

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**Zhodnocení využívání antikoncepce jakožto prevence pohlavně přenosných chorob
u adolescentů ve věku 15 až 18 let v Českých Budějovicích**

Diplomová práce

Vedoucí práce

Doc. MUDr. Vladimír Vurm CSc.

Autor práce

Bc. Kateřina Drahoňovská

2010

Abstract

Evaluation of the use of contraception as the prevention of sexually transmitted diseases among adolescents in České Budějovice

The issue of sexually transmitted diseases is not only a matter of health but also a social one and it poses a major problem especially for teenagers and young adults, who start their sexual life, because sexually transmitted diseases and their complications can permanently damage the reproductive health. Adolescents' sexual behaviour differs from the sexual behaviour of previous generations in many aspects. The trend now is, among others, shifting the age of sexual life initiation to lower ages than ever before. Therefore, it is important that young people know the risks threatening them in connection with sexual life initiation and how they can prevent them. This paper maps the attitudes of adolescents to the issue of sexually transmitted diseases and to contraception.

The theoretical part deals with the characteristics of adolescence, the history, occurrence and description of various sexually transmitted diseases and their prevention with a focus on sex education and proper condom use, and it presents a comprehensive overview of this issue.

This project work was realized in the form of a quantitative research, using a questionnaire survey, and the examined sample consisted of 200 secondary school students aged 15 to 18 years. As a partial method, a secondary analysis has been applied to the statistical data concerning the prevalence of sexually transmitted diseases in adolescents aged 15-18 years in České Budějovice between 1999 and 2008.

The objective of this paper was to evaluate the use of contraception to prevent sexually transmitted diseases among adolescents aged 15 to 18 years in České Budějovice, and this objective has been achieved. Practical use of this paper is in providing the text as a teaching material for the Faculty of Health and Social Studies and for publication in professional journals; the data obtained will be provided to the directors of the participating schools as a basis for the implementation of sex education and primary prevention programmes.

Prohlašuji, že jsem svoji diplomovou práci 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 diplomové práce Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

Datum

.....

podpis

Poděkování:

Děkuji panu doc. MUDr. Vladimíru Vurmovi, CSc. za vedení mé práce, za jeho cenné rady a čas, který mi věnoval.

Obsah

Úvod	8
1. Současný stav problematiky využívání antikoncepce jako prevence pohlavně přenosných chorob u adolescentů.....	9
1.1 Adolescence.....	9
1.1.1 Definice adolescence	9
1.1.2 Utváření identity	9
1.1.3 Syndrom rizikového chování v dospívání.....	10
1.1.4 Rizika předčasného pohlavního života v dospívání.....	11
1.1.4.1 Nezralost dospívajících ve sféře biologické	11
1.1.4.2 Nezralost dospívajících ve sféře psychologické	12
1.1.4.3 Těhotenství u dospívajících	12
1.1.5 Faktory podporující vznik a vývoj rizikového chování	13
1.1.6 Faktory působící preventivně na vznik rizikového chování v dospívání.....	13
1.2 Sexuálně přenosná onemocnění.....	14
1.2.1 Definice sexuálně přenosných onemocnění (dále jen STD)	14
1.2.2 Historie výskytu sexuálně přenosných onemocnění v ČR.....	14
1.2.3 Výskyt pohlavních onemocnění v ČR v roce 2008	15
1.2.3.1 Výskyt onemocnění syfilis.....	16
1.2.3.2 Výskyt onemocnění kapavkou.....	16
1.2.3.3 Výskyt onemocnění Lymphogranuloma venereum a Chancroid.....	16
1.2.3.4 Výskyt pohlavních onemocnění dle krajů.....	16
1.2.3.5 Výskyt pohlavních onemocnění vzhledem k rizikovému chování a rodinnému stavu	17
1.2.3.6 Výskyt HIV/AIDS	17
1.2.4 Popis vybraných sexuálně přenosných onemocnění.....	18
Bakteriální STD	18
1.2.4.1. Syfilis (lues, příjice).....	18

1. 2. 4. 2 Kapavka (gonorrhoea).....	20
1. 2. 4. 3 Měkký vřed (Ulcus molle, Chancroid)	21
1. 2. 4. 4 Venerický lymfogranulom (Lymphogranuloma venereum).....	23
1. 2. 4. 5 Chlamydiové infekce	24
Virové STD.....	25
1. 2. 4. 6 Papillomavirové infekce	25
1. 2. 4. 7 Herpes genitalis.....	27
1. 2. 4. 8 Virové hepatitidy	28
1. 2. 4. 9 HIV/AIDS	30
Parazitární STD.....	33
1. 2. 4. 10 Svrab (Scabies)	33
1. 2. 4. 11 Veš ohanbí (Pediculus pubis neboli Phtirus pubis)	34
1. 2. 4. 12 Trichomoniáza	34
1. 2. 5 Venerologické vyšetření	35
1. 3 Prevence STD u adolescentů.....	36
1. 3. 1 Sexuální chování adolescentů.....	36
1. 3. 2 Sexuální výchova	36
1. 3. 2 Antikoncepce	38
1. 3. 2. 1 Bariérové metody antikoncepce.....	38
1. 3. 3 Prezervativ (kondom).....	39
1. 3. 3. 1 Historie prezervativu.....	39
1. 3. 3. 2 Současné provedení prezervativu	39
1. 3. 3. 3 Pozitiva a negativa prezervativu	40
1. 3. 3. 4 Faktory podmiňující použití prezervativu.....	40
2. Cíl práce a hypotézy.....	42
2.1 Cíl práce	42
2.2 Předpokládané hypotézy	42
3. Metodika	43

3. 1 Kvantitativní výzkum.....	43
3. 2 Charakteristika zkoumaného souboru.....	43
4. Výsledky.....	44
5. Diskuse	92
6. Závěr	105
7. Seznam použitých zdrojů	107
8. Klíčová slova.....	114
9. Příloha: Dotazník.....	115

Úvod

Tato diplomová práce je zaměřena na pohled adolescentů na problematiku pohlavně přenosných onemocnění a jejich přístup k antikoncepci jako preventivnímu opatření proti přenosu těchto chorob.

Období adolescence je vzhledem k osvojení si správných návyků a přístupu k vlastnímu zdraví velmi významné. Během dospívání se mladý člověk setkává s řadou rizikových faktorů, jejichž důsledkem může být i celoživotní postižení. Jedním z těchto faktorů jsou bezesporu právě pohlavně přenosné choroby, které mohou probíhat zcela asymptomaticky a způsobovat vážné stavy, jako například sterilitu nebo rakovinu. Stále se také vyskytují sexuálně přenosné choroby (dále také STD), které moderní medicína nedokáže vyléčit, z nichž největší nebezpečí představuje onemocnění HIV/AIDS.

Cílem této práce je zhodnocení využívání antikoncepce jako prevence sexuálně přenosných onemocnění u adolescentů ve věku 15-18 let v Č. Budějovicích. Hlavními motivy pro správné použití vhodné antikoncepční metody, která brání přenosu onemocnění, tedy kondomu, by měly být informovanost a dovednosti dospívajících v oblasti prevence STD. V současné době jsme vystaveni tak velkému množství informací z médií a různých sdělovacích prostředků, až může nastat problém s odlišením důvěryhodných a skutečně validních údajů od zpopularizovaných mýtů. Proto jsem se v této práci zabývala nejen otázkou antikoncepce a pohlavně přenosných onemocnění samotných, ale i sexuální výchovou a zdroji, ze kterých mladí lidé čerpají informace o této problematice.

1. Současný stav problematiky využívání antikoncepce jako prevence pohlavně přenosných chorob u adolescentů

1.1 Adolescence

1.1.1 Definice adolescence

„Termín adolescence je odvozen z latinského slovesa adolescere (dorůstat, dospívat, mohutnět)“ (Macek, 1999). V současné době se adolescencí označuje celé období mezi dětstvím a dospělostí. Toto období probíhá ve třech fázích:

1. Časná adolescence (10-13 let)
2. Střední adolescence (14-16 let)
3. Pozdní adolescence (17-20 let i déle) (28).

Období adolescence je charakterizováno dotvořením osobnosti do dospělé podoby, zakončuje se tělesný růst, pohlavní zralost a nastupuje plná reprodukční schopnost. Poznávání je ovlivněno relativním nedostatkem zkušeností, což ale nebrání používání nových postupů a neobvyklých řešení. Dochází také k upevňování emocionální složky osobnosti, většina dospívajících obnovuje svůj vztah k rodičům a postupně se mění jejich sociální postavení (38).

1.1.2 Utváření identity

Zásadním stupněm vývoje v období dospívání je utváření identity. Tento proces je ovlivněn předchozími fázemi vývoje v dětství a jeho cílem je sjednocení vlastní zkušenosti se sebou samým do smysluplného celku. Součástí formování identity je i přijetí vlastní budoucnosti v podobě dospělosti a stáří. Jedná se tedy o celoživotní proces, který však v období dospívání probíhá nejvýrazněji (28). Důležitou roli v tvorbě osobní identity hraje u adolescentů vzhled a osobní výkonnost (38).

Adolescent odmítá být dítětem, ale zároveň ještě není úplně dospělý, neboť u něj stále přetrvává rozpor mezi fyzickou a sociální zralostí. Mnoho dospívajících zároveň odmítá přijetí role dospělého s odpovědností, stabilním zaměstnáním a životním

stereotypem. Tento stav je označován jako tzv. psychosociální moratorium dospělosti, kdy se objevuje snaha zpomalit vývoj, oddálit přechod do dospělosti a setrvat co nejdéle v bezstarostném dětství (38).

Psychosociální moratorium může být také chápáno jako jakýsi chráněný prostor a čas pro experimentování s novými rolemi, zkušenostmi, pocity, hodnotami a zodpovědností. Současná společnost nenabízí dospívajícím dostatek pevných bodů a rituálů, které by tvořily jasný strukturovaný postup k dospělosti, a proto se období adolescence stává velmi rizikovým jak pro dospívajícího, tak pro jeho sociální okolí (29).

Výzkum podmínek, které ovlivňují změnu od přechodného experimentování s rizikem do rozvinutí rizikového chování, se v současnosti teprve rozvíjí. Motivací k rizikovému chování bývá například fakt, že zdraví ohrožující jednání přináší adolescentovi určitou pozitivní satisfakci, jako například přijetí vrstevníky a sebedůvěru. Jedná se tedy o účelové jednání, které je velmi těžko ovlivnitelné. Skupina vrstevníků je často nejvlivnějším činitelem pro přijetí rizikového chování dospívajícím (11). V posledních dvaceti letech se významně zvýšil výskyt některých chorob, jejichž šíření je spjato s rizikovým sociálním chováním a které mají pro své nositele závažné důsledky. Jedná se především o infekci HIV/AIDS, infekční hepatitidy typu B a C a chlamydiové infekce. Pro tato onemocnění jsou typické nespecifické projevy a delší bezpříznakové období, což usnadňuje jejich šíření (25).

1. 1. 3 Syndrom rizikového chování v dospívání

Syndrom rizikového chování v dospívání označuje chování, které může jak přímo, tak i nepřímo ohrozit prospěch, zdraví i celý život mladých lidí (54). Výskyt tohoto syndromu v posledních desetiletích výrazně stoupá zvláště v rozvinutých zemích a posouvá se do stále nižšího věku. Adolescence se tak stává nejrizikovějším obdobím před dosažením dospělosti. Také v České republice jsou následky rizikového chování nejčastější příčinou úmrtí u 15 – 19ti letých (42).

Syndrom rizikového chování se skládá z pěti složek, které se často vyskytují společně a vzájemně podmiňují svůj vznik.

Složky syndromu rizikového chování:

1. Zneužívání návykových látek
2. Násilí
3. Úrazy
4. Rizikové chování v oblasti psychosociální
5. Předčasný pohlavní život v dospívání (54)

1. 1. 4 Rizika předčasného pohlavního života v dospívání

Zdravé sexualitě by měla předcházet zralost jedince ve sféře biologické, psychosociální a etické. Adolescent ke zralosti ovšem teprve směřuje, proto se v posledních desetiletích považuje pohlavní život v dospívání za předčasný a je součástí rizikového chování. Skutečné reprodukční zdraví v dospívání znamená nerušenou přípravu na vlastní reprodukci (42).

Předčasný pohlavní život je spojen se zvýšeným střídáním partnerů a s tím souvisejícím vysokým výskytem pohlavních chorob, jenž je u adolescentů nejvyšší v celé populaci (30).

1. 1. 4. 1 Nezralost dospívajících ve sféře biologické

Biologická nezralost je významnější u dívek, neboť předčasným pohlavním životem jsou dívky mnohem více ohroženy než chlapci. Hranice předčasnosti je individuálně velmi odlišná (37). Obecně platí, že „plné zralosti tkání vnitřních pohlavních orgánů a imunitní zralosti se dosahuje až při dovršení celkového tělesného vývoje kolem 18. roku“ (Machová, 2002). Také Světová zdravotnická organizace označuje pohlavní styk před 18. rokem věku jako předčasný (42).

Vývoj pohlavního ústrojí u dívek pokračuje i po menarché, kdy dochází ke stabilizaci funkce osy hypothalamo-hypofysárně-ovariální a pokračuje vývoj genitálního ústrojí a pánve do dospělého tvaru a velikosti (42). Velmi významné je v tomto období zrání sliznice děložního čípku. U dospělých žen je sliznice na povrchu kryta dlaždicovým epitelem. Hranice mezi odolným mnohvrstevným

dlaždicovým epitelem čípku a jednovrstevným cylindrickým epitelem děložního kanálu je relativně ostrá a během života se posouvá. V období puberty a dospívání se cylindrický epitel často dostává až na čípek a stává se místem snazšího průniku infekce, hlavně gonokokové, chlamydiové a papillomavirové (30).

1. 1. 4. 2 Nezralost dospívajících ve sféře psychologické

Vývojová fáze hledání intimity a zahájení pohlavního života by měla nastat až po úspěšném absolvování fáze zrání osobnosti v adolescenci pozdní, tedy po 18. roce. Také sociálně akceptovatelné motivace k zahájení pohlavního života se objevují až kolem 18. roku. U mladších adolescentů převládá široké spektrum nevhodných motivací, které souvisejí s dospíváním. Často se uplatňuje emocionální distres, zvláště u dívek, například při postrádání citových vztahů, nefunkčních vztazích v rodině apod. Mladé lidi ve výrazné míře ovlivňuje také tlak vrstevníků a snaha splňovat jejich „normu“. Podle některých výzkumů z tohoto důvodu začíná pohlavně žít až 65% dospívajících dívek a 51% hochů (42).

Nezralý jedinec není schopen vytvořit trvalý partnerský vztah a proto pokud začne předčasně sexuálně žít, většinou během života vystřídá více sexuálních partnerů, než kdyby začal s pohlavním životem později a vystavuje se tak většímu riziku nákazy pohlavně přenosnými chorobami (42). Počet sexuálně aktivních dospívajících v poslední době výrazně stoupá a věk jejich začátku pohlavního života klesá, což se mimo jiné projevuje významným vzestupem výskytu pohlavních chorob u mládeže (54).

1. 1. 4. 3 Těhotenství u dospívajících

Důsledkem brzkého startu pohlavního života může být i těhotenství, které je před 19. rokem Světovou zdravotnickou organizací považováno za časné a nežádoucí (42). Rozhodnutí dospívajících dívek o donošení plodu nebo potratu je ovlivněno mnoha faktory, jako například stanoviskem a podporou rodičů a budoucího otce. Výzkumy ukazují, že pokud se dívka rozhodne pro pokračování v těhotenství, většinou

se jedná o rozhodnutí velmi nezodpovědné. Dívky chtějí tímto krokem buď dokázat svému okolí svou nezávislost a dospělost, nebo se obávají, že by po interrupci nemohly mít děti, anebo si například kompenzují pocit opuštěnosti, samoty, nudy atp. (30).

Těhotenství v příliš mladém věku s sebou nese rizika pro matku, dítě i pro rodinu, která vzniká pouze na základě většinou nechtěného otěhotnění (42).

1. 1. 5 Faktory podporující vznik a vývoj rizikového chování

Faktory přispívající ke vzniku syndromu rizikového chování působí v těchto třech oblastech:

1. Předchozí dětství dospívajícího
2. Adolescence
3. Společnost

V dětství se jedná o faktory jako problémové chování, zanedbávání a zneužívání dětí, významná ztráta v rodině nebo chronická nemoc rodičů (tělesná i duševní).

Za rizikové faktory v adolescenci pokládáme malou sebeúctu a sebedůvěru, chudobu v dospívání, malé a nejisté perspektivy pro budoucnost, chronickou nemoc nebo handicap a těhotenství a rodičovství v dospívání (42, 53).

Mezi společenské faktory působící pozitivně na vznik rizikového chování patří příslušnost k rasovým, etnickým nebo náboženským menšinám, rychlá urbanizace (velká neosobní sídliště), oslabení pozice rodiny ve společnosti a zanikání širších rodinných vazeb, rušení kulturních a zeměpisných hranic a duchovní a citová chudoba konzumní společnosti (40).

1. 1. 6 Faktory působící preventivně na vznik rizikového chování v dospívání

Nejvýznamnějším faktorem v této oblasti je vliv rodiny. Otevřená komunikace a neautoritativní podpora sebedůvěry a sebeúcty dospívajícího přispívá k jeho přijetí sebe sama takového, jaký je. Adolescent, který je smířený sám se sebou, se může spíše zařadit do pozitivní skupiny vrstevníků, tvořit si pozitivní perspektivu a vyrovnat se s požadavky, které jsou na něj v tomto období kladeny (40).

Dalším činitelem, který může a měl by pozitivně ovlivňovat dospívajícího i jeho rodinu, je lékař pro děti a dorost. Lékař by měl být podrobně seznámen se současnou situací mládeže a napomáhat při směřování jejího vývoje a rozhodování se pro zdravý životní styl (40).

Tato problematika vyžaduje celostní přístup společnosti vzhledem k tomu, že intervence směřované pouze proti jedné její složce se ukazují jako neúčinné. Důležitou roli v prevenci rizikového chování hraje také škola, kde tráví mladí lidé většinu svého času. Cestou ke změně chování je podpora celkového zdravého životního stylu, utváření vlastního názoru mládeže na tuto problematiku a podpora pozitivní změny jejich chování (40).

1. 2 Sexuálně přenosná onemocnění

1. 2. 1 Definice sexuálně přenosných onemocnění (dále jen STD)

Mezi pohlavně přenosná onemocnění řadíme všechny choroby, jejichž šíření je umožněno převážně nebo výhradně pohlavním stykem. Dříve byly označovány jako „nemoci pohlavní“, dnes se pro ně používá mezinárodní označení „sexually transmitted diseases“ – STD, což v překladu znamená sexuálně přenosná onemocnění, nebo také „sexually transmitted infections“ – STI neboli sexuálně přenosné infekce (53).

Původci těchto nákaz jsou velmi citliví na zevní fyzikální i chemické vlivy, proto je možnost přenosu mimopohlavním způsobem velice vzácná (57).

1. 2. 2 Historie výskytu sexuálně přenosných onemocnění v ČR

K extrémnímu nárůstu pohlavních onemocnění docházelo v minulosti vždy po válečných obdobích. Po druhé světové válce se však v naší zemi toto zvýšení nevyskytlo, protože už existoval pokrokový československý zákon o potírání pohlavních nemocí z roku 1921, byla již známa účinná antibiotika (např. penicilin byl k léčbě syfilis poprvé použit v roce 1943) a také rostla životní úroveň a zdravotní

uvědomění obyvatel. Tyto faktory způsobily snížení výskytu pohlavních nemocí v padesátých letech na minimum (53).

Mezi šedesátými a osmdesátými lety však vzrostl v evropských zemích výskyt kapavky trojnásobně a syfilis pětinasobně. Kromě těchto tzv. klasických nemocí se u nás začalo vyskytovat minimálně dvacet dalších pohlavně přenosných nemocí, které dříve za STD považovány nebyly, nebo neexistovaly diagnostické metody, které by je umožnily stanovit. Sexuálně přenosné choroby byly v minulosti zaměňovány s jinými nemocemi velmi často. Ve středověku bylo například onemocnění syfilis považováno za malomocenství a kapavka se od syfilis začala rozeznávat až koncem 18. století (53).

Na počátku devadesátých let u nás opět výrazně vzrostl počet nově hlášených pohlavně přenosných onemocnění, ale v roce 1993 začal výskyt STD oproti očekávání klesat. V současné době ovšem opět stoupá. Tento stav je dán zkvalitněním statistického zachycování případů, změnou v chování obyvatel – konzumní orientace v oblasti sexu, otevřením hranic a rozvojem sexuálního průmyslu, krizí rodiny, nedostatečnou sexuální výchovou a neúcta k vlastnímu zdraví.

Vzhledem k tomu, že se diagnostikou a léčbou STD v některých případech zabývají i jiné obory medicíny než dermatovenerologie, může docházet k problémům v léčbě a ke zkreslení statistiky výskytu pohlavně přenosných chorob. Pokud tato zdravotnická zařízení nedodržují povinnosti hlášení, depistáže a dispenzarizace, jsou infikované kontakty nemocných a nedolčení pacienti zdrojem infekce pro další partnery (2).

1. 2. 3 Výskyt pohlavních onemocnění v ČR v roce 2008

Dle údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR bylo v roce 2008 registrováno v České republice 1 667 případů pohlavních onemocnění. Zdrojem informací o výskytu je formulář Hlášení pohlavní nemoci. Hlášení je povinné pro pohlavní onemocnění i reinfekce, úmrtí na pohlavní nemoc a podezření z onemocnění

nebo nákazy pohlavní nemocí. Povinnost hlášení platí pro každé zdravotnické pracoviště, které onemocnění diagnostikuje.

Hlášení podléhají tyto pohlavní nemoci: vrozená syfilis (A50), časná syfilis (A51), pozdní syfilis (A52), jiná a neurčená syfilis (A53), gonokoková infekce (A54), lymphogranuloma venereum (chlamydiový) (A55), chancroid - ulcus molle (A57).

Z celkového počtu 1 667 nahlášených onemocnění činilo 850 případů onemocnění syfilis a 816 případů onemocnění kapavkou.

1. 2. 3. 1 Výskyt onemocnění syfilis

U onemocnění syfilis došlo meziročně k navýšení incidence o 2,3%, tedy na 8,1 případu na 100 tisíc obyvatel, čímž pokračoval výrazný nárůst tohoto onemocnění z roku 2007.

1. 2. 3. 2 Výskyt onemocnění kapavkou

U kapavky byl naopak v roce 2008 zaznamenán výrazný pokles, a to téměř o 30%, z více než 11 případů na 100 tisíc obyvatel na necelých 8. Jedná se o nejnižší výskyt od počátku devadesátých let, kdy v roce 1992 se toto onemocnění vyskytovalo v téměř desetinásobném počtu.

1. 2. 3. 3 Výskyt onemocnění Lymphogranuloma venereum a Chancroid

Onemocnění lymphogranuloma venereum se vyskytlo v jednom případě, a to poprvé od roku 1993, a onemocnění chancroid se nevyskytlo v žádném případě již od roku 1987.

1. 2. 3. 4 Výskyt pohlavních onemocnění dle krajů

V jednotlivých krajích se výskyt STD významně liší. Nejvíce případů bylo zjištěno v roce 2008 v hlavním městě Praha s incidencí 41,5 případu na 100 tisíc obyvatel, z čehož se ve 22% jednalo o cizince s dlouhodobým pobytem.

Dalšími kraji s obvykle vysokým výskytem pohlavních onemocnění jsou Ústecký a Karlovarský. V Ústeckém kraji poklesla incidence o 36% u syfilis a o 28% u kapavky. Celkem se zde tedy jedná o 24 případů na 100 tisíc obyvatel kraje. V Karlovarském kraji také došlo k významnému poklesu výskytu STD, především pak u syfilis, kde se incidence snížila o 45%, tj. na 25 případů na 100 tisíc obyvatel.

1. 2. 3. 5 Výskyt pohlavních onemocnění vzhledem k rizikovému chování a rodinnému stavu

Jedním z rizikových faktorů nákazy pohlavní nemocí je promiskuita, kterou uvedlo 11% mužů a 7% žen, avšak předchozí náhodný pohlavní styk uvedlo 62% mužů a 28% žen. Prostituci přiznalo z celkového počtu 1 667 případů 7 mužů a 25 žen, což celkem tvoří necelá 2% ze všech případů. Pouze 12% mužů a 30% žen nevedlo žádný z výše uvedených faktorů zvyšující riziko nákazy. Svou sexuální orientaci uvedli pacienti v 93,5%, z nichž se u mužů ve více než 29% případů jednalo o homosexuály a v 9% o bisexuály. Bisexualitu uvedlo také 6% žen.

Co se týče rodinného stavu, nejvyšší výskyt syfilis byl zaznamenán u rozvedených s 13 případy na 100 tisíc obyvatel a u svobodných s 11 případy. Kapavka se v nejvyšším počtu vyskytla u svobodných, na které připadlo 15 případů. Mezi svobodné jsou však započítávány i děti, u nichž je pravděpodobnost výskytu pohlavních onemocnění minimální. Nejnižší incidence byla zaznamenána u osob žijících v manželství, jednalo se o 6 případů.

1. 2. 3. 6 Výskyt HIV/AIDS

Informace o HIV/AIDS zpracovává Národní referenční laboratoř pro AIDS Státního zdravotního ústavu. Od roku 1985, kdy byla statistika zavedena, bylo k 31.12.2008 zjištěno u obyvatel ČR, včetně cizinců s dlouhodobým pobytem, celkem 1 187 případů HIV, z čehož 21% tvořily ženy. Onemocnění AIDS se rozvinulo u 269 osob a v důsledku onemocnění zemřelo 142 osob. Dále bylo hlášeno 304 případů HIV pozitivních a 29 případů onemocnění AIDS u cizinců s krátkodobým pobytem v ČR.

Nových případů HIV pozitivitu bylo v roce 2008 evidováno 148, což překonalo historicky nejvyšší počet z minulého roku. Počet onemocnění AIDS je také zatím nejvyšší, a to s 29 nově zjištěnými případy. Výrazně nadprůměrný výskyt byl zjištěn u obyvatel hlavního města Prahy a Středočeského kraje (49).

1. 2. 4 Popis vybraných sexuálně přenosných onemocnění

Spektrum pohlavních onemocnění je velmi široké. Mezi tzv. klasické pohlavní choroby, které spadají do systému povinného hlášení, řadíme syfilis, kapavku, měkký vřed (*ulcus molle*, *chancroid*) a venerický lymphogranulom. Ostatní STD sice nepodléhají hlášení, ale jsou neméně závažná. Do této kategorie patří například infekce lidskými papillomaviry, chlamydiové infekce, herpes genitalis, virové hepatitidy a HIV/AIDS. Pohlavní cestou se přenášejí i paraziti, jako svrab a veš pohlavní neboli muňka, dále také plísňové choroby, kvasinky a mnoho dalších původců (3).

Mezi v dospívání nejzávažnější původce pohlavních chorob patří *Chlamydia trachomatis*, lidský papillomavirus a virus HIV (40). Například lidským papillomavirem je infikováno 15-30% dospívajících (53).

Bakteriální STD

1. 2. 4. 1. Syfilis (lues, příjice)

Klinická charakteristika

Syfilis je chronické infekční systémové onemocnění, které se projevuje pestrá škálou příznaků. Podle způsobu přenosu se syfilis dělí na vrozenou (*Syphilis congenita*) a získanou (*Syphilis acquisita*) (23).

Získaná syfilis, pokud není léčena, může probíhat ve čtyřech stádiích: primárním, sekundárním, latentním a pozdním. V primárním stadiu syfilis se objeví léze v místě průniku bakterií, nejčastěji na zevních genitáliích, ale i na cervixu, v perianální oblasti a v ústech (10). Vřed (*ulcus durum*) bývá většinou jeden, může mít různou velikost, kruhovitý či oválný tvar a je nebolestivý. Za 1-2 týdny se ke vředu přidružuje nebolestivé zduření regionálních lymfatických uzlin. I bez léčby se primární léze hojí během 3-8 týdnů, a to s jizvou nebo bez jizvy (31).

Sekundární syfilis nastupuje obvykle za 2-8 týdnů od objevení se vředu, kdy dochází ke generalizaci infekce. Často začíná netypickými projevy, například únavou, depresemi nebo bolestmi kostí. Typicky se projevuje makulopapulózním nebo pustulózním exantémem, lymfadenitidou a může se objevit i hepatitida a meningitida (10). Nejtěžší formou sekundární syfilis je imunodeficientní stav, označovaný jako tzv. maligní syfilis (21). Neléčené onemocnění přechází do dlouhodobé fáze latence (10). Stadium latence je většinou klinicky němé, ale mohou ještě přetrvávat kožní projevy.

Pozdní syfilis se objevuje po různě dlouhém období a typickým projevem je tvorba specifických granulomů (gummat), které mohou kromě kůže postihovat i dutinu ústní, kosti a vnitřní orgány, zvláště kardiovaskulární systém a centrální nervovou soustavu. Na kůži má gumma vzhled tmavočervených uzlů, které se mohou rozpadat ve vředy a rozšiřovat (31).

U vrozené syfilis se často objevují typické příznaky označované jako tzv. Hutchinsonova triáda. Jsou to soudkovité zuby (horní střední řezáky jsou dále od sebe, kratší, zužují se a mají poloměsíčitou hranu), intersticiální keratitida s možností vzniku slepoty a hluchota. Dále se může vyskytnout sedlovitý nos, perforace patra, šavlovité prohnutí tibií nebo dopředu vyklenuté čelo (46).

K přenosu treponemat placentou dochází po jejím úplném dotvoření, tedy po prvním trimestru těhotenství. Pokud je matka v tomto období léčena, dítě se narodí zdravé, proto se provádí povinné vyšetření sérologickými testy právě na začátku těhotenství. V opačném případě je forma a míra postižení plodu dána infekčností stadia onemocnění matky a množstvím bakterií v krvi. Pokud žena otěhotní v časném stadiu, dojde k potratu (46).

Diagnostika a léčba

Základem pro diagnózu je klinický obraz, poté se přistupuje k mikroskopickému vyšetření v zástině a sérologickému vyšetření. Terapie probíhá v izolaci ve zdravotnickém zařízení s použitím penicilinu. U alergiků se podává erytromycin (23).

Původce

Původcem je bakterie spirocheta *Treponema pallidum* (23). Spirochety rychle hynou ve vnějším prostředí a jsou citlivé na běžné dezinfekční prostředky (33). Nelze je kultivovat. K přenosu syfilis dochází sexuálním stykem, transplacentárně a krví. Zdrojem je pouze infikovaný člověk v primárním, sekundárním i v časném latentním stadiu nemoci (10).

Inkubační doba

Nejčastěji se jedná o 21 dní s rozmezím 9-90 dní (23).

1. 2. 4. 2 Kapavka (gonorrhoea)

Klinická charakteristika

Jedná se o hnisavé zánětlivé onemocnění pohlavních orgánů a močových cest, postihující i rektum, oční spojivky, sliznici dutiny ústní, faryngu a nosu. Gonokoky mohou metastázovat krevní cestou a napadat endokard, klouby nebo duhovku (20).

Mezi typické příznaky kapavky u žen patří postižení močové trubice a děložního čípku, pálení při močení, zduření a zarudnutí zevního ústí močové trubice a hnisavý hlenový výtok z močové trubice a pochvy. Ve 30% případů jsou projevy kapavky minimální, onemocnění zůstává nediodagnostikováno a přechází do chronicity. Komplikací bývá zánět Bartoliniho žlázy, zánět dělohy, vejcovodů a vaječníků. V důsledku zánětu se může vyvinout náhlá příhoda břišní a neplodnost (17). Chronická kapavka se projevuje jen nepatrným výtokem a jejími komplikacemi jsou chronická pelvická choroba, mimoděložní těhotenství, neplodnost atd. (13).

U mužů se onemocnění projeví typickými příznaky ve 25% případů. Nejprve se objevuje tzv. přední kapavka, což je pálení při močení, zduření a zarudnutí zevního ústí močové trubice. Výtok je hlenový, nejprve čirý, pak hnisavý, žlutobílý až žlutozelený. Další 25% případů se projeví pouze jako tzv. ranní kapka a 10% probíhá asymptomaticky (46). Komplikací je zánět žaludu a předkožky. Pokud se akutní

kapavka neléčí nebo je špatně léčena, zhruba po třech týdnech vzniká tzv. zadní kapavka. Ubývá výtok, ale infekce se šíří na předstojnou žlázu, semenné vajíčky a nadvarlata a hrozí ztráta plodnosti.

U novorozenců dochází k infekci při průchodu porodními cestami. Onemocnění se projeví konjunktivitidou, proto se provádí preventivní dezinfekce očních spojivek (17).

Diagnostika a léčba

Diagnóza se stanovuje na základě sexuální anamnézy za posledních 60 dní, klinického vyšetření genitálií a mikroskopického vyšetření a kultivace gonokoka (13). Léčba je většinou ambulantní. Vzhledem k výskytu kmenů rezistentních vůči běžně používaným antibiotikům se používají například cefalosporiny 3. generace nebo chinolony (17).

Původce

Původcem kapavky je bakterie, diplokok *Neisseria gonorrhoeae* (gonokok). Existuje několik antigeně odlišných typů gonokoků. K přenosu dochází pohlavním stykem a z matky na dítě při průchodu porodními cestami (17).

Inkubační doba

U mužů se inkubační doba pohybuje v rozmezí 3-5 dní, u žen 5-7 dní (17).

1. 2. 4. 3 Měkký vřed (*Ulcus molle*, Chancroid)

Klinická charakteristika

Měkký vřed je vředová choroba postihující anogenitální oblast. Často se vyskytuje v tropech a subtropích (Afrika) (46). Prvním projevem je zánětlivá papula přecházející v pustulu, která se rozpadá ve vřed a je lokalizovaná kdekoliv na genitálu. Vřed má

zavalité okraje, je velmi bolestivý, s nažloutlým hnisem na spodině. V okolí vředu se mohou objevit další ulcerace, které mohou s původním vředem splývat v ulcerózní ložiska olemovaná zánětem. (20) Vřed se po několika týdnech hojí jizvou.

U 50% případů se vyskytuje regionální lymfadenitida (bubo) s erytémem na povrchu, která perforuje a vznikají píštěle s hemoragickým exsudátem (46). Pokud dojde současně k nákaze *Treponamou pallidum*, přechází projevy v syfilitickou symptomatologii a hovoříme o *Ulcus mixtum* (20). Neléčené onemocnění progreduje a následkem jsou anogenitální deformace (46).

Diagnostika a léčba

Při stanovování diagnózy je důležité odlišit jiné vředy na genitálu, především syfilitický a herpes simplex. Ze spodiny vředu se odebere vzorek k mikroskopickému vyšetření, ve kterém jsou patrné „řetízky“ mikroorganismů. Kultivační průkaz se provádí na krevním agaru. K terapii se používají antibiotika jako azitromycin, ceftriaxon, erytromycin a ciprofloxacin (46).

Původce

Onemocnění způsobuje streptobacil *Haemophilus Ducreyi* – gramnegativní, částečně anaerobní tyčka (46). K přenosu dochází pouze pohlavním stykem.

Inkubační doba

3-7 dní (46)

1. 2. 4. 4 Venerický lymfogranulom (Lymphogranuloma venereum)

Klinická charakteristika

Onemocnění se nejdříve projevuje netypickými erozemi podobnými herpetickým projevům, později se na genitálu objevují vředy s podminovaným okrajem. Za 1-6 týdnů dochází postupem infekce ke zduření regionálních lymfatických uzlin zhruba do velikosti ořechu. Uzliny jsou palpačně citlivé, dostavuje se teplota až horečka, bolesti hlavy a třesavka. Během 1-2 dalších týdnů se uzliny nadále zvětšují, až se provalí ve formě píštělí. Infekce se pak šíří i do dalších uzlin. Neléčené onemocnění přechází do chronického stavu, kdy dochází ke zúžení rekta zjizvením a u žen k retrovaginálním píštělím. Blokáda lymfatických uzlin způsobuje trvalý otok penisu, skrota, vulvy a vzniku elefantiázy v genitorektální oblasti (38).

Diagnostika a léčba

Při podezření na lymfogranulom je nutné odlišit podobně se projevující vředové choroby (ulcus durum, ulcus molle) a postižení lymfatických uzlin jiné etiologie (tubekulózu, infekční mononukleózu, malignity atd.) (38). K průkazu původce slouží hlavně sérologické testy. K terapii se používají antibiotika – doxycyklin nebo erytromycin (46).

Původce

Chlamydia trachomatis, sérotypy L₁, L₂, L₃ (46). Téměř výhradně se jedná o přenos pohlavním stykem.

Inkubační doba

3-30 dnů, nejčastěji kolem 14 dnů (46).

1. 2. 4. 5 Chlamydiové infekce

Klinická charakteristika

Chlamydiové infekce jsou nejčastějšími pohlavně přenosnými onemocněními, představujícími asi 50% všech nespecifických infekcí genitálu. Vyskytují se nejčastěji u mladých osob ve věku 15-35 let. K infekci dochází většinou až po opakovaných sexuálních stycích s pozitivním partnerem (12).

Infekce *Chlamydia trachomatis* může mít nejrůznější klinické formy a může velmi dlouho probíhat s minimem příznaků nebo zcela asymptomaticky. U žen chlamydie způsobují mukopurulentní cervicitidy, endometritidy, bartolinitidy, chronické záněty v malé pánvi, periapendicitidy, perihepatitidy, proktitidy, proktokolitidy, konjunktivitidy, reaktivní artritidy a Reiterův syndrom (kombinace konjunktivitidy, uretritidy a artritidy). U těhotných žen může chlamydiová infekce přispět k předčasnému porodu a je rizikovým faktorem pro narození dítěte s nízkou porodní váhou.

U mužů se nákaza projevuje jako uretritida, epididymitida, orchitida, prostatitida, proktitida, proktokolitida, konjunktivitida, reaktivní artritida a Reiterův syndrom (16).

Nákaza novorozenců vzniká nejčastěji při průchodu infikovaným cervikálním kanálem a projevuje se pneumonií z aspirace nebo purulentní konjunktivitidou. Pneumonie většinou odeznívá bez komplikací, ale konjunktivitida může vést ke zhoršenému vidění v důsledku zjizvení (46).

Diagnostika a léčba

Využívá se přímého průkazu chlamydií speciálním kultivačním vyšetřením sekretu z močové trubice, kanálu děložního čípku a dalších postižených orgánů, detekce antigenů a sérologické metody (17, 10). Léčba je ambulantní, u chronických

případů obtížná a dlouhodobá. Podávají se širokospektrá antibiotika, například doxycyklin, azitromycin aj.

Původce

Gramnegativní bakterie *Chlamydia trachomatis*, která je zcela závislá na hostitelské buňce – intracelulární parazitismus. Rozlišujeme celkem 18 sérotypů chlamydií, z nichž infekce urogenitálního systému způsobují sérotypy D-K (12). K přenosu dochází pohlavním stykem a vertikálně.

Inkubační doba

7-14 dní i delší (10).

Virové STD

1. 2. 4. 6 Papillomavirové infekce

Klinická charakteristika

Lidský papillomavirus (Human Papillomavirus - HPV) způsobuje špičaté nebo květákovité výrůstky neboli genitální bradavice (*condylomata accuminata*) na zevním pohlavním ústrojí žen i mužů. *Condylomata* se mohou vyskytnout i v uretře, vulvě, vagině, na děložním čípku, v anální a perianální oblasti (7). Dalším projevem HPV infekce v genitálním traktu jsou ploché léze, které je obvykle obtížné detekovat bez použití kolposkopu a zviditelnění. Ploché léze se vyskytují hlavně na děložním čípku, ale i ve vagině, vulvě a na penisu (47).

Z nádoru děložního čípku byl virus poprvé izolován v roce 1983. Karcinom děložního čípku je třetím nejčastějším nádorovým onemocněním u žen na celém světě (22). U mladých dívek bez sexuálních zkušeností HPV nebyly vůbec nalezeny. U sexuálně aktivních žen se infekce HPV vyskytuje ve 3,5-33% případů a u mužů se pohybuje mezi 9-24% případů.

Infekce často probíhá bezpříznakově nebo se léze mohou vyskytovat v místech, kde nejsou při běžném vyšetření viditelné. Papillomaviry infikují epitelální buňky kůže a sliznic a vyvolávají benigní i maligní léze. Následně dochází k typickým změnám epitelálních buněk s tvorbou koilocytů (buňky s velkými jádry obklopenými průhlednou cytoplazmou) a ztrátě jader. Léze vznikají relativně pomalu a často spontánně mizí. Ke spontánnímu zhojení dochází i po chirurgickém odstranění léze nebo po traumatu (47).

Genom HPV perzistuje v infikované buňce během celého růstového cyklu viru. Někdy infikované buňky dlouhodobě přežívají, i když se v nich virový růstový cyklus nedokončuje. Z těchto buněk pak mohou vzniknout maligní buňky rozštěpením virové DNA a její integrací do genomu buňky. K rozštěpení DNA totiž dochází v oblasti genů, které následně začnou produkovat onkoproteiny, jež způsobují změnu buněk na buňky nádorové (55).

Diagnostika a léčba

Léze klinické formy je viditelná pouhým okem. Subklinická forma infekce může být zjištěna pomocí kolposkopie, cytologie a histologie a k detekci latentní formy je nutné použít molekulárně-biologické metody (47).

Chirurgicky lze odstranit postiženou sliznici, ale virus v těle přetrvává a může se znovu projevit (7). K imunizaci proti nádorům vyvolaným HPV se používají dva typy vakcín. Prvním typem jsou profylaktické vakcíny, které obsahují virové proteiny a indukují neutralizační protilátky. Tyto protilátky brání nebo výrazně omezují infekci. Druhý typ vakcín slouží k léčbě lézí včetně již existujících nádorů. Jsou zaměřeny proti virovým onkoproteinům, které jsou trvalou součástí nádorové buňky. Cílem imunizace je vytvořit specifickou buněčnou imunitu, která eliminuje patologicky pozměněné buňky (55). Na českém trhu jsou dvě vakcíny, Silgard (výrobce Merck & Co., Inc.) a Cervarix (výrobce GlaxoSmithKline plc.) (53). Terapeutické vakcíny zatím nejsou k dispozici (55).

Původce

Papillomavirus, DNA virus s onkogenním potenciálem z čeledi Papillomaviridae. Tyto viry infikují řadu živočichů včetně člověka. Dělí se dle tkáňové specifity na kožní a slizniční a podle onkogenního potenciálu na nízkorizikové (low risk) a vysokorizikové (high risk) genotypy. V současnosti je známo 100 genotypů HPV, z nichž asi 40 infikuje anogenitální trakt (48).

K přenosu genitálních typů HPV u dospělých dochází především sexuálním stykem a pouze minimálně nepřímou kontaminací. U dětí je možný přenos vertikálně při porodu i transplacentárně (48).

Inkubační doba

2-3 měsíce, s rozpětím 1-20 měsíců (10).

1. 2. 4. 7 Herpes genitalis

Klinická charakteristika

Herpesvirové infekce genitálu se svými projevy příliš neliší od projevů na sliznici úst a na kůži rtů. Na sliznici genitálu se virus déle uvolňuje do okolí, asi do desátého dne od začátku rozvoje léze. Zároveň se vyskytují eflorescence a virus se šíří nervem do senzomotorického ganglia a nastupuje latentní fáze onemocnění. Opakování genitálního oparu je většinou projevem recidivy latentní infekce. O reinfekci lze hovořit pouze v případě infekce jiným typem viru, než který se uplatnil při primoinfekci (9).

Diagnostika a léčba

Diagnóza vychází z charakteristického klinického obrazu, je možný průkaz viru nebo virových antigenů v lézích či v likvoru (17). Terapie spočívá v podání virostatik (acyclovir, vancyclovir atd.), která zkracují dobu výsevu a snižují vylučování viru a analgetik.

Původce

DNA viry herpes simplex (HSV), typ 1 a 2. Genitální lokalizaci má častěji typ 2. Kromě přenosu pohlavním stykem se uplatňuje také přenos slinami, vzácně i nepřímo kontaminovanými předměty. Přenos z matky na dítě je možný při průchodu porodními cestami. Vzácně se vyskytuje také transplacentární přenos, který může vést k potratu, ke vzniku kongenitálních malformací nebo k předčasnému porodu. U novorozence se nákaza může projevit jako lokalizovaná infekce (kůže, oko, ústa), postižení CNS (encefalitis) nebo diseminovaná infekce (6).

Inkubační doba

2-14 dní, průměrně 6 dní (6).

1. 2. 4. 8 Virové hepatitidy

Klinická charakteristika

Virové hepatitidy jsou difúzním zánětlivě-nekrotickým onemocněním jater. U některých typů je možný i chronický průběh, který se projevuje jako chronická hepatitida, jaterní cirhóza nebo rakovina jater (19). Mezi STD patří onemocnění vyvolaná virem typu B (HBV), C (HCV) a D (HDV) (5).

Akutní virová hepatitida B končí ve většině případů spontánním uzdravením. Velmi závažný průběh s vysokou mortalitou je výjimečný. V prodromálním stádiu

se projevuje chřipkovitými příznaky, zvýšenou teplotou a bolestmi kloubů. V dospělosti probíhá třetina případů iktericky, třetina jako nespecifické chřipkovité onemocnění a třetina zcela asymptomaticky. Do chronicity přechází 1-5% případů dospělých osob (19).

Virová hepatitida typu C většinou probíhá mírně a projevuje se pouze zvýšenou únavou. K akutnímu ikterickému průběhu s žaludečními a střevními příznaky dochází jen výjimečně. Onemocnění však přechází do chronicity u 60-80% případů.

Virová hepatitida D se vyskytuje pouze současně s virovou hepatitidou B a zhoršuje její průběh (19).

Diagnostika a léčba

Diagnóza vychází z klinického obrazu, anamnestických údajů a laboratorních vyšetření. Je potvrzena sérologickým průkazem antigenů a protilátek nebo detekcí genomu (10).

Pacienti s virovými hepatitidami jdou hospitalizováni na infekčních odděleních a léčba spočívá ve fyzickém a psychickém zklidnění, dietě a podávání podpůrných léků. Dále se pro léčbu HBV podává pegylovaný interferon alfa-2a, konvenční interferon alfa, lamivudin nebo adenovir dipivoxil. U HCV se podává pegylovaný interferon a ribavirin (18). Terapie HDV spočívá v podávání interferonu alfa, u většiny nemocných však nevede k trvalé eradikaci infekce.

Očkování proti HBV chrání i proti infekci HDV, vakcína proti HCV zatím neexistuje (19).

Původce

HBV: virus hepatitidy B patřící mezi hepadnaviry, stabilní v biologickém materiálu i v zevním prostředí, infekční dávka je velmi malá – 10^{-8} infikované krve.

HCV: virus hepatitidy C, RNA virus z čeledi Flaviviridae, rod Hepacavirus.

HDV: virus hepatitidy D (delta agens), defektní RNA virus z rodu Deltavirus, replikuje se pouze v buňkách současně infikovaných HBV (10).

Celkem je v současnosti známo 6 virů, které vyvolávají virové hepatitidy. Rozeznáváme tedy virovou hepatitidu A, B, C, D a G. V ČR se běžně vyskytují pouze virové hepatitidy A, B a C (18).

U virové hepatitidy B, C a D dochází k přenosu infekce krevní cestou, pohlavním stykem, vertikálně nebo perinatálně (5).

Inkubační doba

HBV: 30-180 dní

HCV: 15-180 dní

HDV: 28-49 dní (19).

1. 2. 4. 9 HIV/AIDS

Klinická charakteristika

Onemocnění AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) bylo poprvé rozpoznáno v roce 1981 na tichomořském pobřeží USA. Během dvaceti let se jeho výskyt stal pandemickým a důsledky pandemie jsou patrné nejen ve sféře zdravotnické, ale i ekonomické, sociální, legislativní, náboženské a politické (44).

Virus HIV napadá buňky imunitního systému, především T-lymfocyty nesoucí CD4 receptor, jehož pomocí virus proniká membránou buňky, ve které se množí. Dochází ke specifické imunitní odpovědi a vzniku cytotoxických T-lymfocytů a likvidaci CD4+ T-lymfocytů. Úbytek lymfocytů je zpočátku vyvážen jejich produkcí. Mechanismy jejich tvorby se však postupně vyčerpávají a dochází k poruchám imunity (46).

Stádium akutní HIV infekce se projeví přibližně u 50% případů. Probíhá většinou pod obrazem chřipkovitého onemocnění s exantémem nebo může připomínat

syndrom infekční mononukleózy a ve výjimečných případech se objeví neurologické symptomy jako serózní meningitida nebo polyradikuloneuritida (40). Tato primární infekce obvykle spontánně odezní do 1 měsíce (46).

Po akutním stádiu nastupuje různě dlouhé období latence (klinická kategorie A – asymptomatická HIV infekce), kdy pacient nemá žádné obtíže. Může se vyskytnout zduření lymfatických uzlin, které může přejít v perzistující generalizovanou lymfadenopatii, která ale nemá negativní vliv na prognózu. V tomto období dochází k postupným změnám imunitního systému a výrazně klesá počet CD4+ T-lymfocytů (40).

Při poklesu CD4+ T-lymfocytů pod hodnotu $500/\text{mm}^3$ přechází pacient do symptomatické fáze HIV infekce (klinická kategorie B). V této fázi dochází k výskytu recidivujících orofaryngeálních kandidóz, kandidové vulvovaginitidy, výsevu herpes zoster, adnexitid a k postupnému zmenšování předtím zduřelých uzlin. Často se objevují i celkové příznaky jako únava, horečky, průjmy a hubnutí (40).

Dále nastupují tzv. velké oportunní infekce, jejichž výskyt určuje přechod do stádia onemocnění AIDS (klinická kategorie C) (40). V tomto stádiu onemocnění se také vyskytují nádory, z nichž nejčastější je Kaposiho sarkom, méně častý je lymfom a šupinatý karcinom v ústech nebo na sliznici konečníku. Nejnebezpečnější z oportunních infekcí je zápal plic způsobený prvokem *Pneumocystis carinii*. Dalším vážným plicním onemocněním, vyskytujícím se v tomto stadiu, je tuberkulóza. Trávicí trakt bývá napaden parazity, prvoky a plísněmi. Plísně se vyskytují také na kůži a sliznicích. Neurologické komplikace jsou způsobeny buďto působením samotného viru HIV nebo nádory či oportunními infekcemi (14).

Většina nových záchytů onemocnění je u mladých lidí do 25 let. Dle výzkumů je infekcí HIV ohroženo 5-10 % obyvatelstva. Podstatného snížení rizika infekce lze dosáhnout tzv. bezpečnějším sexem (safer sex) (56).

Diagnostika a léčba

Pro běžnou mikrobiologickou diagnostiku se používá průkaz specifických protilátek. Screeningové vyšetřování se provádí pomocí sérologických testů. (14, 45). HIV/AIDS je stále nevyléčitelnou nemocí, přesto existují léčebné postupy, které pacientům umožňují žít s touto diagnózou i několik desetiletí. Existují antiretrovirové léky zpomalující rozvinutí AIDS, léky pro léčbu klinického HIV/AIDS a léky bránící přenosu viru z matky na dítě. Dále se používají léky proti rakovině spojené s HIV/AIDS, pro prevenci a léčbu oportunních infekcí a pro paliativní a podpůrnou léčbu (35).

Původce

Virus lidského imunodeficitu - HIV (Human Immunodeficiency Virus) z čeledi Retroviridae, podčeleď lentiviry. Virus je patogenní pouze pro člověka. Retroviry obsahují dvojvláknovou DNA, kterou enzym reverzní transkriptáza přepisuje na provirovou DNA a v této formě se retrovirus zabudovává do genomu napadené buňky (45). Rozlišujeme dva typy virů HIV, HIV-1 a HIV-2, které se od sebe antigenně i geneticky liší. HIV-2 se typicky vyskytuje v Africe. Virus HIV je obsažen ve velkém množství v krvi a ve spermatu a v malém množství i v slzách, moči a mateřském mléce (8).

K přenosu dochází kromě sexuálního styku také při kontaktu s krví, transplacentárně, během porodu a kojením. Nákaza při líbání je teoreticky možná, pokud dojde k uvolnění krve z mikrotraumat v ústech do slin, ale zatím nebyl spolehlivě doložen žádný případ přenosu infekce tímto způsobem. Ve slinách se běžně nevyskytuje dostatečné množství viru pro přenos infekce (56).

Inkubační doba

2-6 týdnů, někdy až 3 měsíce (45).

Parazitární STD

Jedná se primárně o kožní onemocnění, která vzhledem ke své lokalizaci a chování původce řadíme mezi přenosná pohlavním stykem (17).

1. 2. 4. 10 Svrab (Scabies)

Klinická charakteristika

V místech s jemnější pokožkou se objevují čárkovité papuly, na jejichž konci je bělavá hrudka. Postižená kůže silně svědí, intenzita svědění se zvyšuje po zahřátí či zpotení (8).

Diagnostika a léčba

Diagnóza vychází z průkazu parazitů, fragmentů jejich těl nebo vajíček z povrchové kožní vrstvy.

K terapii se používá například emulze Skabacid, která se nechává na kůži působit 12-24 hodin. Poté následuje celková koupel s důkladným vydrhnutím kartáčkem, další důkladná koupel a použití čistého osobního i ložního prádla. Terapii se podrobuje celá rodina i v případě, že ostatní členové nemají klinické příznaky (8).

Původce

Vyvolavatelem je roztoč zákožka svrabová – *Sarcoptes scabiei*. Samičky se zavrtávají do rohové vrstvy kůže, v níž dělají chodbičky, do nichž ukládají vajíčka. Z vajíček se vyvine parazit za 14-17 dnů. Onemocnění se přenáší obvykle z člověka na člověka při těsném osobním kontaktu, pohlavním styku, použitím stejného lůžka nebo oděvu. Onemocnění je možné získat i od zvířat, například od psů a koček (8).

Inkubační doba

1-3 týdny (8)

1. 2. 4. 11 Veš ohanbí (Pediculus pubis neboli Phtirius pubis)

Klinická charakteristika

Onemocnění začíná svěděním v genitálním ochlupení, kde se vyskytují vajíčka (hnidy), pevně lpějící na ochlupení, živí jedinci a šedomodravé skvrnky v místě sání. U ochlupených jedinců se paraziti mohou šířit až do obočí a řas (17).

Diagnostika a léčba

Zavšivení se prokáže při klinickém vyšetření. K terapii se používají insekticidy jako Diffusil H, Orthosan BF 45, Itax a další. Odvšivovací prostředky neodstraňují hnidy, ty je nutné odstranit mechanicky – vyčesáním nebo ostříháním (49).

Původce

Veš ohanbí (Pediculus pubis neboli Phtirius pubis). Všichni se živí výhradně krví hostitele, krev sají několikrát denně. Oplodněné samičky přilepují vajíčka výměškem žláz na vlasy, chlupy nebo vlákna tkaniny, čímž vznikají hnidy (49).

1. 2. 4. 12 Trichomoniáza

Klinická charakteristika

Tato urogenitální infekce probíhá často zcela asymptomaticky nebo mírně, ale je možný i akutní průběh. Asymptomatický nebo mírný průběh se u mužů vyskytuje až v 90% případů a pokud se onemocnění manifestuje, projevuje se jako prostatitida, epididymitida nebo uretritida. U žen se projevuje jako vaginitida se zpeňujícím výtokem,

uretritida nebo cystitida (10). Výtok je bělavé nebo žluté barvy a zapáchá. Subjektivně se vyskytuje pálení při močení a svědění (8). Neléčené onemocnění může vést až ke sterilitě.

Diagnostika a léčba

Diagnóza vychází z přímého mikroskopického průkazu trichomonád ze stěru vaginální sliznice nebo z kultivace. U mužů se vyšetřuje exprimát z prostaty, močový sediment nebo výtěr z uretry. Je možné použít i sérologické metody (10). Léčba je antibiotická a bývá bez problémů (17).

Původce

Onemocnění způsobuje prvok bičenka poševní (*Trichomonas vaginalis*). Trichomonády mají hruškovitý nebo vřetenovitý tvar o velikosti 10 x 7 mikrometrů a pohybují se pomocí čtyř bičíků a vlnění membrány. Parazit je velmi citlivý k zevním vlivům a šíří se pouze pohlavním stykem (8).

Inkubační doba

4-14 dnů (8)

1. 2. 5 Venerologické vyšetření

Diagnostikou, léčbou a prevencí pohlavně přenosných onemocnění se zabývá medicínský obor dermatovenerologie. Venerologické vyšetření je kromě obecné anamnézy zaměřeno na zjištění současných příznaků, jejich trvání a průběh, léčbu, cestování, nedávný pohlavní styk a jeho způsoby, použití preventivních prostředků, prodělané pohlavně přenosné choroby a rizikové faktory HIV infekce. Objektivní vyšetření se týká celého kožního povrchu a dostupných sliznic, včetně vyšetření anu, palpáce genitálu a prostaty a u žen vyšetření děložního hrdla. Při podezření na pohlavně

přenosné onemocnění se provádí sérologické vyšetření na syfilis, chlamydie a kapavku. Pro vyšetření na HIV infekci je nutný souhlas pacienta (46).

1. 3 Prevence STD u adolescentů

1. 3. 1 Sexuální chování adolescentů

Sexuální chování mládeže se v mnoha podstatných charakteristikách liší od sexuálního chování předchozích generací. Průzkumy v této oblasti ukazují v posledních desetiletích tyto trendy:

1. Posouvání zahájení pohlavního života do stále nižších věkových kategorií
2. Zvyšování věku prvního sňatku
3. Vyrovnávání věku prvního styku i počtu sexuálních partnerů u mužů a u žen
4. Zvyšování počtu adolescentů zahajujících pohlavní život před věkem zákonným
5. Odpovědnější antikoncepční chování a vyšší počet pravidelných uživatelů kondomů, a to při prvním pohlavním styku i při pravidelných sexuálních stycích (57).

Většina uvedených změn se týká především dívek, což je odrazem měnící se ženské role v moderní společnosti, odklonu od tradičních hodnot společnosti (od zaměření na rodinu k zaměření na individualistické hodnoty) a vývoje ekonomiky státu (57).

1. 3. 2 Sexuální výchova

Sexuální výchova je bio-psycho-sociálním procesem a tvoří neoddělitelnou složku výchovy ke zdraví. Nejdůležitějším prvkem ve výchově ke zdraví je rodina. Harmonické rodinné prostředí má pozitivní vliv na fyzické i psychické zdraví dítěte, na jeho postoj v otázkách výživy, denního režimu, hygieny a osvojování sociálních a komunikačních dovedností (27). Vztahy mezi rodiči dávají základ budoucím

partnerským vztahům, rodičovským postojům, jsou zdrojem podnětů a zkušeností pro řešení různých životních situací a pro utváření celkového životního stylu a hodnot.

Na výchově ke zdraví by se vedle rodiny měla významně podílet i škola. Výuka v této oblasti směřuje k osvojení odpovědného chování, schopnosti rozhodování a komunikace v situacích souvisejících s aktivním zdravím, partnerskými vztahy, rodinným životem a rodičovstvím. Sexuální výchova musí probíhat vždy v souladu s vývojovými předpoklady, poznávacími schopnostmi a zkušenostmi z každodenního života (27).

Z výzkumů vyplývá, že první informace z oblasti sexuality získávají mladí lidé častěji od svých kamarádů, známých, z časopisů a knih, než z rodiny a ze školy. Zjistilo se také, že dospívající jsou v této oblasti informováni, ale mají problém získanou informaci a znalost přetvořit v dovednost nebo postoj k danému tématu. V praxi to znamená, že mládež ví, proč a jak by měla chránit své zdraví, zná způsoby přenosu pohlavních chorob, ale v dané situaci tuto znalost neumí použít. Znalost tedy není přetvořena v dovednost a postoj a mládež se nakonec zachová úplně jinak, než by měla (27).

Základní rámec pro náplň výuky v oblasti sexuální výchovy dává mezinárodní dokument Charta sexuálních a reprodukčních práv, který schválila v roce 1995 Mezinárodní federace plánovaného rodičovství (International Planned Parenthood Federation – IPPF) (27). Sexuální a reprodukční práva jsou práva a svobody jednotlivců i párů. V tomto dokumentu je definováno celkem 12 práv, mezi něž patří například právo na svobodu a osobní bezpečnost, právo na zdravotní péči a ochranu zdraví, právo na informace a vzdělávání a právo užívat plodů vědeckého pokroku.

Důležitým bodem pro sexuální výchovu je právo na informace a vzdělání, které v sobě zahrnuje tři dílčí práva:

1. Každý má právo na přístup ke vzdělání a k pravdivým informacím týkajícím se jeho sexuálního a reprodukčního zdraví, práv a odpovědnosti, které berou v úvahu specifika jeho pohlaví.

2. Každý má právo na dostatečné vzdělání a informace, aby bylo zajištěno, že jakékoliv rozhodnutí týkající se jeho sexuálního a reprodukčního života bude činěno s jeho plným svobodným a informovaným souhlasem.
3. Každý má právo na plnou informovanost o relativních přednostech, nebezpečích a účinnosti všech metod regulace plodnosti a prevence neplánovaného těhotenství (27).

1. 3. 2 Antikoncepce

Antikoncepce (kontracepce) zahrnuje veškeré metody a opatření, jejichž cílem je zabránit nežádoucímu otěhotnění. Výběr vhodné antikoncepce závisí na věku, zdravotním stavu a prodělaných chorobách. Nemalý vliv má otázka finanční, sociální a náboženská (1).

Spolehlivost antikoncepční metody z hlediska nechtěného početí se určuje tzv. Pearlovým indexem (PI). Index vyjadřuje počet nežádoucích otěhotnění na 100 žen za rok (tj. 1200 cyklů). Čím nižší je PI, tím vyšší je spolehlivost dané metody (15).

Rozlišujeme několik typů metod antikoncepce, a to metody přirozené, bariérové, chemické, nitroděložní, hormonální a sterilizaci (32). Na našem trhu je pouze jedna možnost efektivní ochrany proti sexuálně přenosným nemocem, a to prezervativ. Dalším prostředkem antikoncepce chránícím před STI je tzv. ženský prezervativ neboli femidom, který však na našem trhu dostupný není (15).

1. 3. 2. 1 Bariérové metody antikoncepce

Bariérová antikoncepce je jednou z nejstarších a nejjednodušších metod kontracepce. Tyto metody jsou z hlediska kontracepce méně efektivní než hormonální antikoncepce nebo nitroděložní tělíska, ale jejich významnou výhodou je právě ochrana před STD. Riziko přenosu STD lze dále snížit současným použitím spermicidů (15).

1. 3. 3 Prezervativ (kondom)

1. 3. 3. 1 Historie prezervativu

Prezervativ je kromě sexuální abstinence nebo naprosté oboustranné partnerské věrnosti nejúčinnějším prostředkem ochrany před STD. Při pravidelném a správném používání je zároveň poměrně spolehlivým prostředkem k zabránění nežádoucímu otěhotnění (57).

První prezervativ navrhl italský anatom Gabriel Fallopius v roce 1564. Jednalo se o pouzdro zhotovené ze lněného plátna napuštěného olejem, do něhož se přidával zvláštní roztok proti infekci. Není zcela jisté jak vznikl název kondom. Jedním z možných vysvětlení je odvození názvu od jména anglického lékaře Contona (některé zdroje uvádějí jméno Condom), který žil na dvoře anglického krále Karla II. v letech 1630 – 1658 (52). Jiné zdroje uvádějí, že slovo kondom je odvozeno z latinského slova „condus“ neboli rezervoár. Označení prezervativ je také odvozeno z latiny a znamená ochranu před něčím.

V 18. století se začaly vyrábět prezervativy ze střev zvířat, například mladých ovcí (52). První prezervativ vyrobený z latexové gumy byl představen v roce 1861 ve Filadelfii a rozšířil se zejména po druhé světové válce. V současné době se ve světovém měřítku ročně spotřebuje 6 miliard prezervativů a jejich celosvětově největším spotřebitelem je Japonsko. V evropském měřítku se prezervativy nejvíce používají ve Španělsku (36).

1. 3. 3. 2 Současné provedení prezervativu

Dnes se většina prezervativů vyrábí z latexu o síle stěny při napětí asi 0,05 mm. Výroba spočívá v zanořování skleněných forem do roztoku latexu, poté se latex vysuší, opatří práškovým povlakem a zvlhčí silikonovým přípravkem. Dalším krokem výroby je elektronické testování a poté je prezervativ srolován a zabalen.

Tenká stěna prezervativu je náchylná k mechanickému poškození hlavně prostřednictvím ostřejších předmětů. Dalším možným způsobem poškození je chemické narušení stěny zejména různými mastnými přípravky (52).

I v současnosti se pro výrobu prezervativů používají slepá stěva ovcí. Tyto typy jsou určeny například pro alergiky na latex. Alergie na latex je ale velmi vzácná a častěji se vyskytuje alergie na jiné obsažené chemické látky - silikonový olej, gelová zvlhčovač nebo aromatické přísady (52).

1. 3. 3. 3 Pozitiva a negativa prezervativu

Odpůrci prezervativů argumentují například tím, že jejich použití snižuje prožitek pohlavního styku, je projevem nedůvěry v partnera či náznakem nemoci nebo také tím, že nákup kondomů je nepříjemný atd. (36). Použití prezervativu by naopak mělo být chápáno jako projev zodpovědnosti a péče o partnera.

Možnost sklouznutí a protržení se často uvádí jako důvod nespolehlivosti prezervativu. Výsledky studií však prokazují, že četnost protržení se pohybuje mezi 1 až 7,3% a ke sklouznutí dochází v 1,6 – 5%. A v případě, že ke sklouznutí nebo protržení dojde, nedochází často k infekci.

Mezi nesporné výhody prezervativu patří již zmiňovaná ochrana před STD včetně HIV/AIDS. Virus HIV je příliš velký na to, aby prošel latexovým prezervativem. Další výhodou je snadná dostupnost, dlouhá trvanlivost a možnost prodloužení pohlavního styku (36).

1. 3. 3. 4 Faktory podmiňující použití prezervativu

Prezervativ poskytuje efektivní ochranu pouze v případě, že je používán správně a důsledně při všech stycích. Při prvním pohlavním styku je důležité, aby použití prezervativu bylo předem plánované a aby partneři měli dostatečné komunikační schopnosti a dovednosti k jeho adekvátnímu použití (36).

Konzistentní používání prezervativu je dle výzkumů u adolescentů podmíněno vlivem postojů, subjektivních a sociálních norem a schopnosti účinně realizovat určité formy chování. „Zkušenost s pohlavním stykem a s použitím kondomu má vliv

na determinanty každého dalšího použití kondomu.“ (Moravcová; Weiss, 2006) Zážitek pohlavního styku má zároveň na postoje a společenské normy, týkající se používání prezervativů, negativní vliv (36). Konzistentní používání je spojeno častěji s krátkodobými vztahy a se vztahy jedinců, jejichž vrstevníci používání prezervativů podporují.

K zajištění použití prezervativu při prvním pohlavním styku uplatňují mladí lidé dvě základní strategie. Jednou z nich je verbální komunikace o použití antikoncepce před pohlavním stykem a druhá je založena na neverbální komunikaci, kdy jeden z partnerů přebírá odpovědnost za použití prezervativu bez předchozí diskuse s partnerem. Strategie verbální komunikace je považována za efektivnější. V rozhodování o použití prezervativu hraje roli i délka vztahu, lidé ho totiž méně často použijí s pravidelným sexuálním partnerem (36).

Dalším aspektem, který má vliv na konzistentní používání prezervativu, je společenská třída a zaměstnání. Z výzkumů vyplývá, že například studenti je používají důsledněji než manuálně pracující a nezaměstnaní (36).

Používání prezervativů se výrazně liší také vzhledem k věku a pohlaví. Ženy častěji než muži uvádějí, že s prezervativy nemají žádné zkušenosti. Mladší lidé používají prezervativy častěji jak při prvním styku, tak i při dalších sexuálních kontaktech. Dále je v souvislosti s užíváním prezervativů patrný pozitivní vliv vzdělání a negativní vliv náboženství (36).

Pro adolescenty je v rozhodování o použití prezervativu zásadní jeho dostupnost. V současné době neexistují žádné důkazy o zvýšení sexuální aktivity nebo promiskuity dospívajících v souvislosti se snazší dostupností prezervativů. V zemích, kde má mládež snadný přístup k antikoncepci (Švédsko, Holandsko, Velká Británie), je úroveň sexuální aktivity podobná jako v zemích, kde tomu tak není (USA), počet těhotenství nezletilých je však podstatně nižší (36).

2. Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Cílem této práce je zhodnocení využívání antikoncepce jako prevence sexuálně přenosných onemocnění u adolescentů ve věku od 15 do 18 let v Č. Budějovicích.

Práce mapuje postoje adolescentů k sexuálně přenosným onemocněním a antikoncepci.

2.2 Předpokládané hypotézy

Hypotéza 1

Adolescenti ve věku 15 až 18 let znají metody antikoncepce, které brání přenosu pohlavně přenosných chorob.

Hypotéza 2

Dívky ve věku 15 až 18 let využívají hormonální antikoncepci častěji než bariérové metody antikoncepce.

Hypotéza 3

Adolescenti ve věku 15 až 18 let si neuvědomují riziko nákazy sexuálně přenosnými chorobami.

Hypotéza 4

Adolescenti, kteří absolvovali sexuální výchovu na ZŠ, začínají sexuálně žít později, než ti, kteří sexuální výchovu neabsolvovali.

3. Metodika

3.1 Kvantitativní výzkum

Práce byla realizována prostřednictvím kvantitativního výzkumu a sběr dat proběhl formou anonymního dotazníku. Jako dílčí metoda byla použita sekundární analýza statistických údajů o výskytu pohlavně přenosných chorob u dospívajících ve věku 15-18 let v Českých Budějovicích.

Dotazník obsahoval 32 otázek, z toho 4 otevřené a 1 polootevřenou. První tři otázky byly identifikační a otázky číslo 4 a 5 se týkaly sexuální výchovy a účasti respondentů na preventivním programu zaměřeném na problematiku sexuálně přenosných onemocnění. Otázky číslo 6 – 9 zjišťovaly názory respondentů na zahájení pohlavního života a otázky číslo 10 – 12 byly zaměřeny na informovanost o antikoncepci a na její používání respondenty. V otázkách číslo 13 – 30 jsem zjišťovala znalosti dotazovaných v oblasti jednotlivých sexuálně přenosných chorob a otázky číslo 31 a 32 byly určeny pouze pro dívky a sledovaly jejich postoje k preventivním gynekologickým prohlídkám.

Pro realizaci výzkumu bylo osloveno 8 středních škol v Českých Budějovicích, 5 z nich souhlasilo se spoluprací. Jednalo se o Obchodní akademii, Husova 1, České Budějovice, Integrovanou střední školu stavební, Nerudova 59, České Budějovice, Gymnázium Česká 64, České Budějovice, Vyšší odbornou škol a Střední školu, s. r. o., Pražská tř. 1813/3, České Budějovice a Vyšší odbornou školu, Střední průmyslovou školu automobilní a technickou, Skuherského 1274/3, České Budějovice.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

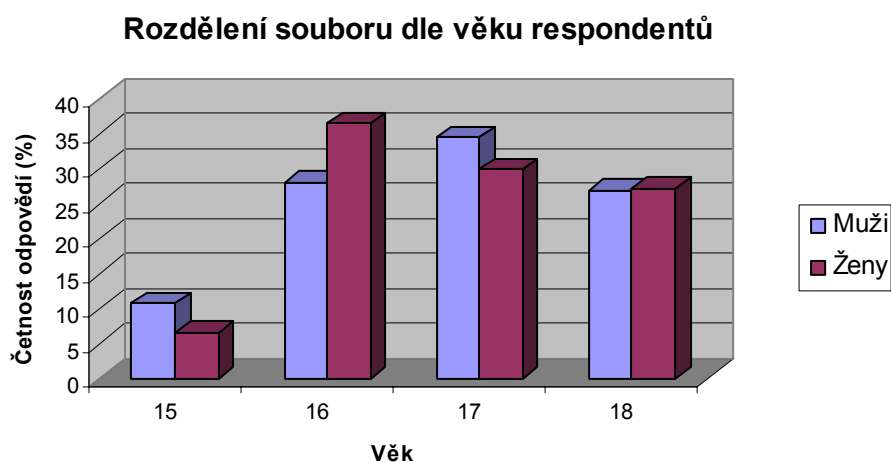
Zkoumaný soubor tvořili studenti středních škol ve věku 15 – 18 let. V rámci studie bylo rozdáno 250 dotazníků, z nichž 50 bylo vyřazeno na základě neúplného vyplnění nebo překročení věkové hranice pro zařazení do studie. Návratnost dotazníků byla 80%.

4. Výsledky

V této části práce jsou uvedeny výsledky hodnocení údajů získaných z dotazníků.

Graf 1: Rozdělení souboru dle věku respondentů

Otázka: Věk



Tabulka 1: Rozdělení souboru dle věku respondentů

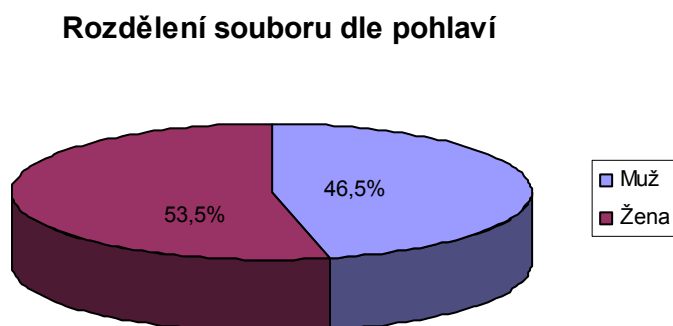
Rozdělení souboru dle věku respondentů						
Věk	Muži		Ženy		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
15	10	10,75	7	6,54	17	8,5
16	26	27,96	39	36,45	65	32,5
17	32	34,41	32	29,91	64	32
18	25	26,88	29	27,1	54	27
Celkem	93	100	107	100	200	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Co se týče věkového rozložení souboru, největší zastoupení měla u mužů kategorie 17tiletých. V této věkové skupině se nacházelo 34,4% z celkového počtu 93 zúčastněných mužů. Mezi ženami bylo nejvíce 16tiletých, celkem 36,5%. Nejmenší zastoupení měla u obou pohlaví kategorie 15tiletých, u mužů zaujímala 10,8% a u žen 6,5%.

Graf 2: Rozdělení souboru dle pohlaví

Otázka: Pohlaví



Tabulka 2: Rozdělení souboru dle pohlaví

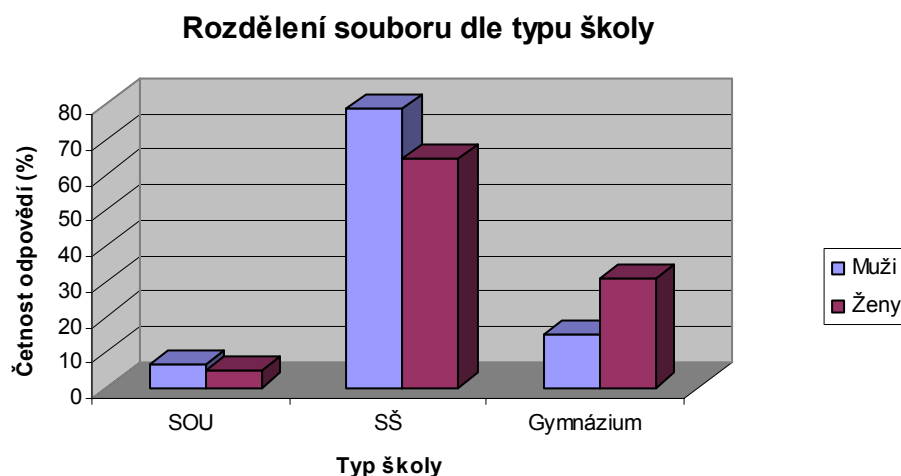
Rozdělení souboru dle pohlaví		
Pohlaví	Počet	%
Muž	93	46,5
Žena	107	53,5
Celkem	200	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Ve zkoumaném souboru byli muži zastoupeni 46,5% a ženy 53,5%.

Graf 3: Rozdělení souboru dle typu školy, kterou respondenti navštěvují

Otázka: Studuji



Tabulka 3: Rozdělení souboru dle typu školy, kterou respondenti navštěvují

Rozdělení dle typu školy						
Škola	Muži		Ženy		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
SOU	6	6,45	5	4,67	11	5,5
SŠ	73	78,49	69	64,49	142	71
Gymnázium	14	15,05	33	30,84	47	23,5
Celkem	93	100	107	100	200	100

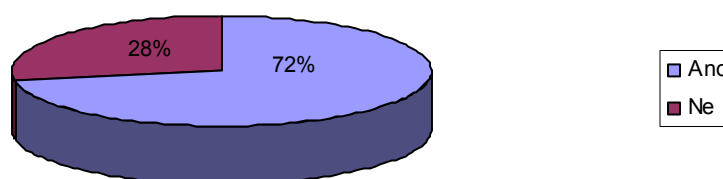
Zdroj: Vlastní výzkum

Celkově nejvíce dotazovaných (71%) navštěvuje střední odbornou školu a nejvíce středoškoláků je zároveň jak v kategorii mužů (78,5%), tak i žen (64,5%). Gymnázium studuje celkem 23,5% respondentů, z toho 15,1% mužů a 30,8% žen. Nejmenší zastoupení pak má střední odborné učiliště, jež studuje pouze 6,5% mužů a 4,7% žen.

Graf 4: Zařazení sexuální výchovy do výuky na absolvované základní škole

Otázka: Proběhla na tvé ZŠ sexuální výchova jako součást výuky?

Sexuální výchova ve výuce na ZŠ



Tabulka 4: Zařazení sexuální výchovy do výuky na absolvované základní škole

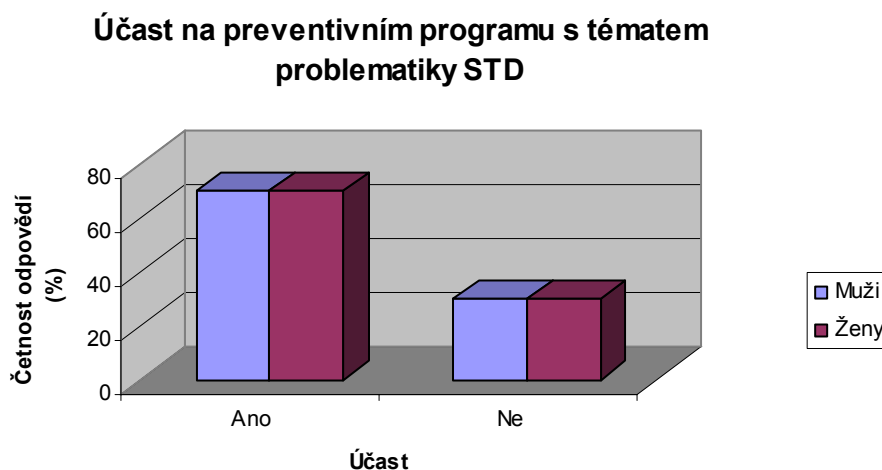
Sexuální výchova ve výuce na ZŠ		
Sex. Výchova na ZŠ	Počet	%
Ano	144	72
Ne	56	28
Celkem	200	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Většina respondentů (72%) uvedla, že na jejich základní škole proběhla sexuální výchova jako součást výuky. Absenci sexuální výchovy na ZŠ uvedlo 28% dotazovaných.

Graf 5: Účast na preventivním programu s tématem problematiky STD

Otázka: Zúčastnil/a ses nějakého preventivního programu (např. na základní škole), jejímž tématem byla problematika sexuálně přenosných onemocnění?



Tabulka 5: Účast na preventivním programu s tématem problematiky STD

Účast na preventivním programu s tématem problematiky STD						
Preventivní program	Muži		Ženy		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ano	65	69,89	75	70,09	140	70
Ne	28	30,11	32	29,91	60	30
Celkem	93	100	107	100	200	100

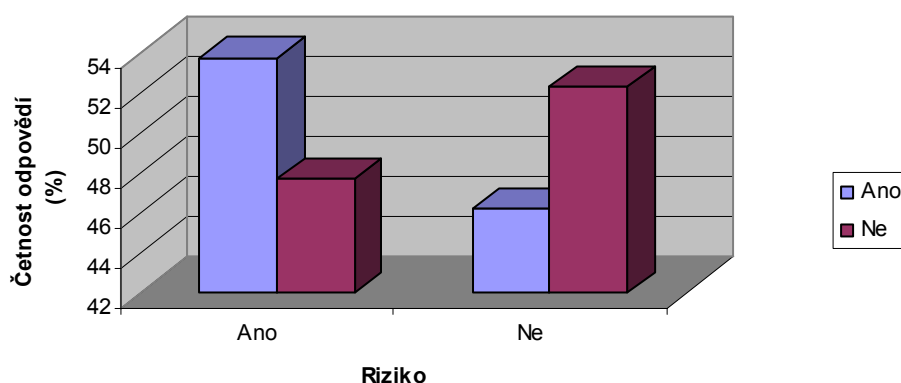
Zdroj: Vlastní výzkum

Preventivního programu zaměřeného na problematiku STD se celkem zúčastnilo 70% dotazovaných. Zastoupení účastníků preventivních programů je u mužů i žen téměř shodné, u mužů činí 69,9% a u žen 70,1%. 30,1% mužů a 29,9% žen uvedlo, že se žádného preventivního programu nezúčastnilo.

Graf 6: Názor na možnost rizika nákazy sexuálně přenosným onemocněním pro respondenty

Otázka: Myslí si, že se Tě týká riziko nákazy sexuálně přenosným onemocněním?

Názor na možnost rizika nákazy sexuálně přenosným onemocněním pro respondenty



Tabulka 6: Názor na možnost rizika nákazy sexuálně přenosným onemocněním pro respondenty

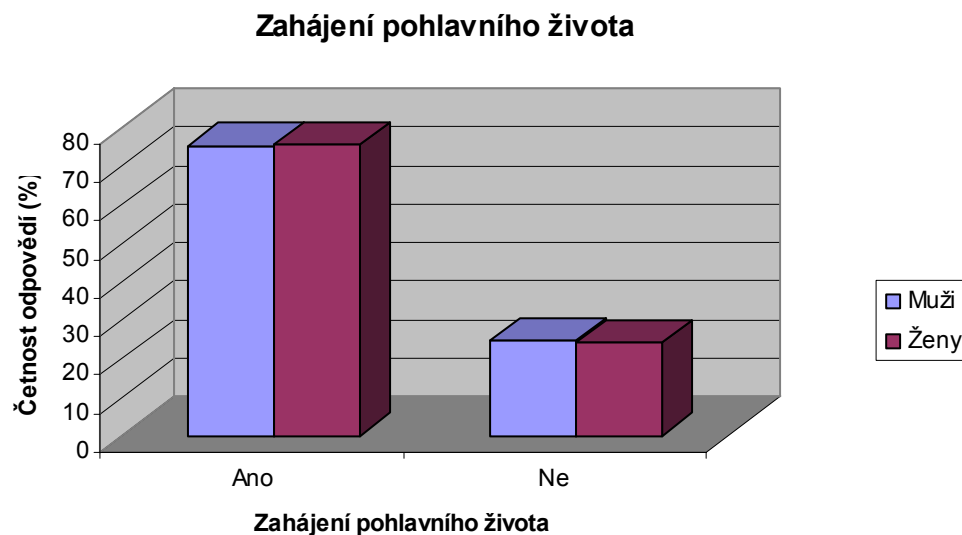
Názor na možnost rizika nákazy sexuálně přenosným onemocněním pro respondenty						
Riziko	Muži		Ženy		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ano	50	53,76	51	47,66	101	50,5
Ne	43	46,24	56	52,34	99	49,5
Celkem	93	100	107	100	200	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Polovina účastníků studie (50,5%) si myslí, že se jich riziko nákazy STD týká. Mezi muži a ženami nejsou v tomto ohledu výrazné rozdíly, riziko nákazy si uvědomuje 53,8% mužů a 47,7% žen. 46,3% mužů a 52,3% žen si naopak myslí, že se jich riziko nákazy sexuálně přenosnou chorobou netýká.

Graf 7: Zahájení pohlavního života

Otázka: Zahájil/a už jsi pohlavní život?



Tabulka 7: Zahájení pohlavního života

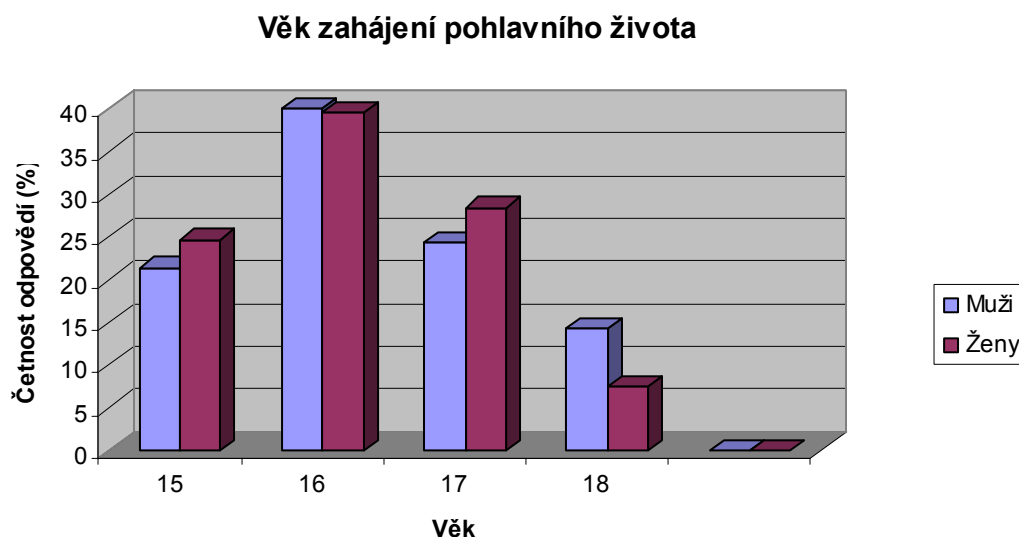
Zahájení pohlavního života						
Zahájení pohl. života	Muži		Ženy		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ano	70	75,27	81	75,7	151	75,5
Ne	23	24,73	26	24,3	49	24,5
Celkem	93	100	107	100	200	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Celkem 75,5% respondentů už zahájilo pohlavní život, jedná se o 75,3% mužů a 75,7% žen. 24,5% účastníků studie ještě sexuální styk nemělo, mezi muži zaujímali tito respondenti 24,7% a mezi ženami 24,3%.

Graf 8: Věk zahájení pohlavního života

Otázka: Pokud jsi na otázku č. 7 odpověděl/a ano, v kolika letech?



Tabulka 8: Věk zahájení pohlavního života

Věk zahájení pohlavního života						
Věk	Muži		Ženy		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
před 15	15	21,43	20	24,69	35	23,18
15	28	40	32	39,51	60	39,74
16	17	24,29	23	28,4	40	26,49
17	10	14,29	6	7,41	16	10,6
18	0	0	0	0	0	0
Celkem	70	100	81	100	151	100

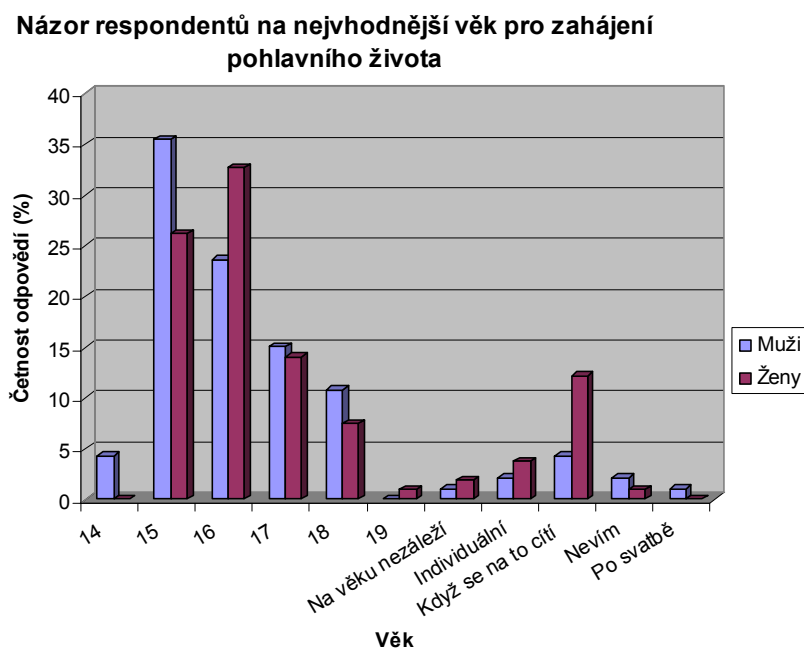
Zdroj: Vlastní výzkum

Všichni respondenti, kteří již začali pohlavně žít, zahájili sexuální život před 18tým rokem. Většina z dotazovaných (39,7%) zahájila pohlavní život v 15 letech. U 15letých mužů se jednalo o 40% a u žen o 39,5%. Před 15tým rokem začalo pohlavně žít 23,2% účastníků studie, a to 21,4% mužů a 24,7% žen. 24,3% mužů

a 28,4% žen uvedlo, že začali pohlavně žít v 16ti letech, celkem tedy 26,5% dotazovaných. Ve věku 17 let začalo sexuálně žít 14,3% mužů a 7,41 žen, celkem se v této věkové kategorii jednalo o 10,6%. 18 let jako věk zahájení pohlavního života neuvedl žádný z dotazovaných.

Graf 9: Názor respondentů na nejvhodnější věk pro zahájení pohlavního života

Otázka: V jakém věku si myslíš, že je nejvhodnější začít se sexuálním životem?



Tabulka 9: Názor respondentů na nejvhodnější věk pro zahájení pohlavního života

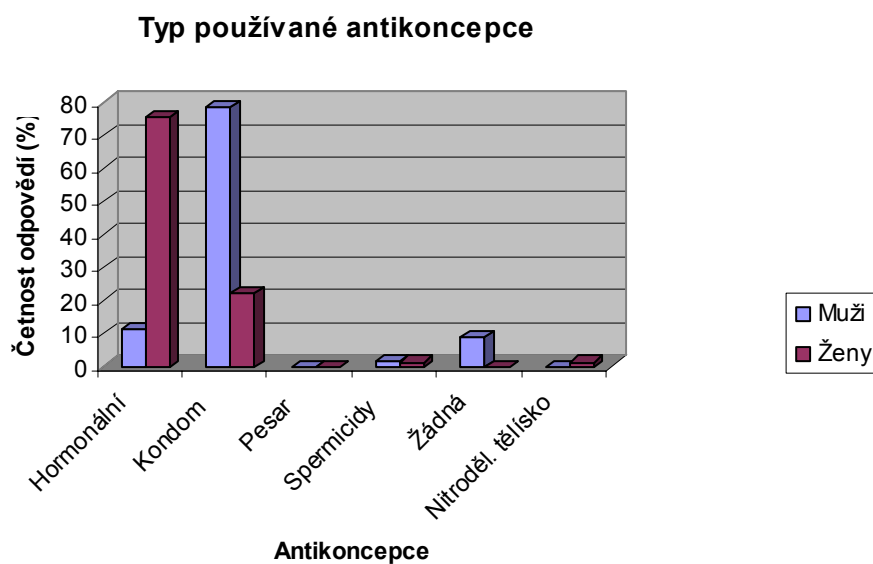
Názor respondentů na nejvhodnější věk pro zahájení pohlavního života						
Věk	Muži		Ženy		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
14	4	4,3	0	0	4	2
15	33	35,48	28	26,17	61	30,5
16	22	23,66	35	32,71	57	28,5
17	14	15,05	15	14,02	29	14,5
18	10	10,75	8	7,48	18	9
19	0	0	1	0,93	1	0,5
Na věku nezáleží	1	1,08	2	1,87	3	1,5
Individuální	2	2,15	4	3,74	6	3
Když se na to cítí	4	4,3	13	12,15	17	8,5
Nevím	2	2,15	1	0,93	3	1,5
Po svatbě	1	1,08	0	0	1	0,5
Celkem	93	100	107	100	200	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Většina účastníků (30,5%) si myslí, že nejvhodnější je začít se sexuálním životem v 15ti letech. 15 let uvádělo 35,5% mužů a 26,2% žen. Věk 14 let uvedlo 4,3% mužů, 0% žen a v celkovém součtu zaujímala tato kategorie 2% všech dotazovaných. 23,7% respondentů uvedlo jako nejvhodnější věk pro zahájení pohlavního života 16 let. Tento věk v dotazníku vybralo 23,7% mužů a 32,7% žen. 17 let uvedlo 15,1% mužů a 14% žen, celkově označilo 17 let 14,5%. Věk 18 let považuje za nejvhodnější 10,8% mužů a 7,5% žen, celkem 9% ze souboru. Variantu 19 let uvedlo 0,9% žen a žádný muž, z celého souboru zaujímá tato věková kategorie 0,5%. Dle názoru 1,5% dotazovaných na věku nezáleží (1,1% mužů; 1,9%žen). Za individuální označila věk zahájení pohlavního života 3% respondentů (2,15% mužů; 3,74% žen). 8,5% adolescentů si myslí, že s pohlavním životem by měl člověk začít, když se na to cítí být připraven (4,3% mužů; 12,2% žen) a 1,5% odpovědělo, že neví, jaký věk je pro začátek pohlavního života nejvhodnější (2,15% mužů; 0,93% žen). 0,5% účastníků studie si myslí, že nejvhodnější je začít pohlavně žít po svatbě (1,1% mužů; 0%žen).

Graf 10: Typ používané antikoncepce

Otázka: Jaký typ antikoncepce používáš?



Tabulka 10: Typ používané antikoncepce

Typ používané antikoncepce						
Typ antikoncepce	Muži		Ženy		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Hormonální	8	11,43	61	75,31	69	45,7
Kondom	55	78,57	18	22,22	73	48,34
Pesar	0	0	0	0	0	0
Spermicidy	1	1,43	1	1,23	2	1,32
Žádná	6	8,57	0	0	6	3,97
Nitroděložní tělísko	0	0	1	1,23	1	0,66
Celkem	70	100	81	100	151	100

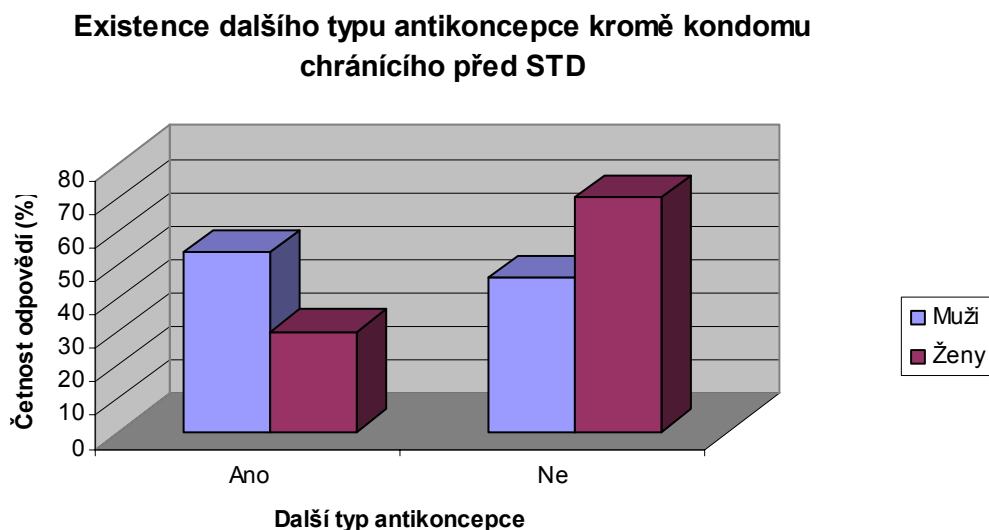
Zdroj: Vlastní výzkum

Pozn.: Muži uvedli užívání hormonální antikoncepce a zároveň kondomu ve 3 případech. Ženy uvedly v 7 případech užívání hormonální antikoncepce a kondomu a ve 3 případech užívání hormonální antikoncepce a občas i kondomu.

Nejvíce respondentů (48,3%) používá kondom. Muži jej používají výrazně častěji (78,6%) než ženy (22,2%). Hormonální antikoncepci používá 75,3% žen a 11,4% mužů uvedlo, že hormonální antikoncepci užívá jejich partnerka. Celkem tedy hormonální antikoncepci využívá 45,7% dotazovaných. Pesar nepoužívá žádná z respondentek a spermicidy uvedlo celkem 1,3% účastníků studie (1,56% mužů; 1,15% žen). 3,97% všech dotazovaných nepoužívá žádnou antikoncepci (8,6% mužů; 0% žen) a nitroděložní tělísko používá 1,15% respondentek, celkem 0,66% souboru.

Graf 11: Názor respondentů na existenci dalšího typu antikoncepce chránícího před STD než kondomu

Otázka: Myslí si, že existuje ještě nějaký další typ antikoncepce, kromě kondomu, který chrání před pohlavně přenosnými chorobami?



Tabulka 11: Názor respondentů na existenci dalšího typu antikoncepce chránícího před STD než kondomu

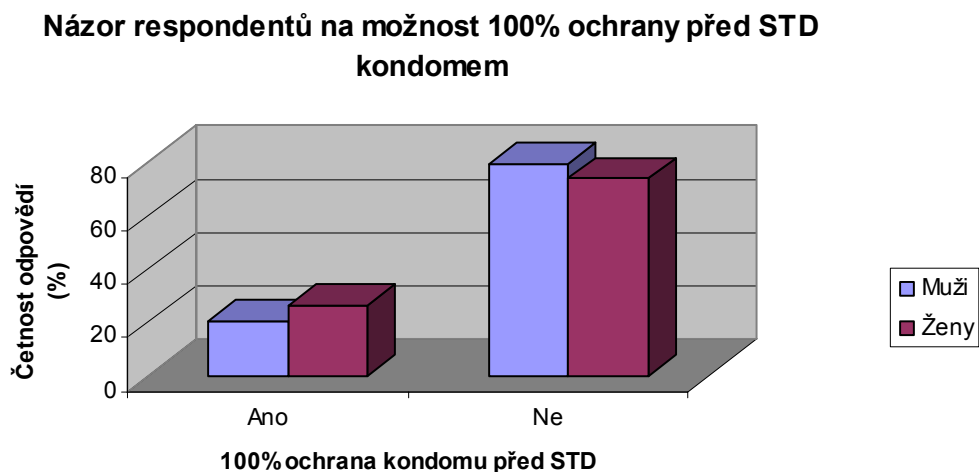
Existence dalšího typu antikoncepce kromě kondomu chránícího před STD						
Typ antikoncepce	Muži		Ženy		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ano	50	53,76	32	29,91	82	41
Ne	43	46,24	75	70,09	118	59
Celkem	93	100	107	100	200	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Celkem 59% respondentů si myslí, že neexistuje jiná možnost antikoncepce, která by poskytovala ochranu před STD, než kondom. Tuto variantu v dotazníku označilo 70,1% žen a 46,2% mužů. 41% dotázaných si myslí, že existuje další metoda antikoncepce chránící před STD (53,8% mužů; 29,9% žen).

Graf 12: Názor respondentů na možnost 100% ochrany před STD kondomem

Otázka: Domníváš se, že kondom poskytuje 100% ochranu před pohlavně přenosnými chorobami?



Tabulka 12:

Názor respondentů na možnost 100% ochrany před STD kondomem						
100% ochrana před STD	Muži		Ženy		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ano	19	20,43	28	26,17	47	23,5
Ne	74	79,57	79	73,83	153	76,5
Celkem	93	100	107	100	200	100

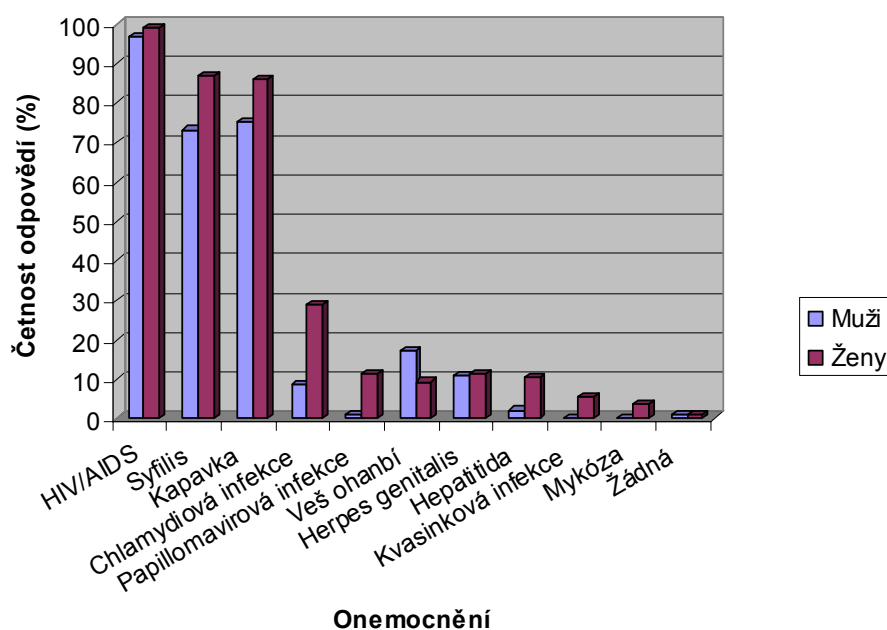
Zdroj: Vlastní výzkum

Většina dotazovaných (76,5%) správně uvedla, že kondom neposkytuje 100% ochranu před STD. Takto odpovědělo 79,6% mužů a 73,8% žen. 23,5% účastníků studie si myslí, že kondom poskytuje 100% ochranu před STD (20,4% mužů; 26,2% žen).

Graf 13: Povědomí dotazovaných o pohlavně přenosných chorobách

Otázka: Jaká sexuálně přenosná onemocnění znáš?

Povědomí dotazovaných o pohlavně přenosných chorobách



Tabulka 13: Povědomí dotazovaných o pohlavně přenosných chorobách

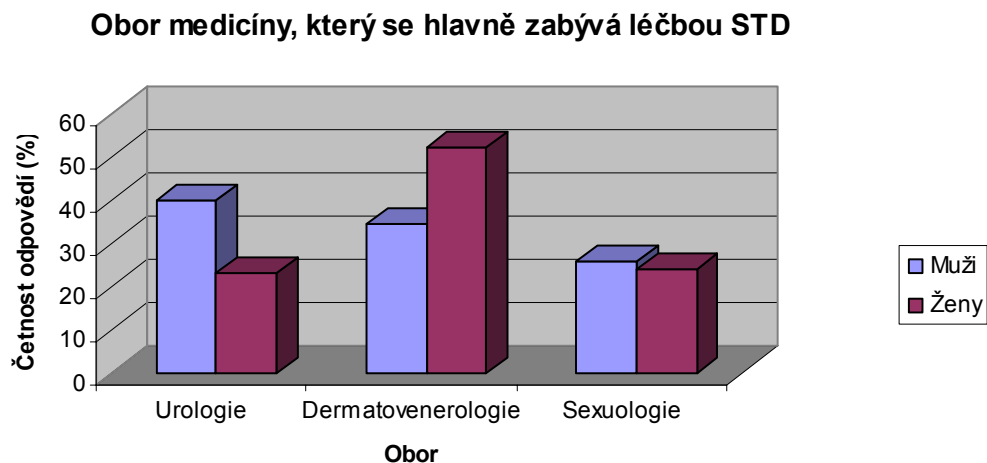
Povědomí dotazovaných o pohlavně přenosných chorobách						
Onemocnění	Muži		Ženy		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
HIV/AIDS	90	96,77	106	99,07	196	98
Syfilis	68	73,12	93	86,92	161	80,5
Kapavka	70	75,27	92	85,98	162	81
Chlamydiová infekce	8	8,6	31	28,97	39	19,5
Papillomavirová infekce	1	1,08	12	11,21	13	6,5
Veš ohanbí	16	17,2	10	9,35	26	13
Herpes genitalis	10	10,75	12	11,21	22	11
Hepatitida	2	2,15	11	10,28	13	6,5
Kvasinková infekce	0	0	6	5,61	6	3
Mykóza	0	0	4	3,74	4	2
Žádné	1	1,08	1	0,93	2	1

Zdroj: Vlastní výzkum

Onemocnění HIV/AIDS zná celkem 98% dotazovaných. Toto onemocnění uvedlo 96,8% mužů a 99,1% žen. O existenci onemocnění syfilis ví celkem 80,5% respondentů (73,1% žen; 86,9% mužů). Kapavku zná 81% dotázaných, uvedlo ji 75,3% mužů a 86,9% žen. Chlamydiovou nákazu uvedlo v dotazníku 8,6% mužů a 29% žen, v celkovém součtu ji uvedlo 19,5% respondentů. O papillomavirových infekcích má povědomí celkem 6,5% (1,08% mužů; 11,2% žen). Parazitární infekci vši ohanbí zná celkem 13% zúčastněných adolescentů, tuto nákazu zná 17,2% mužů a 9,4% žen. Herpetické onemocnění uvedlo 11% respondentů (10,8% mužů; 11,2% žen). Hepatitidu jako sexuálně přenosné onemocnění zná 6,5% (2,2% mužů; 10,3% žen). 1% dotazovaných uvedlo, že nezná žádné sexuálně přenosné onemocnění (1,1% mužů; 0,9% žen). Mykotická pohlavně přenosná onemocnění zná 2% dotázaných (0% mužů; 3,7% žen) a o kvasinkových onemocněních ví 3% dotázaných (0% mužů; 5,6% žen).

Graf 14: Obor medicíny, který se hlavně zabývá léčbou STD

Otázka: Jaký obor medicíny se zabývá hlavně léčbou pohlavně přenosných onemocnění?



Tabulka 14: Obor medicíny, který se hlavně zabývá léčbou STD

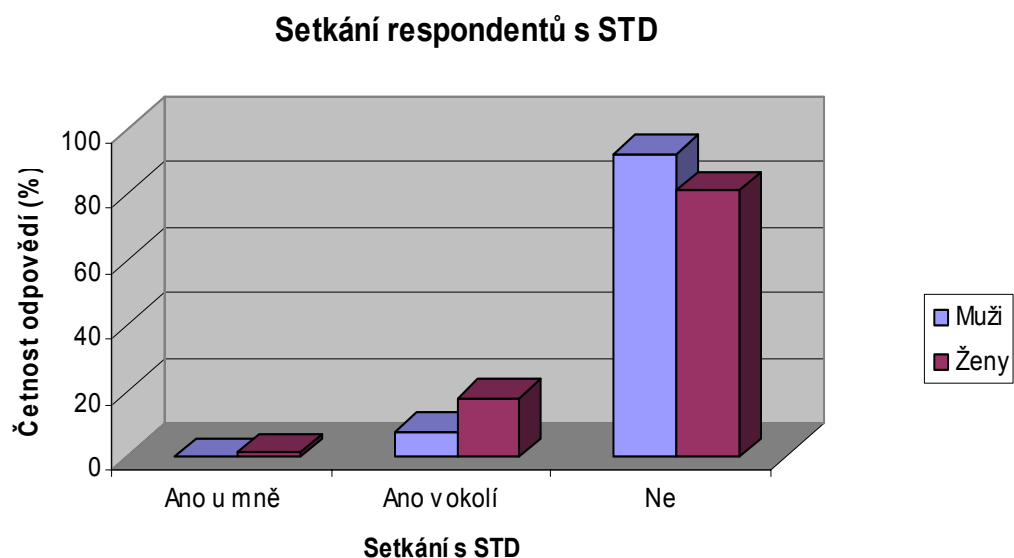
Obor medicíny, který se hlavně zabývá léčbou STD						
Obor	Muži		Ženy		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Urologie	37	39,78	25	23,36	62	31
Dermatovenerologie	32	34,41	56	52,34	88	44
Sexuologie	24	25,81	26	24,3	50	25
Celkem	93	100	107	100	200	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Nejvíce respondentů (44%) správně uvedlo, že hlavním oborem, zabývajícím se sexuálně přenosnými onemocněními, je dermatovenerologie (34,4% mužů; 52,3% žen). 31% dotázaných si myslí, že oborem, zabývajícím se STD, je urologie, a to 39,8% mužů a 23,4% žen. Sexuologii jako obor, zabývajícím se STD, uvedlo 25% (25,8% mužů; 24,3% žen).

Graf 15: Setkání respondentů s STD

Otázka: Setkal/a ses někdy ve svém okolí s pohlavně přenosným onemocněním?



Tabulka 15: Setkání respondentů s STD

Setkání respondentů s STD						
Diagnostikováno STD	Muži		Ženy		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ano u mně	0	0	1	0,93	1	0,5
Ano v okolí	7	7,53	19	17,76	26	13
Ne	86	92,47	87	81,31	173	86,5
Celkem	93	100	107	100	200	100

Zdroj: Vlastní výzkum

S pohlavně přenosným onemocněním se nikdy nesetkalo 86,5 % respondentů, což znamená 92,5% mužů a 81,3% žen. Ve svém okolí zaznamenalo výskyt STD 13% všech dotázaných adolescentů (7,5% mužů; 17,8% žen). 0,5% respondentů uvedlo, že STD bylo diagnostikováno přímo jim, jednalo se o 1 ženu (0,9%) a žádného muže.

Graf 16: Chování respondentů při zjištění příznaků STD

Otázka: Jak by ses zachoval/a, kdybys na sobě pozoroval/a příznaky pohlavně přenosného onemocnění?



Tabulka 16: Chování respondentů při zjištění příznaků STD

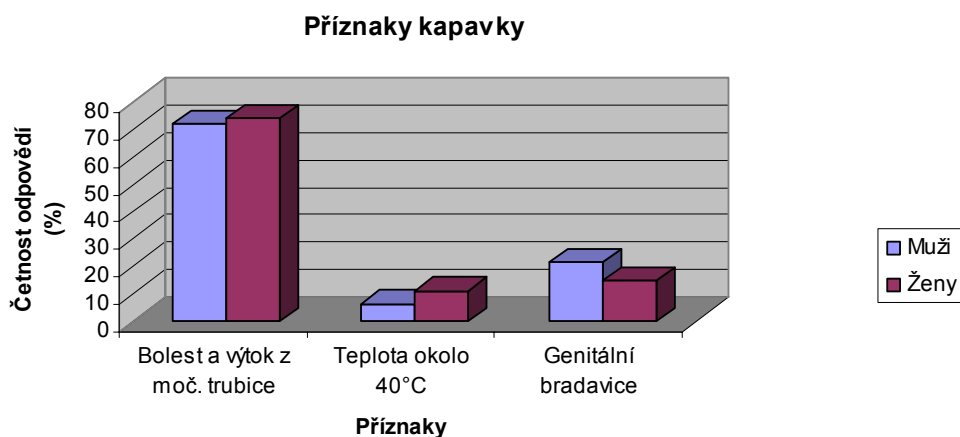
Chování respondentů při zjištění příznaků STD						
Postup	Muži		Ženy		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Počkat	1	1,08	2	1,87	3	1,5
Lékárna	1	1,08	1	0,93	2	1
Lékař	91	97,85	104	97,2	195	97,5
Celkem	93	100	107	100	200	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Většina respondentů (97,5%) by v případě, že by na sobě pozorovali příznaky pohlavně přenosného onemocnění, co nejrychleji vyhledala lékaře (97,9% mužů; 97,2% žen). 1% účastníků studie by se léčilo přípravky z lékárny, jedná se o 1,08% mužů a 0,9% žen. Celkem 1,5% respondentů v dotazníku uvedlo, že by počkali, až příznaky samy vymizí.

Graf 17: Příznaky kapavky

Otázka: Jaké z těchto příznaků podle tebe patří mezi příznaky kapavky?



Tabulka 17: Příznaky kapavky

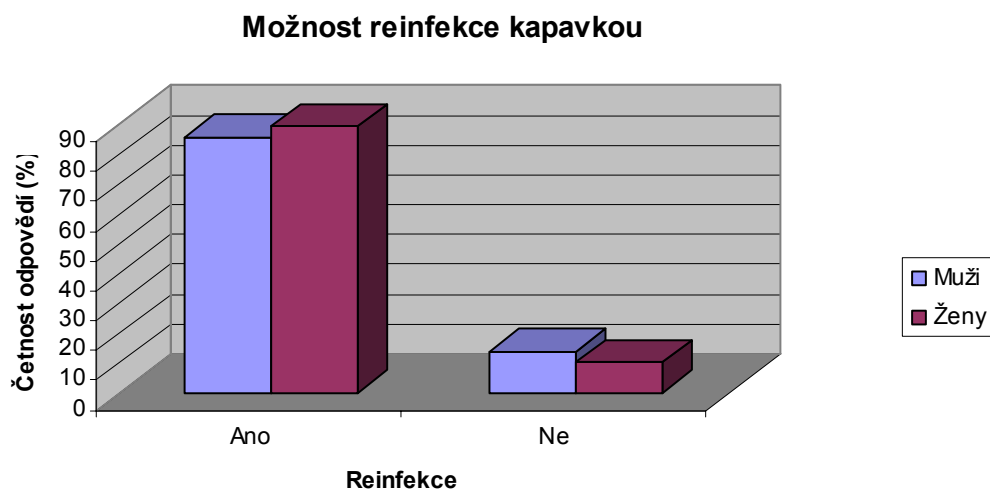
Příznaky kapavky						
Příznak	Muži		Ženy		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Bolest a výtok z moč. trubice	67	72,04	79	73,83	146	73
Teplota okolo 40° Celsia	6	6,45	12	11,21	18	9
Genitální bradavice	20	21,51	16	14,95	36	18
Celkem	93	100	107	100	200	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Celkem 73% respondentů označilo jako příznak kapavky ostrou pálivou bolest a výtok z močové trubice, četnost této odpovědi mezi muži a ženami se příliš neliší, u mužů je to 72% a u žen 73,9%. Teplotu okolo 40 st. Celsia uvedlo 9% dotázaných (6,5% mužů; 11,2% žen) a 18% dotázaných si myslí, že příznakem kapavky jsou genitální bradavice (21,5% mužů; 15% žen).

Graf 18: Možnost reinfekce kapavkou

Otázka: Pokud někdo prodělá kapavku a je vyléčen, může se znovu nakazit?



Tabulka 18: Možnost reinfekce kapavkou

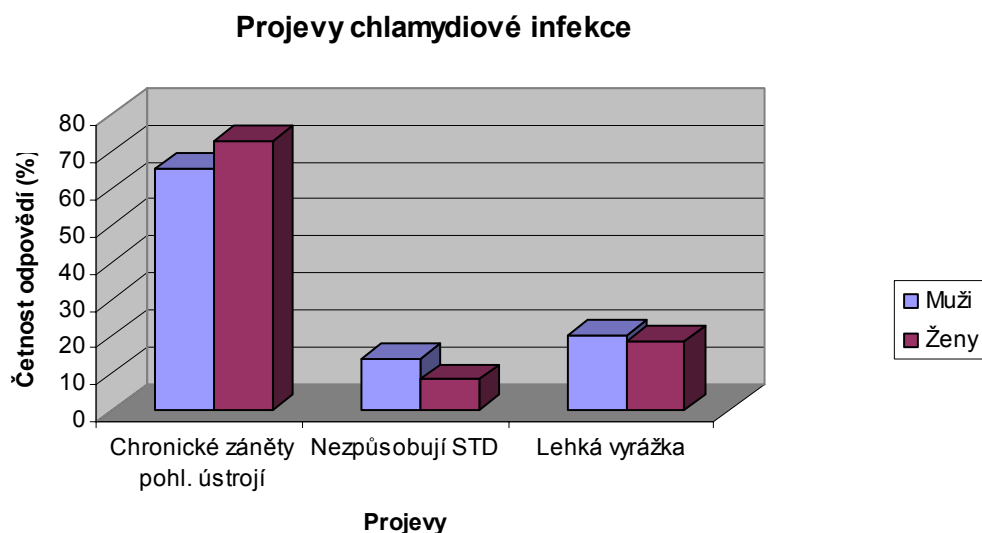
Možnost reinfekce kapavkou						
Reinfekce	Muži		Ženy		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ano	80	86,02	96	89,72	176	88
Ne	13	13,98	11	10,28	24	12
Celkem	93	100	107	100	200	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Většina respondentů (88%) si myslí, že je možné se nakazit kapavkou opakovaně (86% mužů; 89,7%). 12% si naopak myslí, že opětovné nakažení kapavkou není možné (14%; 10,3%).

Graf 19: Projevy chlamydiové infekce

Otázka: Chlamydiové infekce způsobují



Tabulka 19: Projevy chlamydiové infekce

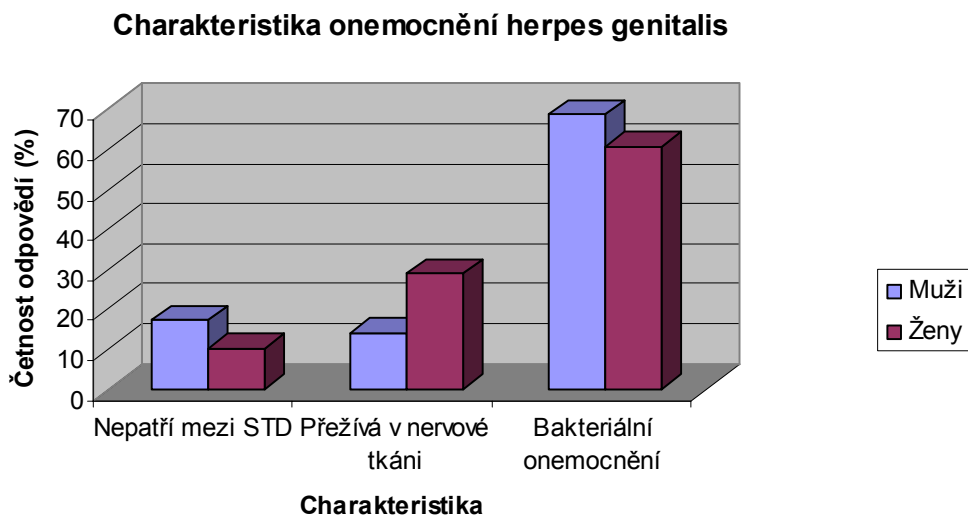
Projevy chlamydiové infekce						
Projevy	Muži		Ženy		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Chronické záněty pohl. ústrojí	61	65,59	78	72,9	139	69,5
Nezpůsobují STD	13	13,98	9	8,41	22	11
Lehká vyrážka	19	20,43	20	18,69	39	19,5
Celkem	93	100	107	100	200	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Chronický zánět pohlavního ústrojí jako projev chlamydiové infekce uvedlo celkem 69,5% dotázaných adolescentů (65,6% mužů; 72,9% žen). 11% dotázaných si myslí, že chlamydie nezpůsobují STD (14% mužů; 8,4% žen) a 19,5% respondentů se domnívá, že se chlamydiová infekce projevuje lehkou vyrážkou (20,4% mužů; 18,7% žen).

Graf 20: Charakteristika onemocnění herpes genitalis

Otázka: Herpes genitalis (genitální opar)



Tabulka 20: Charakteristika onemocnění herpes genitalis

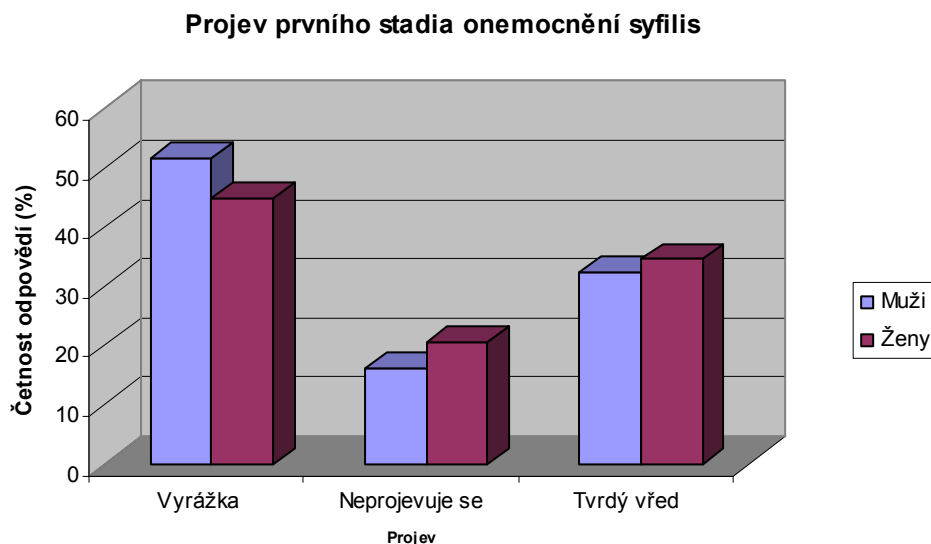
Charakteristika onemocnění herpes genitalis						
Charakteristika	Muži		Ženy		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Nepatří mezi STD	16	17,2	11	10,28	27	13,5
Přežívá v nervové tkáni	13	13,98	31	28,97	44	22
Bakteriální onemocnění	64	68,82	65	60,75	129	64,5
Celkem	93	100	107	100	200	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Celkem 64,5% dotázaných si myslí, že herpes genitalis je onemocnění bakteriální (68,8% mužů; 60,8%). Správnou možnost, že původce onemocnění perzistuje v nervové tkáni a může se kdykoliv opakovat, vybralo v dotazníku 22% respondentů (14% mužů; 29% žen). 13,5% respondentů si myslí, že toto onemocnění nepatří mezi STD (17,2% mužů; 10,3% žen).

Graf 21: Projev prvního stadia onemocnění syfilis

Otázka: Onemocnění syfilis se v prvním stadiu projevuje



Tabulka 21: Projev prvního stadia onemocnění syfilis

Projev prvního stadia onemocnění syfilis						
Projev	Muži		Ženy		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Vyrážka	48	51,61	48	44,86	96	48
Neprojevuje se	15	16,13	22	20,56	37	18,5
Tvrký vřed	30	32,26	37	34,58	67	33,5
Celkem	93	100	107	100	200	100

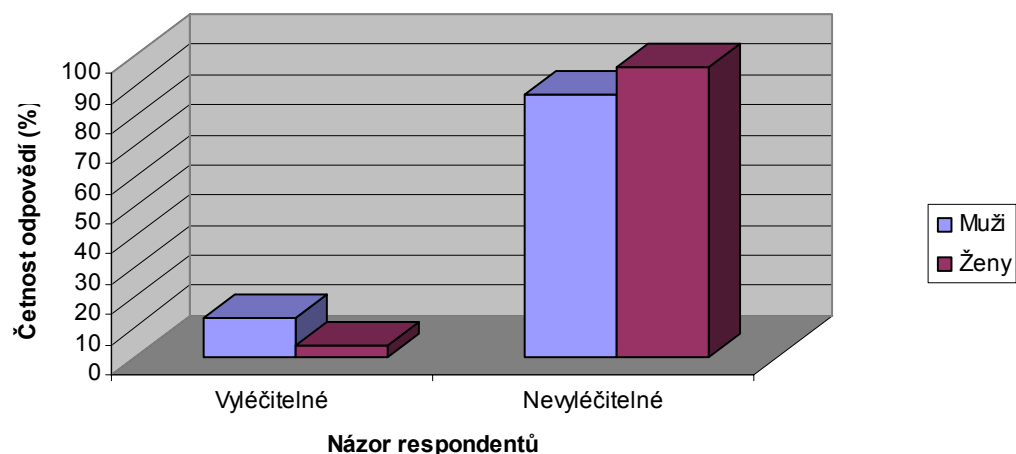
Zdroj: Vlastní výzkum

Většina účastníků studie (48%) se domnívá, že onemocnění syfilis se v prvním stadiu projevuje vyrážkou (51,6% mužů; 44,9% žen). 18,5% členů zkoumaného souboru si myslí, že se toto onemocnění v prvním stadiu vůbec neprojevuje (16,1% mužů; 20,56% žen). Správnou odpověď, tvrdý vřed, uvedlo celkem 33,5% (32,3% mužů; 34,6% žen).

Graf 22: Názor respondentů na možnost vyléčení onemocnění HIV/AIDS

Otázka: Onemocnění HIV/AIDS je

Názor respondentů na možnost vyléčení onemocnění HIV/AIDS



Tabulka 22: Názor respondentů na možnost vyléčení onemocnění HIV/AIDS

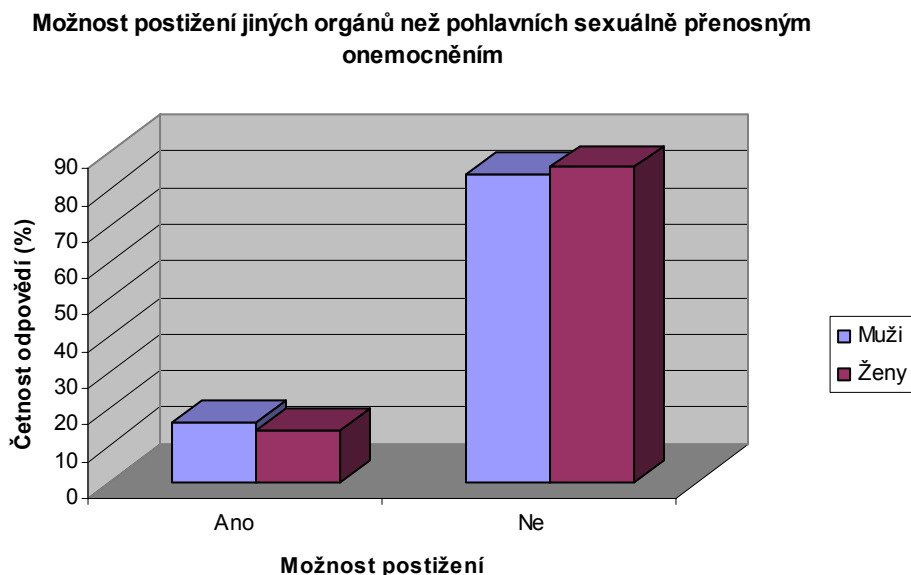
Názor respondentů na možnost vyléčení onemocnění HIV/AIDS						
Názor respondentů	Muži		Ženy		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Vyléčitelné	12	12,9	4	3,74	16	8
Nevyléčitelné	81	87,1	103	96,26	184	92
Celkem	93	100	107	100	200	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Celkem 92% dotazovaných si myslí, že onemocnění HIV/AIDS je nevléčitelné, jedná se o 87,1% mužů a 96,3% žen. Za vyléčitelné považuje toto onemocnění 8% respondentů (12,9% mužů; 3,74% žen).

Graf 23: Názor respondentů na možnost postižení jiných orgánů než pohlavních sexuálně přenosným onemocněním

Otázka: Myslíš si, že pohlavně přenosná onemocnění postihují pouze pohlavní orgány?



Tabulka 23: Názor respondentů na možnost postižení jiných orgánů než pohlavních sexuálně přenosným onemocněním

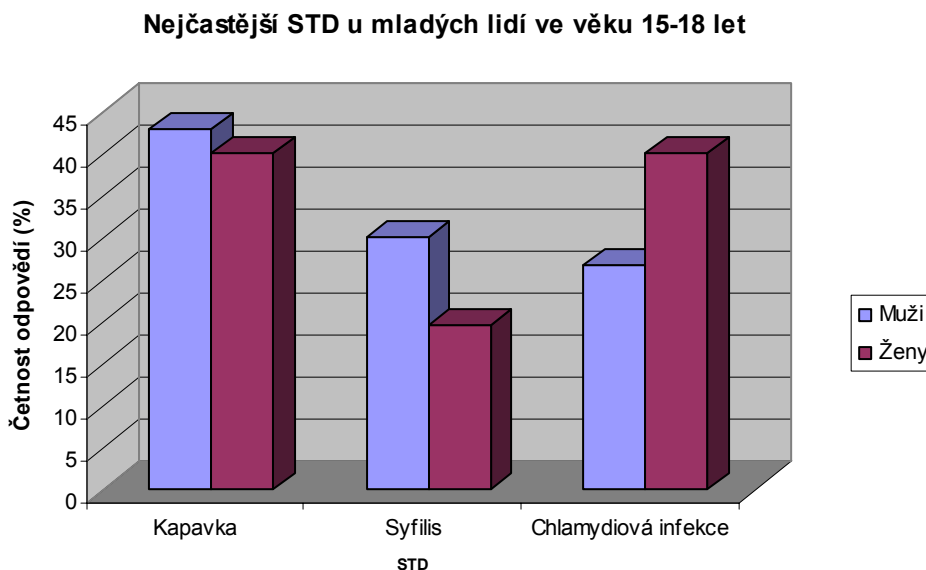
Možnost postižení jiných orgánů než pohlavních sexuálně přenosným onemocněním						
Postižení	Muži		Ženy		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ano	15	16,13	15	14,02	30	15
Ne	78	83,87	92	85,98	170	85
Celkem	93	100	107	100	200	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Celkem 15% respondentů se domnívá, že sexuálně přenosná onemocnění postihují pouze pohlavní orgány, je to 16,1% mužů a 14% žen. Zbýlých 85% dotázaných je toho názoru, že pohlavně přenosná onemocnění mohou postihovat i ostatní orgány a orgánové soustavy (83,9% mužů; 86% žen).

Graf 24: Nejčastější pohlavně přenosné onemocnění u mladých lidí ve věku 15-18 let

Otázka: Jaké z těchto onemocnění je u mladých lidí ve věku 15-18 let nejčastější?



Tabulka 24: Nejčastější pohlavně přenosné onemocnění u mladých lidí ve věku 15-18 let

Nejčastější STD u mladých lidí ve věku 15-18 let						
Onemocnění	Muži		Ženy		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Kapavka	40	43,01	43	40,19	83	41,5
Syfilis	28	30,11	21	19,63	49	24,5
Chlamydiová infekce	25	26,88	43	40,19	68	34
Celkem	93	100	107	100	200	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Nejvíce respondentů (41,5%) si myslí, že nejčastějším pohlavně přenosným onemocněním, postihujícím mladé lidi ve věku 15-18, je kapavka. Tuto variantu vybralo 43% mužů a 40,2% žen. Syfilis považuje v této věkové kategorii za nejčastější 24,5% dotázaných (30,1% mužů; 19,6% žen). Správnou variantu, chlamydiovou infekci, vybralo celkem 34% respondentů (26,9% mužů; 40,2% žen).

Graf 25: Názor respondentů na možnost bezpříznakového průběhu STD

Otázka: Mohou některé pohlavně přenosné nemoci probíhat zcela bez příznaků?



Tabulka 25: Názor respondentů na možnost bezpříznakového průběhu STD

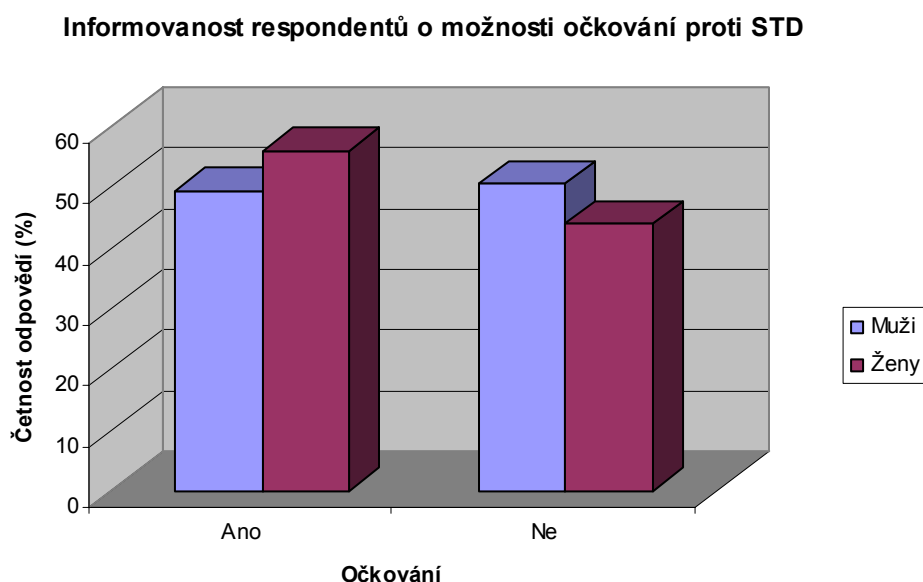
Názor respondentů na možnost bezpříznakového průběhu STD						
Bezpříznakový průběh	Muži		Ženy		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ano	63	67,74	69	64,49	132	66
Ne	30	32,26	38	35,51	68	34
Celkem	93	100	107	100	200	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Celkem 66% dotázaných správně odpovědělo, že sexuálně přenosná onemocnění mohou probíhat bezpříznakově. Tuto odpověď uvedlo 67,7% mužů a 64,5% žen. 34% respondentů si myslí, že sexuálně přenosná onemocnění nemohou probíhat bez příznaků, a to 32,3% mužů a 35,5% žen.

Graf 26: Informovanost respondentů o možnosti očkování proti STD

Otázka: Myslíš si, že proti některým pohlavně přenosným onemocněním existuje očkování?



Tabulka 26: Informovanost respondentů o možnosti očkování proti STD

Informovanost respondentů o možnosti očkování proti STD						
Možnost očkování	Muži		Ženy		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ano	46	49,46	60	56,07	106	53
Ne	47	50,54	47	43,93	94	47
Celkem	93	100	107	100	200	100

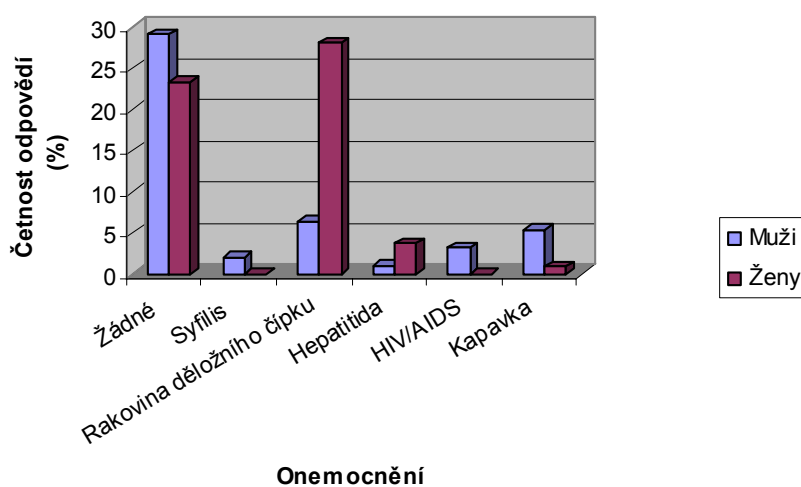
Zdroj: Vlastní výzkum

O možnosti očkování proti některým pohlavně přenosným nemocem ví celkem 53% účastníků studie. V dotazníku tuto variantu uvedlo 49,5% mužů a 56,1 žen. 47% dotázaných se domnívá, že neexistuje očkování proti žádnému sexuálně přenosnému onemocnění (50,5% mužů; 43,9%).

Graf 27: Informovanost respondentů o konkrétních onemocněních, proti kterým lze očkovat

Otázka: Pokud jsi na otázku č. 26 odpověděl/a ano, jaké pohlavně přenosné nemoci, proti kterým lze očkovat, znáš?

Informovanost respondentů o konkrétních onemocněních, proti kterým lze očkovat



Tabulka 27: Informovanost respondentů o konkrétních onemocněních, proti kterým lze očkovat

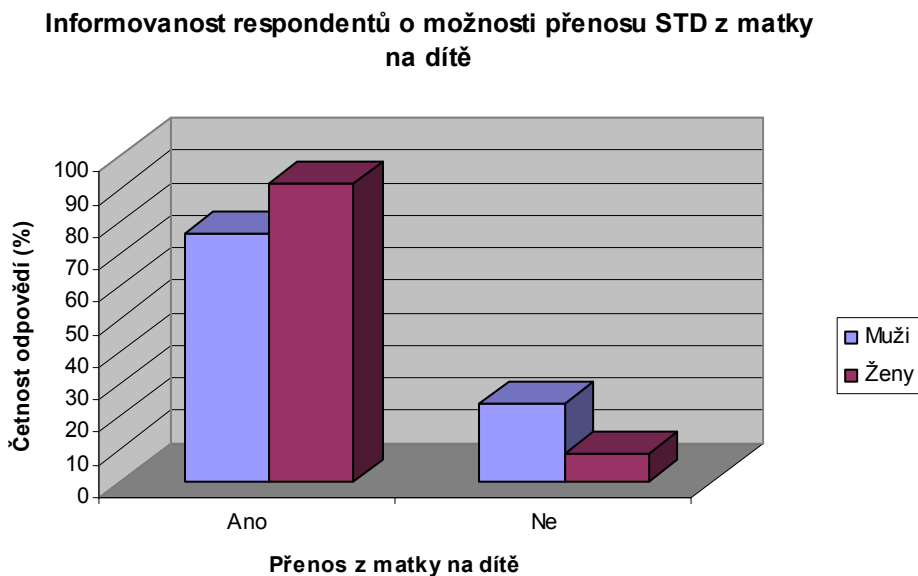
Informovanost respondentů o konkrétních onemocněních, proti kterým lze očkovat						
Onemocnění	Muži		Ženy		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Žádné	27	29,03	25	23,36	52	26
Kapavka	5	5,38	1	0,93	6	3
Syfilis	2	2,15	0	0	2	1
Rakovina děložního čípku	6	6,45	30	28,04	36	18
Hepatitida	1	1,08	4	3,74	5	2,5
HIV/AIDS	3	3,23	0	0	3	1,5

Zdroj: Vlastní výzkum

Na tuto otázku v dotazníku odpovídali pouze respondenti, kteří v předchozí otázce odpověděli, že si myslí, že existuje očkování proti některým STD. 26% z nich neznalo žádné onemocnění, proti kterému by bylo možné očkovat, šlo o 29% mužů a 23,4% žen. Správné varianty, rakovinu děložního čípku, uvedlo celkem 18% dotázaných (6,5% mužů; 28% žen) a virovou hepatitidu uvedlo celkem 2,5% respondentů (1,1% mužů; 3,7% žen). Syfilis uvedlo 1% respondentů (2,2% mužů; 0% žen), kapavku 3% respondentů (5,4% mužů; 0,9% žen) a HIV/AIDS uvedlo 1,5% dotázaných (3,2% mužů; 0% žen).

Graf 28: Informovanost respondentů o možnosti přenosu STD z matky na dítě

Otázka: Mohou se některé sexuálně přenosné choroby přenášet z matky na dítě (tzn. mohou být vrozené)?



Tabulka 28: Informovanost respondentů o možnosti přenosu STD z matky na dítě

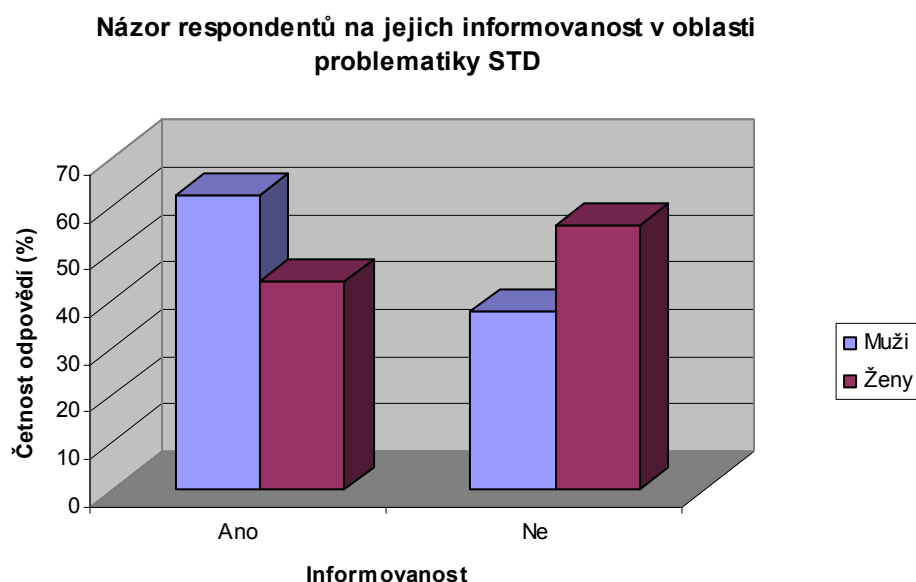
Informovanost respondentů o možnosti přenosu STD z matky na dítě						
Přenos z matky na dítě	Muži		Ženy		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ano	71	76,34	98	91,59	169	84,5
Ne	22	23,66	9	8,41	31	15,5
Celkem	93	100	107	100	200	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Správnou variantu, tedy že některé STD mohou být přenosné z matky na dítě, uvedlo celkem 84,5% dotázaných. Tuto možnost zvolilo 76,3% mužů a 91,6% žen. Zbývajících 15,5% dotázaných se domnívá, že STD se z matky na dítě nepřenáší (23,7% mužů; 8,4% žen).

Graf 29: Názor respondentů na jejich informovanost v oblasti problematiky STD

Otázka: Myslíš si, že máš dostatek informací o problematice sexuálně přenosných onemocnění?



Tabulka 29: Názor respondentů na jejich informovanost v oblasti problematiky STD

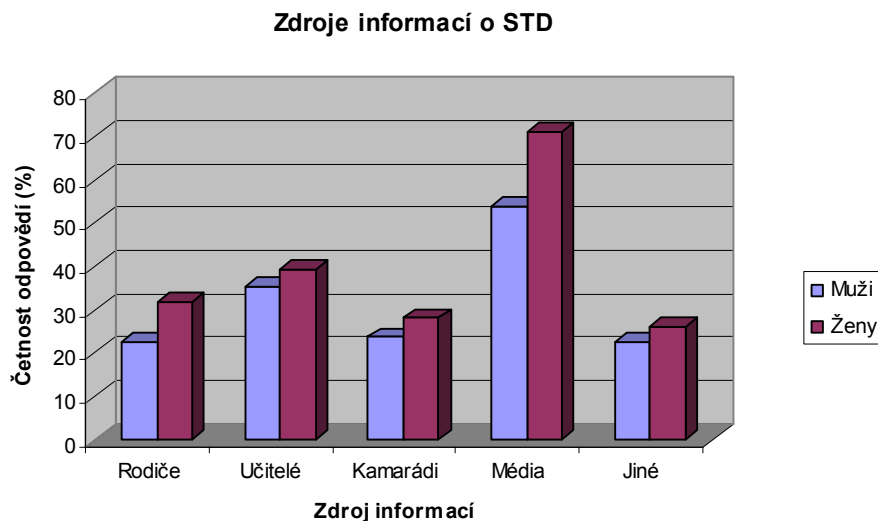
Názor respondentů na jejich informovanost v oblasti problematiky STD						
Dostatečná informovanost	Muži		Ženy		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ano	58	62,37	47	43,93	105	52,5
Ne	35	37,63	60	56,07	95	47,5
Celkem	93	100	107	100	200	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Celkem 52,5% dotazovaných si myslí, že mají dostatek informací o problematice sexuálně přenosných onemocnění. V dotazníku takto odpovědělo 62,4% mužů a 43,9% žen. Svou informovanost považuje za nedostatečnou 47,5% respondentů, jde o 37,7% mužů a 56,1% žen.

Graf 30: Zdroje informací o STD

Otázka: Kde jsi tyto informace získal/a?



Tabulka 30: Zdroje informací o STD

Zdroje informací o STD						
Zdroj	Muži		Ženy		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Rodiče	21	22,58	34	31,78	55	27,5
Učitelé	33	35,48	42	39,25	75	37,5
Kamarádi	22	23,66	30	28,04	52	26
Média	50	53,76	76	71,03	126	63
Jiné	21	22,58	28	26,17	49	24,5

Zdroj: Vlastní výzkum

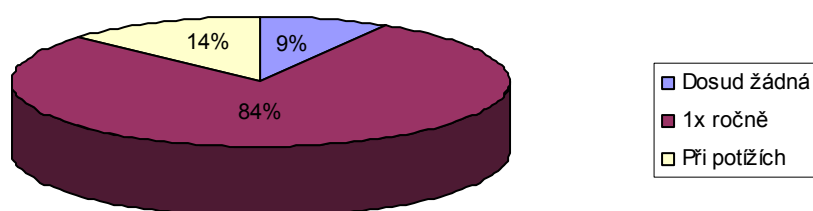
Dotázaní adolescenti nejčastěji uváděli jako jeden ze svých zdrojů informací o problematice STD média, a to v 63%. Ženy uváděly média častěji (71%) než muži (53,8%). Dále adolescenti získali informace o STD od učitelů (37,5%), rodičů (27,5%), kamarádů (26%) a z jiných zdrojů (24,5%). Od učitelů získalo informace o STD 35,5% mužů a 39,3% žen. Rodiče uvedlo jako zdroj informací 22,6% mužů

a 31,8% žen. Kamarádi byli zdrojem informací pro 23,7% mužů a 28% žen a jiné zdroje si pro získání informací o problematice STD zvolilo 22,6% mužů a 26,2% žen.

Graf 31: Četnost preventivních gynekologických prohlídek

Otázka: Jak často navštěvuješ svého gynekologa za účelem preventivní prohlídky?

Četnost preventivních gynekologických prohlídek



Tabulka 31: Četnost preventivních gynekologických prohlídek

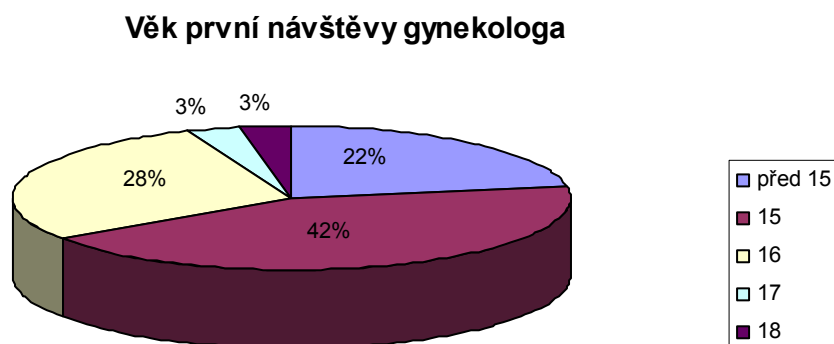
Četnost preventivních gynekologických prohlídek		
Gynekologické prohlídky	Počet	%
Dosud neproběhly	9	8,41
1x ročně	84	78,5
Při potížích	14	13,08
Celkem	107	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Pravidelně jednou za rok navštěvuje svého gynekologa 78,5% dotázaných žen. Pouze při výskytu gynekologických potíží navštěvuje gynekologa 13,1% žen a 8,41% dotázaných žen ještě gynekologa nenavštívilo.

Graf 32: Věk první návštěvy gynekologa

Otázka: Pokud jsi už navštívila gynekologa, v kolika letech jsi byla na prohlídce poprvé?



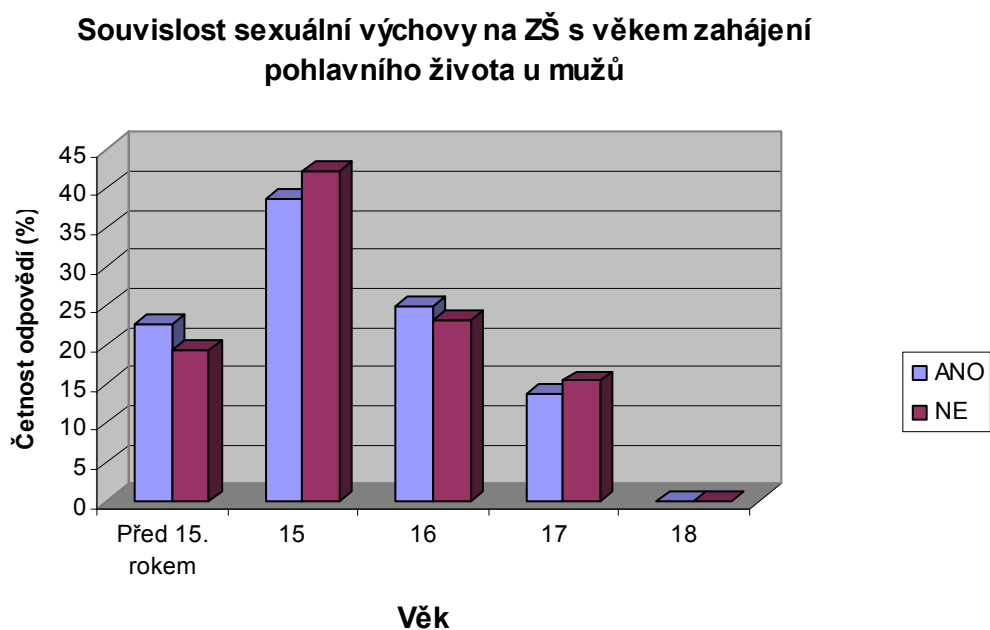
Tabulka 32: Věk první návštěvy gynekologa

Věk první návštěvy gynekologa		
Věk	Počet	%
před 15	22	22,45
15	42	42,86
16	28	28,57
17	3	3,06
18	3	3,06
Celkem	98	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Většina respondentek (42,9%) poprvé navštívila gynekologa v 15ti letech. Před 15tým rokem navštívilo poprvé svého gynekologa 22,5% respondentek, v 16ti letech 28,6% respondentek, v 17ti letech 3,1% respondentek a v 18ti letech také 3,1% respondentek.

Graf 33: Srovnání výsledků otázek č. 4 a 8 - souvislost sexuální výchovy na ZŠ s věkem zahájení pohlavního života u mužů



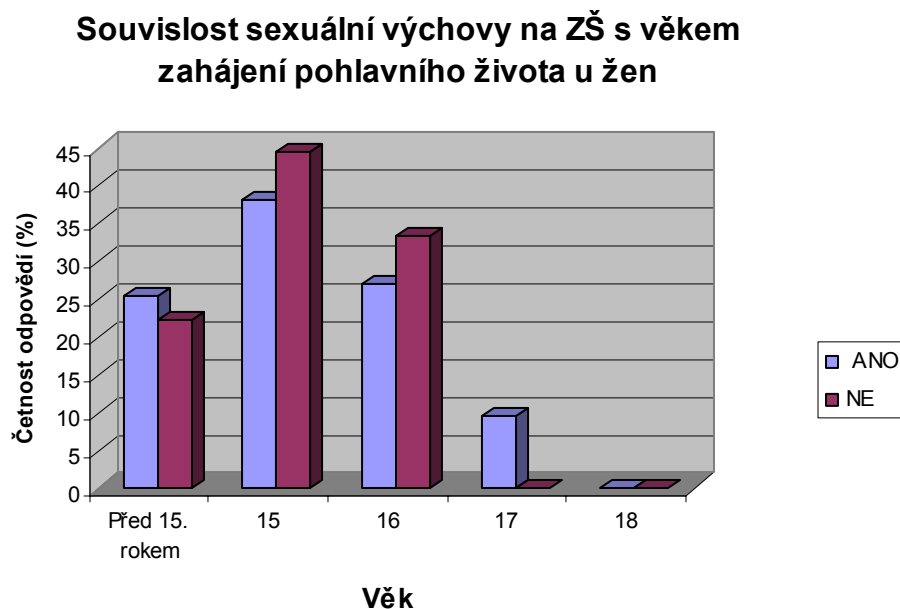
Tabulka 33: Souvislost sex. výchovy na ZŠ s věkem zahájení pohl. života u mužů

Souvislost sexuální výchovy na ZŠ s věkem zahájení pohlavního života u mužů						
Věk zahájení pohl. života	Sexuální výchova na ZŠ					
	ANO		NE		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Před 15. rokem	10	22,73	5	19,23	15	21,43
15	17	38,64	11	42,31	28	40
16	11	25	6	23,08	17	24,29
17	6	13,64	4	15,38	10	14,29
18	0	0	0	0	0	0
Celkem	44	100	26	100	70	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Věk startu pohlavního života se u mužů vzhledem k sexuální výchově v jednotlivých věkových kategoriích podstatně neliší.

Graf 34: Srovnání výsledků otázek č. 4 a 8 - souvislost sexuální výchovy na ZŠ s věkem zahájení pohlavního života u žen



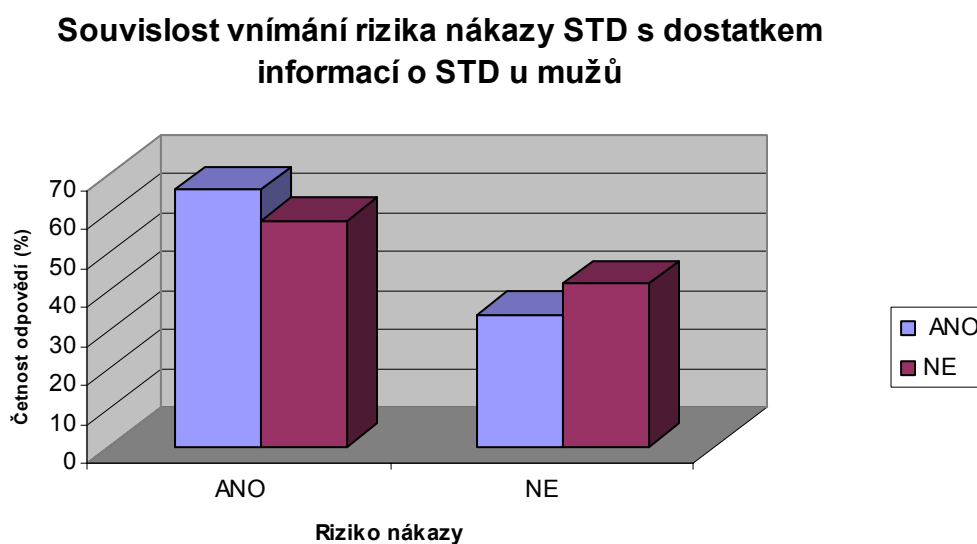
Tabulka 34: Souvislost sex. výchovy na ZŠ s věkem zahájení pohl. života u žen

Souvislost sexuální výchovy na ZŠ s věkem zahájení pohlavního života u žen						
Věk zahájení pohl. života	Sexuální výchova na ZŠ					
	ANO		NE		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Před 15. rokem	16	25,4	4	22,22	20	24,69
15	24	38,1	8	44,44	32	39,51
16	17	26,98	6	33,33	23	28,4
17	6	9,52	0	0	6	7,41
18	0	0	0	0	0	0
Celkem	63	100	18	100	81	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Věk startu pohlavního života vzhledem k sexuální výchově v jednotlivých věkových kategoriích se u žen také podstatně neliší. Ve věku 15 a 16 let začíná sexuálně žít méně dívek v kategorii těch, které prošly sexuální výchovou, oproti těm, které jí neprošly.

Graf 35: Srovnání výsledků otázek č. 6 a 29 - souvislost vnímání rizika nákazy STD s dostatkem informací o STD u mužů



Tabulka 35: Souvislost vnímání rizika nákazy STD s dostatkem informací o STD u mužů

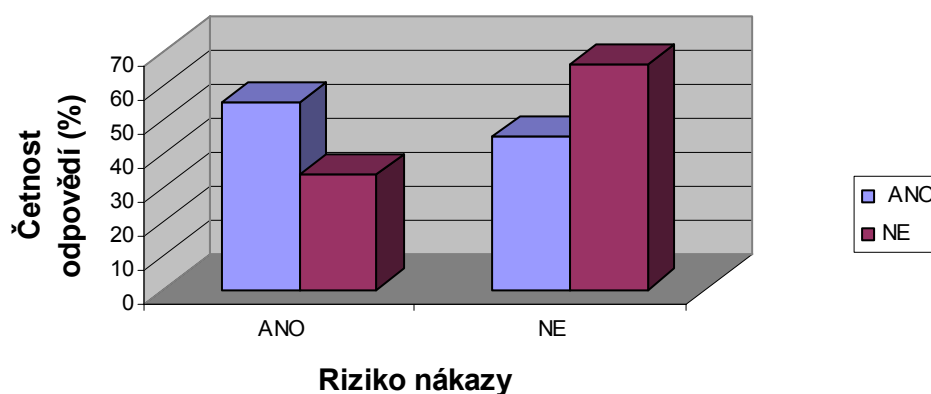
Souvislost vnímání rizika nákazy STD s dostatkem informací o STD u mužů						
Dostatek informací o STD	Riziko nákazy STD					
	ANO		NE		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
ANO	33	66	25	58,14	58	62,37
NE	17	34	18	41,86	35	37,63
Celkem	50	100	43	100	93	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Riziko nákazy STD si uvědomuje 66% dotázaných mužů, kteří si myslí, že mají dostatek informací o STD, a 58,1% mužů, kteří si myslí, že dostatek informací nemají.

Graf 36: Srovnání výsledků otázek č. 6 a 29 - souvislost vnímání rizika nákazy STD s dostatkem informací u žen

Souvislost vnímání rizika nákazy STD s dostatkem informací o STD u žen



Tabulka 36: Souvislost vnímání rizika nákazy STD s dostatkem informací o STD u žen

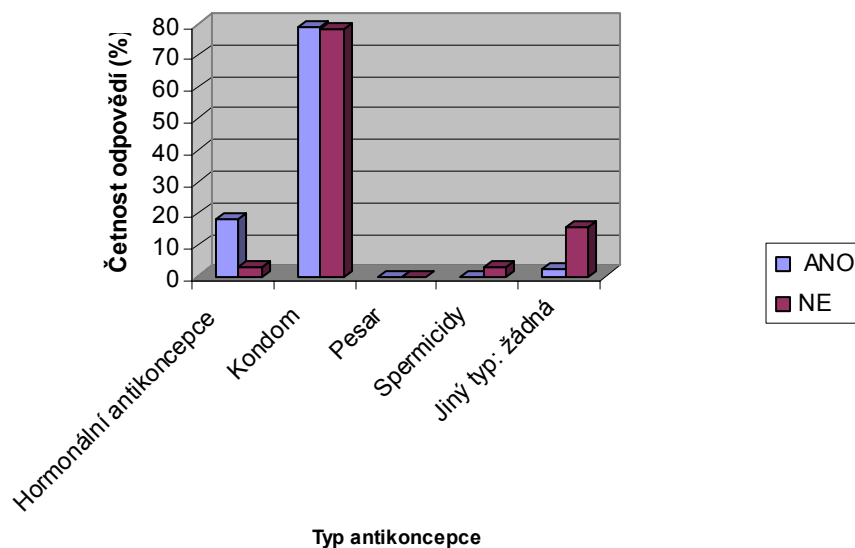
Souvislost vnímání rizika nákazy STD s dostatkem informací o STD u žen						
Dostatek informací o STD	Riziko nákazy STD					
	ANO		NE		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
ANO	28	54,9	19	33,93	47	43,93
NE	23	45,1	37	66,07	60	56,07
Celkem	51	100	56	100	107	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Riziko nákazy STD si uvědomuje 54,9% žen, které si myslí, že mají dostatek informací o STD, a 33,9% žen, které si myslí, že dostatek informací nemají.

Graf 37: Srovnání výsledků otázek č. 6 a 10 - souvislost vnímání rizika nákazy STD s typem používané antikoncepce u mužů

Souvislost vnímání rizika nákazy STD s typem používané antikoncepce u mužů



Tabulka 37: Souvislost vnímání rizika nákazy STD s typem používané antikoncepce u mužů

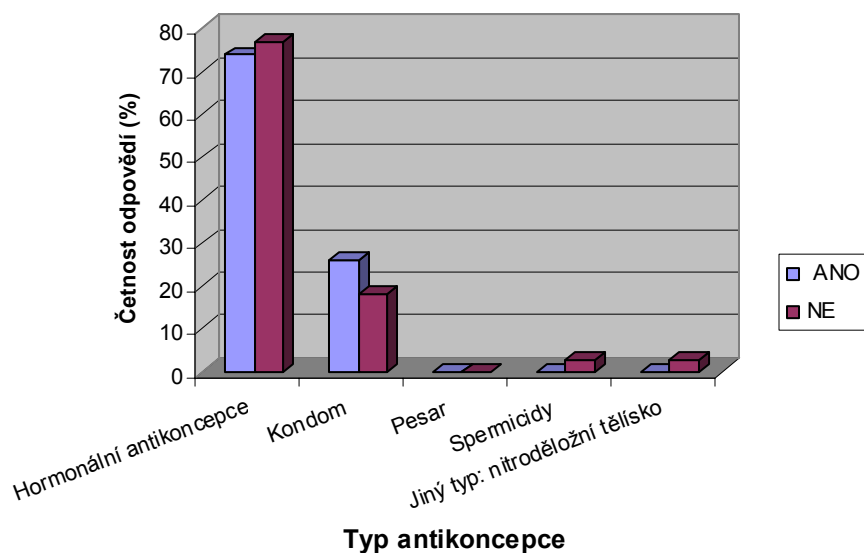
Souvislost vnímání rizika nákazy STD s typem používané antikoncepce u mužů						
Používaná antikoncepce	Riziko nákazy					
	ANO		NE		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Hormonální antikoncepce	7	18,42	1	3,13	8	11,43
Kondom	30	78,95	25	78,13	55	78,57
Pesar	0	0	0	0	0	0
Spermicidy	0	0	1	3,13	1	1,43
Jiný typ: žádná	1	2,63	5	15,63	6	8,57
Celkem	38	100	32	100	70	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Muži používají nejčastěji kondom, a to bez ohledu na to, zda si uvědomují riziko nákazy STD, nebo ne.

Graf 38: Srovnání výsledků otázek č. 6 a 10 - souvislost vnímání rizika nákazy STD s typem používané antikoncepce u žen

Souvislost vnímání rizika nákazy STD s typem používané antikoncepce u žen



Tabulka 38: Souvislost vnímání rizika nákazy STD s typem používané antikoncepce u žen

Souvislost vnímání rizika nákazy STD s typem používané antikoncepce u žen						
Používaná antikoncepce	Riziko nákazy					
	ANO		NE		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Hormonální antikoncepce	31	73,81	30	76,92	61	75,31
Kondom	11	26,19	7	17,95	18	22,22
Pesar	0	0	0	0	0	0
Spermicidy	0	0	1	2,56	1	1,23
Jiný typ: nitroděložní tělísko	0	0	1	2,56	1	1,23
Celkem	42	100	39	100	81	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Ženy naopak používají nejčastěji hormonální antikoncepci, a to bez ohledu na to, zda si uvědomují riziko nákazy STD, nebo ne.

Tabulka 39: Výskyt onemocnění syfilis u adolescentů ve věku 15 – 18 let v Českých Budějovicích v letech 1999 – 2008

Okres		CZ0317 České Budějovice										
Statistický rok		1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Celkem
Diagnóza	Pohlaví	Počet	Počet	Počet	Počet	Počet	Počet	Počet	Počet	Počet	Počet	Počet
Primární syfilis, jiných lokalizací	muž											0
	žena				1							1
Primární genitální syfilis	muž									1		1
	žena											0
Jiná sekundární syfilis	muž											0
	žena	1										1
Časná syfilis, latentní	muž											0
	žena					1						1
Sekundární syfilis kůže a sliznic	muž											0
	žena											0
Lat.syf.neurč.jako čers.n.pozd	muž											0
	žena										1	1
Celkem		1			1	1				1	1	5

Zdroj: Registr pohlavních nemocí KHS Jčk se sídlem v ČB

Výskyt onemocnění syfilis u adolescentů ve věku 15–18 let v Českých Budějovicích během let 1999–2008 významně nekolísá. V letech 1999, 2002, 2003, 2007 a 2008 se vyskytl vždy 1 případ onemocnění. V letech 2000, 2001, 2004, 2005 a 2006 nebyl v této věkové kategorii nahlášen žádný případ syfilis. Diagnóza byla hlášena častěji u žen (4 případy) než u mužů (1 případ). Celkem bylo ve sledovaném období diagnostikováno 5 případů onemocnění syfilis v různých formách kromě sekundární syfilis kůže a sliznic.

Tabulka 40: Výskyt gonokokové infekce u adolescentů ve věku 15 – 18 let v Českých Budějovicích v letech 1999 – 2008

Okres		CZ0317 České Budějovice										
Statistický rok		1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Celkem
Diagnóza	Pohlaví	Počet	Počet	Počet	Počet	Počet	Počet	Počet	Počet	Počet	Počet	Počet
Gon.inf.pohl.a moč.ústrojí bez absc.	muž	1		1	1	4	3	1		1	2	14
	žena	4		3	1	1	10	2		1		22
Gonokoková faryngitida	muž											0
	žena						1					1
Celkem		5		4	2	5	14	3		2	2	37

Zdroj: Registr pohlavních nemocí KHS Jčk se sídlem v ČB

Gonokoková infekce se v letech 1999-2008 u adolescentů ve věku 15-18 let vyskytla celkem ve 37 případech. V letech 2000 a 2006 nebyl diagnostikován žádný případ onemocnění. Výrazně vyšší výskyt byl zaznamenán v roce 2004, kdy bylo nahlášeno 14 případů gonokokové infekce včetně 1 případu faryngitidy. Onemocnění se častěji vyskytovalo u žen než u mužů.

Vyhodnocení hypotéz

Hypotéza 1: Adolescenti ve věku 15 až 18 let znají metody antikoncepce, které brání přenosu pohlavně přenosných chorob, byla vyvrácena. Z výzkumu vyplývá, že pouze 59% respondentů ví, že jedinou možností antikoncepce, která chrání před STD, je kondom. Zbýlých 41% se domnívá, že existují další metody antikoncepce chránící před STD.

Hypotéza 2: Dívky ve věku 15 až 18 let využívají hormonální antikoncepci častěji než bariérové metody antikoncepce, se potvrdila. Výsledky šetření ukázaly, že hormonální antikoncepci používá 75,3% žen, zatímco kondom používá pouze 20,7% respondentek.

Hypotéza 3: Adolescenti ve věku 15 až 18 let si neuvědomují riziko nákazy sexuálně přenosnými chorobami, byla vyvrácena. Z šetření vyplývá, že si riziko nákazy neuvědomuje pouze 49,5% dotázaných.

Hypotéza 4: Adolescenti, kteří absolvovali sexuální výchovu na ZŠ, začínají sexuálně žít později, než ti, kteří sexuální výchovu neabsolvovali, byla vyvrácena. V jednotlivých věkových kategoriích zahájení sexuálního života se počty respondentů vzhledem k absolvování sexuální výchovy na ZŠ zásadně nelišily. Souvislost mezi sexuální výchovou a věkem zahájení pohlavního života se nepodařilo prokázat ani statistickým testem.

Statistický test hypotézy 3:

Souvislost sexuální výchovy na ZŠ s věkem zahájení pohlavního života u mužů						
Sexuální výchova na ZŠ	Věk zahájení pohlavního života					
	Před 15. rokem	15	16	17	18	Celkem
ANO	22,73%	38,64%	25,00%	13,64%	0,00%	44
NE	19,23%	42,31%	23,08%	15,38%	0,00%	26
Celkem	21,43%	40,00%	24,29%	14,29%	0,00%	70

Pearson's Chi-squared test
data: matice

X-squared = 0.2082, df = 3, p-value = 0.9763, $\alpha = 0,05$

Na základě tohoto testu vyšla hodnota „p“ 97,63 % na hladině významnosti 5 %. To znamená, že u mužů neexistuje statistická souvislost mezi věkem zahájení pohlavního života a sexuální výchovou na ZŠ.

Souvislost sexuální výchovy na ZŠ s věkem zahájení pohlavního života u žen						
Sexuální výchova na ZŠ	Věk zahájení pohlavního života					Celkem
	Před 15. rokem	15	16	17	18	
ANO	25,40%	38,10 %	26,98 %	9,52%	0,00%	63
NE	22,22%	44,44 %	33,33 %	0,00%	0,00%	18
Celkem	24,69%	39,51 %	28,40 %	7,41%	0,00%	81

Pearson's Chi-squared test

data: matice

X-squared = 2.113, df = 3, p-value = 0., $\alpha = 0,05$

U žen vyšla hodnota „p“ 54,93% na hladině významnosti 5 %, což znamená, že ani u žen neexistuje statistická souvislost mezi věkem zahájení pohlavního života a sexuální výchovou na ZŠ.

5. Diskuse

V této diplomové práci jsem se zaměřila na zhodnocení využívání antikoncepce jako prevence sexuálně přenosných onemocnění u adolescentů ve věku od 15 do 18 let v Č. Budějovicích. Zkoumaný soubor byl tvořen studenty středních škol ve věku 15 – 18 let. Studie se zúčastnilo celkem 200 adolescentů, z nichž bylo 107 dívek a 93 chlapců. Data byla získána prostřednictvím anonymního dotazníku.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že sexuální výchovou na ZŠ prošla většina respondentů, celkem 72% (viz tab. 4). Absolvování sexuální výchovy se však nejeví jako příčina oddálení věku prvního sexuálního styku. Počty respondentů, kteří v jednotlivých věkových kategoriích zahájili svůj pohlavní život, se vzhledem k uskutečnění sexuální výchovy téměř neliší. V tomto ohledu není patrný významný rozdíl ani vzhledem k pohlaví (viz tab. 33, 34). Tento výsledek vyvrací hypotézu č. 4, která tvrdí, že adolescenti, kteří absolvovali sexuální výchovu na ZŠ, začínají sexuálně žít později, než ti, kteří sexuální výchovu neabsolvovali. Souvislost mezi sexuální výchovou a věkem zahájení pohlavního života se nepodařilo prokázat ani statistickým testem.

Sexuální výchova tedy u dotázaných adolescentů nevede k oddálení startu sexuálního života a svědčí o nutnosti zkvalitnění její efektivity výchovy jak ve škole, tak i v rodině. Souhrnná zpráva Světové zdravotnické organizace o studiích věnovaných vlivu sexuální výchovy na sexuální chování totiž uvádí, že sexuální výchova vede nejen k poklesu celkové sexuální aktivity a k přijetí bezpečnějších sexuálních praktik, ale i k odložení zahájení sexuálního života (60). Nedostatky ve výchově mohou být dány zvolením nevhodné formy výchovy, nepřiměřeností vzhledem k věku a neadekvátní pedagogickou koncepcí, které nevedou mladé lidi k osvojení si znalostí a dovedností v oblasti sexuálního chování, které by později prakticky využili.

Preventivního programu zaměřeného na problematiku STD se zúčastnilo celkem 70% dotazovaných. Je tedy patrné, že preventivní programy, pořádané organizacemi mimo školská zařízení, v současnosti stále nepokrývají všechny školy. Realizace těchto

programů je však více než nutná, neboť jsou jako typ sexuální výchovy velmi důležitou součástí primární prevence, která je v boji proti STD nejúčinnější metodou (10).

Je zajímavé, že ačkoli se nějakého preventivního programu zúčastnilo 70% dotázaných a sexuální výchovou prošlo 72% respondentů, riziko nákazy STD si uvědomuje pouze polovina účastníků studie (50,5%). Zbýlých 49,5% dotázaných si riziko nákazy neuvědomuje, tento počet však není dostačující pro potvrzení hypotézy č. 3, která předpokládá, že adolescenti ve věku 15 až 18 let si neuvědomují riziko nákazy sexuálně přenosnými chorobami. Hypotéza se tedy nepotvrdila. Skutečnost, že polovina respondentů si možnost nákazy vůbec neuvědomuje, však není zcela zanedbatelná. Mladí lidé, kteří si riziko neuvědomují, se pravděpodobně chovají nezodpovědněji a s tím častěji souvisí možnost nákazy sexuálně přenosným onemocněním a jeho následné šíření na další sexuální partnery.

Znepokojující je také fakt, že mezi muži a ženami nejsou v tomto ohledu výrazné rozdíly, neboť u žen mohou být následky rizikového chování mnohem vážnější než u mužů. Souvislost vnímání rizika s dostatečnou informovaností o problematice STD byla zjištěna ve větší míře u mužů než u žen. Riziko nákazy STD si uvědomovalo 66% mužů, kteří zároveň uvedli, že si myslí, že jsou dostatečně informováni o této problematice. Mezi ženami bylo těch, které si myslely, že jsou dostatečně informovány a které si zároveň uvědomovaly riziko nákazy, 54,9% (viz tab. 35 a 36).

Také se ukázalo, že úroveň vnímání rizika nákazy STD nevede ke zvolení bezpečnější metody ochrany. Vyplyvá to z hodnocení souvislosti mezi vnímáním rizika a typem používané antikoncepce (viz tab. 37 a 38). Muži nejčastěji používají kondom, a to bez ohledu na to, zda si uvědomovali či neuvědomovali riziko nákazy STD. Stejně tak u žen, které nejčastěji používají hormonální antikoncepci, byl tento typ antikoncepce zastoupen zhruba stejnou četností u skupiny, která si riziko uvědomovala, i u skupiny, která si je neuvědomovala. Sexuální výchova by měla směřovat k získání informací o možnostech šíření STD a jejich výskytu tak, aby si mladí lidé byli vědomi, jaké důsledky s sebou nese nedodržování metod tzv. bezpečnějšího sexu.

Pohlavní život zahájilo celkem 75,5% respondentů. Počet žen a mužů, kteří zahájili pohlavní život, je téměř vyrovnaný, jedná se o 75,3% mužů a 75,7% žen

(viz tab. 7). K obdobnému výsledku, tedy že se významně neliší počty sexuálně aktivních dospívajících mezi muži a ženami, dospěl i Národní výzkum sexuálního chování českých adolescentů, který proběhl v roce 1994 a specializoval se na rizikovitost sexuálního chování z hlediska infekce HIV/AIDS. Výsledky tohoto výzkumu ukázaly, že celkem 36,6% souboru už mělo pohlavní styk, jednalo se o 35,1% dívek a 38,2% chlapců. Soubor byl v tomto výzkumu tvořen 1 011 respondenty ve věku od 12ti do 18ti let (58). Z výsledků obou výzkumů je patrné, že počet adolescentů, kteří zahájili pohlavní život dříve než v 18ti letech je v současné době zhruba dvojnásobný, což odpovídá obecnému trendu snižování věku koitarché.

Většina z dotazovaných (39,7%) zahájila pohlavní život již v 15ti letech. U mužů se jednalo o 40% a u žen o 39,5% (viz tab. 8). Alarmující je skutečnost, že 21,4% mužů a 24,7% žen začalo pohlavně žít dokonce již před patnáctým rokem, tudíž nedosáhli zákonem stanoveného minimálního věku způsobilosti k pohlavnímu styku. Výsledky šetření dále ukazují, že většina účastníků (30,5%) považuje za nejvhodnější věk pro start sexuálního života právě 15 let (viz tab. č 9), což je v rozporu s výsledky studií, které uvádí J. Hamanová, ty říkají, že mladí dospělí uvádějí vhodný věk pro začátek sexuálního života vyšší, než byl jejich (10). Dále uvedlo 24,3% mužů a 28,4% žen, že začali pohlavně žít v 16ti letech, celkem tedy 26,5% dotazovaných. Ve věku 17 let začalo sexuálně žít 14,3% mužů a 7,4% žen, celkem se v této věkové kategorii jednalo o 10,6% (viz tab. 8). Průměrný věk zahájení sexuálního života je tedy 15 let.

Tyto výsledky ukazují, že snaha Světové zdravotnické organizace (SZO) o odsunutí předčasného startu sexuálního života v rámci primární prevence je zde na místě. SZO považuje pohlavní život v dospívání za předčasný a jako věkovou hranici zralosti pro zahájení pohlavního života stanovuje věk 18 let (37). Odsunutí zahájení pohlavního života je považováno za ukazatel úspěšnosti preventivních a výchovných programů (37). Z tohoto pohledu lze konstatovat, že u respondentů tohoto výzkumu nebyly výchovné programy příliš účinné.

Nejčastěji používanými typy antikoncepce jsou kondom a hormonální antikoncepce. Kondom používá 48,3% respondentů. Muži jej používají výrazně častěji (78,6%) než ženy (22,2%) (viz tab. 10). Skutečnost, že faktor pohlaví při používání

kondomu je velmi významný, byla zaznamenána v mnoha studiích. Výzkumy ukazují, že se u žen vyskytuje větší zastoupení těch, které nemají s kondomem žádné zkušenosti, než u mužů (32).

Hormonální antikoncepci používá 75,3% žen a 11,4% mužů uvedlo, že hormonální antikoncepci užívá jejich partnerka. Používání kondomu uvedlo pouze 20,7% žen, což potvrzuje hypotézu č. 2, tedy že dívky ve věku 15 až 18 let využívají hormonální antikoncepci častěji než bariérové metody antikoncepce. Celkem hormonální antikoncepci využívá 45,7% dotazovaných. Vyskytly se i případy, kdy respondenti používali obě tyto metody současně. Muži uvedli užívání hormonální antikoncepce (HA) a zároveň kondomu ve 3 případech. Ženy uvedly v 7 případech pravidelné užívání HA a kondomu a ve 3 případech užívání HA a občas zároveň kondomu (viz tab. 10). Vysoký počet uživatelů hormonální antikoncepce svědčí sice o jejich zodpovědném přístupu k antikoncepci z hlediska možnosti nežádoucího těhotenství, ale ze zdravotního hlediska může být tento typ antikoncepce pro adolescentky rizikovým. Hormonální antikoncepci lze v adolescenci bez výhrad doporučit pouze v případě, kde by bez jejího používání došlo k otěhotnění. Výzkumy totiž prokázaly, že HA brzdí vývoj, způsobuje vyšší počet ektopií, u dospívajících dochází častěji k selhání než u dospělých žen a při víceletém užívání i ke zvýšení rizika rakoviny prsu (34).

Ostatní metody antikoncepce používá jen malá část souboru. Spermicidy uvedlo celkem 1,3% účastníků studie (1,56% mužů; 1,15% žen), nitroděložní tělísko používá 1,15% respondentek a 3,97% dotazovaných dokonce nepoužívá žádnou antikoncepci (viz tab. 10).

Znalost antikoncepčních metod bránících přenosu STD prokázalo více dívek než chlapců. 70,1% žen v dotazníku uvedlo, že v tomto směru neexistuje jiná možnost antikoncepce než kondom. Muži tuto variantu vybrali ve 46,2%. Z celého souboru zaujímají dotazovaní s tímto názorem 59%. Zastoupení respondentů, kteří si myslí, že existuje další metoda antikoncepce chránící před STD, je tedy poměrně vysoké, jedná se o 41% dotázaných (53,8% mužů; 29,9% žen) (viz tab. 11). Skutečnost, že téměř polovina zúčastněných adolescentů neví, že kondom je jedinou u nás dostupnou

metodou ochrany před STD, je znepokojující, neboť právě znalost ochranných prostředků je jedním z předpokladů jejich správného a pravidelného používání, jež významně snižuje riziko přenosu STD. Tento výsledek vyvrací předpokládanou hypotézu č. 1, která říká, že adolescenti ve věku 15 až 18 let znají metody antikoncepce, které brání přenosu pohlavně přenosných chorob.

Zajímavé je, že ačkoli respondentů, kteří si myslí, že kondom je jedinou možností antikoncepce chránící před STD, je 59%, těch, kteří vědí, že kondom neposkytuje 100% ochranu před STD, je 77%. Takto odpovědělo 79,6% mužů a 73,8% žen (viz tab. 12). Vlivem informace o možnosti selhání kondomu může docházet ke snížení četnosti jeho používání mladými lidmi. Selhání je však spojováno hlavně s nesprávným použitím, proto by tato skutečnost měla dospívající naopak motivovat k získání dalších informací o jejich správném používání.

Důležitým faktorem, ovlivňujícím přístup mládeže k prevenci STD, je jejich informovanost o těchto chorobách, proto bylo v dotazníku na tuto problematiku zaměřeno hned několik otázek.

Onemocnění HIV/AIDS zná celkem 98% dotazovaných, kapavku uvedlo 81% dotázaných a syfilis celkem 80,5% respondentů (viz tab. 13). Tyto výsledky jsou velmi podobné těm, ke kterým ve své studii dospěl J. Křemen. Studie zahrnovala 910 studentů z pražských středních škol ve věku 14 až 19 let a proběhla v letech 2000 až 2003. Onemocnění HIV/AIDS v této studii uvedlo celkem 89,5% dotazovaných, kapavku 80,4% dotázaných a syfilis 77,4% dotázaných (23). Studie dále ukázala, že studenti absolutně neznali chlamydiové infekce, uvedlo je 0,2% respondentů (23). Z mých výsledků plyne, že o chlamydiové infekci ví 19,5 % respondentů (viz tab.13). Tento rozdíl je pravděpodobně způsoben tím, že v současné době jsou tyto infekce v médiích zmiňovány častěji než dříve. O papillomavirových infekcích má povědomí pouze 6,5% respondentů (11,2% žen; 1,1% mužů), což je překvapivě nízký výsledek vzhledem k nedávné preventivní kampani zaměřené na možnost očkování proti této infekci.

Parazitární infekci vši ohanbí zná celkem 13% zúčastněných adolescentů, herpetické onemocnění uvedlo 11% respondentů a o možnosti sexuálního přenosu

virové hepatitidy ví 6,5% souboru. O mykotických onemocněních má povědomí 2% souboru a o kvasinkových onemocněních 3%. Našli se i respondenti, kteří neznali žádné sexuálně přenosné onemocnění (1%).

Dermatovenerologii jako obor, který se specializuje na STD, v dotazníku správně uvedlo 44% respondentů. 31% dotázaných si myslí, že oborem, zabývajícím se STD, je urologie a 25% si myslí, že je to sexuologie (viz tab. 14). Ve skutečnosti často dochází k léčení STD lékaři jiných oborů než dermatovenerologie. Tyto nákazy nejsou hlášeny, jejich léčba není vždy důsledná a vede k šíření nákazy a přechodům pohlavních onemocnění do chronicity.

Většina z respondentů (86,5 %) se sice s pohlavně přenosným onemocněním nikdy nesešla (viz tab. 15), přesto je výhodou vědět, na jaké specializované pracoviště se mají lidé obrátit v případě, že mají podezření o nákaze. Výskyt STD ve svém okolí zaznamenalo 13% všech dotázaných adolescentů. Zde byl pozorován poměrně významný rozdíl mezi muži (7,5%) a ženami (17,8%). Domnívám se, že rozdíl je dán hlavně odlišnou úrovní komunikace o této problematice vzhledem k pohlaví. Dívky o podobných problémech pravděpodobně diskutují častěji a otevřeněji než chlapi. Pouze jedna respondentka uvedla, že sexuálně přenosné onemocnění bylo diagnostikováno přímo jí (viz tab. 15).

Na dotaz, jak by se respondenti zachovali, kdyby na sobě pozorovali příznaky pohlavně přenosného onemocnění, odpovědělo 97,5% z nich, že by co nejrychleji vyhledali lékaře. Většina by tedy zvolila správný postup, ale našli se i respondenti (1%), kteří by se léčili přípravky z lékárny (viz tab. 16). V takovém případě nezbývá než doufat, že by před nákupem léků probrali svou situaci s lékárníkem a ten by jim snad doporučil návštěvu dermatovenerologa. Další 1,5% respondentů v dotazníku uvedlo, že by počkali, až příznaky samy vymizí (viz tab. 16). Tento postup je zcela nepřijatelný vzhledem ke klinickému průběhu mnoha infekcí, jako například syfilis, u kterých po odeznění prvních projevů dochází k přechodu do stádia latence a teprve po něm se projeví vážnější forma onemocnění.

Aby mladí lidé správně postupovali při zjištění příznaků STD, je nutné aby s těmito příznaky byli dobře seznámeni. Výsledky výzkumu svědčí o tom, že 73%

respondentů ví, že příznakem kapavky je ostrá pálivá bolest a výtok z močové trubice. Četnost této odpovědi mezi muži a ženami se příliš neliší, u mužů je to 72% a u žen 73,9%. Teplotu okolo 40° Celsia vybralo jako příznak kapavky 9% dotázaných (6,5% mužů; 11,2% žen) a 18% dotázaných si myslí, že příznakem kapavky jsou genitální bradavice (21,5% mužů; 15% žen) (viz tab. 17). Zastoupení mužů, kteří si myslí, že příznakem kapavky jsou genitální bradavice, je vyšší než zastoupení žen s tímto názorem, což svědčí o tom, že ženy jsou o problematice genitálních bradavic, které způsobují papillomaviry, lépe informovány. Tento fakt je zřejmě dán již zmiňovanou preventivní kampaní proti rakovině děložního čípku, která byla zaměřena především na dívky a ženy a ačkoli se ukázalo, že o papillomavirech je informováno pouze 6,5% respondentů, znalo je mnohem více žen (11,2%) než mužů (1,1%).

U kapavky je také důležité, že nezanechává imunitu po prodělání a je tedy možné se po vyléčení znovu nakazit. O možnosti reinfekce kapavkou ví 88% respondentů (viz tab. 18). Tento výsledek je uspokojivý, neboť naznačuje, že adolescenti si uvědomují nutnost ochrany před tímto onemocněním i pokud by jej už někdy prodělali.

Dalším onemocněním, na jehož příznaky jsem se adolescentů ptala, byla chlamydiová infekce. Jedná se o jedno z nejzávažnějších pohlavních nemocí u dívek, protože většinou probíhá asymptomaticky, často nebývá diagnostikována ani léčena a její rozšíření způsobuje pánevní zánětlivou nemoc, která je u dívek 10x častější než u dospělých žen a může vést ke sterilitě nebo mimoděložnímu těhotenství (34). Správnou odpověď, tedy že projevem chlamydiové infekce je chronický zánět pohlavního ústrojí, uvedlo celkem 69,5%. Ženy odpovídaly správně opět častěji (72,9%) než muži (65,6%). Celkem 19,5% respondentů se domnívá, že se chlamydiová infekce projevuje lehkou vyrážkou (20,4% mužů; 18,7% žen) a 11% dotázaných si myslí, že chlamydie nezpůsobují STD (14% mužů; 8,4% žen). I u tohoto onemocnění je tedy možné konstatovat, že ženy jsou lépe informovány než muži (viz tab. 19).

Onemocnění herpes genitalis je problematické hlavně tím, že herpes viry perzistují v senzomotorických gangliích. K opakování genitálního oparu pak dochází vždy při snížení obranyschopnosti organismu (8). Tuto typickou charakteristiku herpes

genitalis zná pouze 22% respondentů (14% mužů; 29% žen). Většina z účastníků studie (64,5%) se domnívá, že toto onemocnění je bakteriálního původu (68,8% mužů; 60,8%) a 13,5% respondentů si myslí, že toto onemocnění nepatří mezi STD (17,2% mužů; 10,3% žen). Opět jsou na tom tedy ženy s informovaností o něco lépe než muži (viz tab. 20).

Projev prvního stádia syfilis je velmi typický, objevuje se tvrdý nebolestivý vřed v místě infekce. Tuto variantu v dotazníku vybralo pouze 33,5% respondentů (32,3% mužů; 34,6% žen). Většina účastníků studie (48%) se totiž domnívá, že onemocnění syfilis se v prvním stadiu projevuje vyrážkou (51,6% mužů; 44,9% žen) a 18,5% zkoumaného souboru si myslí, že se toto onemocnění v prvním stadiu vůbec neprojevuje (16,1% mužů; 20,56% žen). V tomto případě je informovanost mezi muži a ženami celkem vyrovnaná, ženy se častěji mýlily v tom smyslu, že se syfilis vůbec neprojevuje a muži se častěji chybně domnívali, že se projevuje vyrážkou (viz tab. 21).

Mohlo by se zdát, že onemocnění HIV/AIDS je tak často zmiňováno v informačních prostředcích jako „metla lidstva“, že nikdo nemůže pochybovat o jeho nevyléčitelnosti. Přesto ho za vyléčitelné označilo 8% respondentů (12,9% mužů; 3,74% žen). Je možné, že k tomuto názoru dotázaní dospěli na základě některých pozitivně vyznívajících titulků článků a informací v médiích o nalezení nového léku proti HIV/AIDS. Pokroky ve výzkumu těchto léků by měly být veřejnosti interpretovány obezřetněji a zahrnuty do kontextu s ostatními fakty o tomto onemocnění. Většina dotazovaných (92%) však ví, že onemocnění HIV/AIDS je nevyléčitelné, jedná se o 87,1% mužů a 96,3% žen (viz tab. 22). Touto otázkou se v bakalářské práci, zaměřené na porovnání informovanosti budoucích středoškolsky a vysokoškolsky vzdělaných zdravotníků, zabývala i studentka Romana Cílková. Z jejích výsledků vyplývá, že i mezi studenty střední zdravotnické školy se našla 2,1% těch, kteří si myslí, že AIDS je vyléčitelnou nemocí (4). V tomto srovnání je tedy informovanost adolescentů nezdravotnických škol na dobré úrovni. Celkem 92% souboru ví, že onemocnění HIV/AIDS je nevyléčitelné, jedná se o 87,1% mužů a 96,3% žen (viz tab. 22). Informovanost o onemocnění HIV/AIDS je mimořádně důležitá právě u adolescentů, neboť míru rizika infekce ovlivňuje, kromě jiných faktorů,

počet sexuálních partnerů a sexuální promiskuita je nejvyšší u mladých lidí, kteří jsou na počátku sexuálního života a hledají svého životního partnera. Adolescenti ve věku 15 – 20 let jsou potenciale nejrizikovější skupinou populace (41).

Většina respondentů (85%) také ví, že pohlavně přenosné choroby mohou postihovat nejen pohlavní orgány, ale i jiné orgány a orgánové soustavy (83,9% mužů; 86% žen). 15% respondentů se tedy domnívá, že sexuálně přenosná onemocnění postihují pouze pohlavní orgány (16,1% mužů; 14% žen) (viz tab. 23). I tato významná charakteristika STD by měla vést k zodpovědnému sexuálnímu chování v rámci péče o vlastní zdraví. Z předchozích výsledků je však patrné, že tomu tak není, a to zvláště u dívek.

Nejčastějším STD u mladých lidí ve věku 15-35 let jsou chlamydiové infekce (11), tuto skutečnost si uvědomuje pouze 34% respondentů (26,9% mužů; 40,2% žen). Nejvíce dotázaných si totiž myslí, že nejčastějším onemocněním v tomto věku je kapavka (41,5%) a 24,5% dotázaných považuje za nejčastější syfilis (viz tab. 24). Je tedy zřejmé, že o výskytu chlamydiových infekcí ve své věkové kategorii nejsou adolescenti dostatečně informováni, ačkoli tyto infekce mohou mít vážné důsledky na zdraví jedince, jak už zde bylo zmíněno.

Zákeřnost některých STD spočívá také v tom, že mohou probíhat zcela asymptomaticky. O této skutečnosti ví 66% dotázaných (67,7% mužů a 64,5% žen). 34% respondentů se domnívá, že STD nemohou probíhat bez příznaků (32,3% mužů a 35,5% žen) (viz tab. 25). V této otázce odpovídali častěji správně muži než ženy, což je překvapivé, protože některé STD probíhají častěji asymptomaticky právě u žen, rozdíl v počtech správných odpovědí však nebyl významný.

Součástí prevence STD je i očkování. V současné době existuje očkování proti virové hepatitidě A a B a lidskému papillomaviru. O možnosti očkování proti některým pohlavně přenosným nemocem ví polovina účastníků studie (53%). V dotazníku tuto variantu uvedlo 49,5% mužů a 56,1 žen (viz tab. 26). Pro tyto respondenty byla v dotazníku určena následující otázka, která zjišťovala, jaké STD, proti kterým lze očkovat, znají. Rakovinu děložního čípku uvedlo celkem 18% dotázaných (6,5% mužů; 28% žen) a virovou hepatitidu uvedlo pouze 2,5% respondentů (1,1% mužů; 3,7% žen).

Žádné onemocnění, proti kterému by bylo možné očkovat, neznalo 26% respondentů, šlo o 29% mužů a 23,4% žen. Někteří respondenti si myslí, že je možné očkovat proti syfilis, kapavce nebo dokonce proti HIV/AIDS. Syfilis uvedlo 1% respondentů, kapavku 3% respondentů a HIV/AIDS uvedlo 1,5% dotázaných (viz tab. 27). Informovanost o možnosti očkování proti papillomavirovým infekcím a virovým hepatitidám je, dle mého názoru, velmi nízká a ukazuje, že současné preventivní programy zaměřené na osvětu v tomto směru nejsou dostatečně efektivní. Je tedy nutné v nich pokračovat a zamyslet se například nad formou, jakou by se k adolescentům mohly informace lépe dostat. Televizní spoty a brožury v ordinacích gynekologů jsou zřejmě nedostačující.

Některé STD mohou být přenosné z matky na dítě, tuto variantu uvedlo celkem 84,5% dotázaných (76,3% mužů; 91,6% žen). Zbývajících 15,5% se domnívá, že STD se z matky na dítě nepřenáší (23,7% mužů; 8,4% žen) (viz tab. 28). Znalost dalších způsobů přenosu STD je velmi důležitá především pro předcházení jejich šíření. V důsledku přenosu z matky na dítě může dojít k vážnému poškození plodu, potratu nebo postižení dítěte. Ženy by proto měly dbát o prevenci nejen z důvodu odpovědnosti za své zdraví, ale i za zdraví svého dítěte.

Z výsledků otázek týkajících se projevů a charakteristik některých STD vyplývá, že na více než polovinu otázek (7 z 12) odpověděla většina respondentů správně. Lze tedy říci, že adolescenti jsou sice v této oblasti informováni, nicméně pouze částečně. Výsledky již zmíněného výzkumu, který prováděl J. Křemen, však ukazují, že většina středoškoláků nemá o projevech STD konkrétní představy (25). Domnívám se, že rozdíl mezi výsledky výzkumů může být způsoben tím, že výzkumný soubor studie J. Křemena tvořilo 910 respondentů a je tudíž reprezentativnější. Dalším důvodem může být časový odstup mezi studii, který zajišťuje vyšší informovanost v současné době vlivem vysoké dostupnosti informací a medializace některých STD.

Svou informovanost v oblasti STD považovalo za dostatečnou jen 52,5% respondentů (62,4% mužů; 43,9% žen) (viz tab. 29). Je zajímavé, že dostatečně informovaní si častěji připadají muži než ženy, ačkoli z předchozích výsledků vyplývá, že jejich informovanost je nižší než u žen. Může to být dáno tím, že ženy mají obecně

větší zájem o své zdraví, vyhledávají si více informací, a proto si více uvědomují šíří problému. Výsledná hodnota 52,5% je pravděpodobně do jisté míry nadhodnocena, a přece je poměrně nízká. Téměř polovina dotazovaných adolescentů (47,5%) tudíž shledává svou informovanost jako nedostatečnou, což jasně vypovídá o nutnosti komplexnější sexuální výchovy a preventivních programů zacílených právě na tuto věkovou kategorii.

Výzkum ukázal, že většina adolescentů uvedla jako jeden ze svých zdrojů informací o problematice STD média, a to v 63%. Ženy uváděly média častěji (71%) než muži (53,8%). Tento výsledek se shoduje s výsledkem dotazníkového šetření, které realizovala Dermatovenerologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha. Tímto šetřením bylo zjištěno, že „informace o bezpečném sexuálním chování jsou u obou pohlaví nejčastěji čerpány z populárních časopisů, videa a TV“ (24). Povzbudivé je, že dalšími zdroji, následujícími po médiích, jsou pro adolescenty učitelé (37,5%) a rodiče (27,5%). Kamarády uvedlo jako zdroj 26% respondentů (23,7% mužů; 28% žen) a jiné zdroje 24,5% respondentů (22,6%; 26,2% žen) Od učitelů získalo informace o STD 35,5% mužů a 39,3% žen. Rodiče uvedlo jako zdroj informací 22,6% mužů a 31,8% žen. Jednotlivé zdroje jsou tedy rovnoměrně zastoupeny u obou pohlaví (viz tab. 30).

Pravidelné preventivní gynekologické prohlídky umožňují včasné odhalení a léčbu infekce STD, čímž přispívají ke snížení šíření těchto infekcí. Gynekologa pravidelně jednou za rok navštěvuje 78,5% dotázaných žen. Pouze při výskytu gynekologických potíží navštěvuje gynekologa 13,1% žen a 8,41% dotázaných žen ještě gynekologa nenavštívilo (viz tab. 31).

Věk první návštěvy u gynekologa nelze přesně stanovit, ale doporučuje se věk před 18. rokem života. Z výzkumu plyne, že u většiny respondentek byl věk první návštěvy gynekologa 15 let (65,4%). Před 15tým rokem navštívilo poprvé svého gynekologa 22,5% respondentek, v 15ti letech 42,9%. V 17ti a 18ti letech navštívilo svého gynekologa poprvé vždy 3,1% respondentek. Gynekologická prohlídka znamená navázání kontaktu s lékařem, který pacientce sdělí význam preventivních prohlídek a motivuje ji k pravidelnému docházení. Dospívající dívka tak zůstává pod dohledem

lékaře a v případě nákazy STD nebo jiných potíží je včas léčena a poučena o postupech, které brání dalšímu šíření onemocnění.

Co se týče výskytu STD u adolescentů v Českých Budějovicích, jsou známy údaje výskytu o povinně hlášených STD, uvedených v registru pohlavních nemocí KHS Jihočeského kraje, z nichž se v letech 1999 – 2008 vyskytlo pouze onemocnění syfilis a kapavka. U onemocnění syfilis byl nahlášen vždy jeden případ, a to v letech 1999, 2002, 2003, 2007 a 2008. Celkem bylo tedy ve sledovaném období diagnostikováno 5 případů onemocnění syfilis v různých formách kromě sekundární syfilis kůže a sliznic (viz tab. 39).

Výskyt gonokokové infekce byl v letech 1999-2008 ve sledované věkové kategorii mnohem vyšší než výskyt syfilis, celkem se jednalo o 37 případů. V letech 2000 a 2006 nebyl diagnostikován žádný případ kapavky. K výraznému vzestupu výskytu však došlo v roce 2004, kdy bylo nahlášeno 14 případů gonokokové infekce včetně 1 případu faryngitidy.

Z údajů registru pohlavních nemocí dále vyplývá, že jak syfilis, tak i kapavka se vyskytovaly častěji u žen. Onemocnění syfilis bylo nahlášeno ve 4 případech u žen a v 1 případě u mužů (viz tab. 39). Kapavka se vyskytla u žen ve 23 případech a u mužů ve 14 případech (viz tab.40). Častější výskyt STD u dívek oproti chlapcům ve skupině 15 – 19letých uvádí i Křemenová a odůvodňuje jej větší zranitelností dívek a také faktem, že v dospívání je heterosexuální přenos častější než v dospělosti a riziko přenosu z muže na ženu je nejméně 2 – 4 krát vyšší než opačně (26).

Data z registru pohlavních nemocí KHS Jihočeského kraje ukazují, že ve sledovaném období se počty nahlášených STD pohybovaly v nízkých hodnotách. Tyto výsledky mohou vyvolat dojem, že STD u adolescentů v Č. Budějovicích nejsou příliš závažným problémem. Nesmíme však opomenout, že počty nahlášených onemocnění jsou pravděpodobně mnohem nižší, než je jejich skutečný výskyt v populaci dospívajících. Údaje jsou pravděpodobně podhodnoceny v důsledku nenahlášení případů STD léčených lékaři jiných specializací než dermatovenerologie, jako je tomu i u dospělých a nejsou v žádném případě důvodem pro snížení obezřetnosti ve smyslu prevence STD. Zároveň se ukazuje, že v současné době jsou u adolescentů v ČR

vážnějším problémem než tzv. klasické pohlavní choroby papillomavirové a chlamydiové infekce. Jejich výskyt u nás bohužel zatím nepodléhá povinnému hlášení, což je dáno především náročnou a nákladnou diagnostikou a intenzita jejich výskytu tedy není přesně známa.

Tyto závěry vypovídají o tom, že i v moderní společnosti je nutné bojovat proti sexuálně přenosným chorobám, a to především prostřednictvím výchovy ke zodpovědnosti v navazování sexuálních vztahů, snížení promiskuity a k tzv. bezpečnějšímu sexu. Sexuální výchova adolescentů by měla navíc přihlížet ke specifikům tohoto období.

6. Závěr

Pro svou diplomovou práci jsem si stanovila za cíl zhodnotit využívání antikoncepce jako prevence sexuálně přenosných onemocnění u adolescentů ve věku od 15 do 18 let v Č. Budějovicích. Tento cíl byl naplněn.

K dosažení uvedeného cíle byly stanoveny čtyři hypotézy. Hypotéza č. 1: Adolescenti ve věku 15 až 18 let znají metody antikoncepce, které brání přenosu pohlavně přenosných chorob, byla vyvrácena. Ukázalo se totiž, že pouze zhruba polovina adolescentů věděla, že jedinou možností antikoncepce, která chrání před STD, je kondom. Hypotéza č. 2: Dívky ve věku 15 až 18 let využívají hormonální antikoncepci častěji než bariérové metody antikoncepce, se potvrdila. Výsledky šetření prokázaly, že hormonální antikoncepci používá 75% dospívajících dívek. Hypotéza č. 3: Adolescenti ve věku 15 až 18 let si neuvědomují riziko nákazy sexuálně přenosnými chorobami, byla vyvrácena, neboť z výsledků studie vyplynulo, že riziko nákazy si neuvědomuje pouze 49,5% dotázaných. Hypotéza č. 4: Adolescenti, kteří absolvovali sexuální výchovu na ZŠ začínají sexuálně žít později, než ti, kteří sexuální výchovu neabsolvovali, se nepotvrdila. V jednotlivých věkových kategoriích zahájení sexuálního života se počty respondentů vzhledem k absolvování sexuální výchovy na ZŠ zásadně nelišily.

Za další zajímavá zjištění považuji např. výsledek, že dívky jsou ve většině otázek, týkajících se sexuálně přenosných onemocnění, lépe informovány než chlapci, avšak účinnou metodu ochrany proti nim, tedy kondom, používají daleko méně. Dále bylo zjištěno, že průměrný věk zahájení sexuálního života je velmi nízký, jedná se totiž o 15 let. Výzkum také ukázal, že na pravidelné gynekologické prohlídky dochází 79% zúčastněných dívek a většina adolescentů získává informace o STD z médií. Výsledky šetření jsou odrazem postoje adolescentů k problematice sexuálně přenosných onemocnění a antikoncepce a svědčí o nutnosti rozšíření preventivního působení na mladé lidi v současnosti i do budoucna.

Využití výsledků diplomové práce v praxi vidím jednak v jejich publikaci v odborné literatuře a dále bude práce poskytnuta ředitelům zúčastněných škol jako

podklad pro realizaci sexuální výchovy a programů primární prevence. Sloužit může také jako výukový materiál pro ZSF JU.

7. Seznam použitých zdrojů

1. *Antikoncepce* [online]. 2010, 5.1.2010 [cit. 2010-01-05]. Www.gyn.cz. Dostupné z WWW: <<http://gyn.cz/tree.php?up=5>>.
2. ARENBERGER, Petr; VLČEK, Emanuel. Syfilis v Čechách. *Vesmír* [online]. 1996, 2, 75, [cit. 2009-11-03]. Dostupný z WWW: <<http://www.vesmir.cz/clanek/syfilis-v-cechach>>. ISSN 0042-4544.
3. BENEŠOVÁ, Dagmar. *Sexuálně přenosné choroby* [online]. 2004 [cit. 2010-02-22]. Www.forumzdravi.cz. Dostupné z WWW: <<http://www.forumzdravi.cz/clanek-322-sexualne-prenosne-choroby>>.
4. CÍLKOVÁ, Romana. *Porovnání informovanosti budoucích středoškolsky a vysokoškolsky vzdělaných zdravotníků v Českých Budějovicích o nebezpečí sexuálně přenosných chorob*. [s.l.], 2008. 76 s. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.
5. ČÁSTKOVÁ, Jitka. *Hepatitidy „žloutenky“* [online]. 2008 [cit. 2010-01-20]. Www.szu.cz. Dostupné z WWW: <<http://www.szu.cz/tema/prevence/hepatitidy-zloutenky>>.
6. ČEPICKÝ, Pavel. Herpes genitalis. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2005, 14, 2, s. 238-242. ISSN 1211-1058.
7. ČEPICKÝ, Pavel. *Papillomaviry* [online]. 27. ledna 2010 [cit. 2010-01-27]. Www.antikoncepce.cz. Dostupné z WWW: <<http://www.antikoncepce.cz/?page=3-4-15>>.
8. ČERNÝ, Zdeněk. *Infekční nemoci*. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997. 211 s. ISBN 80-7013-241-8.

9. DANEŠ, Luděk. Herpesvirové infekce – herpes genitalis. *Medicina v praxi*. 2000,č. 6, s. 49. ISSN 1212-8759
10. GÖPFERTO VÁ , Dana. *Epidemiologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 299 s. ISBN 80-246-1232-1.
11. HAMANOVÁ, J.; HELLEROVÁ, P. Syndrom rizikového chování v dospívání: 2.část: Prevence. *Česko-slovenská pediatrie*. 2000, 55, 7, s. 466-473. ISSN 0069-2328.
12. HAVLÍK, Jiří. Chlamydie patogenní pro člověka - klinika a terapie. *Interní medicína pro praxi*. 2007, 9, 10, s. 429-432. ISSN: 1212-7299.
13. HEGYI, Eugen. Gonorrhoea - kapavka. *Medicina v praxi*. 2000, č. 6, s. 51-52. ISSN 1212-8759.
14. HOLUB, Jiří, et al. *AIDS a my: aneb co je třeba vědět o AIDS*. 1. Praha: Grada Avicenum, 1993. 144 s. ISBN 80-7169-068-6.
15. HOLÝ, Petr; TURIN, Bedřich . Kontracepce. *Zdravotnické noviny*. 2002, 51, 10, s. 17-22. ISSN 0044-1996.
16. HONZÍKOVÁ, Marta. Chlamydie jako původce urogenitálních zánětů. *Sanquis*. 2007, 54, s. 22-24. Dostupný také z WWW: <www.sanquis.cz>. ISSN 1212-6535.
17. HORAŽĐOVSKÝ, Jiří. *Přenosné choroby: Sexuálně přenositelné nákazy (STD)*. s.81-90. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2001. 98 s. ISBN 80-7040-496-5.

18. HUSA, Petr. Současné možnosti léčby virových hepatitid. *Interní medicína pro praxi*. 2005, 7-8, s. 342-345. ISSN 1212-7299
19. HUSA, Petr. Virové hepatitidy - etiologie, diagnostika, léčba a prevence. *Practicus*. 2005, 4, 8, s. 322-325. ISSN 1213-8711.
20. HYBÁŠEK, Pavel. *Dermatovenerologie pro studující lékařství*. 1. vyd. Olomouc: [s.n.], 1991. 408 s. ISBN 80-7067-051-7.
21. JAUTOVÁ, Jagienka. Úskalí diagnostiky klinických projevů syfilisu. *Medicina v praxi*. 2000, č. 6, s. 54-55. ISSN 1212-8759.
22. JÍLKOVÁ, Eva. Lidské papillomaviry, karcinom děložního čípku a možnosti prevence. *Alergie* [online]. 2008, 1, s. 44-46.[cit. 2010-01-27]. Dostupný z WWW: <www.tigis.cz/alergie/documents/Jilkova.pdf>.
23. KAŠTÁNKOVÁ, Věra. Syfilis. *Iatrike techne*. 2003, 6, s. 32-35. ISSN 1213-6891.
24. KAŠTÁNKOVÁ, Věra. Sexuálně přenosné nemoci způsobené Chlamydia trachomatis. *Zdravotnické noviny* [online]. 11.4.2002, 2002, 3, [cit. 2010-04-05]. Dostupný z WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/sexualne-prenosne-nemoci-zpusobene-chlamydia-trachomatis-144064>>.
25. KŘEMEN, Jaromír. Opomíjené aspekty rizikového chování. *Zdravotnické noviny*. 2003, 33, s. 4-5. ISSN 0044-1996.
26. KŘEMENOVÁ, Soňa. Sexuálně přenosné choroby v rizikovém chování mládeže v oblasti reprodukčního zdraví. *Centrum etické výchovy a prevence sociálně patologických jevů* [online]. 2000, [cit. 2010-04-05]. Dostupný z WWW: <<http://www.cevap.cz/default.php?&ID=25&publ=1&cl=2>>.

27. KUBRICHTOVÁ, Lenka. Metodický portál, Články: „Sexuální výchova“ [online]. 22. 06. 2005. [cit. 07. 03. 2010.]. ISSN 1802-4785. Dostupný z WWW: <<http://clanky.rvp.cz/clanek/c/z/247/SEXUALNI-VYCHOVA.html>>.
28. MACEK, Petr. *Adolescence : Psychologické a sociální charakteristiky dospívajících*. 1. Praha: Portál, 1999. 208 s. ISBN 80-71-78-348-X.
29. MACEK, Petr. *Adolescence, utváření identity a současní čeští dospívající*. 1. Brno: František Šalé - Albert, 2001. 142 s. ISBN 80-7326-001-8.
30. MACHOVÁ, Jitka. *Reprodukční zdraví v dospívání*. 1. Praha : H & H Vyšehradská, s.r.o., 2002. 197 s. ISBN 80-86022-94-3.
31. MACHOVCOVÁ, Alena. Syfilis a třetí tisíciletí. *Časopis lékařů českých*. 2002, 141, 3, s. 96-100. ISSN 0008-7335.
32. MAKALOVÁ, D.; HOŘEJŠÍ, Jan. Antikoncepce pro mladistvé. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2001, 10, 4, s. 456-462. ISSN 1211-1058.
33. MAREK, Igor. Syfilis (lues, příjice) z pohledu ORL lékaře [online]. 2010, 22.2.2010 [cit. 2010-02-22]. *Www.orl.cz*. Dostupný z WWW: <<http://www.orl.cz/choroby/ustni/jazyk/zanet/1>>.
34. *Medicina* [online]. 5.4.2010 [cit. 2010-04-05]. *Www.zdrava-rodina.cz*. Dostupné z WWW: <http://www.zdrava-rodina.cz/med/med498/m498_40.html>.
35. MOJŽÍŠOVÁ, Adéla; KAŠOVÁ, Kateřina, et al. *Dopady HIV/AIDS v zemích jižní Afriky*. Praha: Triton, 2004. 89 s. ISBN 80-7254-566-3.
36. MORAVCOVÁ, P.; WEISS, P. Psychologické determinanty používání kondomů. *Praktický lékař*. 2006, 86, 3, s. 167-170. ISSN 0032-6739.

37. NOVOTNÝ, Pavel. *Vakcíny proti rakovině čípku* [online]. 20. prosince 2009 [cit. 2009-12-20]. Www.rakovina-delozniho-cipku-ockovani.cz. Dostupné z WWW: <<http://www.rakovina-delozniho-cipku-ockovani.cz/sigard-ockovaci-vakciny-prevence-rakoviny.html>>.
38. NOŽIČKOVÁ, Marie. *Pohlavní choroby: diagnostika a léčba*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. 45 s. ISBN 382-136-97.
39. PAULÍK, Karel. *Vývojová psychologie*. 1. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2002. 66 s. ISBN 80-7042-214-9.
40. PROVAZNÍK, Kamil; KOMÁREK, Lumír. *Manuál prevence v lékařské praxi: Základy prevence infekčních onemocnění*. 1. Praha: Fortuna, 2004. s.184-266. ISBN 80-7168-942-4.
41. RABUŠIC, Ladislav; KEPÁKOVÁ, Kateřina. *Sexuální chování adolescentů a riziko HIV. Sociologický časopis* [online]. 1999, 35, 2, [cit. 2010-04-05]. Dostupný z WWW: <http://sreview.soc.cas.cz/uploads/ea06d5a43a456ea9e06681b76cab06298e193aaf_208_161RABKE.pdf>.
42. *Rizikové chování v dospívání*. Www.zdravcentra.sk [online]. 11.8.2005, 43, [cit. 2010-02-22]. Dostupný z WWW: <http://www.zdravcentra.sk/cps/rde/xchg/zcsk/xsl/3141_3427.html>. ISSN 1214-3227.
43. Registr pohlavních nemocí. KHS Jihočeského kraje se sídlem v Českých Budějovicích.
44. STAŇKOVÁ, Marie. *Klinický obraz HIV/AIDS infekce. Zdravotnické noviny*. 2003, 33, s. 7-9. ISSN 1214-7664.

45. ŠEJDA, Jan, et al. *Prevence, léčba a další aspekty nákazy HIV/AIDS*. 1. Praha: Galén, 1994. 267 s. ISBN 80-85824-02-7.
46. ŠTORK, Jiří. *Dermatovenerologie*. 1. vyd. Praha : Galén, 2008. 502 s. ISBN 978-80-7262-371-6.
47. TACHEZY, Ruth et al. *Virové infekce genitálu* [online]. 5. listopadu 2009 [cit. 2010-01-15]. Www.papillomavirus.cz.
Dostupné z WWW: <http://www.papillomavirus.cz/odborna/anogenitalni.pdf>
48. TACHEZY, Ruth; HAMŠÍKOVÁ, Eva. *Lidské papillomaviry v patogenezi neoplázií děložního čípku* [online]. 5. listopadu 2009 [cit. 2010-01-15]. Www.papillomavirus.cz.
Dostupné z WWW: http://www.papillomavirus.cz/odborna/HPV_neoplazie.pdf.
49. URBÁNKOVÁ, Jitka. Parazitární kožní choroby a jejich léčba. *Medicína pro praxi* [online]. 2008, 5, 2, [cit. 2009-11-25]. ISSN: 1212-7299. Dostupný z WWW: <http://www.solen.cz/pdfs/med/2008/02/08.pdf>.
50. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Zdravotnická statistika ČR: Pohlavní nemoci 2008*. Praha: Úzis ČR, 2009. 42 s. Dostupné z WWW: http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search_name=Pohlavn%ED%20nem®ion=100&kind=1&mnu_id=5300. ISBN 1210-8634.
51. UZEL, Radim. Sexuálně přenosné choroby. *Www.planovanirodiny.cz* [online]. 7.11.2009, [cit. 2010-02-22]. Dostupný z WWW: <http://www.planovanirodiny.cz/>.
52. UZEL, Radim. Chvála kondomu. *Www.planovanirodiny.cz* [online]. 7.11.2009, [cit. 2010-02-22]. Dostupný z WWW: <http://www.planovanirodiny.cz/>.

53. *Vakcíny proti rakovině čípku* [online]. 2007, 2010-01-05 [cit. 2010-01-05]. Rakovina děložního čípku a očkování. Dostupné z WWW: <<http://www.rakovina-delozniho-cipku-ockovani.cz/sigard-ockovaci-vakciny-prevence-rakoviny.html>>.
54. VELEMÍNSKÝ, Miloš. *Vybrané kapitoly z pediatrie*. 4. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2003. 170 s. ISBN 80-7040-643-7.
55. VONKA, V.; HAMŠÍKOVÁ, E. Karcinom děložního čípku: od poznání etiologie k profylaktické vakcíně. *Časopis lékařů českých*. 2006, 7, s. 511-521. ISSN 0008-7335.
56. WEISS, Petr. AIDS hrozí každému. *Psychologie dnes*. 2000, 4, s. 14. ISSN 1212-9607.
57. WEISS, Petr. Sexuální morálka a sexuální chování. *Praktický lékař*. 2001, 81, 3, s. 131-134. ISSN: 0032-6739.
58. WEISS, Petr; KUČERA, Zdeněk; SVĚŘÁKOVÁ, Marcela. *Centrum etické výchovy a prevence sociálně patologických jevů* [online]. 2002, 5.4.2010 [cit. 2010-04-05]. [Www.cevap.cz](http://www.cevap.cz). Dostupné z WWW: <<http://www.cevap.cz/default.php?&ID=25&publ=3&cl=53>>.
59. ZÁRUBA, František. *Dermatovenerologie*. 2. přeprac. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 1992. 122 s. ISBN 80-7066-692-7.
60. ZVĚŘINA, J. Ještě k sexuální výchově. *Zdraví*. 1995, 13. ISSN: 0139-5629

8. Klíčová slova

Adolescence

Sexuálně přenosná onemocnění

STD

Prevence

Syndrom rizikového chování v dospívání

9. Příloha

Dotazník

Vážený studente, vážená studentko,
jmenuji se Kateřina Drahoňovská a studuji pátý ročník oboru Odborný asistent v ochraně veřejného zdraví Zdravotně sociální fakulty JU. Dotazník, který máte před sebou, se týká *Vaší informovanosti a názorů na problematiku využívání antikoncepce v souvislosti s prevencí sexuálně přenosných onemocnění*. Dotazník je ANONYMNÍ a bude použit pouze jako podklad pro mou diplomovou práci.

Zvolenou odpověď prosím označte křížkem.

1. Věk
2. Pohlaví: Muž
 Žena
3. Studuji:
 SOU
 SŠ
 Gymnázium
4. Proběhla na tvé ZŠ sexuální výchova jako součásti výuky?
 Ano
 Ne
5. Zúčastnil/a ses nějakého preventivního programu (např. na základní škole), jehož tématem byla problematika sexuálně přenosných onemocnění?
 Ano
 Ne
6. Myslíš si, že se tě týká riziko nákazy sexuálně přenosným onemocněním?
 Ano
 Ne
7. Zahájil/a už jsi pohlavní život?
 Ano
 Ne
8. Pokud jsi na otázku č. 7 odpověděl/a ano, v kolika letech?
 Dříve než v 15 letech
 V 15 letech
 V 16 letech
 V 17 letech
 V 18 letech
9. V jakém věku si myslíš, že je nejvhodnější začít se sexuálním životem?
.....
.....
10. Jaký typ antikoncepce používáš?
 Hormonální antikoncepce
 Kondom
 Pesar
 Spermicidy
 Jiný typ – napiš jaký:
.....
.....
11. Myslíš si, že existuje ještě nějaký další typ antikoncepce, kromě kondomu, který chrání před pohlavně přenosnými chorobami?
 Ano
 Ne
12. Domníváš se, že kondom poskytuje 100% ochranu před pohlavně přenosnými chorobami?
 Ano
 Ne
13. Jaká sexuálně přenosná onemocnění znáš?
.....
.....
.....
.....
.....

14. Jaký obor medicíny se specializuje na léčbu pohlavně přenosných onemocnění?
- Urologie
 - Dermatovenerologie
 - Sexuologie
15. Setkal/a ses někdy ve svém okolí s pohlavně přenosným onemocněním?
- Ano, bylo diagnostikováno mně
 - Ano, bylo diagnostikováno někomu v mém okolí (přátelé, rodina,...)
 - Ne, nikdy jsem se s tímto onemocněním nesetkal/a
16. Jak by ses zachoval/a, kdybys na sobě pozoroval/a příznaky pohlavně přenosného onemocnění?
- Počkal/a bych, až příznaky samy zmizí
 - Koupil/a bych si nějaké léky v lékárně
 - Co nejrychleji bych navštívil/a lékaře
17. Jaké z těchto příznaků podle tebe patří mezi příznaky kapavky?
- Ostrá pálivá bolest a výtok z močové trubice
 - Teplota okolo 40 st. Celsia
 - Genitální bradavice
18. Pokud někdo prodělá kapavku a je vyléčen, může se znovu nakazit?
- Ano
 - Ne
19. Chlamydiové infekce způsobují:
- Chronické záněty pohlavního ústrojí až sterilitu
 - Nezpůsobují onemocnění pohlavního ústrojí
 - Lehkou vyrážku, která za krátko samovolně odeznívá
20. Herpes genitalis (genitální opar):
- Nepatří mezi sexuálně přenosná onemocnění
 - Přežívá v nervové tkáni a může se kdykoliv opakovat
 - Je bakteriální onemocnění
21. Onemocnění syfilis se v prvním stadiu projevuje:
- Vyrážkou
 - Neprojevuje se
 - Tvrdým nebolestivým vředem v oblasti genitálu
22. Onemocnění HIV/AIDS je:
- Vyléčitelné
 - Nevyléčitelné
23. Myslíš si, že pohlavně přenosná onemocnění postihují pouze pohlavní orgány?
- Ano
 - Ne, mohou postihovat i ostatní orgány a soustavy orgánů
24. Jaké z těchto onemocnění je u mladých lidí ve věku 15-18 let nejčastější?
- Kapavka
 - Syfilis
 - Chlamydiová infekce
25. Mohou některé pohlavně přenosné nemoci probíhat zcela bez příznaků?
- Ano
 - Ne
26. Myslíš si, že proti některým pohlavně přenosným onemocněním existuje očkování?
- Ano
 - Ne
27. Pokud jsi na otázku č. 26 odpověděl/a ano, jaké pohlavně přenosné nemoci, proti kterým lze očkovat, znáš?
-
-
-

28. Mohou se některé sexuálně přenosné choroby přenášet z matky na dítě (tzn. mohou být vrozené)?
- Ano
 - Ne
29. Myslíš si, že máš dostatek informací o problematice sexuálně přenosných onemocnění?
- Ano
 - Ne
30. Kde jsi tyto informace získal/a?
- Od rodičů
 - Od učitelů
 - Od kamarádů
 - Z médií – televize, internet, časopisy, knihy, ...
 - Z jiných zdrojů

Následující otázky jsou určeny pouze pro dívky!

31. Jak často navštěvuješ svého gynekologa za účelem preventivní prohlídky?
- Ještě jsem gynekologa nenavštívila
 - Pravidelně 1x za rok
 - Pouze když mám nějaké potíže
32. Pokud už jsi navštívila gynekologa, v kolika letech jsi byla na prohlídce poprvé?
- Před 15. rokem
 - V 15 letech
 - V 16 letech
 - V 17 letech
 - V 18 letech

