studenti učilišť a 12 studentů středních škol internista; 15 studentů učilišť a 20 studentů středních škol obvodní lékař a 9 studentů učilišť a 34 studentů středních škol urolog.

Graf 23 Výběr lékaře pro léčbu pohlavních chorob podle dívek



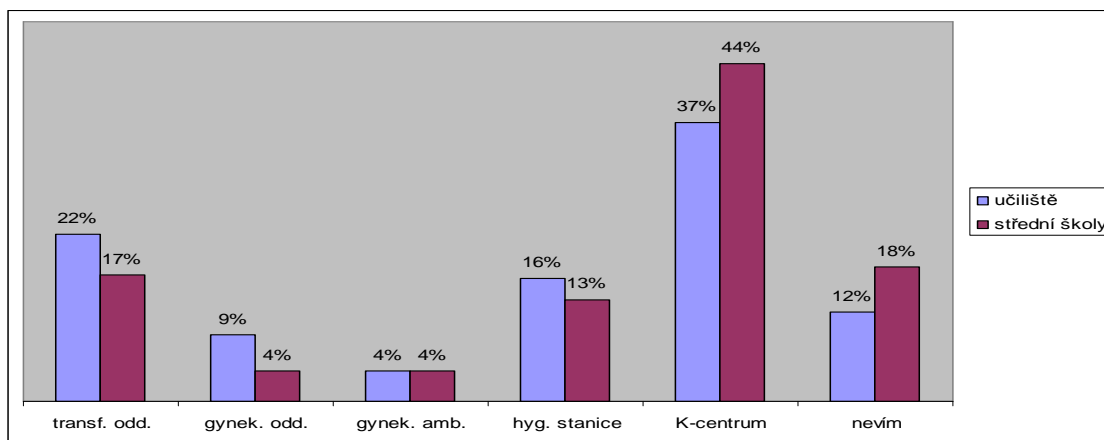
Graf 23 znázorňuje, kterého lékaře by šli navštívit dívky. Celkem odpovědělo 68 studentů učilišť (100 %) a 90 studentů středních škol (100 %). 66 studentů učilišť (97 %) a 90 studentů středních škol (100 %) odpovědělo gynekolog; 2 studenti střední školy (3 %) nevím.

Graf 24 Výběr lékaře pro léčbu pohlavních chorob podle chlapců



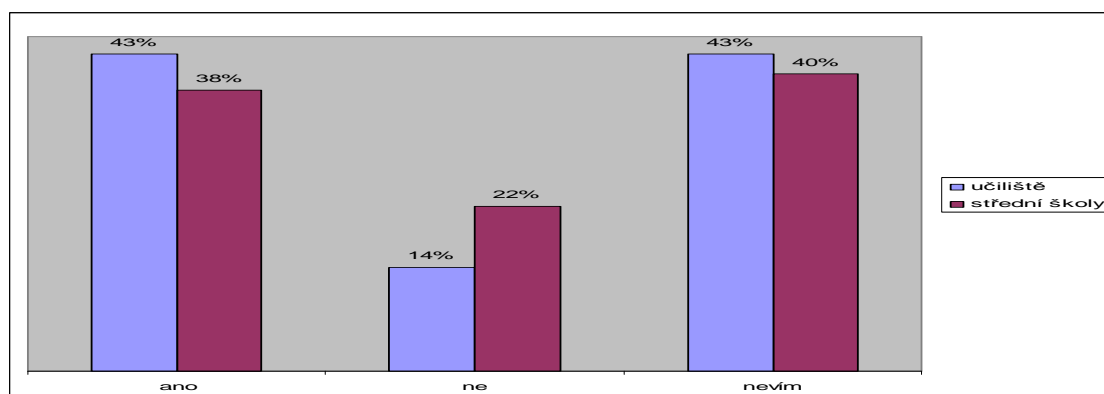
Graf 24 znázorňuje, kterého lékaře by šli navštívit chlapci. Celkem odpovědělo 68 studentů učilišť (100 %) a 90 studentů středních škol (100 %). 38 studentů učilišť (56 %) a 69 studentů středních škol (77 %) odpovědělo urolog; 15 studentů učilišť (22 %) a 7 studentů středních škol (8 %) obvodní lékař; 3 studenti učilišť (4 %) internista; 6 studentů učilišť (9 %) a 4 studenti středních škol (4 %) dermatovenerolog a 6 studentů učilišť (9 %) a 10 studentů středních škol (11 %) neví.

Graf 25 Oddělení vyšetřující anonymně krev na pohlavní choroby



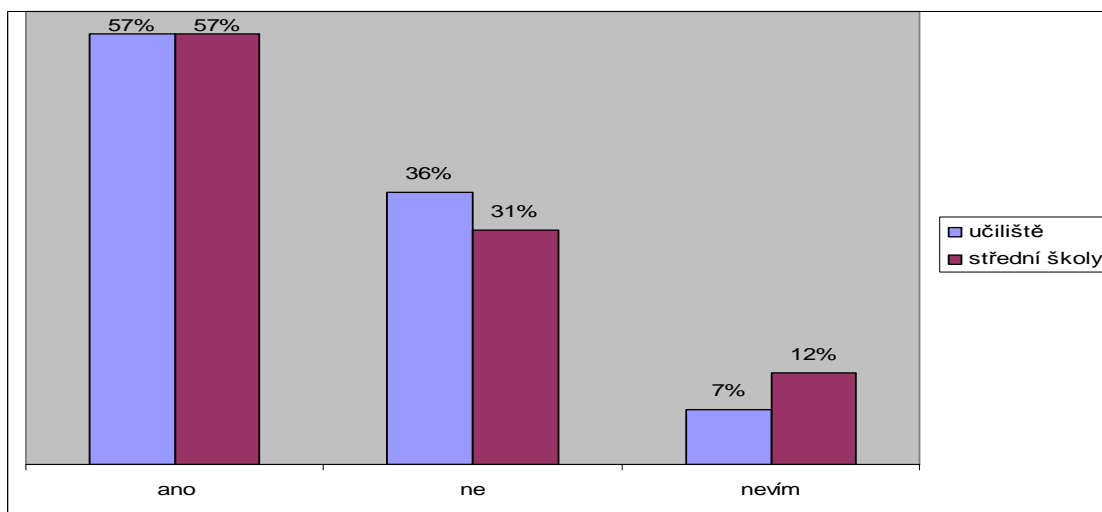
Celkem odpovědělo 68 studentů učilišť (100 %) a 90 studentů středních škol (100 %). 15 studentů učilišť (22 %) a 15 studentů středních škol (17 %) odpovědělo transfúzní oddělení; 6 studentů učilišť (9 %) a 3 studenti středních škol (4 %) gynekologické oddělení; 3 studenti učilišť (4 %) a 4 studenti středních škol (4 %) gynekologická ambulance; 11 studentů učilišť (16 %) a 12 studentů středních škol (13 %) hygienická stanice; 25 studentů učilišť (37 %) a 40 studentů středních škol (44 %) krizové centrum a 8 studentů učilišť (12 %) a 16 studentů středních škol (18 %) odpovědělo nevím.

Graf 26 Bezplatnost vyšetření krve na pohlavní choroby



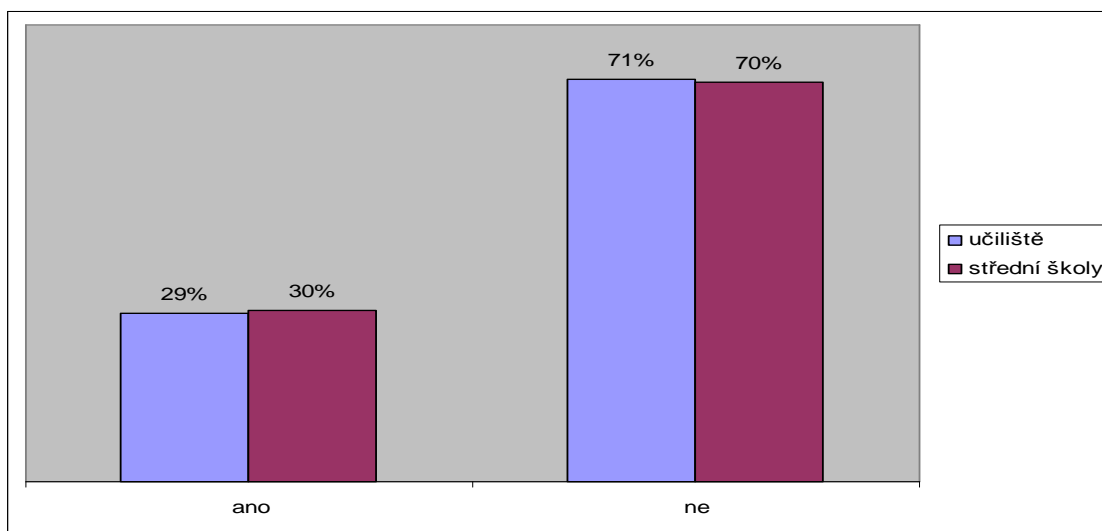
Celkem odpovědělo 68 studentů učilišť (100 %) a 90 studentů středních škol (100 %). 29 studentů učilišť (43 %) a 34 studentů středních škol (38 %) odpovědělo ano; 10 studentů učilišť (14 %) a 20 studentů středních škol (22 %) ne a 29 studentů učilišť (43 %); 36 studentů středních škol (40 %) nevím.

Graf 27 Kupování kondomů ve veřejných automatech



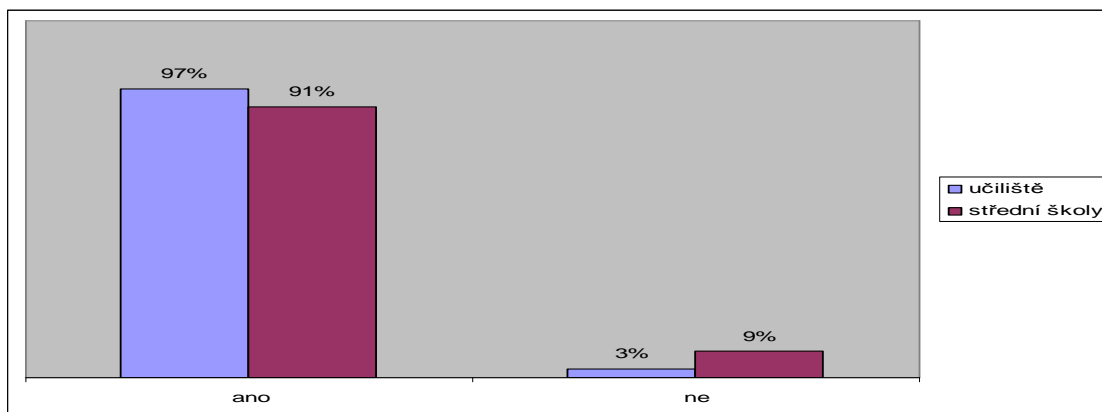
Celkem odpovědělo 68 studentů učilišť (100 %) a 90 studentů středních škol (100 %). 39 studentů učilišť (57 %) a 51 studentů středních škol (57 %) odpovědělo ano; 24 studentů učilišť (36 %) a 28 studentů středních škol (31 %) ne; 5 studentů učilišť (7 %); 11 studentů středních škol (12 %) nevím.

Graf 28 Ostych při nakupování kondomů



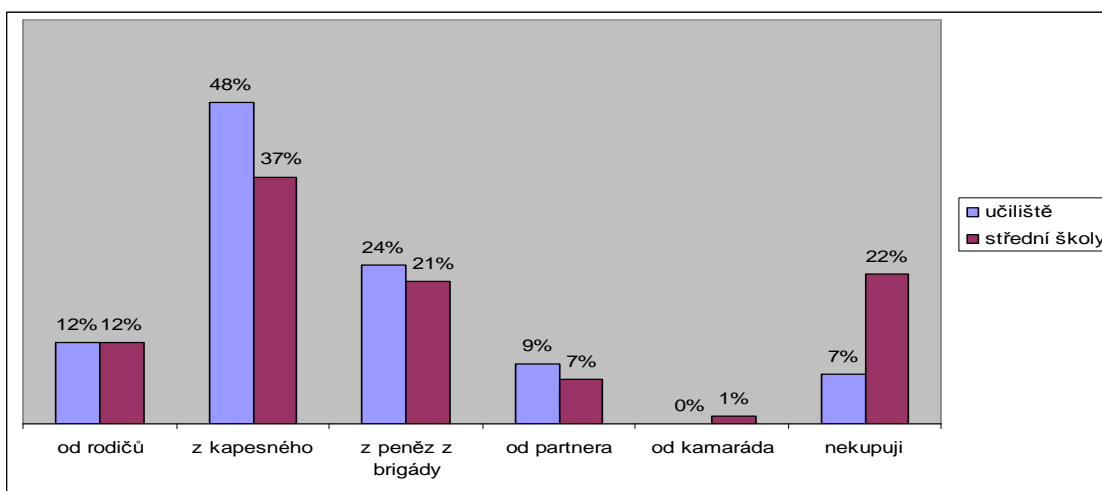
Celkem odpovědělo 68 studentů učilišť (100 %) a 90 studentů středních škol (100 %). 20 studentů učilišť (29 %) a 27 studentů středních škol (30 %) odpovědělo ano; 48 studentů učilišť (71 %) a 63 studentů středních škol (70 %) ne.

Graf 29 Cenová dostupnost kondomů



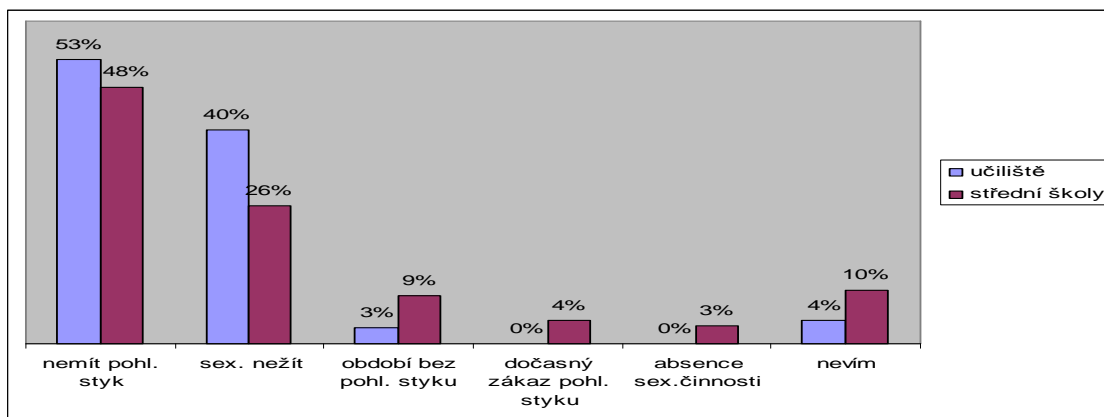
Celkem odpovědělo 68 studentů učilišť (100 %) a 90 studentů středních škol (100 %). 66 studentů učilišť (97 %) a 82 studentů středních škol (91 %) odpovědělo ano; 2 studenti učilišť (3 %) a 8 studentů středních škol (9 %) ne.

Graf 30 Finanční prostředky na nákup kondomů



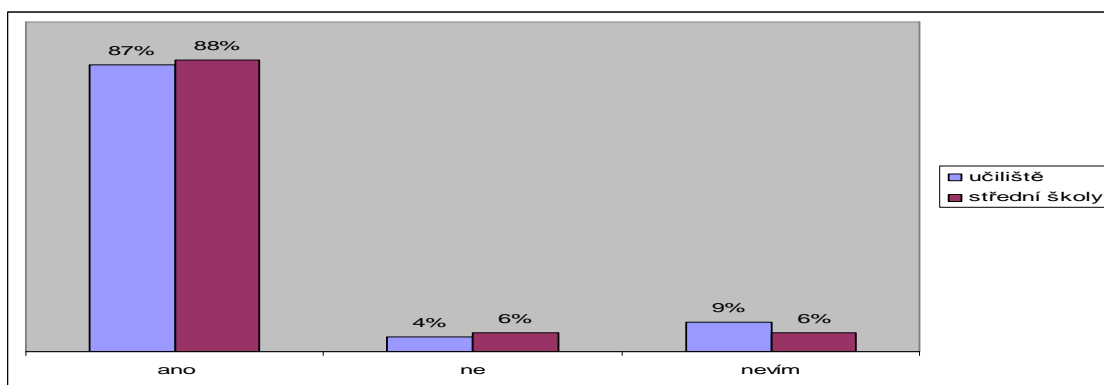
Celkem odpovědělo 68 studentů učilišť (100 %) a 90 studentů středních škol (100 %). 8 studentů učilišť (12 %) a 11 studentů středních škol (12 %) odpovědělo, že finanční prostředky získává od rodičů; 33 studentů učilišť (48 %) a 33 studentů středních škol (37 %) z kapesného; 16 studentů učilišť (24 %) a 19 studentů středních škol (21 %) z peněz z brigády; 6 studentů učilišť (9 %) a 6 studentů středních škol (7 %) od výdělečně činného partnera; 1 student střední školy od kamaráda; 5 studentů učilišť (7 %) a 20 studentů středních škol (22 %) kondomy nekupuje.

Graf 31 Sexuální abstinence



Graf 31 znázorňuje, co si studenti představují pod pojmem sexuální abstinence. Celkem odpovědělo 68 studentů učilišť (100 %) a 90 studentů středních škol (100 %). 36 studentů učilišť (53 %) a 43 studentů středních škol (48 %) si pod sexuální abstinencí představuje nemít pohlavní styk; 27 studentů učilišť (40 %) a 23 studentů středních škol (26 %) sexuálně nežít; 2 studenti učilišť (3 %) a 8 studentů středních škol (9 %) období bez pohlavního styku; 4 studenti středních škol (4 %) dočasný zákaz pohlavního styku; 3 studenti středních škol (3 %) absenci sexuální činnosti; 3 studenti učilišť (4 %) a 9 studentů středních škol (10 %) odpovědělo nevím.

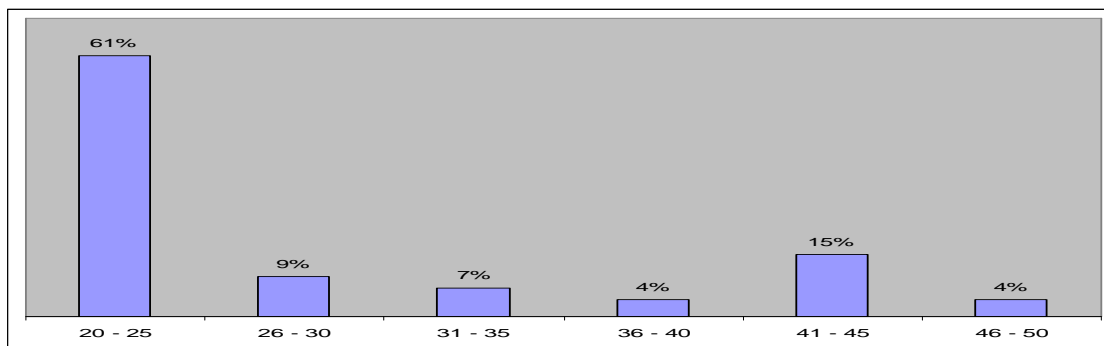
Graf 32 Nutnost sexuální abstinence při léčbě pohlavních nemocí



Celkem odpovědělo 68 studentů učilišť (100 %) a 90 studentů středních škol (100 %). 59 studentů učilišť (87 %) a 80 studentů středních škol (88 %) odpovědělo ano; 3 studenti učilišť (4 %) a 5 studentů středních škol (6 %) ne; 6 studentů učilišť (9 %) a 5 studentů středních škol (6 %) nevím.

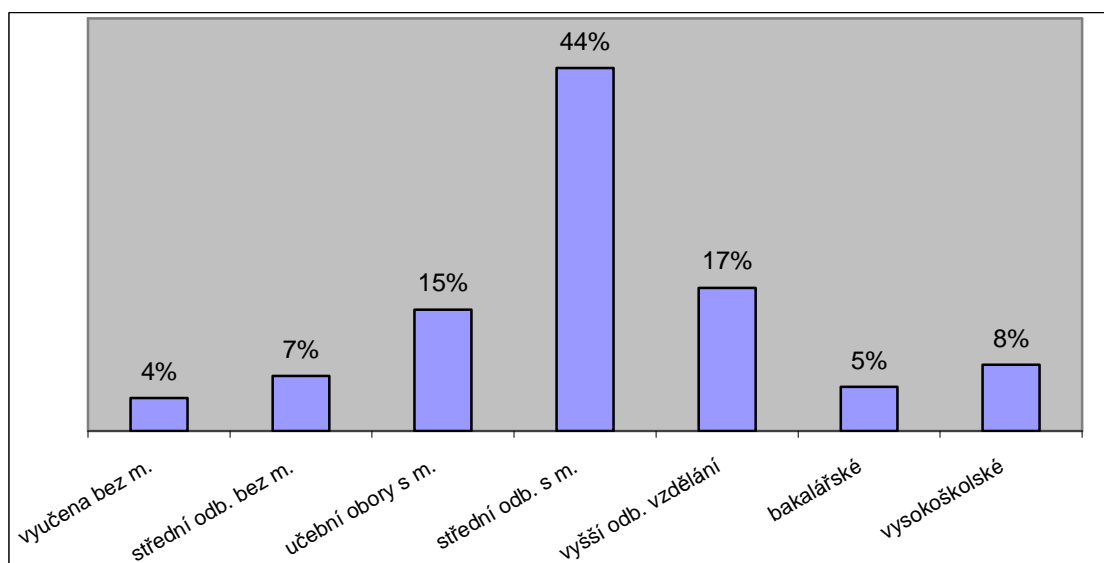
4.2 Výsledky výzkumu u ambulantních pacientek

Graf 33 Věk oslovených žen navštěvující gynekologické ambulance



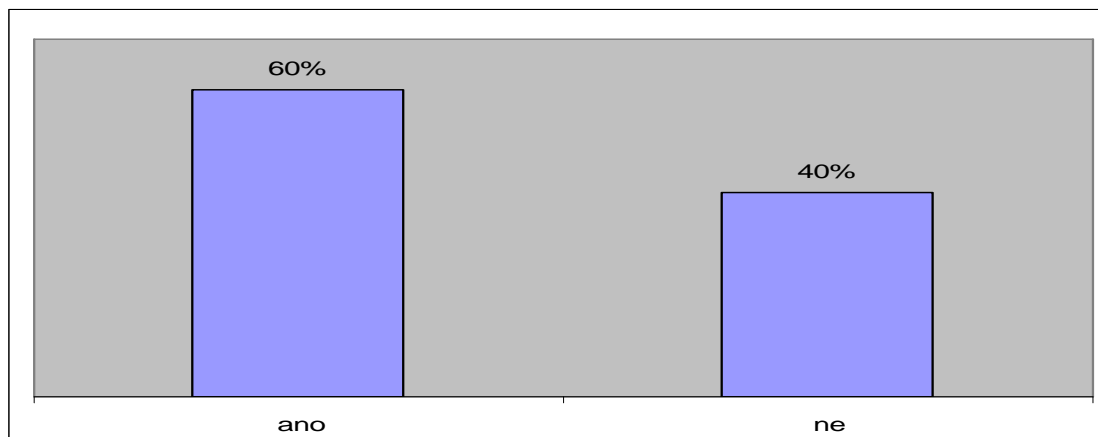
Z celkového počtu 75 respondentů (100 %) bylo ve věkové hranici 20 – 25 let 46 žen (61 %); ve věkové hranici 26 – 30 let 7 žen (9 %); ve věkové hranici 31 – 35 let 5 žen (7 %); ve věkové hranici 36 – 40 let 3 ženy (4 %); ve věkové hranici 41 – 45 let 11 žen (15 %); ve věkové hranici 46 – 50 let 3 ženy (7 %).

Graf 34 Vzdelání respondentů



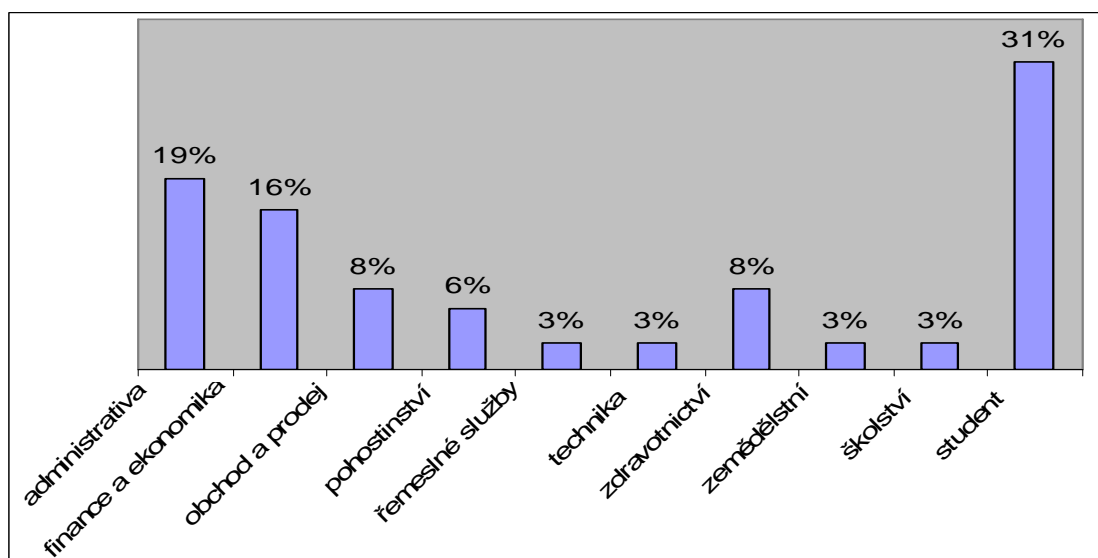
Graf 34 znázorňuje nejvyšší dosažené vzdělání. Z celkového počtu 75 respondentů (100 %) uvedly 3 ženy (4 %) vyučena bez maturity; 5 žen (7 %) střední odborné vzdělání bez maturity; 11 žen (15 %) učební obor s maturitou; 33 žen (44 %) úplné střední odborné vzdělání s maturitou; 13 žen (17 %) vyšší odborné vzdělání; 4 ženy (5 %) vysokoškolské Bc. vzdělání a vysokoškolské (Mgr., Ing.) vzdělání 6 žen (8 %).

Graf 35 Zaměstnanost žen



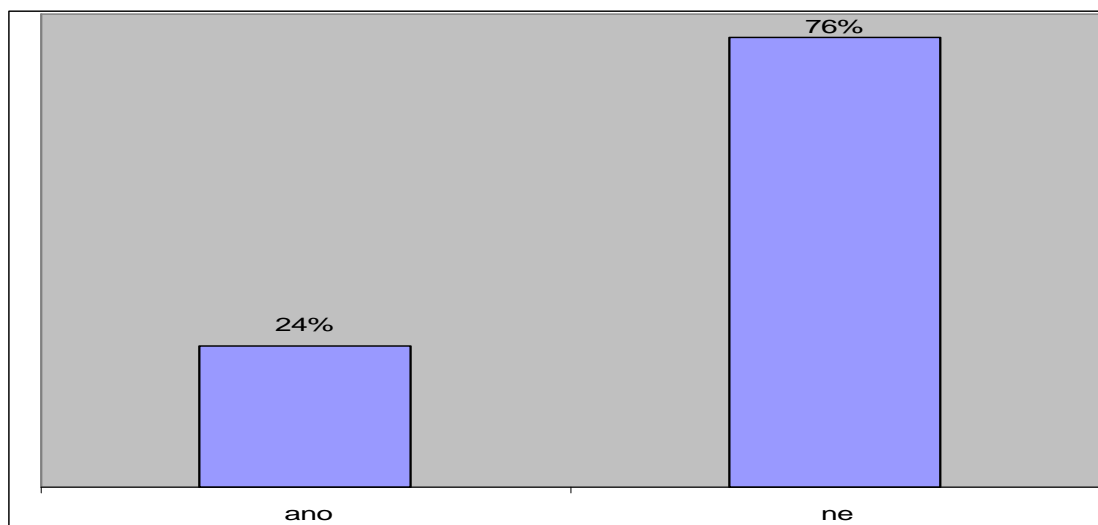
Graf 35 znázorňuje počet zaměstnaných žen. Celkem odpovědělo 75 žen (100 %). 45 žen (60 %) uvedlo, že má zaměstnání; 30 žen (40 %) odpovědělo ne.

Graf 36 Pracovní sféra



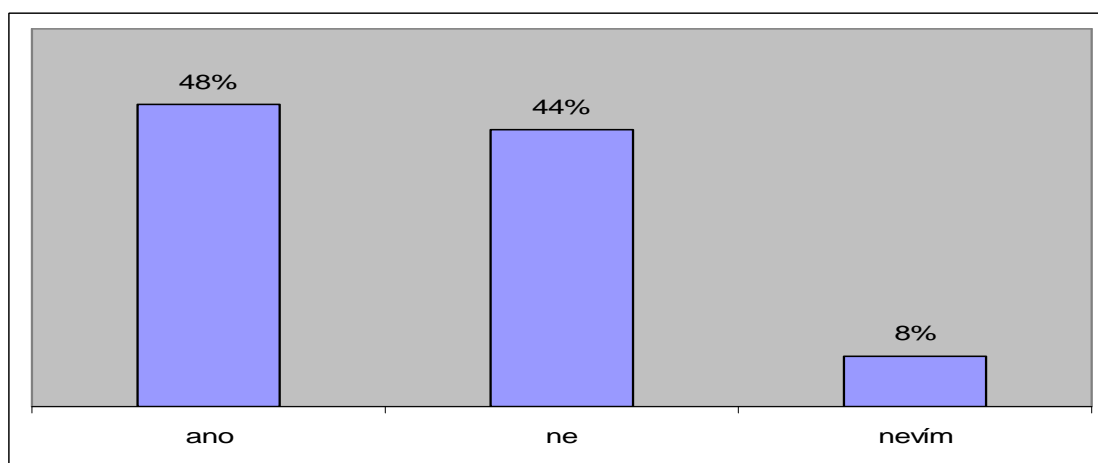
Graf 36 znázorňuje pracovní sféru žen. Celkem odpovědělo 75 žen (100 %). 14 žen (19 %) pracuje v administrativní sféře; 12 žen (16 %) uvedlo finance a ekonomika; 6 žen (8 %) obchod a prodej; 5 žen (6 %) pohostinství; ; 2 ženy (3 %) pracují v řemeslných službách; 2 ženy (3 %) v technické sféře; 6 žen (8 %) ve zdravotnictví; 2 ženy (3 %) pracují v zemědělství; 2 ženy (3 %) ve školství a 24 žen (31 %) uvedlo, že studují.

Graf 37 Podávání informací o prevenci pohlavně přenosných chorob v gynekologické ambulanci



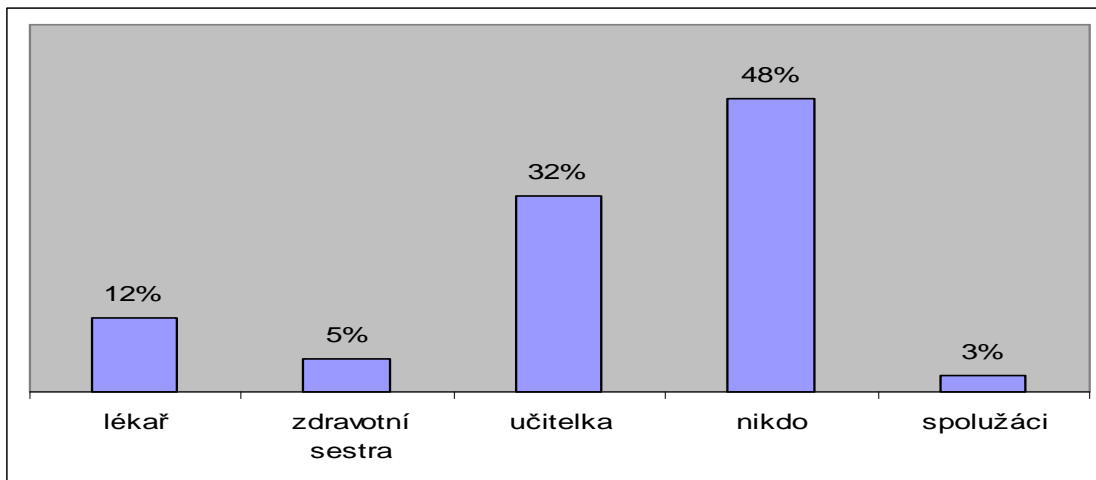
Graf 37 vypovídá o tom, zda jsou ženám v gynekologické ambulanci sdělovány informace o prevenci PPCH. Z celkového počtu 75 žen (100 %) odpovědělo 18 žen (24 %) ano; 57 žen (76 %) uvedlo ne.

Graf 38 Potřeba žen dostávat informace o pohlavně přenosných chorobách v gynekologické ambulanci



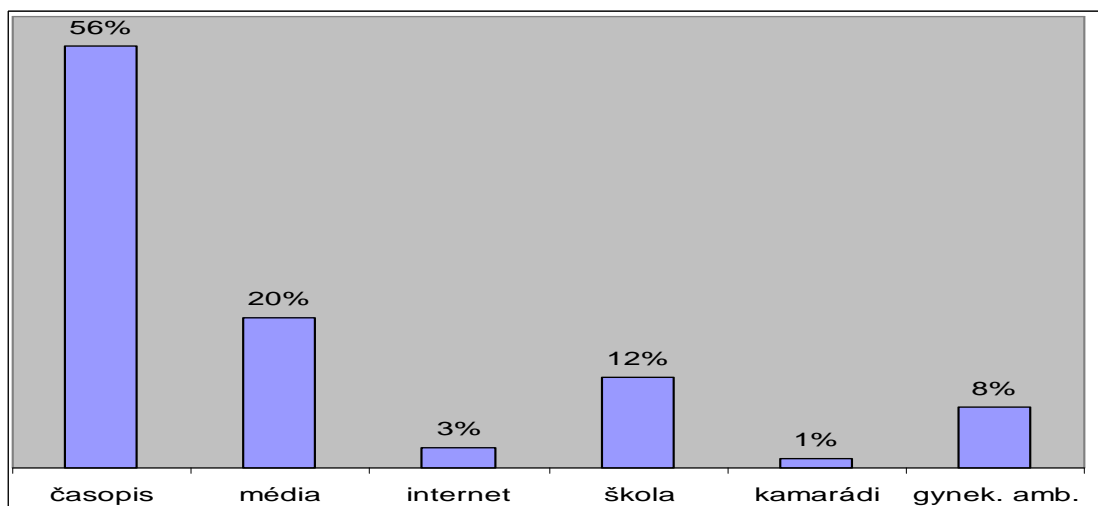
Graf 38 znázorňuje, zda chtějí být ženy v gynekologické ambulanci informovány o prevenci PPCH. Z celkového počtu 75 žen (100 %) odpovědělo 36 žen (48 %) ano; 33 žen (44 %) uvedlo ne a 6 žen (8 %) nevím.

Graf 39 Podávání informací o prevenci pohlavních chorob ve škole



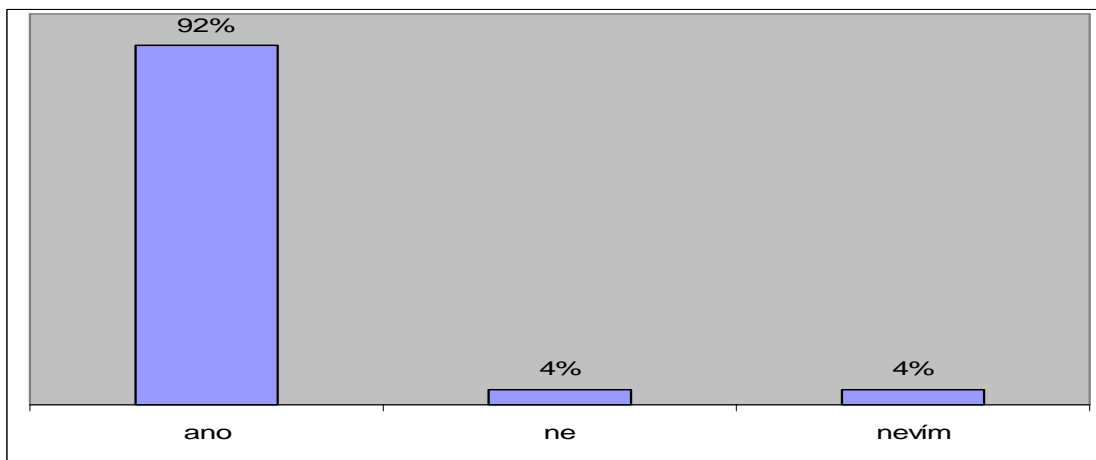
Graf 39 znázorňuje, kdo ženám poskytl ve škole informace o prevenci PPCH. Z celkového počtu 75 žen (100 %) odpovědělo 9 žen (12 %) lékař; 4 ženy (5 %) zdravotní sestra; 24 žen (32 %) učitelka; 2 ženy (3 %) spolužáci a 36 ženám (48 %) neposkytl informace ve škole nikdo.

Graf 40 Zdroje, ze kterých ženy čerpaly nejvíce informací o pohlavních chorob



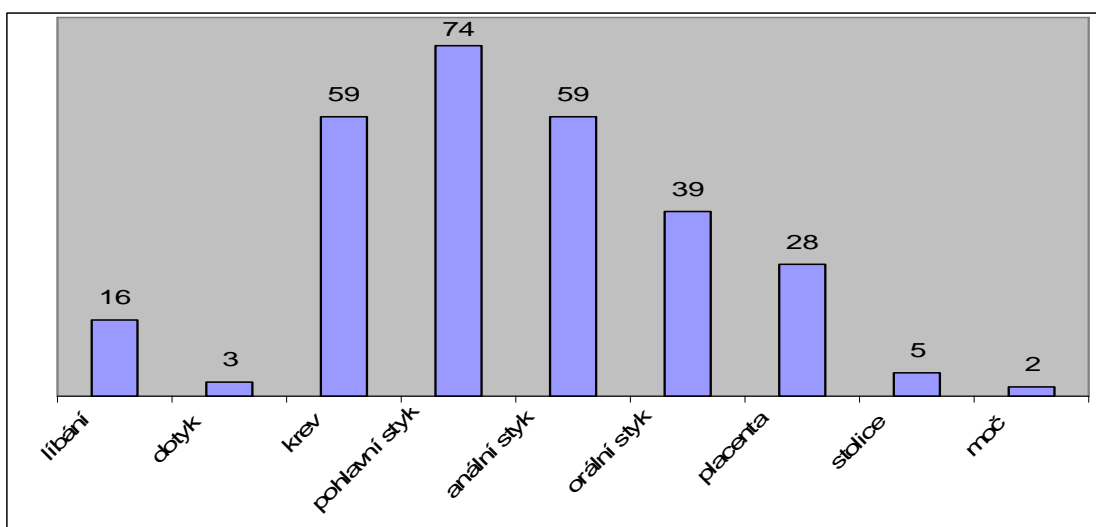
Celkem odpovědělo 75 žen (100 %). 42 žen (56 %) mělo nejvíce informací z časopisu; 15 žen (20 %) z médií; 2 ženy (3 %) z internetu; 9 žen (12 %) ze školy; 1 žena (1 %) od kamarádů a 6 žen (8%) mělo nejvíce informací o pohlavních chorobách z gynekologické ambulance.

Graf 41 Zvýšení informovanosti o prevenci pohlavně přenosných chorob



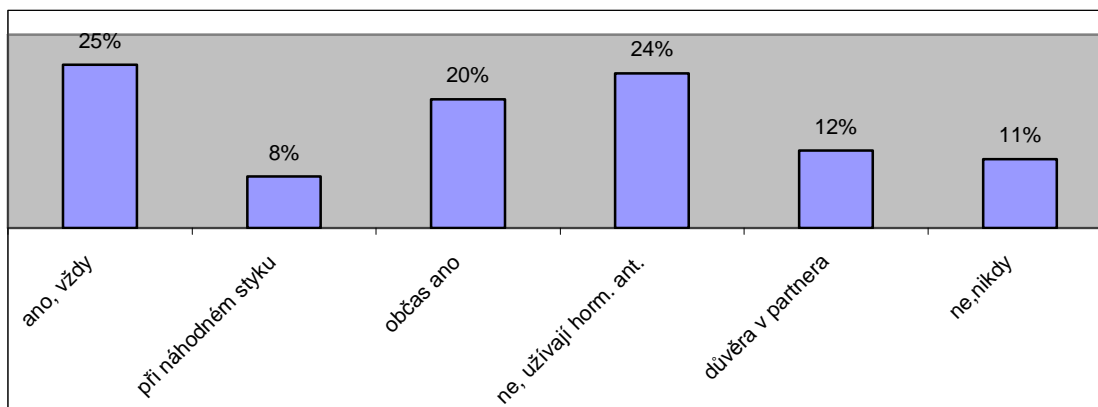
Graf 41 vypovídá o mínění žen, zda si myslí, že by se měla zvýšit informovanost o prevenci PPCH. Celkem odpovědělo 75 žen (100 %). 69 žen (92 %) odpovědělo ano; 3 ženy (4 %) ne a 3 ženy (4 %) neví.

Graf 42 Cesty přenosu pohlavních chorob



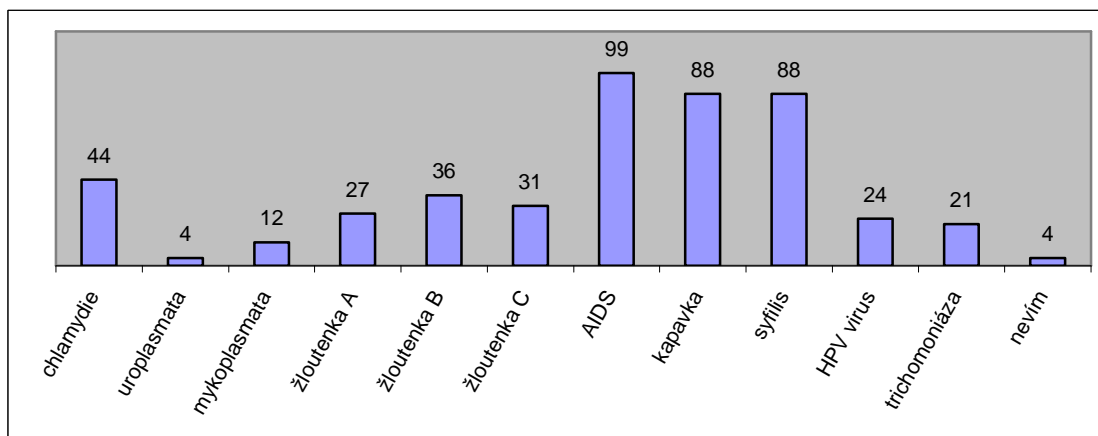
Ženy mohly uvést více odpovědí. Ty nejsou znázorněny v procentech, ale počtu respondentů, kteří na danou variantu odpověděli. Celkem odpovědělo 75 žen (100 %). 16 žen si myslí, že mezi cesty přenosu pohlavních chorob patří líbání; 3 ženy dotyk; 59 žen krev; 74 žen pohlavní styk; 59 žen anální styk; 39 žen orální styk; 28 žen placenta; 5 žen stolice a 2 ženy uvedly moč.

Graf 43 Používání kondomu při pohlavním styku



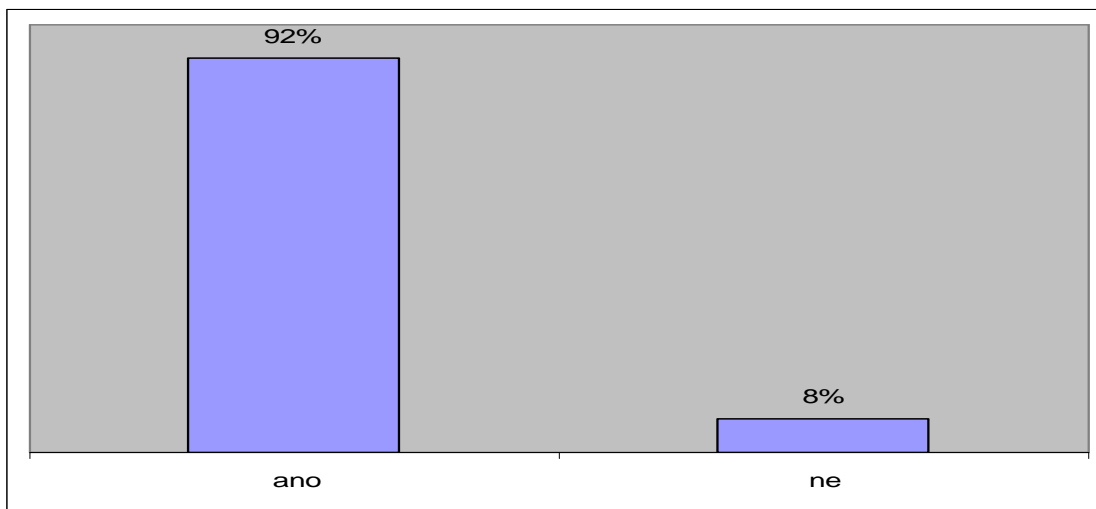
Celkem odpovědělo 75 žen (100 %). 19 žen (25 %) uvedlo, že při pohlavním styku používá kondom vždy; 6 žen (8 %) jen při náhodném styku; občas používá kondom 15 žen (20 %); 18 žen (24 %) nepoužívá kondom, protože užívá hormonální antikoncepci; 9 žen (12 %) se spoléhá na věrnost partnera; 8 žen (11 %) nepoužívá kondom vůbec.

Graf 44 Nemoci přenášené pohlavním stykem



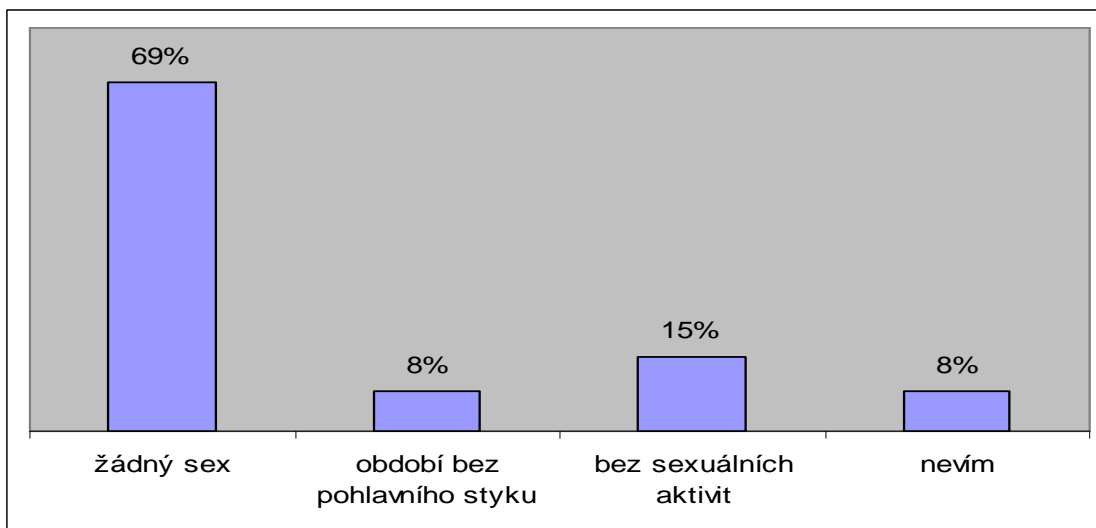
Ženy mohli uvést více odpovědí. Ty nejsou znázorněny v %, ale v počtu žen, které na danou variantu odpověděly. Celkem odpovědělo 75 žen (100 %). 33 žen uvedlo chlamydie; 3 ženy uroplasmata; 9 žen mykoplasmata; 20 žen žloutenku typu A; 27 žen žloutenku typu B; 23 žen žloutenku typu C; 74 žen AIDS; 66 žen kapavku; 66 žen syfilis; 18 žen HPV virus; 16 žen trichomoniázu a 3 ženy odpověděly, že neví.

Graf 45 Cenová dostupnost kondomů



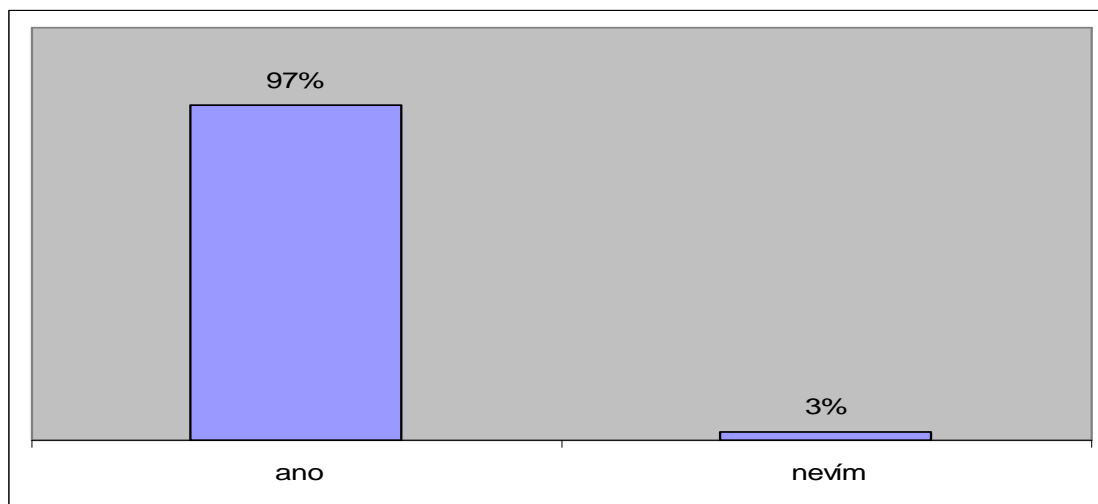
Celkem odpovědělo 75 žen (100 %). 69 žen (92 %) odpovědělo, že jsou pro ně kondomy cenově dostupné; 6 žen (8 %) uvedlo, že pro ně kondomy cenově dostupné nejsou.

Graf 46 Sexuální abstinence



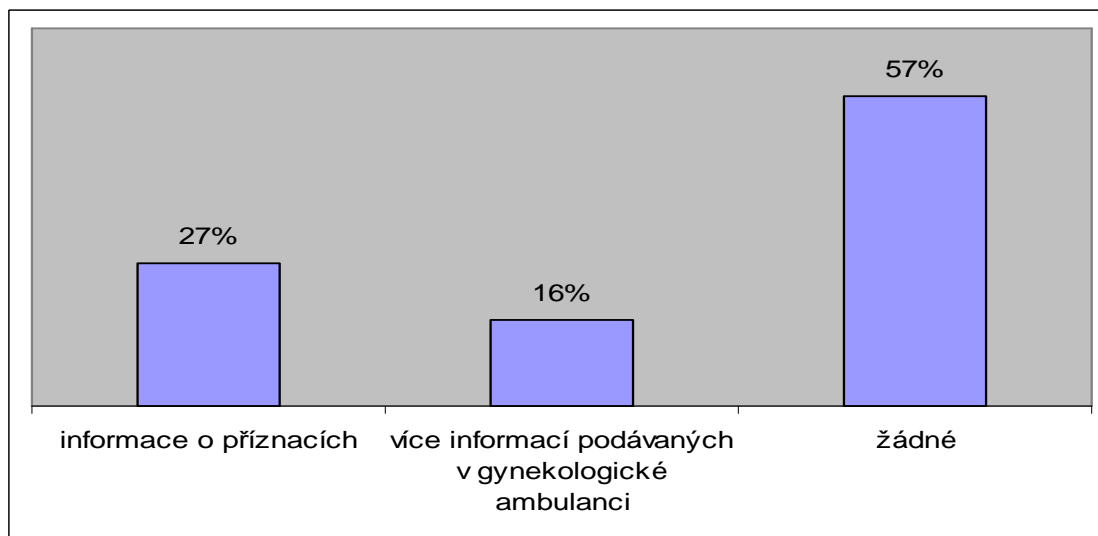
Graf 46 znázorňuje, co si ženy představují pod pojmem sexuální abstinence. Celkem odpovědělo 75 žen (100%). 52 žen (69 %) si pod sexuální abstinencí představuje nemít žádný sex; 6 žen (8 %) období bez pohlavního styku; 11 žen (15 %) být bez sexuálních aktivit a 6 žen (8 %) odpovědělo, že neví, co je sexuální abstinence.

Graf 47 Nutnost sexuální abstinence při léčbě pohlavních nemocí



Graf 47 popisuje, zda je nutné mít během léčby pohlavní choroby sexuální abstinenci. Celkem odpovědělo 75 žen (100 %). 73 žen (97 %) odpovědělo ano; 2 ženy (3 %) nevím.

Graf 48 Informace, které ženy postrádají o prevenci pohlavně přenosných chorob



Graf 48 popisuje, jaké informace ženy o prevenci pohlavních chorob postrádají. Celkem odpovědělo 75 žen (100 %). 20 žen (27 %) postrádá informace o příznacích pohlavních chorob; 12 žen (16 %) by si přálo dostávat více informací o prevenci PPCH v gynekologické ambulanci a 43 žen (57 %) nepostrádá informace žádné.

5. DISKUSE

Výzkumem jsme chtěli zjistit informovanost studentů středních škol a učilišť týkající se prevence pohlavních chorob, zjistit rozsah informací, které jsou ženám o prevenci pohlavních chorob v gynekologických ambulancích podávány a zda má vzdělání a pohlaví vliv na dodržování zásad bezpečného sexu. Byly rozdávány dva druhy dotazníků. První dotazník byl určen studentům středních škol a učilišť v Českých Budějovicích a druhý dotazník ženám navštěvující gynekologické ambulance v Havlíčkově Brodě.

První část dotazníku (graf 1 a 2) je zaměřena na zjištění identifikačních údajů respondentů. Z celkového počtu dotazovaných studentů 158 (100 %) bylo osloveno 58 chlapců a 100 dívek. Ve výzkumném vzorku je nejvíce zastoupena věková kategorie 18tiletých respondentů, kterou tvoří 11 % chlapců a 22 % dívek ze střední školy a 13 % chlapců i 13 % dívek z učiliště. Věkovou skupinu 17tiletých studentů tvořilo 8 % dívek ze střední školy a z učiliště byli chlapci v 4% a dívky v 6% zastoupení. Další skupinu tvořili studenti ve věku 19 let, která byla zastoupena 4 % chlapců a 7 % dívek ze střední školy a 2 % chlapců a 1 % dívek z učiliště. Ve věku 20 let odpovídalo 1 % chlapců a 4 % dívek ze střední školy a 3 % dívek z učiliště. 16tiletí respondenti byli zastoupeni 1 % chlapců z učiliště. Věková skupina studentů byla vybrána záměrně, protože pohlavními chorobami je na celém světě nejvíce postižena věková skupina 15 – 24 let. Potvrzuje to i Machová a Hamanová (37).

Graf 3 znázorňuje, zda mají studenti zájem získávat informace o pohlavních chorobách. 87 % studentů učilišť a 82 % studentů středních škol uvedlo, že má zájem získávat tyto informace. 13 % studentů učilišť a 18 % studentů středních škol o tyto informace zájem nemá. Předpokládalo se, že studenti učilišť budou mít o tyto informace menší zájem než studenti středních škol, což se nepotvrdilo.

Graf 4 znázorňuje, zda mají studenti strach z nákazy pohlavní chorobou. 66 % studentů učilišť a 74 % studentů středních škol uvedlo, že se nákazy bojí; 18 % studentů učilišť a 16 % studentů středních škol se nákazy nebojí; 16 % studentů učilišť a 10 % studentů středních škol neví, jestli se nákazy má obávat. Z výzkumu vyplývá, že se

studenti nákazy pohlavní chorobou bojí. Kuklová však uvádí, že lidé mají z nákazy menší strach a to díky větší míře informací o nových léčích. Dále poukazuje na to, že lidé navíc poleví z preventivních aktivit (34).

Graf 5 vypovídá o tom, zda ve školách probíhá výuka týkající se prevence pohlavních chorob. 12 % studentů učilišť a 20 % studentů středních škol odpovědělo, že u nich na škole, kde studují, výuka o prevenci pohlavních chorob probíhá; u 88 % studentů učilišť a 80 % studentů středních škol výuka ve školách neprobíhá. Předpokládalo se, že výsledky budou převážně kladné – tzn., že většina studentů by uvedla, že u nich na školách výuka o prevenci pohlavních chorob probíhá. Tyto výsledky jsou negativní proto, že otázka byla špatně formulována. Touto otázkou jsme chtěli zjistit, zda na jejich škole probíhá sexuální výchova, která je zaměřena na prevenci pohlavních chorob.

Graf 6 znázorňuje, kdo studentům sděluje nebo sděloval ve škole informace o prevenci pohlavních chorob. 41 % studentů učilišť a 45 % studentů středních škol odpovědělo, že jim informace sděloval učitel; 13 % studentů učilišť a 7 % studentů středních škol sděloval informace ve škole lékař; 5 % studentů učilišť zdravotní sestra; 10 % studentů učilišť a 4 % studentů středních škol pracovník z K-centra. 1 % studentů z učiliště a 1 % studentů ze střední školy uvedlo jako zdroj informací kamaráda. 30 % studentů učilišť a 43 % studentů středních škol nepodával informace o prevenci pohlavních chorob nikdo. Zajímavým protipólem jsou odpovědi „učitel“ a „nikdo“, které jsou obě nejfrekventovanější a zároveň procentuálně podobné. Z toho vyplývá, že jsou studenti ve škole nejvíce informováni od učitelů nebo se jim informací nedostává vůbec. Kuklová uvádí, že by měly být vytvořené vzorové preventivní programy s ohledem na věk a vzdělání cílové skupiny. Dále je nutná systematická a komplexní edukace poskytovatelů preventivních programů tzn. lékařů, psychologů, středního zdravotnického personálu, sociálních pracovníků a pedagogů (34).

Graf 7 znázorňuje zdroje, ze kterých studenti čerpali nejvíce informací. Z výzkumu vyplývá, že nejjobsáhlejším zdrojem informací pro studenty středních škol i učilišť jsou časopisy. Tuto možnost uvedlo 32 % studentů učilišť a 45 % studentů středních škol. Dalším velkým zdrojem informací pro studenty jsou média. Z těch čerpá

nejvíce informací 20 % studentů učilišť a 16 % studentů středních škol. Zajímavým zjištěním je rozlišení odpovědí, týkající se zdroje informací od rodičů. Za největší zdroj je považuje 16 % studentů učilišť zatímco jen 6 % studentů středních škol. Naopak je tomu u internetu, kdy ho uvedla pouze 4 % studentů učilišť a 16 % studentů středních škol. Je zřejmé, že rozdíly mezi studenty ze středních škol a učilišť jsou způsobeny ve způsobu získávání informací. Studenti středních škol si informace vyhledávají častěji sami, kdežto studenti učilišť získávají informace pasivně, převážně více od rodičů. Může zde však hrát důležitou roli i vzdělanost v oblasti obsluhy počítače a práce s internetem. Rozdíly jsou patrné i v odpovědi „škola“. Z grafu vyplývá, že škola je větším zdrojem informací pro studenty učilišť (21 %), než pro studenty středních škol (7 %). Machová a Hamanová uvádějí, že s průběhem puberty stoupá zájem o informace z oblasti reprodukce člověka. Informace se k dospívajícím dostávají od rodičů, ze školy, z médií, z naučné literatury a od vrstevníků. Výhodou informací podávaných ve škole je věcnost a odbornost. Popisují, že nejvýznamnějším zdrojem informací jsou vrstevníci, teprve na dalším místě jsou média a populárně naučná literatura, což se v mém výzkumu nepotvrdilo (37).

Graf 8 uvádí zda rodiče své děti informovali o sexuálním životě a prevenci pohlavních chorob. Výzkum ukázal, že 62 % studentů učilišť a 59 % studentů středních škol dostalo informace o sexuálním životě a prevenci pohlavních chorob od svých rodičů; 38 % studentů učilišť a 41 % studentů středních škol žádné informace nedostalo. Rozdíly ve výsledcích mezi střední školou a uční jsou zanedbatelné. Machová a Hamanová uvádí, že výhoda výchovy v rodině spočívá v tom, že je přizpůsobena vývojovému stupni dítěte a podložena důvěrou dítěte ve své rodiče. Někteří rodiče se však stydí se svými dětmi na toto téma hovořit nebo sami nemají dostatečné znalosti (37). Z tohoto usuzují, že informovanost ze strany rodičů není dobrá. Je to možná způsobeno tím, že rodiče žádnou sexuální výchovu ve škole neměli, nebo to nepokládají to za důležité.

Graf 9 se zabývá názorem studentů na otázku „Mělo by se podle vás věnovat více času výuce sexuální výchovy a prevenci pohlavních chorob?“. 76 % studentů učilišť a 69 % studentů středních škol odpovědělo ano; 7 % studenti učilišť a 12 %

studentů středních škol odpovědělo ne; 18 % studentů učilišť a 19 % studentů středních škol neví. Z výzkumu vyplývá, že by studenti uvítali, kdyby ve školních osnovách byla ve větší míře zahrnuta sexuální výchova, která by se věnovala prevenci pohlavních chorob.

Grafy 10; 11 a 12 budou diskutovány společně. Graf 10 znázorňuje mínění studentů o vhodném věku pro zahájení sexuálního života. Graf ukazuje, že nejvíce studentů se domnívá, že nejvhodnějším věkem zahájení sexuálního života je 16-17 let. To si myslí 35 % studentů učilišť a 39 % studentů středních škol. Druhým nejčastějším názorem je věk mezi 15. až 16. rokem, který uvedlo 31 % studentů učilišť a 23 % studentů středních škol. Z výzkumu je patrné, že názory studentů se liší. Studenti středních škol se oproti studentům učilišť domnívají, že je vhodné sexuální život zahájit v pozdějším věku. Možnost „až budu připraven“ zvolilo 27 % studentů učilišť a 21 % studentů středních škol. Otázka 13 zkoumala, kolik studentů už mělo první pohlavní styk a v kolika letech. Tyto výsledky jsou znázorněny v grafu 11 a 12. Z grafu 11 vyplývá, že 88 % studentů učilišť a 83 % studentů středních škol již mělo pohlavní styk a 12 % studentů učilišť a 17 % studentů středních škol pohlavní styk nemělo. V grafu 12 jsou znázorněni studenti, kteří již měli pohlavní styk. Z výsledků je patrné, že nejčastěji studenti zahajují první koitální styk mezi 14.-17. rokem. To potvrzuje i Schofield, který tvrdí, že první zkušenosti s pohlavním stykem získává většina dospívajících mezi 14.-16. rokem (35). Z výsledků je dále vidět, že nejčastěji zahajují studenti pohlavní styk v 15 letech a to jak studenti středních škol (32 %), tak učilišť (45 %). V 16ti letech uvedlo první pohlavní styk 17 % studentů učilišť a 30 % studentů středních škol. Pohlavní styk ve 14ti letech přiznalo 18 % studentů učilišť a 9 % studentů středních škol. Z těchto třech výsledků je možno usuzovat, že studenti učilišť zahajují pohlavní život dříve, než studenti středních škol. Pohlavní styk zahájený před 14. rokem a po 17. roce uvedlo jen malé množství studentů. Weiss a Zvěřina uvádí průměrný věk prvního pohlavního styku 17, 35 let u žen a 17,28 u mužů. Učňové, oproti studentům středních škol, mají s pohlavním stykem zpravidla dřívější zkušenosti (35). To se potvrzuje i v tomto výzkumu.

Graf 13 znázorňuje, zda studenti mají povědomí o trestnosti zahájení pohlavního styku. 47 % studentů učilišť a 29 % studentů středních škol se domnívá, že zahájení pohlavního styku je trestné do 14 let; 53 % studentů učilišť a 71 % studentů středních škol si správně myslí, že zahájení pohlavního styku je trestné do 15 let. Z tohoto výzkumu vyplývá, že ohledně trestnosti zahájení pohlavního styku jsou informovanější studenti středních škol. Věková hranice právně nepostihnutelného pohlavního styku je v médiích stále diskutována, nicméně zahájení pohlavního styku je trestné do 15 let (37).

Graf 14 vyjadřuje způsoby ochrany před nákazou pohlavní chorobou. Studenti mohli uvést více odpovědí a měli je za úkol sami doplnit. Neměli předem dané možnosti, které by mohli zaškrtnout. Výsledky proto nejsou vyhodnocovány v procentech, ale jsou znázorněny v počtu studentů, kteří danou možnost uvedli. Celkem odpovědělo 68 studentů učilišť (100 %) a 90 studentů středních škol (100 %). Prezervativ uvedlo 60 studentů učilišť a 78 studentů středních škol, což jsou pozitivní výsledky. Možnost „nebýt promiskuitní“ zaškrtnulo 6 studentů učilišť a 19 studentů středních škol. Další zmiňované odpovědi týkající se ochrany před nákazou pohlavními chorobami byly: nebrat drogy, očkování, pravidelné gynekologické prohlídky, hygiena. Tyto možnosti uvedlo jenom zanedbatelné množství studentů. Zajímavým faktem bylo zjištění, že se stále najdou studenti, kteří si myslí, že je před pohlavními chorobami ochrání hormonální antikoncepce. Tuto možnost uvedli 3 studenti učilišť a 6 studentů středních škol. Dalším faktem k zamyšlení byla odpověď 10ti studentů středních škol, kteří neví, jak se chránit před nákazou pohlavní chorobou. Kuklová uvádí, že o existenci kondomu by měli být poučeny již školní děti a měly by dostat informace, jak s ním zacházet. Kondom je nutné používat při vaginálním, orálním i análním styku. K tomuto názoru se přiklání i Marková a dodává, že mezi opatření, která vedou ke snížení rizika nákazy pohlavní chorobou dále přispívá sexuální abstinence, monogamní vztah s jedním partnerem, znalost partnera a vyhýbání se sexuálním dobrodružstvím pod vlivem alkoholu a drog. Dalším znepokojujícím faktem je, že 10 studentů středních škol napsalo, že neví, jak se chránit před nákazou pohlavní chorobou (12, 34).

Graf 15 zobrazuje subjektivní hodnocení studentů týkající se jejich informovanosti o prevenci pohlavně přenosných chorob. 35 % studentů učilišť a 45 % studentů středních škol se domnívá, že jsou dostatečně informováni o prevenci pohlavně přenosných chorob; 31 % studentů učilišť a 26 % studentů středních škol si myslí, že nemá dostatek informací o pohlavních chorobách a jejich prevenci a 35 % studentů učilišť a 28 % studentů středních škol neví, jestli má dostatek informací. Zajímavým zjištěním při vyhodnocování dotazníků bylo, že ti studenti, kteří se subjektivně cítili být informovanější, dotazník vyplnili hůře, než ti, kteří své znalosti hodnotili jako nedostačující.

V grafu 16 jsou uváděny cesty přenosu pohlavních chorob. Studenti mohli uvést více z předem nabídnutých odpovědí. Ty v grafu nejsou znázorněny v %, ale počtu studentů, kteří na danou variantu odpověděli. Celkem odpovídalo 68 studentů učilišť (100 %) a 90 studentů středních škol (100 %). Z výzkumu je zřejmé, že studenti znají nejčastější cesty přenosu pohlavních chorob. Pohlavní styk uvedlo 66 studentů učilišť a 87 studentů středních škol, přenos krevní cestou zvolilo 60 studentů učilišť a 77 studentů středních škol. Za zmínku také stojí přenos orálním a análním stykem. Možnost nákazy orálním stykem uvedlo 24 studentů učilišť a 38 studentů středních škol; možnost nákazy při análním styku 21 studentů učilišť a 50 studentů středních škol. Další z nabízených odpovědí již neměly tak výraznějšího zastoupení. Z výzkumu vyplývá, že studenti znají nejčastější způsoby přenosu pohlavních chorob – pohlavní styk. K šíření infekce pohlavních chorob (např. u kapavky) může však docházet i při pohlavním styku uskutečňovaném do konečníku nebo do úst tzn. orálním a análním styku. Přenos placentou na plod je možný u onemocnění syfilis (37).

Graf 17 znázorňuje používání kondomu studenty při pohlavním styku. Z grafu se dá vyčíst, že více studentů středních škol (21 %) používá kondom při náhodném pohlavním styku oproti studentům učilišť (12 %). Lze tedy předpokládat, že studenti středních škol jsou lépe informováni o nebezpečí pohlavních chorob. Dalším zajímavým faktem je, že jen malé procento studentů středních škol (9 %) i učilišť (9 %) se spoléhá na věrnost svého partnera. Nelze však jednoznačně říci, zda tento ukazatel je negativní či pozitivní. Tento fakt poukazuje na nízkou důvěru ve vztazích mezi mladými lidmi,

což je pravděpodobně dáno jejich emoční nevyzrálostí. Naopak kladem je, že díky této nedůvěře jsou studenti při pohlavním styku opatrnější. Do odpovědí „ne nikdy“ jsou započítáni i studenti, kteří ještě neměli pohlavní styk.

Graf 18 by měl vypovídat o znalostech studentů týkajících se nemocí přenášených pohlavním stykem. Studenti mohli vybírat z více správných, předem připravených odpovědí, proto výsledky nejsou znázorněny v %, ale v počtu studentů, kteří na danou variantu odpověděli. Celkem odpovědělo 68 studentů učilišť (100 %) a 90 studentů středních škol (100 %). Zjistilo se, že studenti znají AIDS, kapavku, syfilis jako nemoci, které se přenášejí pohlavním stykem. V grafu je viditelné, že studenti u ostatních nemocí odpovědi spíše tipovali podle toho, jak jim byly jejich názvy povědomé. Studenti nemají utříděné vědomosti týkající se žlutenek a mají nedostatečné znalosti o chlamydiové infekci a o ostatních nemocech přenášených pohlavním stykem nevědí téměř nic. Přehled sexuálně přenosných onemocnění uvádí v Moderní gynekologii a porodnictví Kuklová (33).

Graf 19 znázorňuje znalosti studentů týkající se příznaků pohlavně přenosných chorob. Studenti měli podle uvedených příznaků vybrat správnou nemoc. Odpovědi nejsou znázorněny v %, ale v počtu studentů, kteří na danou variantu správně odpověděli. Celkem odpovědělo 68 studentů učilišť (100 %) a 90 studentů středních škol (100 %). Odpověď kapavka napsalo 24 studentů učilišť a 27 studentů středních škol; syfilis 24 studentů učilišť a 27 studentů středních škol; AIDS 21 studentů učilišť a 16 studentů středních škol; nevím 36 studentů učilišť a 38 studentů středních škol. Tato otázka měla zjistit, zda studenti znají nejenom názvy chorob přenášejících se pohlavním stykem, ale i jejich příznaky. Výsledky ukazují, že jejich znalosti jsou nedostatečné.

Graf 20 vyjadřuje pravděpodobnost nákazy při nechráněném pohlavním styku. Studenti měli vzestupně seřazovat pohlavní choroby, o kterých si myslí, že se jimi mohou nakazit při nechráněném pohlavním styku. Číslem 1 měli označit chorobu s největší pravděpodobností a číslem 4 chorobu s nejmenší pravděpodobností nákazy při nechráněném pohlavním styku. Na prvním místě (největší pravděpodobnost) shodně uváděli studenti učilišť i středních škol AIDS, na 2. místě syfilis, na 3. místě kapavku a na 4. místě (nejmenší pravděpodobnost) chlamydie. Chlamydiové infekce patří v dnešní

době na celém světě mezi nejčastější přenosné infekce. V Evropě se odhaduje jejich výskyt v sexuálně aktivní ženské populaci 5 – 15 % (Hrubá,D., Kaštánková, V., 1999) (37). Absolutní počet hlášených gonokokových infekcí v roce 2005 poklesl na 859 případů, tento trend však neodpovídá realitě. V české republice je k 31. červenci 2006 registrováno 891 případů infekce HIV. V posledních třech letech se počet případů syfilis začíná snižovat. V roce 2001 bylo hlášeno 1376 případů syfilis a v roce 2005 bylo hlášeno již 523 případů (33). Správné pořadí nemocí je: chlamydie, kapavka, syfilis, AIDS.

Graf 21 znázorňuje pohlavně přenosné nemoci, o kterých se studenti domnívají, že mohou v případě komplikací způsobit neplodnost. Celkem na otázku odpovídalo 68 studentů učilišť (100 %) a 90 studentů středních škol (100 %). Odpovědi v grafu jsou znázorněny v počtu studentů, kteří na danou variantu správně odpověděli. Jen 23 studentů učilišť a 25 studentů středních škol správně uvedlo kapavku a 21 studentů učilišť a 14 studentů středních škol chlamydie. Chlamydiová infekce stejně jako kapavka může zanechat následky v podobě neplodnosti (sterility). České i zahraniční práce potvrzují, že až 90 % případů sterility z důvodů neprůchodnosti vejcovodů je způsobeno poškozením sliznice vejcovodů chlamydiovou infekcí (Řezáčová, J., 1998) (37). Z těchto výsledků vyplývá, že studenti nejsou dostatečně obeznámeni s problematikou rizik, které s sebou pohlavní choroby přinášejí.

Graf 22 znázorňuje lékaře, kterého by studenti navštívili, pokud by se domnívali, že trpí příznaky připomínající symptomy pohlavních chorob. Celkem odpovědělo 68 studentů učilišť (100 %) a 90 studentů středních škol (100 %). Odpovědi jsou uvedeny v počtech studentů nikoli v %. Nejčastěji studenti uváděli, že by vyhledali pomoc u gynekologa. Tuto možnost uvedlo 47 studentů učilišť a 72 studentů středních škol. Urologa by v případě potíží vyhledalo 9 studentů učilišť a 34 studentů středních škol. Léčení klasických pohlavních chorob (kapavka, syfilis) patří pouze do péče dermatovenerologa. Toho by šlo navštívit pouze 9 studentů učilišť a 2 studenti středních škol. Ostatní studenti by vyhledali pomoc internisty (2 studenti učilišť a 12 studentů středních škol) a obvodního lékaře (15 studentů učilišť a 20 studentů středních škol obvodního lékaře). Z výzkum je patrné, že studenti neznají specialistu, který se zabývá

léčbou pohlavních chorob. Na druhou stranu je však pozitivní, že studenti by lékaře navštívit šli, ať už gynekologa nebo urologa. Zdůrazňuje se totiž nutnost mezioborové spolupráce (dermatovenerologie, gynekologie, infekčního lékařství a sexuologie), proto by se kvalifikované péče dostalo všem (34).

Graf 23 a 24 znázorňuje, kterého lékaře by šli navštívit dívky (graf 23) a kterého chlapci (graf 24). 97 % studentů učilišť a 100 % studentů středních škol odpovědělo, že dívky by se s problémy obrátily na gynekologa; 3 % studentů učilišť neví. 56 % studentů učilišť a 77 % studentů středních škol se domnívá, že chlapci by při příznacích pohlavní choroby měli jít navštívit urologa; 22 % studentů učilišť a 8 % studentů středních škol uvedlo obvodního lékaře; 4 % studentů učilišť internistu; 9 % studentů učilišť a 4 % studentů středních škol dermatovenerologa. 9 % studentů učilišť a 11 % studentů středních škol neví, kterého lékaře by při potížích měli jít chlapci navštívit. Při srovnávání výsledků z grafu 23 a 24 je patrné, že studenti znají ženského lékaře i lékaře zabývajícího se nemocemi mužského pohlavního ústrojí a vylučovacího systému – urologa.

Graf 25 znázorňuje oddělení, o kterém se studenti domnívají, že jim tam bude anonymně vyšetřena krev na pohlavní choroby. Při zpracovávání výsledků vyšlo najevo, že z dotazníku určeného studentům měla být otázka č. 26 vyřazena, protože na ni studenti nemohli správně odpovědět, jelikož nebyla přesně formulována. Při výskytu klasických pohlavních chorob je ze zákona povinné jejich hlášení a to by při anonymním vyšetření nebylo možné. Zachování mlčenlivosti je však samozřejmostí.

U grafu 26 vznikl obdobný problém. Otázka č. 27 se studentů ptala, zda si myslí, že je vyšetření na pohlavní choroby bezplatné. Zde však otázka také nebyla přesně formulována. Některé organizace krev na pohlavní choroby bezplatně testují. Jde např. o občanské sdružení Rozkoš bez rizika, která bezplatně testuje krev na HIV, syfilis a kapavku. Zaměřuje se hlavně na testování rizikových skupin (narkomani, prostitutky, bezdomovci). Jsou však i zdravotní zařízení, ve kterých za vyšetření krve na pohlavní choroby platí. Mělo by se však provádět bezplatně.

Graf 27 vyjadřuje, zda by studenti uvítali možnost zakoupení kondomů ve veřejných automatech. 57 % studentů učilišť a 57 % studentů středních škol si myslí, že

by bylo vhodné si kondomy zakoupit ve veřejných automatech; 36 % studentů učilišť a 31 % studentů středních škol se domnívá, že by to vhodné nebylo; 7 % studentů učilišť a 12 % studentů středních škol uvedlo, že neví, zda by bylo vhodné si na veřejných místech z automatů kupovat kondomy. Z výzkumu tedy vyplývá, že by studenti tuto možnost uvítali.

Graf 28 vyjadřuje ostych při kupování kondomů, kde si o ně studenti musí slovně požádat. 29 % studentů učilišť a 30 % studentů středních škol odpovědělo, že jim brání ostych při nakupování kondomů; 71 % studentů učilišť a 70 % studentů středních škol uvedlo, že ostych při nakupování kondomů, kde si o ně musí slovně požádat, nemá. Z těchto výstupních informací je tedy zřejmé, že studenti učilišť nemají ostych při nakupování kondomů, kde o ně musí slovně požádat.

Graf 29 se zabývá cenovou dostupností kondomů. 97 % studentů učilišť a 91 % studentů středních škol odpovědělo, že jsou pro ně kondomy cenově dostupné; 3 % studentů učilišť a 9 % studentů středních škol uvedlo, že kondomy pro ně dostupné nejsou. Z výsledků tedy lze usoudit, že pro převážnou většinu studentů jsou kondomy cenově dostupné.

V grafu 30 jsou uvedeny finanční zdroje, ze kterých studenti čerpají při nákupu kondomů. Nejvíce studentů středních škol (37 %) i učilišť (48 %) čerpá z kapesného nebo z peněz z brigády (24 % studentů učilišť a 21 % studentů středních škol). Dalšími zdroji byl výdělečně činný partner (9 % studentů učilišť a 7 % studentů středních škol); kamarád (1 % studentů střední školy). Kondomy nekupuje 7 % studentů učilišť a 22 % studentů středních škol. Finanční zdroje od rodičů uvedlo 12 % studentů učilišť a 12 % studentů středních škol, tyto výsledky mohly být připočítány ke zdrojům „z kapesného“, protože obě nabízené možnosti se od sebe téměř neliší. Pak by ve výsledcích vyšlo najevo, že jsou rodiče ještě výraznějším finančním zdrojem.

Graf 31 znázorňuje, co si studenti představují pod pojmem sexuální abstinence. 53 % studentů učilišť a 48 % studentů středních škol si pod sexuální abstinencí představuje nemít pohlavní styk; 40 % studentů učilišť a 26 % studentů středních škol sexuálně nežít; 3 % studenti učilišť a 9 % studentů středních škol období bez pohlavního styku; 4 % studenti středních škol dočasný zákaz pohlavního styku; 3 %

studenti středních škol absenci sexuální činnosti. Všechny uvedené možnosti jsou správné. Jen 4 % studenti učilišť a 10 % studentů středních škol odpovědělo že neví, co je sexuální abstinence. Z těchto informací lze usoudit, že studenti znají pojem „sexuální abstinence“.

Graf 32 znázorňuje, zda se studenti domnívají, že je nutné mít během léčby pohlavních chorob sexuální abstinenci. 87 % studentů učilišť a 88 % studentů středních škol odpovědělo ano; 4 % studentů učilišť a 6 % studentů středních škol ne; 9 % studentů učilišť a 6 % studentů středních škol neví. Z grafu 32 můžeme usuzovat, že studenti jsou informováni o dodržování sexuální abstinence během léčby.

V následujících grafech budou diskutovány výsledky žen z gynekologických ambulancí.

Výzkumný vzorek dotazovaných respondentek tvořilo 75 (100 %) žen navštěvující gynekologické ambulance.

Graf 33 znázorňuje věk dotazovaných žen. Největší zastoupení měly ženy ve věkovém rozmezí 20 – 25 let (61 %); dále ve věkové hranici 26 – 30 let bylo 9 % dotazovaných žen; ve věkové hranici 31 – 35 let odpovídalo 7 % žen; ve věkovém rozmezí 36 – 40 let byly ženy zastoupeny ve 4 %; věkovou hranici 41 – 45 let tvořilo 15 % žen a ve věkové hranici 46 – 50 let bylo dotazovaných 7 % žen. Z grafu je patrné, že dotazované ženy se pohybovaly ve věkovém rozmezí 20 – 50 let; z nich 61 % bylo mladších 26 let.

Graf 34 vypovídá o nejvyšším dosaženém vzdělání žen. Největší zastoupení měly ženy se středním odborným vzděláním (44 %), dále pak ženy s vyšším odborným vzděláním (17 %). Nejmenší skupinu dotazovaných tvořily ženy, které byly vyučeny bez maturity (4 %). Z výsledků tedy vyplývá, že vzorek oslovených žen, se kterým se ve výzkumu operovalo, byl vzdělaný.

Grafy 35 a 36 budou diskutovány společně. Z grafu 35 můžeme zjistit, kolik žen navštěvující gynekologické ambulance je zaměstnaných. Větší část žen (60 %) uvedla, že zaměstnaná má a 40 % dotazovaných odpovědělo, že zaměstnaná není. V grafu 36 jsou pak uvedeny sféry, ve kterých jsou ženy zaměstnané. Z výsledků vyplývá, že nejčastěji ženy pracují v administrativní sféře (19 %) nebo ve finančním a

ekonomickém odvětví (16 %). Ve zdravotní sféře bylo zaměstnáno 8 % žen. Mezi dotazovanými ženami byly též v 31 % zastoupeny studentky. Z těchto výsledků lze usuzovat, že převážná část výzkumného vzorku byla laiky v oblasti týkající se vědomostí o pohlavních chorobách, proto záleželo na ženách, v jaké míře o informace mají zájem.

Graf 37 vyjadřuje, zda jsou ženám v gynekologických ambulancích sdělovány informace o prevenci pohlavních chorob. Pouze 24 % žen odpovědělo, že jim informace o prevenci sdělovány jsou a 76 % uvedlo, že žádné informace nedostávají. Z těchto výsledků je patrné, že ženám nejsou na gynekologických ambulancích sdělovány dostatečně informace o prevenci pohlavních chorob, což potvrzuje hypotézu 3.

V grafu 38 je znázorněna potřeba žen dostávat informace o pohlavních chorobách a jejich prevenci na gynekologických obvodech. Z výsledků je vidět, že ženy jeví o informace menší zájem, než se předpokládalo. Zájem o informace totiž uvedlo 48 % žen. Naopak zájem dostávat informace v gynekologických ambulancích nemá 44 % žen a 8 % žen neví, jestli informace chce dostávat. Možná právě proto, že ženy nemají takový zájem, se informace o pohlavních chorobách v gynekologických ambulancích nepodávají.

Z Grafu 39 můžeme vyčíst, kdo ve škole ženám podával informace o prevenci pohlavních chorob. Nejfrekventovanější odpověď byla „nikdo“- tuto možnost uvedlo 48 % žen, odpověď „učitel“ zvolilo 32 % žen; 12 % respondentek uvedlo lékaře; 5 % žen zdravotní sestru; 2 ženy (3 %) spolužáci. Z výsledků je tedy vidět, že ženy dostávaly informace nejčastěji ve škole, nebo jim nebyli podávány vůbec. Při srovnání výsledků s grafem 6, kdy stejná otázka byla položena i studentům, můžeme konstatovat, že ve školách je již věnován větší důraz na prevenci pohlavních chorob. Možnost „učitel“ totiž zvolilo 41 % studentů učilišť a 45 % studentů středních škol.

Graf 40 popisuje zdroje, ze kterých ženy čerpaly nejvíce informací o pohlavních chorobách. Nejvíce informací měly ženy z časopisu (56 %) a z médií (20 %) žen. Jen 8 % žen se cítí být informováno nejvíce z gynekologické ambulance. Malé procento žen pak čerpaly ze zdrojů jako je škola (12 %), internet (3 %), kamarádi (1 %). Výsledky ukazují, že ženy se cítí být nejčastěji informovány o pohlavních chorobách z časopisů.

Záleží však na tom, zda tato literatura podává informace založené na ověřených faktech, nebo podává informace zkreslené.

Graf 41 znázorňuje mímění žen o zvýšení informovanosti o prevenci pohlavně přenosných chorob. Velká část zkoumaných žen (92 %) si myslí, že by se měla informovanost o pohlavních chorobách a jejich prevenci zvýšit; to si nedomnívají jen 4 % žen nebo neví, zda by se měla informovanost zvýšit (4 %). Z toho vyplývá, že ženy nejsou dostatečně informovány o pohlavních chorobách a jejich prevenci, což potvrzuje také hypotézu 3.

Graf 42 jsou prezentovány cesty přenosu pohlavních chorob. Výsledky nejsou znázorněny v procentech, ale počtu žen, které na danou variantu odpověděly. Celkem odpovědělo 75 žen (100 %). Za cestu přenosu zvolilo 74 žen pohlavní styk; 59 žen krev; 59 žen anální styk; 39 žen orální styk; 28 žen placenta; 16 žen si myslí, že mezi cesty přenosu pohlavních chorob patří líbání; 3 ženy dotyk; 5 žen stolice a 2 ženy uvedly moč. Z výsledků vyplývá, že ženy mají přehled o nejčastějších cestách přenosu pohlavních chorob, zároveň je také pozitivní, že mají povědomí o šíření pohlavních chorob zprostředkované análním a orálním stykem, z čehož by se dalo usuzovat, že při provozování těchto sexuálních praktik, by měli být zodpovědnější a dbát tak na ochranu před nákazou.

Graf 43 znázorňuje používání kondomu ženami při pohlavním styku. Kondom při styku vždy používá 25 % žen; občas používá kondom 20 % žen; při náhodném styku pak 8 % žen. 24 % nepoužívá kondom, protože užívá hormonální antikoncepci. 12 % žen se spoléhá na věrnost partnera a 11 % žen nepoužívá kondom vůbec. Zajímavým výsledkem v grafu je, že jen 8 % žen používá náhodném styku kondom. U studentů tyto čísla byla větší (20 % studentů středních škol a 12 % studentů učilišť). Což může být také důkazem toho, že za nerizikovější věkovou kategorii lze považovat 15 - 24 let. To potvrzuje i Křemenová.

V Graf 44 jsou uvedeny nemoci, o kterých se ženy domnívají, že se jimi mohou nakazit při nechráněném pohlavním styku. Ženy mohli uvést více odpovědí. Ty nejsou znázorněny v procentech, ale v počtu žen, které na danou variantu odpověděly. Z celkového počtu 75 žen (100 %) uvedlo nemoc AIDS 74 dotazovaných; kapavku i

syfilis shodně 66 respondentek a chlamydie 33 žen. Dále je z grafu patrné, že ženy navštěvující gynekologické ambulance nemají utříděné vědomosti týkající se přenosu virový žloutenek, což se stejné výsledky objevily i v grafu 18 ve výstupních informacích studentů. Dále však pozitivním výsledkem je, že 18 žen ze 75 má povědomí o HPV viru, který sehraává hlavní roli ve výskytu karcinomu děložního čípku. Zdá se, že právě gynekologická ambulance je významným činitelem v edukaci žen týkající se nejen výskytu HPV viru, ale i v možnosti preventivní ochrany ve smyslu očkování.

Graf 45 informuje o cenové dostupnosti kondomů pro ženy navštěvující gynekologické ambulance. Převážná část dotazovaných žen (92 %) odpověděla, že pro ně kondomy cenově dostupné jsou; zbývající část žen (8 %) uvedla, že jim dostupné nejsou. Z těchto dat můžeme soudit, že většina žen nemá finanční potíže, které by bránily nákupu kondomů a tím měli vliv na dodržování zásad bezpečného sexu. Proto je používání kondomů při pohlavním styku výhradně doménou zodpovědného chování každého z jedinců.

Graf 46 znázorňuje, co si ženy představují pod pojmem sexuální abstinence. Respondentky neměly možnosti předem vymezené, proto musely odpovědi samy uvádět. Nejfrekventovanější odpovědí bylo „nemít žádný sex“. Tuto variantu napsalo 69 % žen. Pod pojmem sexuální abstinence si 8 % žen představuje období bez pohlavního styku a „být bez sexuálních aktivit“ 15 % žen. Jen 8 % žen odpovědělo, že neví, co je sexuální abstinence. V výsledků v grafu vyplývá, že ženy znají pojem sexuální abstinence a dokáží ho samy vysvětlit.

Graf 47 znázorňuje mínění žen o nutnosti sexuální abstinence během léčby pohlavních chorob. Většina žen (97 %) se domnívá, že sexuální abstinence nutná je; 3 % žen neví. Důležitost sexuální abstinence spočívá v tom, že brání šíření nákazy na další osoby. Zároveň je také potřebné dodat, že nemocný, který je nakažený, se musí podrobit léčení. Chorobou nesmí ohrozit další osoby. Pokud by tak činil, je to ze zákona bráno jako trestný čin (10).

Graf 48 popisuje, jaké informace ženy o prevenci pohlavních chorob postrádají. Více než čtvrtina žen (27 %) uvedla, že jim chybí informace o příznacích pohlavních

chorob. 16 % dotazovaných pak vyslovilo přání dostávat více informací o prevenci pohlavních chorob v gynekologické ambulanci. Přes polovinu respondentek uvedlo (57 %), že žádné informace týkající se prevence pohlavních chorob v gynekologických ambulancích nepostrádá.

6. ZÁVĚR

Tato práce byla zaměřena na podávání informací o prevenci pohlavních chorob v primární gynekologické péči. Cílem práce bylo zjistit úroveň znalostí studentů středních škol a učilišť o prevenci pohlavních chorob, rozsah informací o pohlavních chorobách a jejich prevenci podávaných v primární gynekologické péči a zjistit vliv vzdělání a pohlaví na dodržování zásad bezpečného sexu. Bylo nutné si respondenty rozdělit na tři výzkumné vzorky. Ty tvořili studenti učilišť, středních škol a ženy navštěvující gynekologické ambulance. Studenti byli mezi sebou srovnáváni, ženy byly vyhodnocovány zvlášť. Byly stanoveny čtyři hypotézy.

V hypotéze 1 předpokládám, že úroveň informovanosti studentů středních škol o prevenci pohlavních chorob je nedostatečná. Tato hypotéza se nepotvrdila. K hodnocení hypotézy jsem vycházela z grafů 9, 14, 16. Většina studentů věděla, že snížit riziko přenosu pohlavních chorob mohou použitím kondomu. Jako nejčastější cesty přenosu správně uvedli pohlavní a anální styk. Velké množství studentů mylně označilo krev jako nositele pohlavní choroby, což je zřejmě způsobeno velkou medializací problematiky AIDS. Z výzkumu vyplynulo, že studenti jsou o prevenci pohlavních chorob poměrně dobře informováni, avšak mají potřebu o této problematice získávat více informací.

V hypotéze 2, která zkoumala úroveň informovanosti studentů učilišť o prevenci pohlavních chorob, vyšly srovnatelné výsledky jako v hypotéze 1, tudíž také nebyla potvrzena.

Hypotéza 3 předpokládala, že ženy navštěvující primární gynekologickou péči nejsou dostatečně informovány o pohlavních chorobách a jejich prevenci. Tato hypotéza se potvrdila. Dokládá to graf 37, kdy 76 % žen uvedlo, že nejsou na gynekologických ambulancích informovány o prevenci pohlavních chorob. Grafy 38 a 48 vypovídají o tom, že velká část dotazovaných žen by si přála současný stav zlepšit.

Hypotéza 4 vycházela z předpokladu, že vzdělání má vliv na dodržování zásad bezpečného sexu. Tato hypotéza se nepotvrdila. Vyplývá to z grafů 17 a 43 zabývajících

se používáním kondomů při pohlavním styku, kde studenti středních škol, učilišť i ženy z gynekologických ambulancí měli srovnatelné výsledky.

Byla bych ráda kdyby výsledky mé práce přispěly ke zlepšení informovanosti týkající se pohlavních chorob a jejich prevence nejen u žen na gynekologických ambulancích, ale i u studentů na školách. Dále výzkum poukázal na nutnost vytvoření preventivních programů zabývajících se problematikou nákazy chlamydiemi, které jsou v populaci daleko více rozšířeny než kapavka nebo syfilis. Ženy by měly být v těchto programech informovány o jejich rizicích, které se promítají i do reprodukčního zdraví. Osvěta by mohla být prováděna například formou prospektů s touto tematikou, které by byly volně dostupné každé ženě v gynekologické ambulanci popřípadě ve školách. Práce může sloužit i jako výukový materiál studentům zdravotních a vysokých škol.

7. SEZNAM UŽITÝCH ZDROJŮ

1. BARTÁK, A., *Herpes genitalis*. http://www.sanquis.cz/clanek.php?id_clanek=286, staženo dne 20.8.07
2. BUDILOVÁ, I., *Silgard – vakcína, která může zabránit rakovině děložního čípku*. www.pribram-city.cz/document.php?obrid=3313, staženo dne 18.8.07
3. CITTEBART, K. et al. *Gynekologie*. 1. vyd. Galén: Univerzita Karlova v Praze. 2001. 278 s. ISBN 80-7262-094-0 (Grada), ISBN 80-246-0318-7 (Karolinum)
4. ČEPICKÝ, P a kol., *Vybrané právní normy pro ambulantní gynekology*, 1.vyd. Praha: Levret s.r.o., 2005. 101 s. ISBN 80-903183-8-X
5. ČEPICKÝ, P., LÍBALOVÁ, Z., *Genitální herpes*. Praha: Levret s. r. o., časopis Moderní gynekologie a porodnictví, por. 15/2006 č. 3, str. 403-405, ISSN 1211-1058
6. ČEPICKÝ, P., LÍBALOVÁ, Z., *Trichomoníáza*. Praha: Levret s. r. o., časopis Moderní gynekologie a porodnictví, por. 15/2006 č. 3, str. 411-413, ISSN 1211-1058
7. ČEPICKÝ, P., LÍBALOVÁ, Z., *Ulcus molle, granuloma inguinale, lymphogranuloma venereum*. Praha: Levret s. r. o., časopis Moderní gynekologie a porodnictví, por. 15/2006 č. 3, str. 360-365, ISSN 1211-1058
8. DIVIŠOVÁ, R., *Pediculosis*. Praha: Levret s. r. o., časopis Moderní gynekologie a porodnictví, por. 15/2006 č. 3, str. 414-416, ISSN 1211-1058
9. DIVIŠOVÁ, R., *Scabies*. Praha: Levret s. r. o., časopis Moderní gynekologie a porodnictví, por. 15/2006 č. 3, str. 414-416, ISSN 1211-1058

10. DUCHKOVÁ, H., *Právní aspekty pohlavně přenosných nemocí*. Praha: Levret s. r. o., časopis Moderní gynekologie a porodnictví, por. 15/2006 č. 3, str. 434-435, ISSN 1211-1058
11. DUCHKOVÁ, H., *Syfilis*. Praha: Levret s. r. o., časopis Moderní gynekologie a porodnictví, por. 15/2006 č. 3, str. 353-359, ISSN 1211-1058
12. FOLCH, G., *Zdravý sexuální život*. 1.vyd. Rebo Production. 2006. 292 s. ISBN 80-7234-537-0
13. HÁJEK, Z. a kol., *Rizikové a patologické těhotenství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2004. 443 s. ISBN 80-247-0418-8
14. HEŘMAN, H., *Chlamydiové infekce*. Praha: Levret s. r. o., časopis Moderní gynekologie a porodnictví, por. 15/2006 č. 3, str. 397-402, ISSN 1211-1058
15. <http://cotoje.cz/hledani.aspx?Vyroci=&VCem=&ObrazkyOtto=&OttoSlovník>, staženo dne 29.8.07
16. <http://srv.onzk.net/PohlavniChoroby/trichomoniasis.htm>, staženo dne 27.7.07
17. [http://www.004.cz/view.php?cisloclanku=2005082101-Chlamydie-trachomatis-
lecba-problemy-chlamydia-gay](http://www.004.cz/view.php?cisloclanku=2005082101-Chlamydie-trachomatis-lecba-problemy-chlamydia-gay), staženo dne 27.7.07
18. [http://www.004.cz/view.php?cisloclanku=2005082105-hepatitida-typu-a-b-c-
prevence-lecba](http://www.004.cz/view.php?cisloclanku=2005082105-hepatitida-typu-a-b-c-prevence-lecba), staženo dne 30.7.07
19. [http://www.004.cz/view.php?cisloclanku=2005082106-herpes-simplex-
genitalis-prevence-lecba](http://www.004.cz/view.php?cisloclanku=2005082106-herpes-simplex-genitalis-prevence-lecba), staženo dne 20.8,07
20. [http://www.004.cz/view.php?cisloclanku=2005082108-Moluska-molluscum-
contagiosum-lecba-prevence](http://www.004.cz/view.php?cisloclanku=2005082108-Moluska-molluscum-contagiosum-lecba-prevence) staženo dne 25.7.07
21. [http://www.004.cz/view.php?cisloclanku=2005082110-Ves-munka-prevence-
lecba](http://www.004.cz/view.php?cisloclanku=2005082110-Ves-munka-prevence-lecba), staženo dne 25.7.07

22. <http://www.004.cz/view.php?cislocclanku=2005082123-Granuloma-inguinale>, staženo dne 5.8.07
23. <http://www.asklepion.cz/anews-asklepion-news/anews-2007-news/anews-2007-04-3/ockovani-proti-rakovine.html>, staženo dne 27.7.07
24. <http://www.hpv-vakcina.cz>, staženo dne 20.7.07
25. <http://www.hpvinfo.cz>, staženo dne 20.7.07
26. <http://www.sexus.cz/clanek/1028-virova-hepatitida-b.html>, staženo 30.6.07
27. <http://www.sexus.cz/clanek/1029-virova-hepatitida-c.html>, staženo dne 20.8.07
28. <http://www.sexus.cz/clanek/1255-vredy-na-pohlavnich-organech.html> , staženo dne 24.7.07
29. CHALUPA, P., *Novinky v léčbě chronické hepatitidy B*. <http://hpb.cz/index.php?pId=02-sup-07>, staženo dne 20.8.07
30. JUŘENÍKOVÁ a kol., *Ošetrovatelství – učební texty pro střední zdravotnické školy 1. část – vnitřní lékařství, gynekologie, porodnictví, urologie*. 2.vyd. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám, 1999. 228 s. ISBN – neuvedeno
31. KOJANOVÁ, M., *Kapavka (gonorrhoea)*. Praha: Levret s. r. o., časopis Moderní gynekologie a porodnictví, por. 15/2006 č. 3, str. 344-352, ISSN 1211-1058
32. KŘEMENOVÁ, S., *Sexuálně přenosné choroby v rizikovém chování mládeže v oblasti reprodukčního zdraví* <http://www.freeteens.cz/default.php?&ID=25&publ=1&cl=2> 18.6.07
33. KUKLOVÁ, I., *Epidemiologické souvislosti sexuálně přenosných onemocnění*. Praha: Levret s. r. o., časopis Moderní gynekologie a porodnictví, por. 15/2006 č. 3, str. 424-428, ISSN 1211-1058

34. KUKLOVÁ, I., *Prevence sexuálně přenosných nemocí*. Praha: Levret s. r. o., časopis Moderní gynekologie a porodnictví, por. 15/2006 č. 3, str. 424-428, ISSN 1211-1058
35. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., *Vývojová psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 343 s. ISBN 80-7169-195-X
36. LÍBALOVÁ, Z., ČEPICKÝ, P. Trichomoniáza. *Moderní gynekologie a porodnictví*. Praha: Levret s.r.o. 2006, Vol. 15, č. 3, s. 411-413, ISSN: 1211-1058
37. MACHOVÁ, J., HAMANOVÁ, J., *Reprodukční zdraví v dospívání*. 1. vyd. Praha: H & H Vyšehradská, s. r. o. 2002. 196 s. ISBN 80-86022-94-3
38. MARIUS, G., BRECKWOLDT, M., PFLEIDERER a kol., *Gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Stuttgart: Georg Thieme Verlag. 1996. 648 s. ISBN 80-88824-56-7, ISBN 3-13-118902-2 (něm. orig.)
39. MAŠATA, J., HUPPERT, J., *Může lepší screening trichomoniázy omezit výskyt závažných sexuálně přenosných infekcí?* <http://www.medicaltribune.cz/archiv/gpp/65/1527>, staženo dne 23.7.07
40. MAŠATA, J., JEDLIČKOVÁ, A. *Infekce v gynekologii*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2006. 154 s. ISBN 80-7345-107-7
41. RESL, V., *Stručný historický přehled venerologie*. Praha: Levret s. r. o., časopis Moderní gynekologie a porodnictví, por. 15/2006 č. 3, str. 340-343, ISSN 1211-1058
42. ROHÁČOVÁ, H., MILLER, K., *Diagnostika a léčba infekce vyvolané mikroorganismem Chlamydia trachomatis*. <http://www.medicaltribune.cz/archiv/mpp/108/2821>, staženo dne 15.8.07

43. ROZSYPAL, H., *Infekce virem lidské imunodeficiency (HIV) u žen a v graviditě*. Praha: Levret s. r. o., časopis Moderní gynekologie a porodnictví, por. 15/2006 č. 3, str. 366-382, ISSN 1211-1058
44. SLÁMA, J., *Papillomavirové infekce v gynekologii*. Praha: Levret s. r. o., časopis Moderní gynekologie a porodnictví, por. 15/2006 č. 3, str. 397-402, ISSN 1211-1058
45. STRNADEN, R., *Onemocnění zevního genitálu u mužů*.
http://64.233.183.104/search?q=cache:nGIXVTZCYaIJ:www.solen.cz/pdfs/uro/2005/04/01.pdf+molluscum+contagiosum&hl=cs&ct=clnk&cd=13&gl=cz&lr=lang_cs, staženo dne.18.7.07
46. URBÁNEK, P., *Sexuálně přenosné hepatitidy*. Praha: Levret s. r. o., časopis Moderní gynekologie a porodnictví, por. 15/2006 č. 3, str. 383-396, ISSN 1211-1058

Internetové odkazy na obrázky pohlavních chorob

http://www.herpes-coldsores.com/std/aids_pictures.htm, staženo dne 2.3.07

http://www.herpes-coldsores.com/std/gonorrhoea_pictures.htm, staženo dne 2.9.07

http://www.herpes-coldsores.com/std/chlamydia_pictures.htm, staženo dne 2.9.07

http://www.herpes-coldsores.com/std/lymphogranuloma_pictures.htm, staženo dne 2.9.07

http://www.herpes-coldsores.com/std/molluscum_pictures.htm, staženo dne 2.7.07

http://www.herpes-coldsores.com/std/syphilis_pictures.htm, staženo dne 2.9.07

KLÍČOVÁ SLOVA

bezpečný sex

informovanost

prevence

pohlavní choroby

student

ambulantní pacientka

8. PŘÍLOHY

Příloha 1 Dotazník určený studentům středních škol a učilišť

Příloha 2 Dotazník určený ambulantním pacientkám

Příloha 3 Obrázky pohlavních nemocí

Příloha 1 **Dotazník určený studentům středních škol a učilišť**

Milí studenti,

jmenuji se Jaroslava Hanušová a jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty, obor Porodní asistentka. Chtěla bych Vás touto formou požádat o vyplnění **anonymního dotazníku**, který je součástí mé bakalářské práce na téma *Podávání informací o prevenci pohlavních chorob v primární gynekologické péči*. Odpovědi prosím zakroužkujte nebo doplňte. Za vyplnění předem děkuji.

1. Věk: let

2. Škola:

3. Ročník

4. Pohlaví :

- a) muž
- b) žena

5. Máte zájem získávat informace o pohlavních chorobách?

- a) ano
- b) ne

6. Bojíte se nákazy pohlavní chorobou?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

7. Probíhá u vás ve škole výuka o prevenci pohlavních chorob?

- a) ano
- b) ne

8. Kdo vám sděluje (sděloval) ve škole informace o prevenci pohlavních chorob?

- a) učitel
- b) lékař
- c) porodní asistentka
- d) zdravotní sestra
- e) pracovníci z krizového centra
- f) nikdo
- g) jiné:

9. Odkud máte nejvíce informací o pohlavních chorobách?

- a) od rodičů
- b) z časopisů
- c) médií
- d) internetu
- e) ze školy
- f) od kamarádů
- g) gynekologická ambulance
- h) jiné zdroje

10. Informovali vás o sexuálním životě a prevenci pohlavních chorob rodiče?

- a) ano
- b) ne

11. Mělo by se podle vás věnovat více času výuce sexuální výchovy a prevenci pohlavních chorob?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

12. Jaký věk si myslíte, že je vhodný k zahájení sexuálního života?

- a) dříve než 15 let
- b) 15 – 16 let
- c) 16 – 17 let
- d) 18 – 20 let
- e) 20 a více let
- f) až budu připraven(a)

13. Měli už jste první pohlavní styk?

- a) ano : v kolika letech
- b) ne

14. Do kterého věku je zahájení pohlavního styku trestné?

- a) do 14 let
- b) do 15 let
- c) do 18 let

15. Víte, jakým způsobem se máte chránit proti nákaze pohlavní chorobou?

a) ano - uveďte:

.....
.....
.....

b) nevím

16. Myslíte si, že máte dostatek informací o pohlavních chorobách a jejich prevenci?

a) no

b) ne

c) nevím

17. Víte, jaké jsou cesty přenosu pohlavních chorob?

(Ize zaškrtnout více správných odpovědí)

a) líbáním

b) dotykem

c) krví

d) pohlavním stykem

e) análním stykem

f) orálním stykem

g) placentou

h) stolicí

i) močí

18. Používáte při pohlavním styku kondom?

a) ano vždy

b) pouze při náhodném styku s cizím partnerem

c) občas ano

d) nepoužívám, protože partnerka bere (já užívám) hormonální antikoncepci

e) ne, spoléhám se na věrnost partnera (partnerky)

f) ne nikdy

19. Jaké znáte nemoci, které se dají přenášet pohlavním stykem?

(lze zaškrtnout více správných možností)

- a) chlamydie
- b) uroplasmata
- c) mykoplazmata
- d) žloutenka typu A
- e) žloutenka typu B
- f) žloutenka typu C
- g) AIDS
- h) kapavka
- i) syfilis
- j) HPV virus
- k) Trichomoniáza
- l) nevím

20. Přiřaďte k následujícím příznakům správnou nemoc.

a) hlenohnisavý výtok z močové trubice nebo z pochvy, pálení řezání při močení, bolest

při pohlavním styku

uved'te název pohlavní choroby:

b) tvrdý vřed na genitálu, zduření lymfatických uzlin, vyrážka na těle, gummata, demence, smrt

ved'te název pohlavní choroby:

c) zduření lymfatických uzlin, častý výskyt recidivujících infekcí, zvýšená teplota, dlouhotrvající průjem, častá kvasinková onemocnění (v ústech, v pochvě), snížení počtu bílých krvinek, vznik nádorového onemocnění smrt

uved'te název pohlavní choroby:

d) nevím

21. O které pohlavní chorobě si myslíte, že se jí můžete nakazit při nechráněném pohlavním styku (seřad'te vzestupně a doplňte čísla k následujícím chorobám – 1(největší pravděpodobnost), 4(nejmenší pravděpodobnost))

- a) syfilis =
- b) kapavka =
- c) chlamydie =
- d) AIDS =
- e) nevím

22. Častou komplikací u prodělané pohlavní choroby je neplodnost (muže i ženy).

U kterých pohlavních chorob si myslíte, že se tato komplikace vyskytuje ?

(lze zaškrtnout více správných odpovědí)

- a) syfilis
- b) kapavka
- c) chlamydie
- d) AIDS
- e) nevím

23. Kterého lékaře půjdete navštívit, když zjistíte, že máte příznaky pohlavních chorob?

(lze doplnit více správných odpovědí)

- a) gynekolog
- b) dermatovenerolog
- c) internista
- d) obvodní lékař
- e) urolog
- f) nevím

24. Kterého lékaře půjdou navštívit dívky?

doplňte:.....

25. Kterého lékaře půjdou navštívit chlapci?

doplňte:

26. Kde si myslíte, že Vám *anonymně* vyšetří krev na pohlavní choroby?

- a) transfuzní oddělení
- b) gynekologické oddělení
- c) gynekologická ambulance
- d) hygienická stanice
- e) krizové centrum
- f) nevím

27. Je vyšetření na pohlavní choroby bezplatné?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

28. Myslíte si, že by bylo vhodné si na veřejných místech zakoupit kondom z automatu?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

29. Brání Vám ostych při nakupování kondomů v obchodech, kde si o ně musíte slovně

požádat?

- a) ano
- b) ne

30. Jsou pro Vás kondomy cenově dostupné?

- a) ano
- b) ne

31. Odkud získáváte finanční prostředky na nákup kondomů?

- a) od rodičů
- b) z kapesného
- c) z peněz z brigády
- d) od výdělečně činného partnera
- e) od kamaráda (kamarádky)
- f) jiné:

32. Co si představujete pod pojmem sexuální abstinence?

uved'te:

.....
.....
.....

33. Je nutné mít během léčby pohlavních chorob sexuální abstinenci?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

34. Máte nějaké dotazy, které se týkají pohlavních chorob?

uved'te:

.....
.....
.....

Příloha 2 **Dotazník určený ambulantním pacientkám**

Dobrý den,

jmenuji se Jaroslava Hanušová a jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty, obor Porodní asistentka. Chtěla bych Vás touto formou požádat o vyplnění **anonymního dotazníku**, který je součástí mé bakalářské práce na téma *Podávání informací o prevenci pohlavních chorob v primární gynekologické péči*. Odpovědi prosím zakroužkujte nebo doplňte. Za vyplnění předem děkuji.

1. Věk: let

2. Vzdělání:

- a) základní
- b) vyučena
- c) střední odborné bez maturity
- d) učební obory s maturitou
- e) úplné střední všeobecné s maturitou
- f) úplné střední odborné s maturitou
- g) vyšší odborné vzdělání
- h) vysokoškolské bakalářské
- i) vysokoškolské (Mgr., Ing.)

3. Jste zaměstnána?

- a) ano
- b) ne

4. V jaké sféře pracujete?

- a) administrativa
- b) finance a ekonomika
- c) doprava
- d) informatika
- e) obchod a prodej
- f) pohostinství
- g) řemeslné služby
- h) stavebnictví
- i) technika
- j) zdravotnictví
- k) zemědělství
- l) školství
- m) právo a legislativa
- n) věda a výzkum
- o) jiné: doplňte

5. Jsou Vám podávány informace o prevenci pohlavních chorob ve Vaší gynekologické ambulanci?

- a) ano
- b) ne

6. Máte potřebu dostávat informace o prevenci pohlavních chorob v gynekologických ambulancích?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

7. Kdo vám sděluje (sděloval) ve škole informace o prevenci pohlavních chorob?

- h) lékař
- i) porodní asistentka
- j) zdravotní sestra
- k) nikdo
- l) jiné:

8. Odkud máte nejvíce informací o pohlavních chorobách?

- i) z časopisů
- j) médií
- k) internetu
- l) ze školy
- m) od kamarádů
- n) gynekologická ambulance
- o) jiné zdroje

9. Myslíte si, že by se měla zvýšit informovanost o prevenci pohlavních chorob?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

10. Víte, jaké jsou cesty přenosu pohlavních chorob?

(Ize zaškrtnout více správných odpovědí)

- j) líbáním
- k) dotykem
- l) krví
- m) pohlavním stykem
- n) análním stykem
- o) orálním stykem
- p) placentou
- q) stolicí
- r) močí
- s) nevím

11. Jaké znáte nemoci, které se dají přenášet pohlavním stykem?

(Ize zaškrtnout více správných možností)

- m) chlamydie
- n) uroplasmata
- o) mykoplazmata
- p) žloutenka typu A
- q) žloutenka typu B
- r) žloutenka typu C
- s) AIDS
- t) kapavka
- u) syfilis
- v) HPV virus
- w) Trichomoníáza
- x) nevím

12. Používáte při pohlavním styku kondom?

- g) ano vždy
- h) pouze při náhodném styku s cizím partnerem
- i) občas ano
- j) nepoužívám, protože užívám hormonální antikoncepci
- k) ne, spoléhám se na věrnost partnera
- l) ne nikdy

13. Jsou pro Vás kondomy cenově dostupné?

- c) ano
- d) ne

14. Co si představujete pod pojmem sexuální abstinence?

uved'te:

.....
.....
.....

15. Je nutné mít během léčby pohlavních chorob sexuální abstinenci?

- d) ano
- e) ne
- f) nevím

16. Myslíte si, že máte dostatek informací o pohlavních chorobách?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

17. Jaké informace o prevenci pohlavních chorob postrádáte?

Doplňte:

.....
.....
.....

První stádium syfilis – ulcus durum



Druhé stádium syfilis – kožní projevy



Postižení močové trubice u muže chlamydiovou infekcí



Lymphogranuloma venereum u muže



Chronické lym. venereum u ženy



Kapavčitá infekce u muže



Molluscum contagiosum na vulvě na stehně



Kaposiho sarcom na trupu u nemocného AIDS

