

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**ZHODNOCENÍ ZNALOSTÍ STUDENTŮ VYBRANÝCH
ČTYŘLETÝCH GYMNÁZIÍ V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH O
PRIMÁRNÍ PREVENCI V OBLASTI SEXUÁLNĚ PŘENOSNÝCH
CHOROB**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Doc. MUDr. Vladimír Vurm, CSc

Autor:

Lucie Jozová

2011

ABSTRACT

The title of my bachelor degree thesis is: Evaluation of knowledge about primary prevention of sexually transmitted diseases among students from selected four-year grammar schools in České Budějovice. As indicated by the title, my objective was to find out what information the students have about the issue of sexually transmitted diseases and how they protect themselves against such infections. In the theoretical part of my thesis I dealt with the current occurrence of venereal diseases, their classification, legislative measures and detailed descriptions of the individual diseases.

The research part of my thesis is based on an anonymous questionnaire. I have used 178 questionnaires fully filled out by students in the first and second years of four-year grammar schools. I formulated two hypotheses. The first hypothesis assumes that students get the information about the issue most frequently from media. This hypothesis has been confirmed and it demonstrates a long-term trend of an ever increasing influence of media on the young population. The second hypothesis assumes that the health education provided at schools in this field is seen by students as insufficient. This hypothesis has not been confirmed because only 35,4 % of the students evaluated the education as insufficient (or as none at all).

The results have shown that the students are not indifferent to the issue of sexually transmitted diseases (STD), however in certain areas their awareness should be increased to a necessary level.

This thesis may be used for teaching purposes and its results may be used by the schools involved in the questionnaire survey as a basis for sexual education and programs of primary prevention to increase the knowledge about the issue among the students and to motivate them to a better approach to their health protection against sexually transmitted diseases.

Prohlášení

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

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne.....

.....

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucímu práce, doc. MUDr. Vladimíru Vurmovi, CSc., za ochotu a cenné rady při zpracování bakalářské práce. Jeho vedení a pomoci si velmi vážím.

Obsah:

1. SOUČASNÝ STAV	9
1.1 Charakteristika sexuálně přenosných chorob	9
1.2 Aktuální statistické údaje.....	10
1.3 Právní aspekty STD	11
1.3.1 Hlášení pohlavních nemocí.....	12
1.3.2 Registr pohlavních nemocí	12
1.3.3 Povinnosti lékaře a pacienta	13
1.4 Rozdělení STD.....	14
1.5 Popis vybraných sexuálně přenosných onemocnění.....	15
1.5.1 Syfilis	15
1.5.2 Kapavka	20
1.5.3 Měkký vřed (ulcus molle).....	22
1.5.4 Lymphogranuloma venereum (Venerický lymfogranulom).....	24
1.5.5 Granuloma inguinale (donovanóza).....	25
1.5.6 AIDS	27
1.5.7 Chlamydie	30
1.5.8 Papilomavirové infekce	32
1.5.9 Herpes genitalis.....	35
1.6 Prevence.....	36
1.6.1 Primární prevence před STD	37
2. CÍLE A HYPOTÉZY	39
2.1 Cíl práce	39
2.2 Hypotézy práce	39
3. METODIKA	40
3.1 Použitá metoda sběru dat	40
3.2 Dotazník.....	40
3.3 Charakteristika zkoumaného souboru.....	40
4. VÝSLEDKY	41
5. DISKUZE	74
6. ZÁVĚR	84

7. POUŽITÁ LITERATURA.....	86
8. KLÍČOVÁ SLOVA.....	92
9. PŘÍLOHY.....	93

Úvod

Ačkoliv se může zdát, že problematika sexuálně přenosných onemocnění (dále jen STD) je v dnešní moderní době dobře známé a rozšířené téma a že není možné, aby se počet nových případů těchto onemocnění zvyšoval, opak je pravdou. Statistická čísla ukazují, že problematika STD je stále velmi aktuální. Jen v průběhu roku 2009 bylo v České republice evidováno celkem 997 případů onemocnění syfilis, 724 případů onemocnění kapavkou a 157 nově zjištěných případů HIV pozitivitu (49). Kromě těchto pohlavních nemocí, které jsou povinně hlášeny, by nás měl varovat i mimořádný rozvoj sexuálně přenosných chorob, jako jsou chlamydiové infekce nebo onemocnění způsobená lidskými papilomaviry (HPV), které představují v dnešní době nejčastěji pohlavně přenosné infekce.

Aby se čísla ukazující počty nových onemocnění STD každým rokem nezvyšovala, je nutné věnovat se ve společnosti především prevenci primární. Ta spočívá obzvláště v podávání kvalitních informací, výchově ke zdravému životnímu stylu, tím pádem i osvojení pravidel bezpečného sexu.

Problematika STD skýtá celou řadu nejrůznějších problémů k řešení, ať už jde o velmi svízelný boj v oblasti primární prevence, neboť většina opatření, jak předcházet STD, jsou opatření, která společnost příliš nerespektuje, jako je bezpečný sex, zodpovědnost v navazování sexuálních vztahů nebo boj proti promiskuitnímu chování. Sexuálně přenosná onemocnění nám komplikují společenský život, mají psychický i ekonomický dopad, ohrožují náš celkový zdravotní stav a mohou způsobit trvalé zdravotní komplikace, se kterými budeme muset žít po celý život. V neposlední řadě je důležité si uvědomit, že pořád žijeme v době pandemie onemocnění AIDS, které je stále i přes velký pokrok medicíny nevléčitelné.

Tato bakalářská práce je zaměřena na informovanost studentů gymnázií o primární prevenci v oblasti sexuálně přenosných onemocnění. Svou práci jsem záměrně zaměřila na populaci mladých lidí, neboť věková skupina 15–24 let je obecně nejohroženější skupinou populace.

U mladých lidí před zahájením nebo i v počátcích svého pohlavního života je velmi důležité, jaké společenské, zdravotní i hygienické návyky si osvojí a jaký zvolí přístup k vlastnímu zdraví. Je důležité si uvědomit, že období dospívání je velmi rizikové hned z několika důvodů. Jednak jde o období získávání prvních sexuálních zkušeností, kdy mladí lidé udržují krátkodobé vztahy a často střídají své sexuální partnery, rádi se pouštějí do nejrůznějších experimentů a často praktikují sex bez bariérové ochrany, neboť tu v dnešní době nahradila masově používaná hormonální antikoncepce. Dále samozřejmě přichází v úvahu zneužívání alkoholu, popřípadě i drog, a v neposlední řadě je zapotřebí zdůraznit, že mladí lidé jsou biologicky náchylnější k infekcím.

Proto mě zajímalo, jaké je chování a smýšlení těchto mladých lidí, jak přistupují k ochraně před STD, zda si uvědomují, že jsou velmi ohroženou skupinou, a jaké jsou jejich informace a názory týkající se této problematiky.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Charakteristika sexuálně přenosných chorob

Sexuálně přenosná onemocnění byla dřívá nazývána pohlavními nemocemi. Dnes se na celém světě používá mezinárodním označení STD- sexually transmitted diseases , nebo také STI-sexually transmitted infections. Jde tedy o širší kategorii, do které zařazujeme všechny choroby, jejichž šíření je umožněno převážně nebo výhradně pohlavním stykem (42).

Sexuálně přenosné nemoci jsou dnes poměrně obsáhlou skupinou infekčních nemocí různé etiologie. Řadíme sem tzv. klasické nemoci, které tvoří pětice chorob, jejichž diagnostika, léčba i následná opatření jsou u nás regulována legislativními opatřeními. Patří sem syfilis, kapavka, měkký vřed, venerický lymfgranulom a inguinální granulom. Do širší skupiny STD pak zařazujeme nemoci houbové, virové i parazitární, mykoplazmové, chlamydiové aj (33). Dle odhadů Světové zdravotnické organizace je počet nových případů STD kolem 500 miliónů případů ročně (31).

Nejstarší zprávy o pohlavních chorobách pocházejí z doby před pěti tisíci lety. Trvalo celá staletí, než se zpřesnil pojem přenosné nákazy. Odhalení původců jednotlivých onemocnění nebylo vždy snadné a spadá do období teprve posledních desetiletí. Původce onemocnění kapavkou prokázal v roce 1879 Neisser, etiologickou diagnostiku měkkého vředu provedl v roce 1889 Durcey a původce příjice prokázal v roce 1905 Schaudinn a Hoff-man. Postupně následovaly i dalších průkazy jednotlivých původců (7).

Sexuálně přenosné nemoci můžeme zařadit mezi choroby sociální a výše jejich výskytu v populaci je do značné míry ukazatelem společenských a výchovných aspektů. Jejich zvýšený výskyt ve společnosti vzbuzuje obavy z nedostatečné sexuální výchovy a absence používání bariérové antikoncepce. Nebezpečí pohlavně přenosných nemocí nespočívá pouze ve stránce zdravotní, ale souvisí s celou řadou dalších oblastí společenského života, které zasahují do oblasti, etiky, morálky, vzdělávání, hodnotového systému, lidské sexuality. Mezi hlavní příčiny zvýšeného výskytu STD patří rizikové sexuální chování, komerční sex bez legislativních pravidel,

nezodpovědnost, užívání drog, alkoholismu, společensky - ekonomické podmínky, chudoba, cizinci, stěhování obyvatel aj (23).

1.2 Aktuální statistické údaje

Aktuální statistické údaje v České republice v roce 2009:

Výskyt syfilis a kapavky

V průběhu roku 2009 bylo v České Republice evidováno celkem 1 721 případů pohlavních onemocnění (PN), z toho 997 případů představovalo onemocnění syfilis a 724 případů představovalo onemocnění kapavkou. Více než dvě třetiny případů se týkaly mužů a 298 hlášených onemocnění bylo zjištěno u cizinců. Incidence onemocnění syfilis v letech 2007, 2008 a 2009 stoupla a v roce 2009 vzrostla téměř na dvojnásobek počtu případů než v roce 2006. Opačný vývoj je naopak patrný u onemocnění kapavkou, u které došlo od roku 2007 k poklesu incidence o 38 procent.

Z hlediska věku byla syfilis nejčastěji hlášena ve skupině 25-29 let u mužů a ve skupině 20- 24 let u žen. Kapavka byla hlášena nejčastěji ve věkové skupině 20-24 let u mužů a u žen se na první místo v hlášení kapavky dostala věková skupina 15-19 let.

Podle podrobnějšího členění se onemocnění syfilis dělí na časnou, pozdní, vrozenou a jinou- neurčenou. Z tohoto členění byla vrozená syfilis zastoupená pouze v jednom případě. V roce 2009 byla nejčetnější diagnostikována syfilis časná (70%), následovala neurčená (22%) a pozdní (8%). U gravidních žen byla syfilis zjištěna v 61 případech a u kapavky v pouhých 3 případech. V 90 % případů kapavky se v roce 2009 jednalo o akutní formu. V roce 2009 dosáhla největšího počtu případů kapavky a syfilis opakovaně Praha. Na druhém místě se pak u případů syfilis umístil kraj Ústecký a u případů kapavky kraj Karlovarský.

Výskyt HIV/AIDS

V roce 2009 bylo u obyvatel ČR včetně cizinců s dlouhodobým pobytem zjištěno 157 nově zjištěných případů HIV pozitivitu a onemocnění AIDS se plně rozvinulo u 23 občanů, s tím, že u mužů byl v roce 2009 zaznamenán více než pětinasobný výskyt oproti ženám. Výskyt HIV/AIDS se v ČR sleduje od roku 1985 a od tohoto roku bylo diagnostikováno celkem 1 664 případů HIV pozitivitu, z toho se 1344 případů týkalo občanů ČR včetně cizinců s dlouhodobým pobytem a 320 případů bylo diagnostikováno cizinců s krátkodobým pobytem. Koncem roku 2009 žilo v České Republice něco přes 1100 HIV pozitivních obyvatel, z toho asi desetina s onemocněním AIDS.

V roce 2009 nebyl opět hlášen žádný případ lymfogranuloma venereum ani ulcus molle (49).

1.3 Právní aspekty STD

Význam pohlavních chorob je v lidské společnosti zajisté velký, proto každý vyspělý stát vede intenzivní boj proti pohlavním nemocem, vydává příslušné zákony a vyhlášky, které vymezují povinnosti lékařů i pacientů a stanovují i jiná opatření (20). V České Republice existuje dlouhá tradice úspěšného boje proti infekcím. První norma v prevenci pohlavních nemocí byla přijata již v roce 1922 (47). Stát se snaží usměrňovat šíření infekce legislativními opatřeními, mezi hlavní patří například:

- Zákon 20/1966 Sb. – O péči o zdraví lidu.
- Směrnice MZ ČSR č. 30/1968 Sb. - Opatření proti pohlavním nemocem.
- Vyhláška MZ ČR č. 204/1988 Sb. – Seznam přenosných nemocí.
- Vyhláška MZ ČR 225/1996 Sb. – O způsobu hlášení pohlavních nemocí.
- Zákon č. 258/2000 Sb. – O ochraně veřejného zdraví.
- Vyhláška 440/2000 Sb. - Předcházení vzniku a šíření infekčních nemocí (40).

1.3.1 Hlášení pohlavních nemocí

Povinnému hlášení pohlavní nemoci podléhají onemocnění pohlavní nemocí včetně reinfekcí, úmrtí na pohlavní nemoc a podezření z onemocnění nebo nákazy pohlavní nemocí na území České republiky. Zpravodajskou složkou je každé zdravotnické pracoviště, které onemocnění diagnostikovalo. Nejčastěji se jedná o dermatovenerologické oddělení. Jednotlivá hlášení jsou zaznamenávána do Národního registru pohlavních nemocí prostřednictvím Krajských hygienických stanic (49).

Povinnému hlášení podléhají tyto pohlavní nemoci:

-syfilis:

- vrozená syfilis (A50)
- časná syfilis (A51)
- pozdní syfilis (A52)
- jiná a neurčená syfilis (A53)
- gonokoková infekce (A54)
- lymphogranuloma venereum (A55)
- ulcus molle (A57), (49).

Hlášení podléhají také onemocnění HIV/AIDS, hepatitis B, scabies a pediculosis (40).

1.3.2 Registr pohlavních nemocí

Registr pohlavních nemocí slouží k zajištění informací o vybraných onemocněních k posouzení vývoje epidemiologické situace na území ČR, ke sledování zdravotního stavu obyvatelstva a k řízení poskytované zdravotní péče. Registr zahrnuje všechna epidemiologická hlášení o pohlavní nemoci, o úmrtí na pohlavní nemoc, podezření z onemocnění nebo nákazy pohlavní nemocí a označené zdroje nákazy pohlavní nemocí. Výsledky se předávají Světové zdravotnické organizaci (41).

1.3.3 Povinnosti lékaře a pacienta

Povinností každého lékaře je:

1. Hlásit na předepsaném tiskopisu kožnímu a pohlavnímu oddělení:
 - a) každé onemocnění pohlavní nemocí (PN),
 - b) každé podezření na onemocnění PN,
 - c) každé podezření na zdroj PN,
 - d) každé podezření na ohrožení PN,
 - e) každé úmrtí na PN,
 - f) jakékoliv porušení ze strany nemocného, zvláště pak přerušení léčby a kontrol.
2. Poučit nemocného o infekční povaze jeho onemocnění a dát mu písemné poučení, které musí nemocný potvrdit podpisem.
3. Dotazovat se na zdroj infekce a případné kontakty nemocného.
4. Pacienta léčit až do vyléčení a provádět potřebné kontroly. Pokud nemocný přejde do péče jiného lékaře, žádat od tohoto lékaře potvrzení o převzetí do evidence.
5. Zachovávat mlčenlivost.

K povinnostem některých lékařů patří také:

1. Kredeizace a vyšetření všech novorozenců.
2. Vyšetření na příjici u těhotných žen, na kapavku a příjici u žen, žádajících o přerušení těhotenství.
3. Vyšetření krve na příjici u všech hospitalizovaných osob a u dárců krve.
4. Vyšetření na příjici u osob zaměstnaných v potravinářství.

Povinnosti pacienta s pohlavní chorobou:

1. Podrobit se vyšetření, léčení i všem kontrolám. Nutné je také dodržování veškerých pokynů od lékařů a zdravotnického personálu.
2. Neohrozit nákazou jiné osoby. Ohrožení infekcí se kvalifikuje jako trestný čin.
3. Sdělit zdroj nákazy, pokud je mu známý (20).

1.4 Rozdělení STD

Pohlavně přenosné nemoci představují v dnešní době velmi širokou skupinou infekčních chorob různé etiologie, jejichž společným znakem je šíření převážně pohlavním stykem (33). V současné době je známo více než 50 patogenních původců, které mohou způsobit pohlavně přenosnou infekci (40).

Sexuálně přenosná onemocnění lze rozdělit na:

Klasické pohlavní nemoci

- a) syphilis (lues, příjice) – původce *Treponema pallidum*
- b) gonorrhoea (kapavka) - původce *Neisseria gonorrhoea*
- c) *ulcus molle* (měkký vřed) - původce *Haemophilus ducreyi*
- d) *lymphogranuloma venereum* (venerický lymfogranulom) - původce *Chlamydia trachomatis* sérotyp L- L3
- e) *granuloma inguinale* (ingvinální granulom) – původce *Donovania granulomatis*.

Další sexuálně přenosné choroby

- a) chlamydiové – původce *Chlamydia trachomatis* sérotypy D, E, F, G, H, I, J, K

- b) mykoplazmatické infekce- původce *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*

- c) virové infekce vyvolané:
 - 1. herpetickými viry:
 - 1. 1. herpes genitalis- původce Herpes simplex virus typ 2 i typ 1
 - 1. 2. cytomegalovirová infekce- původce Cytomegalovirus (CMV)
 - 2. *condylomata accuminata* – původce HPV (Human papillomavirus)
 - 3. *mollusca contagiosa*- původce Poxvirus molluscae
 - 4. hepatitis - původce Hepatitis virus typ A, B, C, D, E
 - 5. AIDS – původce HIV 1 a HIV 2

d) Infekce protozoární (vyvolané prvoky)

1. trichomoniasis (trichomonóza) - původce *Trichomonas vaginalis*
2. amoebiasis (amebóza) - původce *Entamoeba histolytica* Schaudinn

e) Infekce mykotické (způsobené parazitárními houbami) – candidosis - původce nejčastěji *Candida albicans*

f) Parazitární onemocnění:

1. scabies (svrab) – původce *Sarcoptes scabiei*
2. pediculosis pubis (veš ohanbí) – původce *Pediculus pubis*

g) Ostatní onemocnění vyvolané bakteriemi: *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Gardnerella vaginalis* atd (24, 31).

1.5 Popis vybraných sexuálně přenosných onemocnění

1.5.1 Syfilis

Charakteristika

Syfilis neboli příjice, je celosvětově se vyskytující sexuálně přenosné infekční onemocnění, postihující různé orgány včetně kůže, kardiovaskulárního, muskuloskeletárního a centrálního nervového systému (40). Před objevením penicilinu byla syfilis příčinou velkého počtu úmrtí a nejzávažnějšími pokročilými projevy této infekce bylo míšní onemocnění s velmi vážně poškozenými nervovými vlákny, dále vysychání míchy, motorické poruchy, ochrnutí či syfilická demence. Od roku 1928, kdy britský bakteriolog Alexandr Fleming objevil penicilin, počet případů syfilis výrazně poklesl a její příznaky se zmírnily. Nicméně je skutečností, že její výskyt během posledních dvou desetiletí opět narůstá následkem změn životního stylu, větší promiskuity, velmi brzkého vstupu do sexuálního života a rozšíření prostituce (44).

Původce

Původcem syfilis je spirocheta *Treponema pallidum*, poddruh *pallidum*, kterou se nikdy nepodařilo úspěšně kultivovat na umělém médiu, a která nevykazuje Gramovo barvení (30).

Zdroj a inkubační doba

Zdrojem je výhradně infikovaný člověk v prvním či sekundárním stadiu onemocnění, nebo i v prvních letech latentní syfilis. V rozpětí 10 dní až 3 měsíců, nejčastěji bývá 3 týdny (10, 34).

Přenos

Nejčastěji sexuálním stykem, dále krví při použití kontaminovaných jehel a stříkaček u intravenózních uživatelů drog. Transfúzí nevyšetřené krve, spíše v rozvojových zemích (10). V ojedinělých případech může dojít k přenosu infekce kontaminovanými předměty (např. jídelními přístroji). K profesionálním onemocněním (primární postižení na ruku) dochází u zdravotních pracovníků následkem vyšetřování infekčních projevů u pacienta. Transplacentární přenos či infekce při porodu jsou příčinou kongenitální syfilis (34).

Podle současného dělení rozlišujeme syfilis na dvě stadia, a to časné a pozdní.

Časné stádium nám slučuje stádium primární a sekundární a je pro něj charakteristická jeho infekčnost. *Pozdní stádium* se kryje se stádiem terciálním a je neinfekční. (32). Další dělení syfilis je na získanou (v průběhu života) a vrozenou (kongenitální) syfilis (44).

Příznaky

Toto onemocnění se vyvíjí v několika rozdílných fázích, podle kterých rozlišujeme primární, sekundární a terciální syfilis a každá z nich má své klinické projevy, které bez léčby vedou k velmi vážným následkům a končí smrtí (44).

Primární stadium

Toto stadium vzniká 2 až 3 týdny po kontaktu se zdrojem infekce, objevuje se primární léze (tvrdý vřed), která je lokalizována zpravidla na genitáliích, ovšem může postihnout i orofaciální oblasti jako jsou rty nebo ústní dutina (32). Sekret z povrchu tohoto vředu je vysoce infekční. Vřed se obvykle sám zahojí během několika týdnů (26).

Sekundární stadium

Toto stadium začíná zhruba po 8 týdnech po zhojení vředu. Má své charakteristické příznaky jako je malátnost, bolest v kloubech, horečka nebo anémie. Objevuje se vyrážka, která je lokalizována zpravidla na končetinách a trupu (makula, papula, pustula). Dochází ke zvětšení lymfatických uzlin a vzniku erozí na sliznicích, nejčastěji v ústech, na patře apod. (32). V místě vlhké zapáčky se objevují ploché výrůstky (kondylomata), které jsou plné trepanem a jsou tedy velmi infekční. Nejdéle do roka, zpravidla však po několika týdnech klinické příznaky toho stadia vymizí. Nastane období (latentní příjice), které je bez klinických příznaků a může trvat i řadu let, při sérologickém vyšetření krve je ale pozitivní. (26)

Terciální stadium

Zhruba třetina neléčených případů přechází ve třetí stadium. Charakteristické pro toto stadium je lokalizace v určitém orgánu, na kůži, v kostech, v okolí kloubů, ve svalech, v játrech, v cévách nebo v centrální nervové soustavě (26). Toto stadium dělíme podle postižení do 3 podskupin: nezhoubná syfilis, srdečně-cévní syfilis a nervová syfilis (35).

Nezhoubná syfilis

Základním projevem je specifický granulom- gumma, které postihují nejvíce kůži a kosti, vzácně i ostatní orgány. Gummata nacházíme asi u 16% případů neléčené syfilis, v současnosti již velmi vzácně.

Srdečně- cévní syfilis

U zhruba 10% neléčených případů dochází po 5-15 k tomuto stadiu onemocnění. Nejmírnější formou je nekomplikovaný zánět vzestupné aorty. Při výrazném postižení vzniká aneurysma, které pokud praskne, může způsobit náhlé úmrtí.

Nervová syfilis

Diagnostikovat nervovou syfilis je velmi obtížné, neboť může napodobovat celou řadu různých poruch centrální nervové soustavy. Proto se také doporučuje vyšetření mozkomíšního moku u všech případů syfilis, zejména po prvním stádiu. Postižení CNS může být symptomatické, nesymptomatické, meningovaskulární, parenchymatózní. (35)

Vrozená syfilis (kongenitální)

Infikované a neléčené matky mohou s pravděpodobností až 80-90% přenést syfilis na plod (26). Infekce plodu se objevuje zpravidla od 4. měsíce těhotenství, tedy po ukončení vývoje placenty. Pokud se matka nakazí před nebo během prvního trimestru, tak se nemoc na plodu nijak neprojeví v případě, že je syfilis u matky včas diagnostikována a léčena. V případě, že je matka nakažena v období kolem početí a není adekvátně léčena, tak treponemy vstupují placentou přímo do krve plodu. Je zasažena placenta i plod a v 7. – 8. měsíci těhotenství dochází k syfilitickému potratu. Pokud je infekce matky staršího data, je placenta postižena méně a narodí se živé dítě s klinickými symptomy, charakteristickými pro sekundární syfilis (syphilis congenita recens). Pokud je matka ve stadiu latence bez předchozí léčby, narodí se dítě, u něhož se onemocnění projeví až po letech (syphilis congenita tarda). Je-li infekce matky velmi starého data, nebo dojde-li k infikování matky jen několik týdnů před porodem, může se narodit zdravé dítě (33).

Epidemiologická opatření

Preventivní

- Uplatňování pravidel bezpečného sexu.
- Sérologické vyšetřování u dárců krve.

Represivní

- Povinné hlášení nemoci, vyšetřování nemocných a jejich léčení.
- Sérologické vyšetřování těhotných žen jako prevence vrozené syfilis.
- Vyhledávání a vyšetřování kontaktů a zdrojů infekce (10).

Diagnostika

Diagnózu lze stanovit na základě klinického obrazu, epidemiologické anamnézy a výsledků laboratorních vyšetření (34). Přímý důkaz *Treponema pallidum* je možné získat jen z klinických projevů I. a II. stádia získané syfilis a provádí se mikroskopickým vyšetřením sekretu v zástinu (temném poli). Mezi spolehlivější metody patří přímá imunofluorescence a PCR. Za běžná průkazná vyšetření se považují sérologická vyšetření, která rozdělujeme na nespecifické a specifické testy. Mezi nespecifické testy patří: BWR, VDRL a RRR. Tyto reakce zjišťují protilátky proti fosfolipidovým antigenům, které jsou buď složkou treponemy, nebo se uvolňují z tkání jako důsledek nemoci. (33). Mezi specifické testy patří: TPHA, ELISA nebo FTA-ABS a jsou založeny na principu detekce specifických protilátek proti antigenům *Treponema pallidum* (47). V terciální fázi onemocnění je zapotřebí pro určení diagnózy provést punkci mozkomíšního moku, později lze udělat krevní vyšetření (44).

Léčba

Lze relativně jednoduše a účinně léčit penicilinovými injekcemi, neboť *Treponema pallidum* je stále vysoce citlivá na toto antibiotikum. U pacientů alergických na penicilin, se používají jiné, stejně účinné léky jako je Erytromycinem. Po léčbě se během několika měsíců provádí kontrolní vyšetření, a pokud jsou tato vyšetření po uplynutí jednoho roku negativní, může se syfilis považovat za definitivně vyléčenou (44).

1.5.2 Kapavka

Charakteristika

Onemocnění, kapavkou patří mezi nejstarší pohlavní onemocnění, které popisovali již staří Egypťané a Židé (7). I přes poměrně snadnou léčitelnost zůstává v dnešní době významným zdravotním problémem zvláště v souvislosti s ostatními STD a rozvojem rezistence některých kmenů gonokoků vůči antibiotikům (47). Z hlediska lokalizace může mít onemocnění formu urogenitální (postihující močové a pohlavní orgány), a formu extragenitální, která může postihovat konečník, oropharynx popřípadě i další orgány. Rozlišujeme kapavku akutní a chronickou. Do chronické formy přechází akutní kapavka zpravidla tehdy, pokud není léčena nebo pokud je léčena neadekvátně (38). Je to klasická pohlavní nemoc, která v ČR spadá pod zákon o pohlavních nemocech (33).

Původce

Gonokok *Neisseria gonorrhoeae*, který je nesmírně citlivý na podmínky zevního prostředí. Většinou je dobře citlivý na penicilin, ovšem v posledních letech se objevily i některé rezistentnější kmeny (32).

Zdroj a inkubační doba

Zdrojem je pouze infikovaný člověk. Inkubace obvykle 3 až 5 dnů, velmi vzácně může být i jeden měsíc.

Přenos

Různé formy sexuálního styku. Nepřímý přenos je velmi ojedinělý, díky vysoké citlivosti gonokoka na zevní prostředí. Během porodu je infikovaná matka schopna nakazit novorozence inokulací do spojivkového vaku, a tak ho ohrozit zánětem spojivek (konjunktivitidou), (32).

Příznaky

První příznak se u mužů objevuje zhruba za tři až pět dní po styku s infekčním partnerem, zpravidla to bývá pálení a řezání při močení společně s hnisavým výtokem z močové trubice a zarudnutím jejího vnějšího ústí. Toto akutní stadium někdy může přejít do stadia chronického. V tomto stadiu vymizí bolestivé příznaky, výtok se objevuje jenom ráno a šíří se z močového ústrojí na ústrojí pohlavní (chámovody, nadvarlata). Možným následkem bývá neplodnost.

U ženy bývá doba od nákazy do objevení se prvních příznaků často delší, v průměru pět až sedm dní. Více než polovina kapavčitých nákaz u ženy unikne pozornosti, neboť symptomy jsou velmi mírné (výtok a obtíže při močení) a žena je snadno přehlédne. V této době je žena ovšem infekční a o své nemoci se mnohdy dozví, až když nakazí svého partnera. Neléčená kapavka může, podobně jako u muže, vést k orgánovému poškození a ke vzestupu gonokoka do vyšších oddílů rodidel. Z toho pak může vzniknout postižení vejcovodů s jejich následnou neprůchodností a neplodností (42).

Při postižení konečníku může být průběh infekce asymptomatický, z příznaků je pak přítomen výtok, hnis ve stolici, pálení, perianální pruritus. Postižení orofaryngu může být rovněž bezpříznakové, nebo jsou symptomy podobné jako u tonzitidy, faryngitidy jiného původu- bolest v krku, zarudnutí, případně bílé hlenohnisavé povlázky v oblasti tonzil.

Celkové komplikace způsobené hematogenním šířením infekce jsou například endokarditida, vzácně i meningitida či zánětlivé postižení kloubů (38).

Epidemiologická opatření

Preventivní

- Dodržování pravidel bezpečného sexu.
- Preventivní antiseptika očních spojivek u novorozenců (kredelizace).

Represivní

- Hlášení výskytu onemocnění

- Povinná, včasná a adekvátní léčba infikovaných osob, vyhledávání a případná léčba kontaktů nemocného (10).

Diagnostika

Při podezření na onemocnění, je lékař povinen provést výtěr z děložního hrdla, vagíny, konečníku, močové trubice a krku. Předběžnou diagnózu lze stanovit do 24 hodin a následně ji do 72 hodin potvrdit (44). Hlavním těžištěm průkazu infekce je přímá diagnostika, mikroskopie, kultivace, nebo moderní metoda detekce DNA (38,47).

Léčba

Léčba onemocnění a následná dispenzarizace a kontrolní vyšetření po léčbě spadá výhradně do kompetence dermatovenerologa. K léčbě se používají různé druhy antibiotik, přihlíží se ke stadiu onemocnění, alergiím, graviditě či citlivosti na některé antibiotikum. Nárůst rezistence určitých kmenů na některé druhy antibiotik např. na penicilin, je způsoben zejména nadužíváním antibiotik ve vyspělých zemích a také neuvážená samoléčba, některých pacientů (38).

1.5.3 Měkký vřed (ulcus molle)

Charakteristika

Klasické pohlavní onemocnění projevující se bolestivými vředovitými lézemi na genitálu s odezvou spádových uzlin. U nás není v posledních letech znám žádný případ. Vzhledem k rozšířené turistice, včetně sexuální, je možné snadno infekci zavléct na území České Republiky, a to i z oblastí jako je například USA (47).

Původce a inkubační doba

Původcem je gramnegativní, štíhlá bakterie- tyčinka *Haemophilus Durecreyi*, citlivá na zvýšenou teplotu a vyschnutí. Inkubační doba se pohybuje v rozmezí 4 až 10 dnů (30).

Přenos

Přenos je možný pouze pohlavním stykem, nakažlivost onemocnění je vysoká. Muži jsou postiženi častěji než ženy.

Příznaky

Na začátku onemocnění se objeví drobný červený puchýřek, který během několika hodin přechází v pustulu a vřed, který je okrouhlého nebo oválného tvaru a má průměr 3 až 20 mm s podminovanými, otřepenými okraji. Snadno krvácí. Nápadná je bolestivost a mnohočetnost vředů, ty vznikají zpočátku z primárního vředu, později jeden z druhého. Obvyklá je lokalizace u mužů na předkožce, žaludu, nebo v oblasti uzdičky. Vředy mimo oblast genitálií nacházíme jen ojediněle např. na rtech nebo prstech. Vřed přetrvává týdny a zhojuje se viditelné vkleslou jizvou. Ke zduření mízních uzlin dochází během několika dnů až týdnů a extrémní a bolestivé je zduření uzlin v oblasti třísel. Zduřené uzliny jsou rozsáhlých rozměrů a nazývají se dýměje, kůže nad nimi je červená, srůstá s kůží a vznikají píštěle, z nichž vytéká žlutozelený hnis. Dutina se vyplní granulacemi a dohojí se vtaženou jizvou.

Epidemiologická opatření

Preventivní

- Uplatňování pravidel bezpečného sexu, důsledné používání kondomu.

Represivní

- Zákonná opatření, kterým podléhají klasické pohlavní nemoci (27).

Diagnostika a léčba

Diagnóza se stanovuje mikroskopicky- barvení podle Grama, kultivačně – na speciálních půdách za vyšší tenze CO_2 v kultivační atmosféře, nebo průkazem DNA-PCR metodou (47). Probíhá antibiotiky, zejména se používá azitromycin, ceftriaxon, erytromycin, ciprofloxacin (40).

1.5.4 Lymphogranuloma venereum (Venerický lymfogramulom)

Charakteristika

Lymphogranuloma venereum, tropické bubo nebo také Nicolasova-Favreova čtvrtá pohlavní nemoc byla jako samostatná nemoc uvedena v roce 1913. Tato choroba se vyskytuje nejčastěji v tropických a subtropických oblastech (Afrika, Indie, Asie). V mírném pásmu se objevuje jen zcela ojediněle (22). U nás se toto onemocnění dlouhodobě neobjevuje, pokud by se ovšem vyskytlo, podléhá onemocnění legislativním opatřením týkajících se povinného hlášení (49).

Původce a inkubační doba

Původcem je *Chlamydia trachomatis*, sérotypy L1, L2, L3, která proniká poškozenou sliznicí. Inkubace je v rozmezí 3 až 30 dnů, v průměru trvá 2 týdny (40).

Příznaky

Onemocnění se projevuje ve třech odlišných stádiích. *V prvním stádiu* se za 1 až 2 týdny po infekci objevuje na genitálu nebolestivý pupínek až puchýřek, který se rozpadne ve vřidek. Projevy mohou být i nenápadné, odhojí se rychle a bez následků. *Pro druhé stádium*, které nastává zhruba po týdně, je charakteristické zduření a zánět tříselných lymfatických uzlin – kůže nad uzlinami zčervená. Často se dostaví horečka se zimnicí. Uzliny, které se neustále zvětšují, se nakonec provalí na povrch kůže četnými otvory – píštělemi, ze kterých po dobu několika měsíců vytéká hnis. Současně nastává rozsev infekce do celého organismu. Tyto projevy jsou desetkrát častější u mužů než u žen. *Ve třetím stádiu* dochází k rozsáhlému destruktivnímu zánětu tkáně genitálu a konečníku, doprovázeno městnáním lymfy kolem genitálu s následným jizvením. Vzhledem k tomu, že u žen probíhají první dvě stádia často asymptomaticky, jsou tímto postižením zasaženy převážně ženy.

Infekce může zasáhnout i jiná místa jako jsou oči, dutina ústní nebo konečník. Mezi systémové komplikace patří záněty jater, kloubů, plic a mozkových blan, které trvají několik měsíců. Následné zjizvení vede k ucpání mizních cév, ke svrašťování, k

tvorbě píštělí a ke srůstům v malé pánvi. Důsledkem určitého stupně imunity se rozsev chlamydií postupně omezuje, ustává jejich množení, ale vskrytu přežívají v ložiscích až 20 let (22).

Diagnostika a léčba

Nepřímá diagnostika pomocí imunofluorescenční mikroskopie, kultivace- na nebuděčných kulturách nebo průkazem DNA- PCR metodou. Nepřímá diagnostika je možná sérologickým vyšetřením (47). K léčbě se používají tetracykliny, makrolidy nebo chloramfenikol v běžných dávkách po dobu nejméně 21 dní (13).

1.5.5 Granuloma inguinale (donovanóza)

Charakteristika

Granuloma inguinale nebo také donovanóza či pátá pohlavní choroba byla prvně popsána v roce 1882 a původce onemocnění byl zjištěn v roce 1905 Donovanem. Granuloma inguinale je velmi vzácné sexuálně přenosné onemocnění, které je nejvíce běžné v Nové Guineji, v Africe, Indii, Karibiku a Austrálii. U nás, v Británii a v USA se vyskytuje velmi vzácně (21).

Původce

Původcem je bakterie *Calymmatobacterium granulomatis*, která je gram negativní, nepohyblivá, asporogenní a zapouzdřená. Taxonomie není zcela objasněna, ale předpokládá se spojení s čeledí Enterobacteriaceae. Morfologicky a antigenně, se podobá členům rodu *Klebsiella*. Předpokládá se, že jde o běžný střevní organismus, který může být pozměněný bakteriofágem na patogenní organismus (30).

Inkubační doba a přenos

Inkubační doba se pohybuje se v rozmezí 5 dní až 3 měsíců. Hlavním způsobem přenosu je pohlavní styk, lze ale přenést i nepohlavní cestou při špatné hygieně, inokulací ze střevního obsahu v okolí konečníku a genitálu (46).

Příznaky

Po inkubační době vzniká jeden až několik podkožních uzlíků, které na povrchu kůže erodují tak, že vznikají granulomatózní, ostře ohraničené, obvykle nebolestivé vředy, které snadno krvácejí a dosahují stále větších rozměrů. Také dochází k postupnému zvětšování mizních uzlin. Vředy se hojí jizvou. Zbujelá tkáň má sklon k rozpadu a znetvoření, případně může dojít k úplnému rozrušení genitálu nebo uzávěrům močové trubice. Genitál (předkožka, stydké pysky) bývá postižen v 90 procentech případů, třísla v 10 procentech, řitní krajina v 5 až 10 procentech, další vzdálenější oblasti jako je hlava, ústa, rty, hrdlo, obličej, ale i játra nebo kosti jsou postiženy v 1 až 5 procentech případů. (21).

Diagnostika a léčba

Diagnóza je stanovena na základě mikroskopického vyšetření granulační tkáně a barvením Giemsovou nebo Wrightovou metodou (33). Léčba probíhá za pomoci tetracyklinu, doxycyklinu, erythromycinu nebo azitromycinu po dobu minimálně 2-3 týdnů, dokud se zranění zcela nezahojí. I po úspěšné léčbě a vyléčení má toto onemocnění tendenci k recidivě proto je nezbytné dlouhodobé sledování. V závažných případech může být léčba doplněna streptomycinem. Penicilin není u tohoto onemocnění účinný (30).

1.5.6 AIDS

Charakteristika

Syndrom získané imunodeficiencie – AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) je stav, který se rozvíjí v důsledku destrukce imunitního systému při infekci virem lidské imunodeficiencie- HIV (Human Immunodeficiency Virus) (36). AIDS byl poprvé hlášen ve Spojených státech v roce 1981 a virus HIV byl poprvé izolován v roce 1983, nicméně, studia uložených vzorků krve ukazují, že HIV vstoupil do populace USA již v roce 1970 (14). Řada vědců dokonce tvrdí, že HIV a tím i AIDS existovaly již ve velmi dřívějších dobách. Není ovšem známo, zda virus v té době zabíjel a jakým způsobem, neboť žádné pandemie pravděpodobně nebyly. Virus, který tehdy existoval, se stával postupně silnějším, jelikož lidské tělo mu poskytlo dobrého hostitele (16). AIDS se stal v rozpětí pouze jedné dekády pandemií, která postihuje miliony mužů, žen a dětí na všech kontinentech. Tato pandemie je ale v současné době stále ve svých počátcích a její konečný rozměr nelze dost dobře posoudit (39).

Původce

HIV (Human Immunodeficiency Virus) patří k retrovirům, k podčeledi zvané Lentivirinae, neboli pomalé viry, což znamená, že mezi počáteční nákazou a nástupem symptomů existuje interval – dlouhý někdy i několik let. Po vstupu do krevního řečiště - přes sliznice nebo krevní kontakt - HIV infikuje T4 lymfocyty a postupně je ochromí (14). HIV se vyskytuje ve dvou typech značených jako HIV - 1 a HIV - 2, které se liší ve složení povrchových struktur, geografickým výskytem, patogenitou a některými epidemiologickými charakteristikami. Můžeme říct, že za celosvětovou pandemii a naprostou většinu všech případů HIV/AIDS ve světě je zodpovědný virus HIV- 1, podíl viru HIV- 2 lze odhadnout na zlomek celkového počtu případů, které jsou navíc stále omezené především na oblast západní Afriky (5). Virus HIV je citlivý na teplo a lze ho inaktivovat běžnými dezinfekčními prostředky. UV záření ani ionizující záření však není účinné (10).

Zdroj a inkubační doba

Zdrojem je infikovaný člověk, zdravý i nemocný (39). Inkubační doba velmi různá. Doba od expozice k rozvoji vlastního onemocnění se pohybuje v širokém rozmezí od 6 měsíců do 10 let, ovšem může trvat i déle. (32)

Přenos

Pohlavním stykem – Při styku análním nebo vaginálním, heterosexuálním i homosexuálním. Riziko přenosu z muže na ženu je vyšší než z ženy na muže. Nejvyšší riziko představuje styk anální, při kterém často dochází k poranění sliznice.

Krevní cestou – Přenos přes kontaminovanou krev nebo krevní deriváty je dnes velmi vzácný, neboť od roku 1987 podléhají vzorky krve povinné kontrole. HIV lze přenést při sdílení společných jehel a stříkaček (dále i předměty spojené s přípravou drogy) u intravenózních uživatelů drog.

Z matky na dítě – K přenosu viru může dojít v průběhu těhotenství přes placentu, nebo při porodu, pravděpodobnost infikování dítěte je 20-30%. Potenciálním zdrojem infekce může být mateřské mléko (29).

Doposud nejsou žádné důkazy o přenosu viru HIV vodou, vzduchem, předměty, potravinami, hmyzem, kašláním nebo kýčáním. K nákaze nedojde užíváním společných přístrojů a riziko nehrozí ani při návštěvě koupaliště či toalety (39).

Příznaky

Podle Centra pro kontrolu a prevenci nemocí lze z časového hlediska mnohaletý průběh infekce HIV rozdělit do tří stádií, která nazýváme klinické kategorie A, B, C.

Klinická kategorie A- začíná akutní infekcí HIV, která postihuje asi 85 % lidí čerstvě infikovaných HIV a je provázena většinou netypickými příznaky, které připomínají chřipkové onemocnění. Dále je toto stadium bez klinických příznaků, jedná se o tzv. asymptomatické stadium. V tomto období dochází ke změnám imunitního systému- postupný a trvalý pokles CD4+ lymfocytů. Konec asymptomatického stadia zpravidla signalizuje zvětšení dvou a více nesousedních skupin lymfatických uzlin.

Klinická kategorie B- Pokud CD4+ lymfocyty poklesnou pod hodnotu 500/mm³ začínou se objevovat příznaky a člověk přechází z asymptomatického stadia symptomatického. Toto stadium je charakteristické výskytem malých oportunních infekcí nebo imunopatologických stavů (orofaryngeální kandidóza, herpes zoster, listerióza aj.).

Klinická kategorie C- Při hlubokém poklesu lymfocytů pacient přechází do stadia AIDS onemocnění. Toto stadium je provázeno výskytem velkých oportunních infekcí a nádorů (Karposiho sarkom, mozková toxoplasmóza, TBC aj.). Pacient buď umírá na některou infekční komplikaci, nádor nebo celkové vyčerpání organismu (5).

Epidemiologická opatření

K dispozici stále není účinná očkovací látka, i když na její přípravu je vynakládáno nesmírné úsilí (39).

Preventivní opatření

- Zdravotní a sexuální výchova.
- Zajištění bezpečnosti krevních konzerv a krevních derivátů, testování dárců krve.
- Programy výměny jehel a stříkaček u uživatelů drog.

Represivní opatření

- Vyhledávání, hlášení a dispenzarizace HIV pozitivních a hlášení úmrtí na AIDS Národní referenční laboratoři pro AIDS (34).

V České Republice vznikla koncem roku 1989 Česká společnost AIDS pomoc, která pomáhá pozitivním HIV občanům a nemocným AIDS. Její činnost se v současné době zaměřuje zejména na preventivní besedy, které se mohou konat jednak na školách, ale také v prostorách ČSAP. Dále provádí anonymní testování na HIV infekci v ambulanci Domu světla, jehož je zřizovatelem. Dům světla slouží také jako azylové centrum pro HIV pozitivní v nouzi (15).

Diagnostika

Diagnostika HIV se provádí ze vzorku odebrané krve. Provádí se nejčastěji nepřímými metodami, méně často metodami přímými. *Nepřímé metody*: Průkaz specifických HIV protilátek- např. ELISA, je spolehlivou, citlivou a specifickou metodou diagnostiky. Pro vyloučení falešně pozitivních nálezů je nutné každý pozitivní výsledek ověřovat pomocí testu Western Blot. Aby se séropozitivita objevila, je důležité test provést nejméně 3 měsíce po rizikové situaci. *Přímé metody*: Izolace samotného viru, průkaz virového antigenu nebo PCR (29).

Léčba

Základem léčby je antiretrovirová chemoterapie, která je zatím nejúčinnějším způsobem potlačení virové replikace, a tím příznivého ovlivnění průběhu HIV infekce. Protiretrovirový účinek léků se projevuje zlepšením celkového stavu pacienta, vymizení některých příznaků, vzestupem tělesné hmotnosti, dále se sníží výskyt oportunních infekcí a prodlouží se délka života. Další nezbytnou péčí o HIV infikované osoby je profylaxe oportunních infekcí. Primární profylaxe je podávání chemoterapeutik, aby nedošlo ke vzniku infekce. Zahajuje se při určitém poklesu buněčné imunity a za určitých definovaných podmínek. Sekundární profylaxí je podávání léku ve snížených dávkách po prodělání některé z oportunních infekcí a po ukončení útočné léčby (36). Důležitým součástí léčby je také posílení imunity a psychická podpora, neboť mohou pozitivně ovlivnit klinický průběh infekce (29).

1.5.7 Chlamydie

Charakteristika

Pohlavní nemoci způsobené chlamydiemi znali už před tisíci lety lidé ve starověkém Egyptě a Číně, ale teprve v sedmdesátých letech minulého století se o ně zájem zvýšil (2). *Chlamydia trachomatis* je v současnosti nejčastějším sexuálně přenášeným bakteriálním patogenem na světě. Dle Světové zdravotnické organizace

každoročně vzniká asi 500 milionů nových případů STD, z nichž přibližně 90 milionů těchto infekcí je připisováno Chlamydia trachomatis. Nejvíce ohroženou skupinou jsou mladí lidé obou pohlaví, ve věkové skupině 15 - 30 let. Chlamydia je nejčastější příčinou neplodnosti u žen i u mužů (19).

Původce

Z několika druhů chlamydií jsou pro člověka patogenní Chlamydia trachomatis, Chlamydophila pneumoniae a Chlamydophila psittaci. C. trachomatis má několik různých sérotypů vyvolávající různé onemocnění. Sérotypy A, B, Ba, C způsobují trachom, sérotypy L1, L2 a L3 vyvolávají onemocnění lymfogranuloma venereum. Zde popisované onemocnění urogenitálního systému je vyvolané sérotypy D- K (13, 19).

Zdroj a inkubační doba

Zdrojem je výhradně infikovaný člověk se zjevnou i asymptomatickou formou nákazy. Bývá 1 až 2 týdny, může ale trvat i déle (10).

Přenos

Přenos je nejčastěji sexuálním stykem- vaginálním, orálním i análním. Někdy může během porodu dojít k přenosu infekce na novorozence (2).

Příznaky

Asi 40-50 % uretritid u mužů je vyvolané chlamydiemi. První příznaky onemocnění jsou pálení a serózní hnisavý výtok různé intenzity, který je jen zřídka nažloutlý. Dále se může objevit svědění a bolest v močové rouře. U neléčených případů popřípadě při pozdní léčbě mohou nastat komplikace ve formě epidimitis (zánětu nadvarlat), které se charakterizuje zduřením varlete, zánětem prostaty anebo proktitidou (zánět konečníku) se strikturami a píštělemi.

U žen začíná většinou chlamydiové onemocnění genitálu purulentní cervicitidou (zánět děložního hrdla) s hrozbou vzestupné infekce na endometrium, kdy může vzniknout salpingitida, peritonitida, následkem kterých může být neplodnost nebo mimoděložní gravidita. Symptomy chlamydiové cervicitidy jsou nespecifické a málo

vyjádřené. Zhruba u poloviny infikovaných žen se objevuje hlenohnisavý výtok, krvácení mimo menstruační cyklus, někdy pálení a svědění při močení. Chlamydiová infekce většinou postihuje endocervix a uretru současně. Pacientky se stěžují jen na nucení na močení, polakisurii a dysurii (uretrální syndrom). Přibližně u 50 % mužů a 80% žen probíhá onemocnění bez příznaků (19).

Diagnostika a léčba

Diagnostika je založena na přímém průkazu chlamydiových antigenů (ELISA – enzymová analýza, PIF- přímá imunofluorescence se značenými monoklonálními protilátkami), izolaci chlamydií v tkáňových kulturách, průkazu chlamydiové DNA hybridizačními či ligázovou a polymerázovou reakcí (LCR, PCR), (8). Proti chlamydiím nejvyšší účinnost vykazují tetracykliny, makrolidová ATB a fluorované chinolony 2. a 3. generace (19).

1.5.8 Papilomavirové infekce

Charakteristika

Infekce vyvolaná lidským papilomavirem - HPV je v současnosti považována za nejrozšířenější pohlavně přenosnou chorobu. Odhaduje se, že téměř 80 % sexuálně aktivní dospělé populace je v průběhu života vystavena jednomu nebo více typům HPV virů, ovšem infekce velmi často proběhne zcela bez příznaků. Tento virus je zodpovědný za tvorbu genitálních bradavic u mužů i žen a za přednádorové změny na děložním čípku a rakovinu děložního čípku, která patří mezi nejčastější nádorová onemocnění u žen (9).

Původce

Lidský papilomavirus (human papillomavirus- HPV) patří mezi DNA viry. Kompletně je popsáno přes 100 typů HPV a z hlediska lidského zdraví je významných 40 typů, které infikují epitel kůže a sliznic, zejména oblast genitálu a konečníku.

Označujeme je jako lidské papilomaviry a podle onkogeního potenciálu je můžeme rozlišovat na papilomaviry vysoce rizikové- high risk (typy 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73, 82) a nízko rizikové- low risk (typy 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81, 89), (17, 28).

Zdroj a inkubační doba

Zdrojem je infikovaný člověk, nakažlivost trvá zřejmě během celého období perzistence. Inkubační doba je 14 dní až 8 měsíců, s rozpětím i 20 měsíců (10). Vývoj od infekce ke vzniku kondylomat trvá pouhé 4 měsíce a vývoj od infekce k nádoru trvá v průměru 15 let (17).

Přenos

HPV se přenáší především pohlavním stykem nebo přenosem z rukou či úst na pohlavní orgány. Nemusí tedy jít jen o pohlavní styk, k přenosu může dojít i při různých nekoitálních aktivitách jako je orální sex či mazlení (17). Případný je i přenos porodními cestami při porodu (10).

Onemocnění způsobená HPV

Lidské papilomaviry napadají nejrůznější místa na těle mužů i žen a způsobují řadu onemocnění, která významně snižují kvalitu života a mnohdy vážně ohrožují zdraví. Infekce HPV s nízkým rizikem (zejména typy 6 a 11) nevyvolávají nádorové bujení a způsobují genitální kondylomata (genitální bradavice), rekurentní respirační papilomatózu, některé mírně závažné prekancerózní stavy děložního hrdla, pochvy a zevních rodidel. Infekce HPV s vysokým rizikem (hlavně typy HPV 16 a 18) vyvolávají nádorové bujení a způsobují karcinom hrdla děložního, karcinom zevních rodidel (vulvy), karcinom pochvy (vaginy), karcinom penisu, karcinom konečníku.

Kondylomata - anogenitální bradavice

Jedná se o nezhoubné útvary na genitálu, které vznikají jen několik měsíců po infekci HPV. Příznaky jsou typicky růžové bradavičky, které se rychle mění v měkké,

květákovité nebo hřebínkovité útvary, často stopkaté s šedobílým povlakem na povrchu. Povlak je tvořen rozpadlou tkání a zapáchá. Léčba probíhá lokální destrukcí – snesení ostrou lžičkou, odpaření laserem nebo poleptáním. Po odstranění rozsáhlejších kondylomat zůstávají jizvy.

Karcinom děložního čípku

Toto nádorové onemocnění vzniká v průměru po 15 letech od infekce vysoce rizikovými HPV typy. Projevuje se pozdně krvácením po styku, bolestmi v zádech a podbřišku a krvavými výtoky. Více jak 70 % nádorů hrdla děložního je způsobeno HPV typu 16 a 18. Včas zachycený nádor lze chirurgicky odstranit pouze s částí čípku. Pokročilejší nádor již vyžaduje odstranění celé dělohy, vazů a případně okolních orgánů. Větší nádory je před operací nutno zmenšit chemoterapií. Pokročilý neléčený nádor může vést k vážným komplikacím, kterým je možno předcházet pravidelnými preventivními gynekologickými prohlídkami (17). Každý rok je v České republice 1100–1200 nových případů tohoto onemocnění a přibližně 400 pacientek na tuto diagnózu zemře (3, 17, 28).

Diagnostika

Metody, které lze použít k detekci HPV infekce je možno rozdělit podle principu na metody nepřímé a přímé diagnostiky. Mezi nepřímé metody patří kolposkopie, cytologie, histologie a metody sérologické. Metody diagnostiky přímé jsou elektronmikroskopické, imunohistochemické a metody molekulárně biologické (28).

Epidemiologická opatření

Preventivní opatření

- Sexuální abstinence – nejspíše zabráníme infekci tak, že se vyhneme jejímu přenosu. Nemusí jít vždy jen o pohlavní styk, důležité je dávat pozor i při jiných nekoitálních aktivitách.

- Kondom – kondom není propustný pro HPV, ovšem je důležité pamatovat na možný kontakt nezakrytých částí a genitální oblasti. Ani kondom tedy není 100% ochranou (17).

- Očkování proti HPV – V současnosti jsou na trhu dvě vakcíny proti HPV, které chrání před infekcí a následným rozvojem onemocnění (3).

Represivní opatření

- Screening karcinomu hrdla děložního - Cytologické vyšetření buněk z hrdla děložního upozorní včas na počínající nádorové změny. Součástí vyšetření je optická kontrola děložního hrdla (17).

1.5.9 Herpes genitalis

Charakteristika

Herpes genitalis je virové infekční sexuálně přenosné onemocnění. Primární infekce herpetickým virem se zpravidla získává v období dospívání a zůstává celý život v latenci (virus přežívá v oblasti sensorických ganglií) s možností reaktivace (8).

Původce

Původcem je virus Herpes simplex HSV. Rozlišujeme dva typy HSV 1 způsobující nejčastěji opar na rtu (může být ale lokalizován i jinde) a HSV 2- genitální herpes. Virus HSV je v těle latentně přítomen a propuká při oslabení organismu (44). Genitální forma je zpravidla způsobena typem 2 a asi ve 20 % je způsobeno typem 1 (8).

Přenos a inkubační doba

Přenos je možný pohlavním stykem, úzkým kontaktem se slinami, popřípadě je možný přenos z matky na dítě při průchodu porodními cestami. Transplacentární přenos vede k potratu. Inkubační doba je v rozmezí 2- 12 dní (10).

Příznaky

V některých případech je průběh velmi mírný a může proběhnout bez povšimnutí. V opačném případě dochází ke vzniku puchýřků a následně vřidků na genitálu nebo konečníku a v blízkém okolí. Vřidky jsou bolestivé a doprovázené zvýšenou teplotou, celkovou slabostí a nevolností, objevují se příznaky podobné chřipce. Častá je reinfekce oparu, u většiny pacientů se objevuje čtyřikrát do roka, časem se četnost snižuje.

Epidemiologická opatření

Zásady stejné jako u ostatních sexuálně přenosných nemocí. Sexuální abstinence nebo monogamní vztah se zdravým partnerem a používání latexových kondomů (44).

Diagnostika a léčba

Diagnóza se opírá o klinický nález, popřípadě je možné provést kultivaci na tkáňových kulturách, PIF (přímá imunofluorescence), ELISA (enzymová imunoanalýza), nebo vyšetření PCR. Léčba je antiseptická, lokálně nebo celkově antivirová a lokálně antibakteriální (8).

1.6 Prevence

Prevence je všeobecně definována jako aktivita prováděná za účelem, aby se něco nestalo. V praxi se zpravidla jedná o jasně vymezené úkoly a podle toho, kdy jsou tyto úkoly v průběhu nemoci prováděny lze rozeznat tři úrovně prevence- primární, sekundární a prevenci terciární. Prevence může být prováděna na úrovni jednotlivce, tedy individuálního pacienta, nebo se provádí na úrovni celé společnosti (komunity).

Primární prevence

Účelem primární prevence je předcházení vzniku nemoci. Lze toho dosáhnout, pokud odstraníme příčiny nemoci, nebo vytvoříme takové podmínky, kde se nemoc

nemůže uplatnit. Příkladem může být imunizace proti infekčním nemocem, poradenství ohledně zdravého životního stylu nebo podávání informací o bezpečném sexu.

Sekundární prevence

Sekundární prevence má za úkol včasné odhalení nemoci a tím znemožnit její další rozvoj. Sekundární prevence je realizována pravidelným vyšetřováním osob v ordinacích lékařů nebo vyšetřováním jednotlivých skupin osob preventivních programech. Důležitou metodou sloužící k včasnému odhalení skryté nemoci je screenig.

Terciární prevence

Terciární prevence vede k zabránění vzniku komplikací nemoci, popřípadě jejím dalšímu zhoršování, které by vedlo k imobilizaci pacienta nebo trvalým následkům. Dobře prováděná terciární prevence je mnohdy mimo běžný rozsah léčebné péče. Důležitá je u pacientů s těžce vyléčitelným nebo nevyléčitelným onemocněním, kde je jejím úkolem udržet nebo zlepšit období života, které pacientovi zbývá (26, 34).

1.6.1 Primární prevence před STD

Primární preventivní postupy zaměřené na sexuálně přenosná onemocnění mají za cíl, aby se zdravý jedinec neinfikoval pohlavní chorobou. Jednotlivá opatření a postupy se samozřejmě vzájemně nevyklučují a je možné uplatňovat je vzájemně.

Primární prevenci v oblasti STD lze členit na:

- *Výchovná opatření:* Zaměřená na zlepšení znalostí, dovedností a postojů, které mají pomoci lidem chránit se před infekcemi (např. opatření na podporu zdraví s cílem snížit střídání partnerů a zvýšit používání kondomů)

-*Strukturální opatření:* Ty jsou zaměřeny na širší společenské a ekonomické otázky, které ovlivňují šíření pohlavní choroby (např. různé legislativní postupy).

-*Biomedicínská opatření:* Sem patří kondomy (pánské i dámské), vakcíny proti některým infekcím nebo například i mužská obřízka.

Individuální postoje, kterými může jedinec snížit riziko nákazy STI:

- Sexuální abstinence.
- Vztah pouze s jedním partnerem, o kterém víme, že není infikovaný.
- Výběr partnera, jehož minulé ani současné chování ho neohrožuje získáním infekce. Je dobré, pokud se oba partneři nechají otestovat předtím, než mají nechráněný pohlavní styk.
- Snížit počet sexuálních partnerů.
- Vyhýbat se sexu s lidmi, kteří mají příznaky pohlavní choroby nebo mají ústní opary.
- Důsledné používání kondomů při každé příležitosti se všemi partnery (1).

2. CÍLE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

Cíl: Zjištění stavu informovanosti studentů čtyřletých gymnázií v Českých Budějovicích o primární prevenci v oblasti sexuálně přenosných chorob.

2.2 Hypotézy práce

Hypotéza 1: Studenti získávají své informace o této problematice nejčastěji z médií.

Hypotéza 2: Výchova ke zdraví v této oblasti je v rámci vyučování ve školách žáky hodnocena jako nedostatečná.

3. METODIKA

3.1 Použitá metoda sběru dat

Výzkumná data pro práci byla získávána metodou kvantitativního výzkumu, dotazováním. Technikou sběru dat byl dotazník, který poskytuje respondentům anonymitu, která je v této problematice nedílnou součástí.

3.2 Dotazník

Dotazník obsahoval 27 uzavřených otázek plus úvodní informace o studentovi (pohlaví, věk). 8 otázek zjišťovalo znalosti studentů a byla u nich vždy jen jedna správná odpověď. Jiné otázky zjišťovaly názory, postoje, informovanost a praktiky studentů týkající se oblasti sexuálního chování. Zbylé otázky byly zaměřeny na sexuální výchovu ve školách a účasti respondentů na preventivním programu zaměřeném na problematiku sexuálně přenosných onemocnění.

3.3 Charakteristika zkoumaného souboru

Pro uskutečnění výzkumu byla oslovena gymnázia v Českých Budějovicích. Gymnázia, která byla oslovena a souhlasila se spoluprací, jsou Biskupské gymnázium J. N. Neumanna, Gymnázium Česká 64, Gymnázium Jírovцова 8, Gymnázium J. V. Jirsíka. Dotazník byl určen pro 1. a 2. ročník čtyřletých studijních oborů. V rámci studie bylo ve třídách osobně rozdáno 185 dotazníků, vždy se souhlasem ředitele školy. Z celkového počtu dotazníků muselo být 7 dotazníků vyřazeno na základě neúplného vyplnění. Řádně vyplněných dotazníků bylo celkem 178, návratnost byla tedy 96 %.

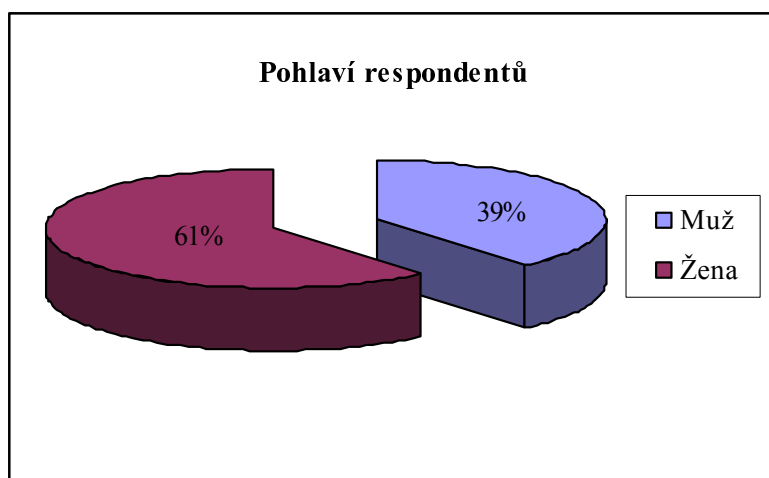
4. VÝSLEDKY

V této části práce jsou uvedeny informace získané z vyplněných dotazníků.

Tabulka 1: Pohlaví respondentů

Pohlaví	Počet	%
Muž	70	39 %
Žena	108	61 %
Celkem	178	100 %

Graf 1: Pohlaví respondentů



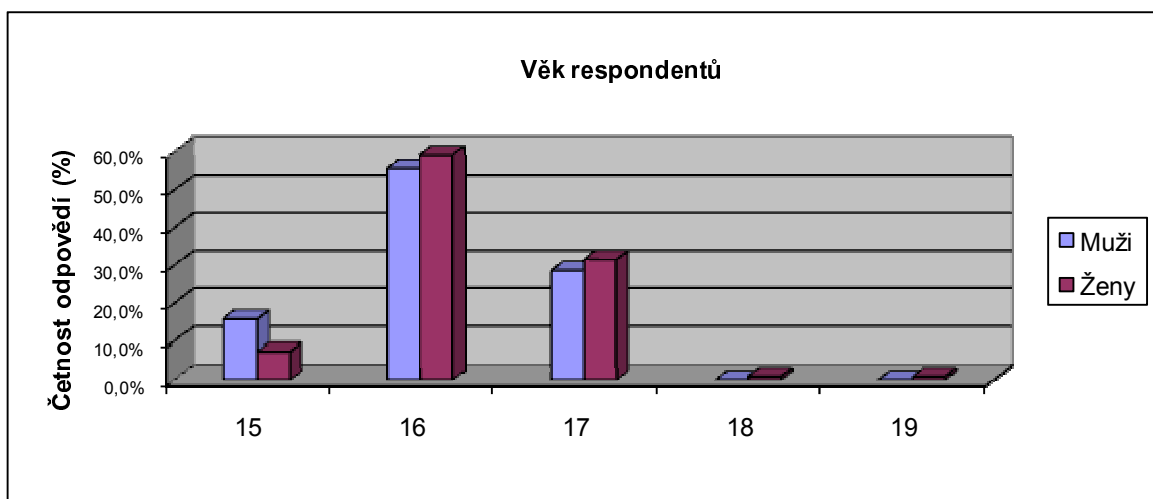
Otázka: Vaše pohlaví

Ve zkoumaném souboru 178 respondentů byli muži zastoupeni v 39 % (70 respondentů) a ženy v 61 % (108 respondentů).

Tabulka 2: Věk respondentů

Věk	Muži		Ženy		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
15	11	15,7 %	8	7,4 %	19	10,7 %
16	39	55,7 %	64	59,3 %	103	57,9 %
17	20	28,6 %	34	31,5 %	54	30,3 %
18	0	0,0 %	1	0,9 %	1	0,6 %
19	0	0,0 %	1	0,9 %	1	0,6 %
Celkem	70	100 %	108	100 %	178	100 %

Graf 2: Věk respondentů



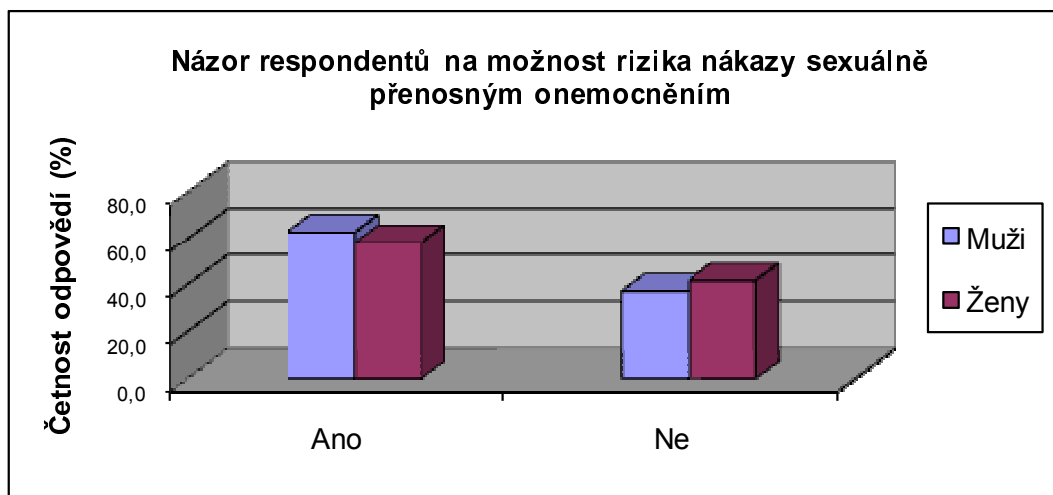
Otázka: Váš věk

Co se týče věkového rozložení souboru, tak u mužů měla největší zastoupení kategorie 16 let. V této věkové skupině se nacházelo 55,7 % z celkového počtu 70 zúčastněných mužů. Mezi ženami bylo právě tak nejvíce 16letých, celkem v 57,9 % z celkového počtu 108 žen. Druhou nejpočetnější věkovou skupinu tvořil věk 17 let. U mužů byla tato věková kategorie zastoupena v 28,6 % a u žen v 31,5 %.

Tabulka 3: Názor respondentů na možnost rizika nákazy sexuálně přenosným onemocněním

Riziko	Muži		Ženy		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ano	44	62,9 %	63	58,3 %	107	60,1 %
Ne	26	37,1 %	45	41,7 %	71	39,9 %
Celkem	70	100 %	108	100 %	178	100 %

Graf 3: Názor respondentů na možnost rizika nákazy sexuálně přenosným onemocněním



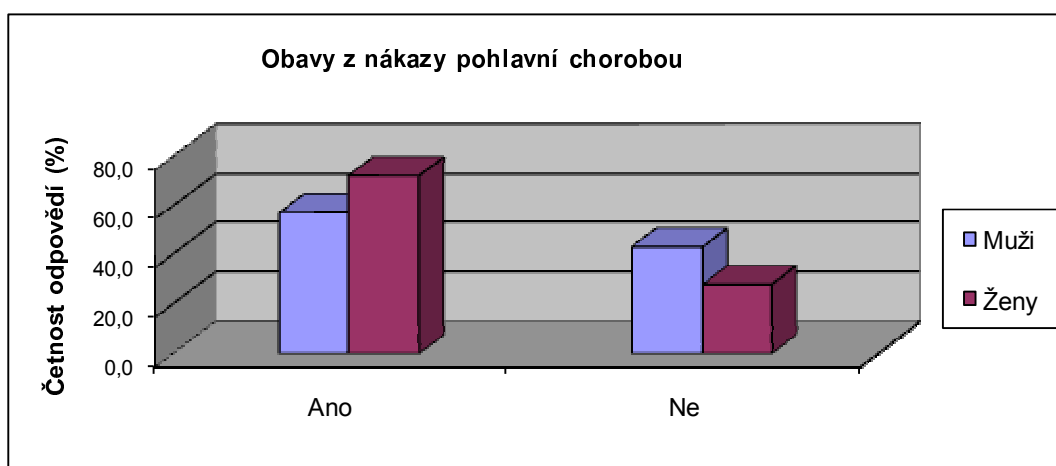
Otázka: Myslíte si, že se Vás týká riziko nákazy sexuálně přenosným onemocněním?

U této otázky si 60,1 % respondentů myslí, že se jich riziko nákazy sexuálně přenosným onemocněním dotýká. Zbýlých 39,9 % uvedlo, že se jich tato možnost rizika netýká. Muži odpovídali kladně o trochu více než ženy, a to v 62,9 % z celkového počtu 70 respondentů.

Tabulka 4: Obavy z nákazy pohlavní chorobou

Obavy	Muži		Ženy		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ano	40	57,1 %	78	72,2 %	118	66,3 %
Ne	30	42,9 %	30	27,8 %	60	33,7 %
Celkem	70	100 %	108	100 %	178	100 %

Graf 4 : Obavy z nákazy pohlavní chorobou



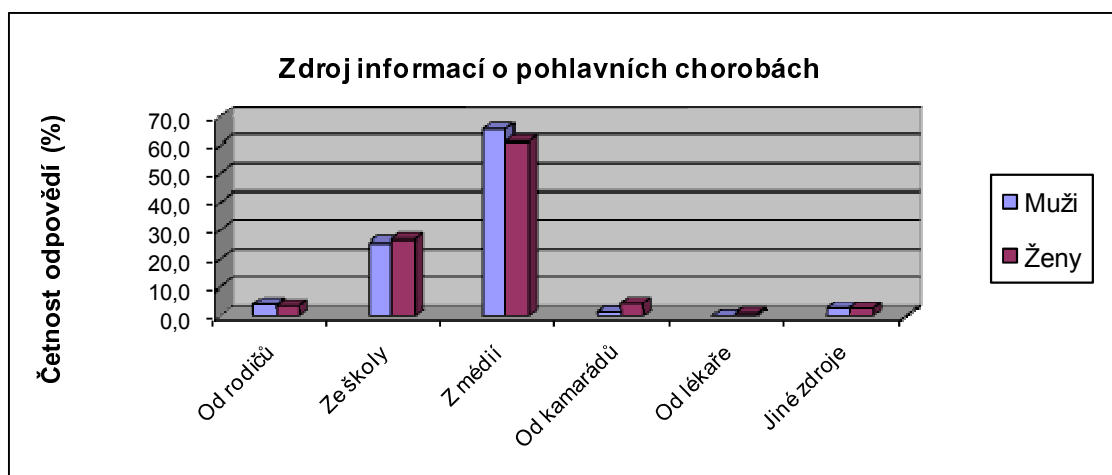
Otázka: Bojíte se nákazy pohlavní chorobou?

Celkem 118 (66,3 %) respondentů uvedlo, že má obavy z nákazy pohlavní chorobou. Více se nákazy bojí ženy, a to v 72,2 %. Obavy nemá 30 (42,9 %) mužů a 30 (27,8 %) žen.

Tabulka 5: Zdroj informací o pohlavních chorobách

Zdroj	Muži		Ženy		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Od rodičů	3	4,3 %	4	3,7 %	7	3,9 %
Ze školy	18	25,7 %	29	26,9 %	47	26,4 %
Z médií	46	65,7 %	66	61,1 %	112	62,9 %
Od kamarádů	1	1,4 %	5	4,6 %	6	3,4 %
Od lékaře	0	0,0 %	1	0,9 %	1	0,6 %
Jiné zdroje	2	2,9 %	3	2,8 %	5	2,8 %
Celkem	70	100 %	108	100 %	178	100 %

Graf 5 : Zdroj informací o pohlavních chorobách



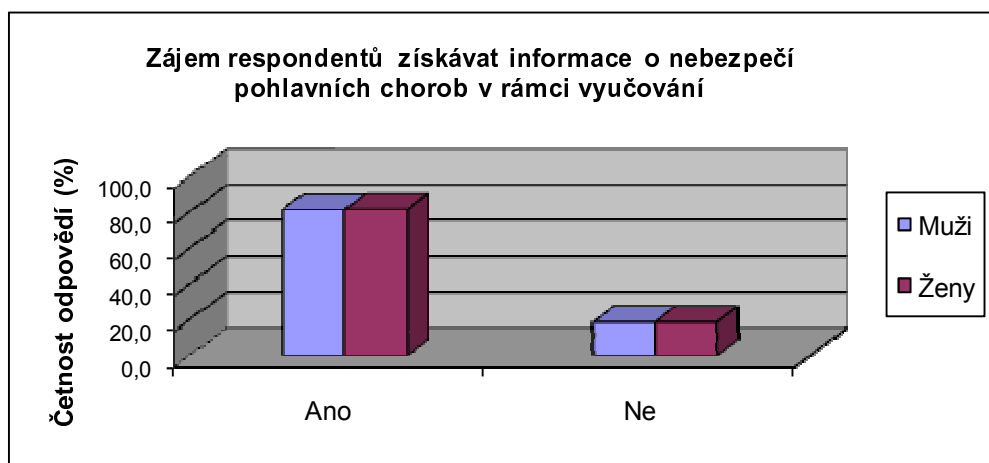
Otázka: Odkud máte nejvíce informací o pohlavních chorobách?

Nejvíce respondentů uvedlo, že informace o pohlavních chorobách má z médií, a to v 62,9 %. Druhou nejčastější odpovědí bylo získávání informací ze školy, tuto možnost uvedlo 25,7 % mužů a 26,9 % žen. Nejvíce informací získaných od rodičů uvedlo 3,9 % respondentů a možnost od kamarádů zvolilo 6 studentů (3,4 %).

Tabulka 6: Zájem respondentů získávat informace o nebezpečí pohlavních chorob v rámci vyučování

Zájem	Muži		Ženy		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ano	57	81,4 %	88	81,5 %	145	81,5 %
Ne	13	18,6 %	20	18,5 %	33	18,5 %
Celkem	70	100 %	108	100 %	178	100 %

Graf 6: Zájem respondentů získávat informace o nebezpečí pohlavních chorob v rámci vyučování



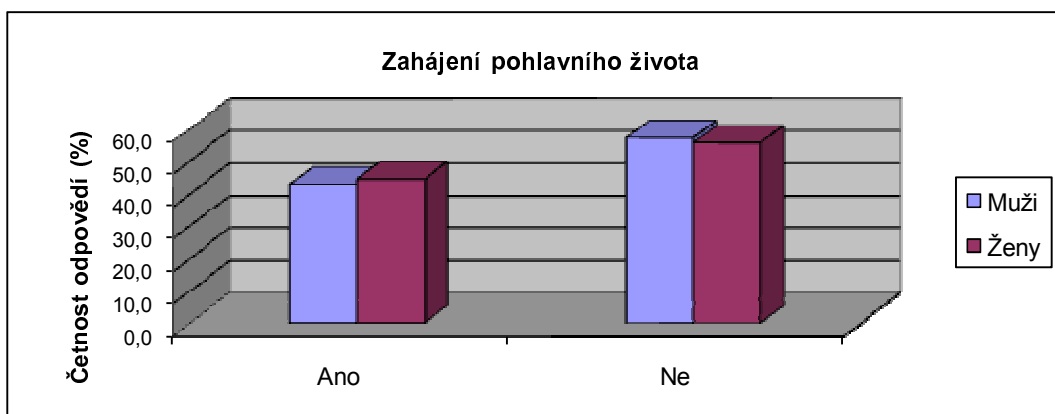
Otázka: Máte zájem získávat informace o nebezpečí pohlavních chorob a jejich prevenci v rámci vyučování?

Zájem získávat informace o nebezpečí pohlavních chorob uvedlo 145 respondentů (81 %), zájem byl téměř stejný u mužů (81,4 %) i žen (81,5 %). 13 mužů (18,6 %) a 20 žen (18,8 %) uvedlo, že tento zájem nemá.

Tabulka 7: Zahájení pohlavního života

Zahájení pohlavního života	Muži		Ženy		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ano	30	42,9 %	48	44,4 %	78	43,8 %
Ne	40	57,1 %	60	55,6 %	100	56,2 %
Celkem	70	100 %	108	100 %	178	100 %

Graf 7: Zahájení pohlavního života



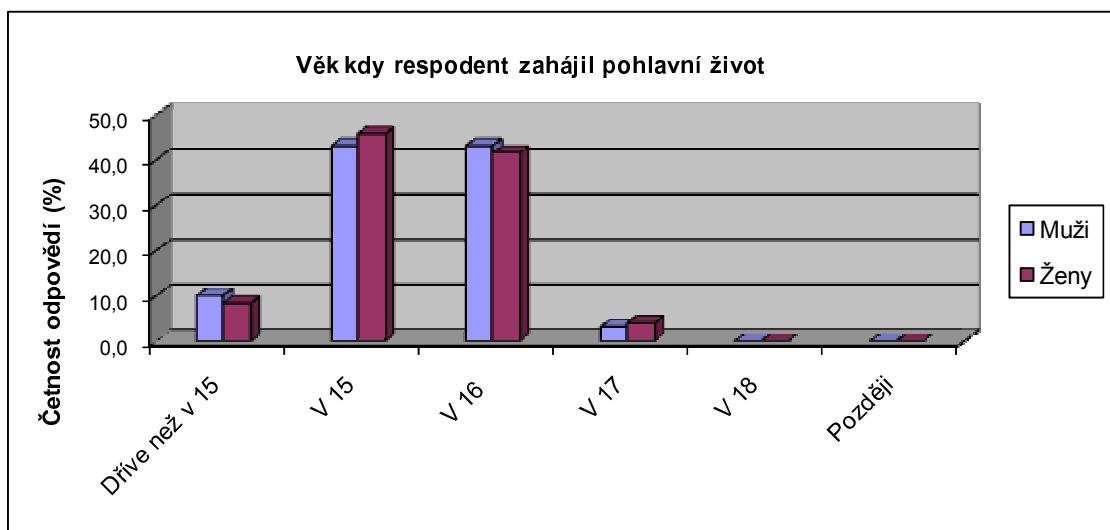
Otázka: Zahájil/a jste už pohlavní život?

Celkem 43,8 % respondentů již zahájilo pohlavní život, jednalo se o 42,9 % mužů a 44,4 % žen. 100 respondentů (56,2 %) uvedlo, že pohlavní život zatím nezahájilo.

Tabulka 8: Věk, kdy respondent zahájil pohlavní život

Věk	Muži		Ženy		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Dříve než v 15	3	10,0 %	4	8,3 %	7	9,0 %
V 15	13	43,3 %	22	45,8 %	35	44,9 %
V 16	13	43,3 %	20	41,7 %	33	42,3 %
V 17	1	3,3 %	2	4,2 %	3	3,8 %
V 18	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Později	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Celkem	30	100 %	48	100 %	78	100 %

Graf 8: Věk, kdy respondent zahájil pohlavní život



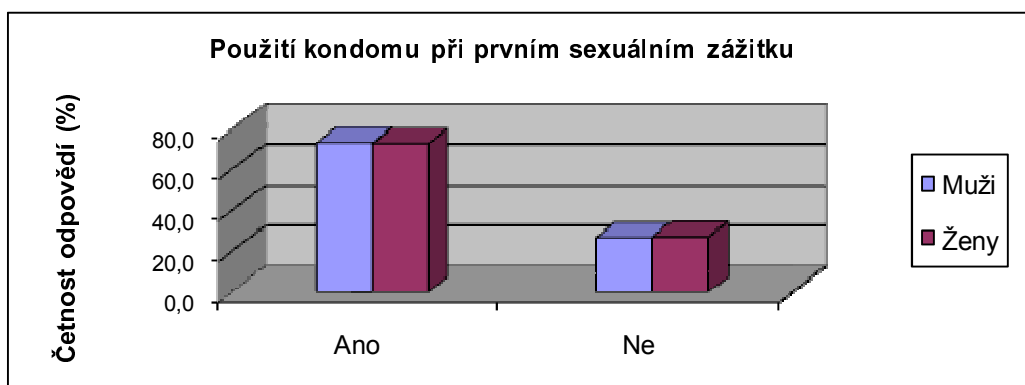
Otázka: Pokud jste na otázku č. 5 odpověděl/a ano, tak v kolika letech?

13 mužů (43,3 %) uvedlo 15 let jako věk svého zahájení sexuálního života, stejný počet mužů (tedy 13) uvedlo věk 16 let. 10 % mužů (tedy 3 respondenti) zahájili sexuální život ještě před 15. rokem života a jeden muž uvedl věk 17 let. U žen byl nejčastěji označen věk 15 let (v 45,8 %) a hned poté věk 16 let v 41,7 %. 7 žen (9 %) uvedlo, že zahájily pohlavní život před 15 rokem a 3 ženy (3,8 %) uvedly věk 17 let.

Tabulka 9: Použití kondomu při prvním sexuálním zážitku

První sexuální zážitek	Muži		Ženy		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
S použitím kondomu	22	73,3 %	35	72,9 %	57	73,1 %
Bez použití kondomu	8	26,7 %	13	27,1 %	21	26,9 %
Celkem	30	100 %	48	100 %	78	100 %

Graf 9: Použití kondomu při prvním sexuálním zážitku



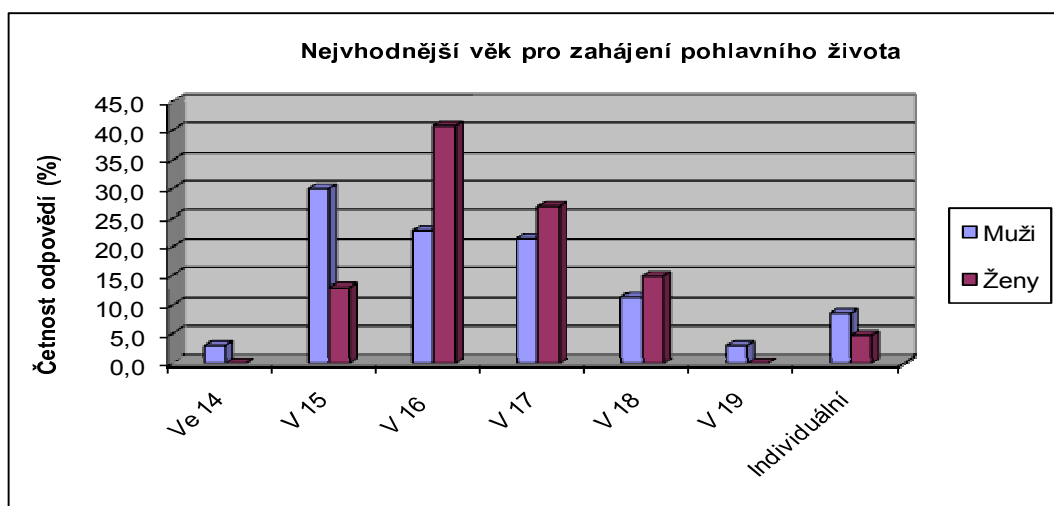
Otázka: Pokud jste na otázku č. 5 odpověděl/a ano, byl Váš první sexuální zážitek:

Z celkového počtu 78 respondentů, kteří zahájili pohlavní život, uvedlo 73,7 % (57 respondentů), že při tomto zážitku použilo kondom. 8 mužů (26,7 %) a 13 žen (27,1 %) v tomto případě kondom nepoužilo.

Tabulka 10: Nejvhodnější věk pro zahájení pohlavního života

Věk	Muži		Ženy		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ve 14	2	2,9 %	0	0,0 %	2	1,1 %
V 15	21	30,0 %	14	13,0 %	35	19,7 %
V 16	16	22,9 %	44	40,7 %	60	33,7 %
V 17	15	21,4 %	29	26,9 %	44	24,7 %
V 18	8	11,4 %	16	14,8 %	24	13,5 %
V 19	2	2,9 %	0	0,0 %	2	1,1 %
Individuální	6	8,6 %	5	4,6 %	11	6,2 %
Celkem	70	100 %	108	100 %	178	100 %

Graf 10: Nejvhodnější věk pro zahájení pohlavního života



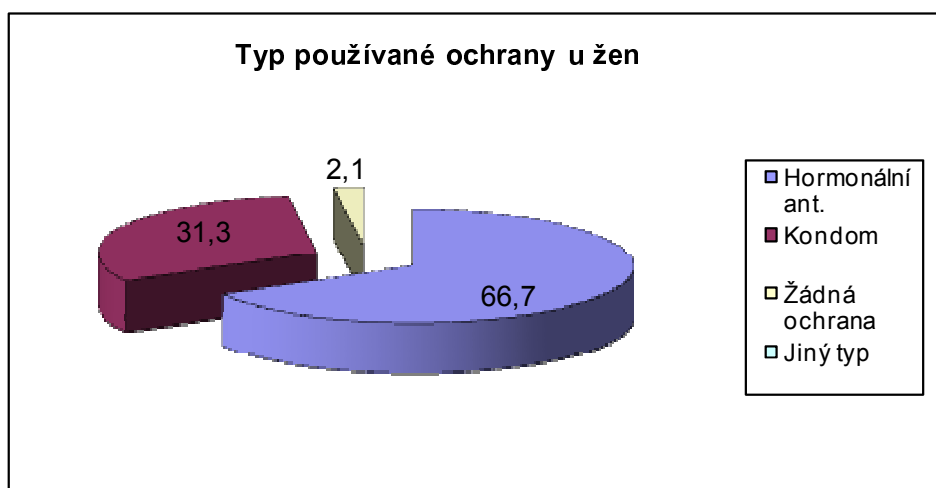
Otázka: V jakém věku si myslíte, že je nejvhodnější začít se sexuálním životem?

Na otázku o ideálním věku pro zahájení pohlavního života odpovídali muži nejčastěji v 15 letech (30 %), dále v 16 letech (22,9 %) a v 17 letech (21,4 %). Ženy naopak zvolily v největším zastoupení 40,7 % věk 16 let, poté věk 17 let (26,9 %) a věk 15 let (13 %).

Tabulka 11: Typ používané ochrany u dívek

Antikoncepce	Ženy	
	Počet	%
Hormonální ant.	32	66,7 %
Kondom	15	31,3 %
Žádná ochrana	1	2,1 %
Jiný typ	0	0,0 %
Celkem	48	100 %

Graf 11: Typ používané ochrany u žen



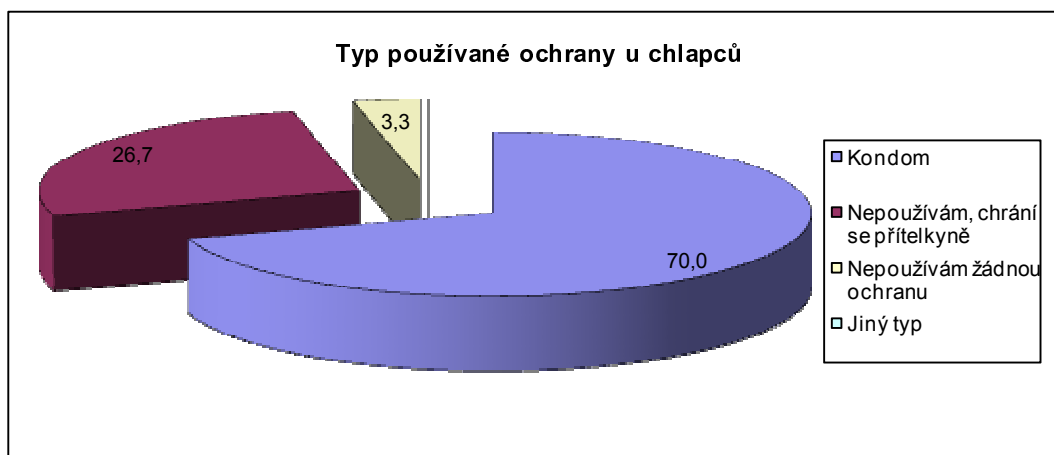
Otázka: POUZE PRO DÍVKY: Pokud jste zahájila sexuální život, jaký typ antikoncepce používáte?

Nejvíce žen uvedlo, že se chrání hormonální antikoncepcí, a to v 66,7 %. Kondom používá 15 žen (31,3 %) a jedna žena uvedla, že nepoužívá žádnou ochranu.

Tabulka 12: Typ používané ochrany u chlapců

Antikoncepce	Muži	
	Počet	%
Kondom	21	70,0 %
Nepoužívám, chrání se přítelkyně	8	26,7 %
Nepoužívám žádnou ochranu	1	3,3 %
Jiný typ	0	0,0 %
Celkem	30	100 %

Graf 12: Typ používané ochrany u chlapců



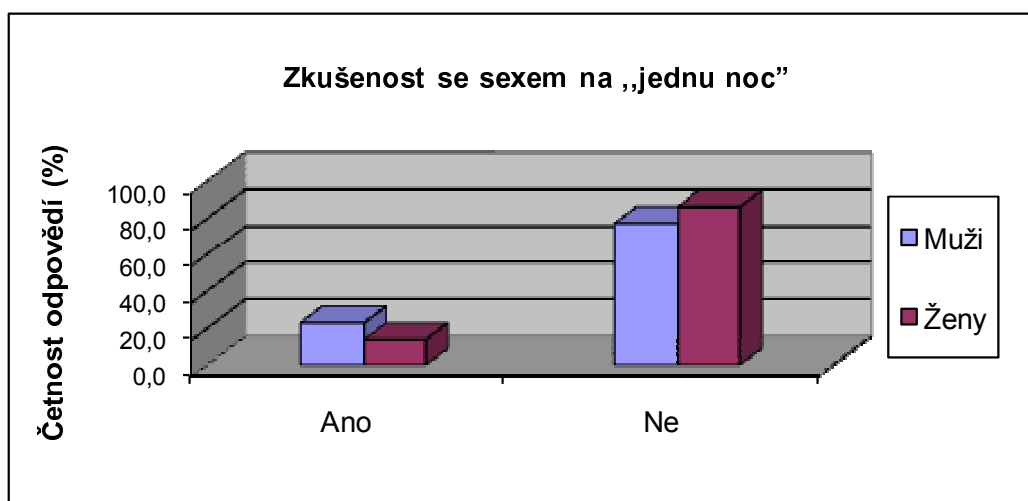
Otázka: POUZE PRO CHLAPCE: Pokud jste zahájil sexuální život, jaký typ antikoncepce používáte?

Muži uvedli v 70 % kondom jako používanou ochranu. 8 (26,7 %) mužů nepoužívá ochranu, neboť se chrání jejich přítelkyně, a jeden muž uvedl, že nepoužívá žádný typ ochrany.

Tabulka 13 Zkušenost se sexem na „jednu noc“

Zkušenost	Muži		Ženy		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ano	16	22,9 %	15	13,9 %	31	17,4 %
Ne	54	77,1 %	93	86,1 %	147	82,6 %
Celkem	70	100 %	108	100 %	178	100 %

Graf 13: Zkušenost se sexem na „jednu noc“



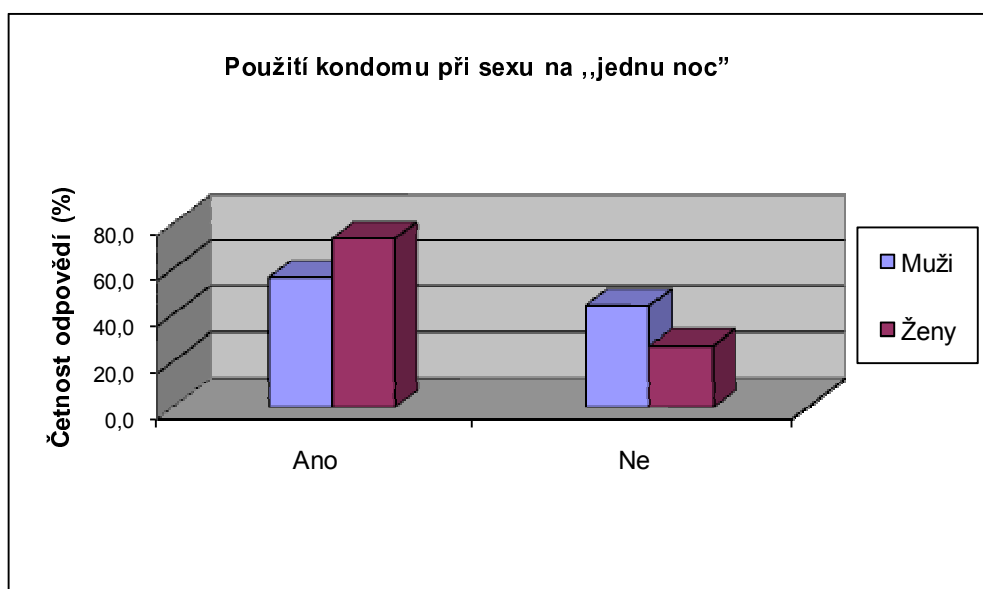
Otázka: Měl/a jste již sex s partnerem na „jednu noc“?

Z celkového počtu 178 respondentů uvedlo 16 mužů (22,9 %) a 15 žen (13,9 %) zkušenost se sexem na jednu noc. Zbýlých 82,6 % dotázaných studentů uvedlo, že tuto zkušenost nemá.

Tabulka 14: Použití kondomu při sexu na „jednu noc“

Kondom	Muži		Ženy		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ano	9	56,3 %	11	73,3 %	20	64,5 %
Ne	7	43,8 %	4	26,7 %	11	35,5 %
Celkem	16	100 %	15	100 %	31	100 %

Graf 15: Použití kondomu při sexu na „jednu noc“



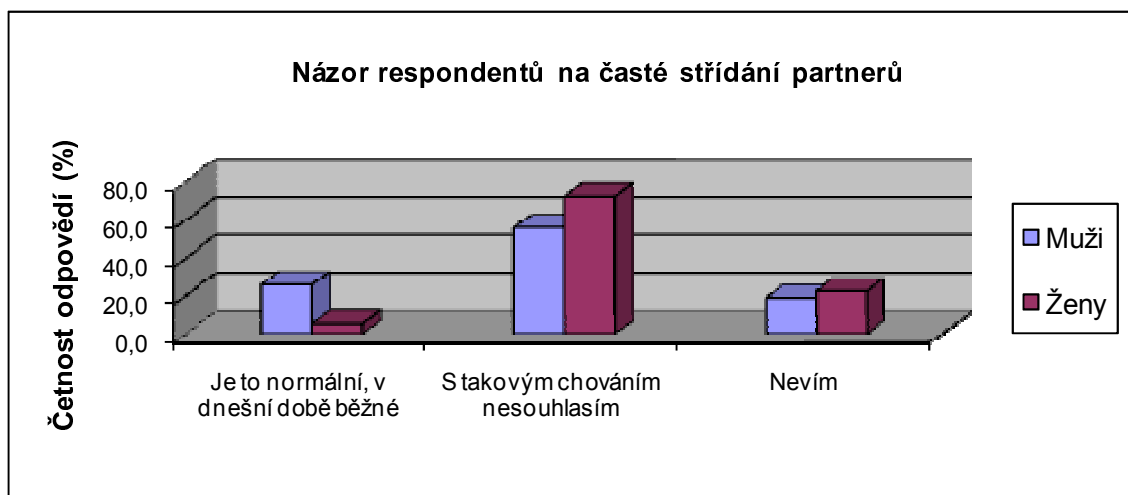
Otázka: V případě, že jste na předchozí otázku odpověděl/a ano – použil/a jste kondom?

Z celkového počtu 31 respondentů, kteří uvedli, že měli již sex na jednu noc, 64,5 % studentů (9 mužů a 11 žen) uvedlo, že při tomto sexu použili kondom. Zbylých 11 respondentů (7 mužů a 4 ženy) kondom nepoužilo.

Tabulka 15: Názor respondentů na časté střídání partnerů

Názor	Muži		Ženy		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Je to normální, v dnešní době běžné	18	25,7 %	6	5,6 %	24	13,5 %
S takovým chováním nesouhlasím	39	55,7 %	78	72,2 %	117	65,7 %
Nevím	13	18,6 %	24	22,2 %	37	20,8 %
Celkem	70	100 %	108	100 %	178	100 %

Graf 15: Názor respondentů na časté střídání partnerů



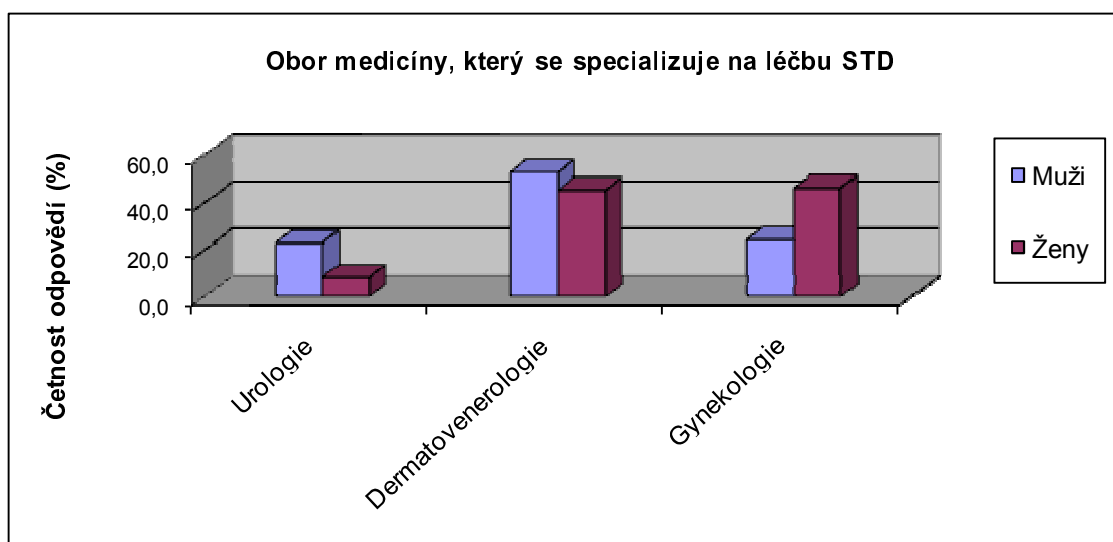
Otázka: Co si myslíte o lidech, kteří často střídají své sexuální partnery (cca 4 a více partnerů za měsíc)?

S častým střídáním partnerů nesouhlasí 65,7 % dotázaných respondentů. Ženy tuto odpověď volily častěji než muži, a to v 72,2 %, muži v 55,7 %. Názor na takové chování si neudělalo 20,8 % respondentů a 25,7 % mužů a 5,6 % žen si myslí, že je takové chování normální a považuje ho za běžné.

Tabulka 16: Obor medicíny, který se specializuje na léčbu STD

Obor	Muži		Ženy		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Urologie	16	22,9 %	9	8,3 %	25	14,0 %
Dermatovenerologie	37	52,9 %	49	45,4 %	86	48,3 %
Gynekologie	17	24,3 %	50	46,3 %	67	37,6 %
Celkem	70	100 %	108	100 %	178	100 %

Graf 16: Obor medicíny, který se specializuje na léčbu STD



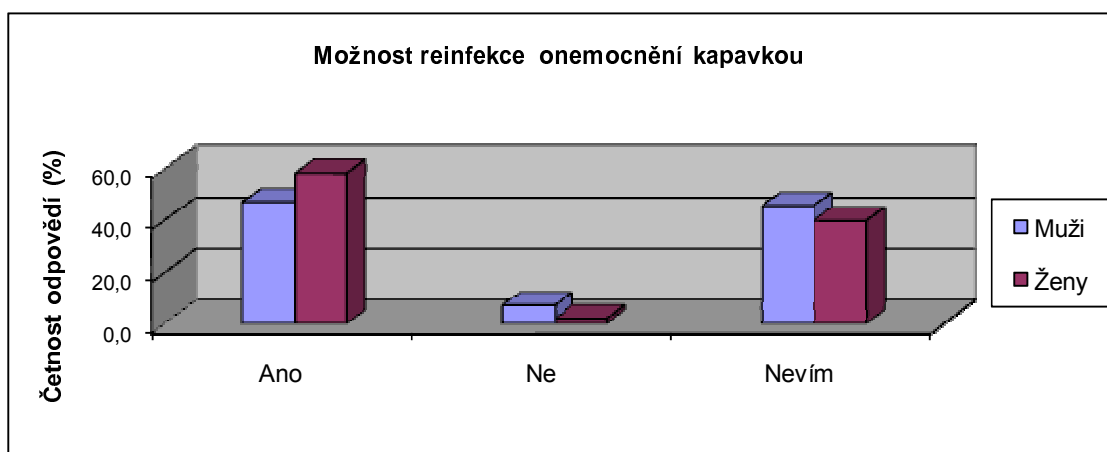
Otázka: Léčení klasických pohlavních chorob (kapavka, syfilis, měkký vřed, čtvrtá a pátá pohlavní nemoc) patří pouze do péče lékařského oboru:

Správnou odpověď označilo pouze 48,3 % respondentů. Muži odpovídali na tuto otázku správně v 52,9 %, ženy jen v 45,4 %. Ženy si nejčastěji, tedy v 46,3 %, myslely, že léčba klasických onemocnění spadá do kompetence gynekologie. Druhou nejčastější odpovědí byla u mužů gynekologie, tu označili v 22,9 %. Urologii označilo 22,9 % mužů a 8,3 % žen.

Tabulka 17: Možnost reinfekce onemocnění kapavkou

Možnost reinfekce	Muži		Ženy		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ano	33	47,1 %	63	58,3 %	96	53,9 %
Ne	5	7,1 %	2	1,9 %	7	3,9 %
Nevím	32	45,7 %	43	39,8 %	75	42,1 %
Celkem	70	100 %	108	100 %	178	100 %

Graf 17: Možnost reinfekce onemocnění kapavkou



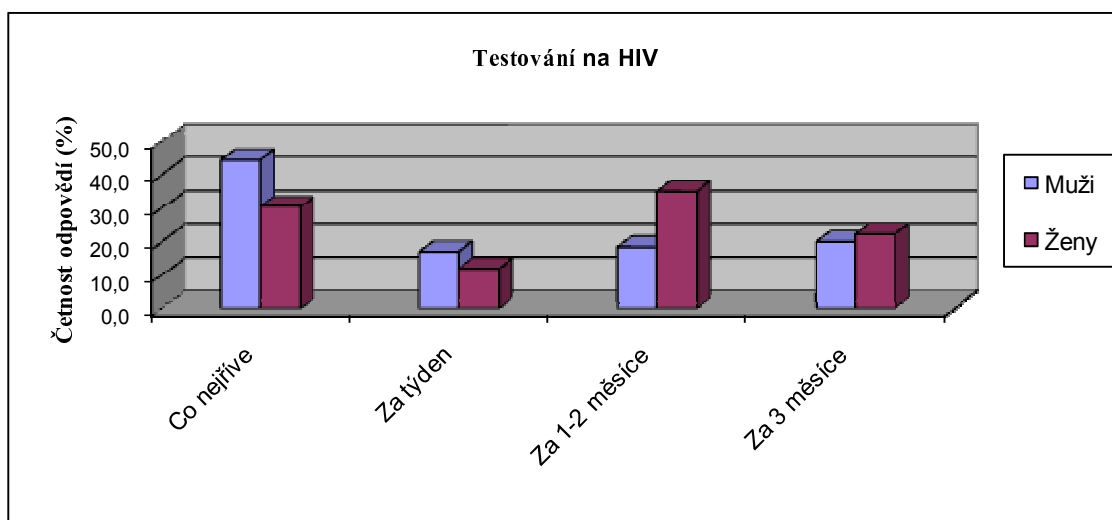
Otázka: Pokud někdo prodělá kapavku a je vyléčen, může se znovu nakazit?

Správnou odpověď, tedy že onemocnět kapavkou lze i opakovaně, označilo 58,3 % žen a 47,1 % mužů. Odpověď nevíím zvolilo celkem 42,1 % respondentů a 3,9 % (7) studentů si myslí, že kapavkou nelze onemocnět vícekrát.

Tabulka 18: Testování na HIV

Test provést	Muži		Ženy		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Co nejdříve po rizikovém sexu	31	44,3 %	33	30,6 %	64	36,0 %
Za týden	12	17,1 %	13	12,0 %	25	14,0 %
Za 1-2 měsíce	13	18,6 %	38	35,2 %	51	28,7 %
Za 3 měsíce	14	20,0 %	24	22,2 %	38	21,3 %
Celkem	70	100 %	108	100 %	178	100 %

Graf 18: Testování na HIV



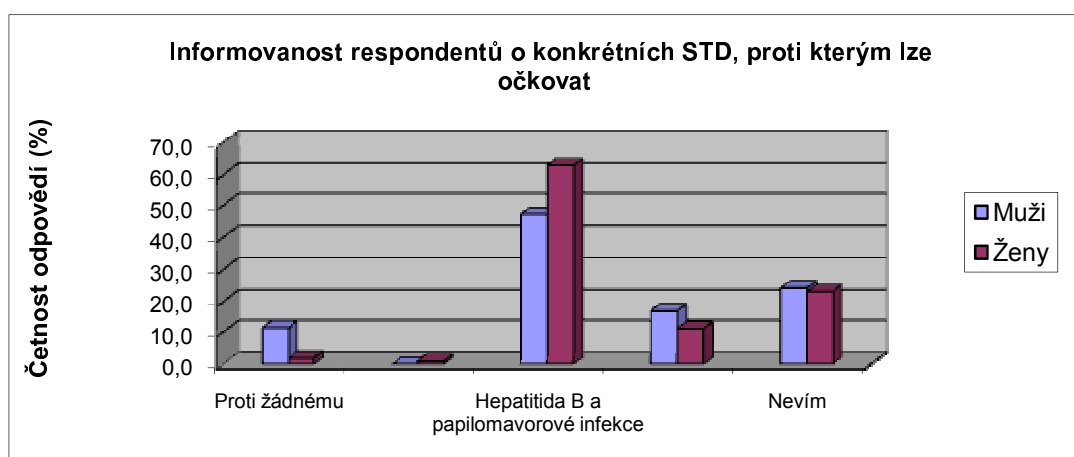
Otázka: Kdy nejdříve (po sexuálním styku, poranění jehlou atd.) je vhodné provést test na HIV?

44,3 % mužů by šlo na testy HIV co nejdříve po rizikovém sexu či rizikové situaci, tuto variantu zvolilo také 36 % žen. Správnou odpověď zvolilo jen 20 % mužů a 22,2 % žen. Ženy nejčastěji volily variantu za 1–2 měsíce, kterou označilo celkem 38 žen (35,2 %), tuto variantu muži volili mnohem méně, jen v 18,6 %.

Tabulka 19: Informovanost respondentů o konkrétních STD, proti kterým lze očkovat

Očkování proti	Muži		Ženy		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Žádnému onem.	8	11,4 %	2	1,9 %	10	5,6 %
AIDS	0	0,0 %	1	0,9 %	1	0,6 %
Hepatitida B a papilomavir. infekce	33	47,1 %	68	63,0 %	101	56,7 %
Chlamydie a hepatitida C	12	17,1 %	12	11,1 %	24	13,5 %
Nevím	17	24,3 %	25	23,1 %	42	23,6 %
Celkem	70	100 %	108	100 %	178	100 %

Graf 19: Informovanost respondentů o konkrétních STD, proti kterým lze očkovat



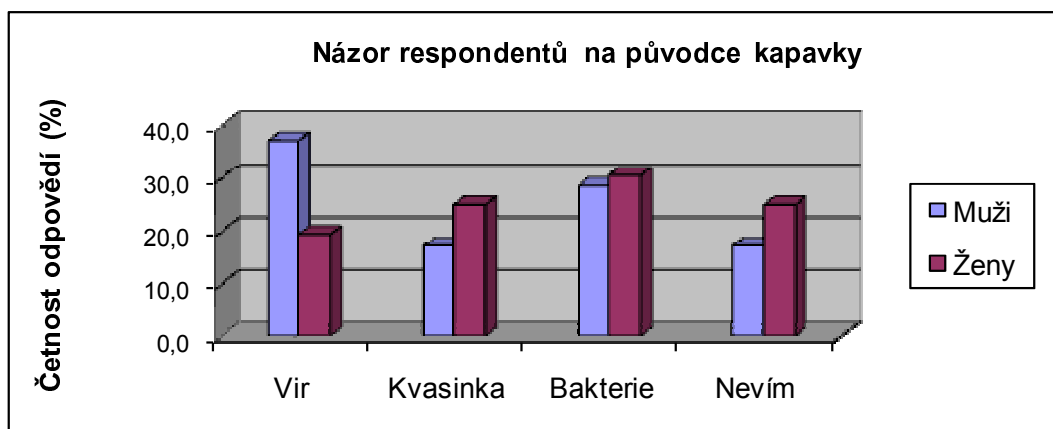
Otázka: Víte, proti kterým sexuálně přenosným onemocněním nás může ochránit očkování?

Správnou variantu volilo celkem 56,7 % respondentů. U žen to bylo ve více případech, tuto variantu zvolilo celkem 63 % studentek, muži označili tuto variantu v 47,1 %. 23,6 % respondentů nevědělo, proti kterým onemocněním lze očkovat, a 23,6 % respondentů označilo chlamydie a žloutenku typu C jako onemocnění, proti kterým je možné se nechat očkovat. Jen jedna dívka zvolila možnost očkování proti AIDS.

Tabulka 20: Názor respondentů na původce kapavky

Původce	Muži		Ženy		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Vir	26	37,1 %	21	19,4 %	47	26,4 %
Kvasinka	12	17,1 %	27	25,0 %	39	21,9 %
Bakterie	20	28,6 %	33	30,6 %	53	29,8 %
Nevím	12	17,1 %	27	25,0 %	39	21,9 %
Celkem	70	100 %	108	100 %	178	100 %

Graf 20: Názor respondentů na původce kapavky



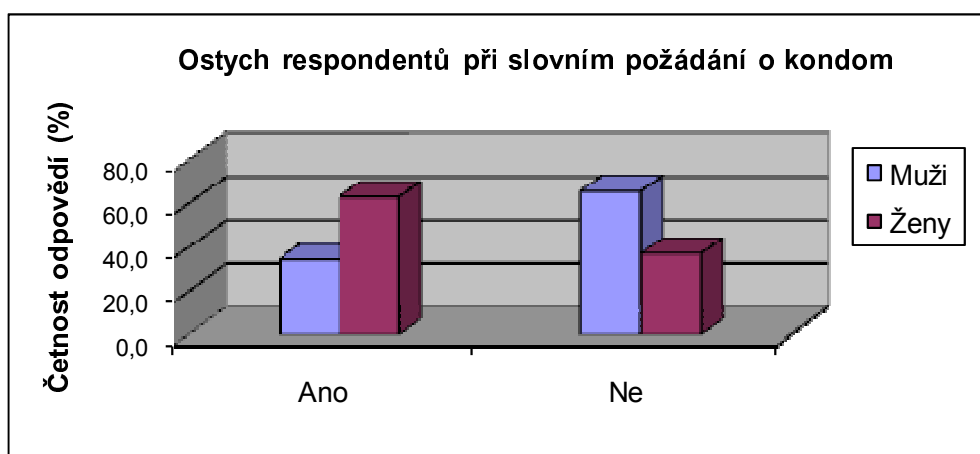
Otázka: Čím je podle Vás onemocnění kapavkou způsobeno?

Správnou odpověď označilo celkem 29,8% respondentů. Ženy odpovídaly na tuto otázku správně ve 30,6% muži jen ve 28,6%. Nejčastější odpověď u mužů byla, že kapavka je způsobena virem, tuto možnost volili ve 37,1%. Kvasinku jako původce kapavky označilo 25 % žen a 17,1 % mužů. Celkem 21,9 % respondentů zvolilo možnost, že neznají původce kapavky.

Tabulka 21: Ostych respondentů při slovním požádání o kondom

Ostych	Muži		Ženy		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ano	24	34,3 %	68	63,0 %	92	51,7 %
Ne	46	65,7 %	40	37,0 %	86	48,3 %
Celkem	70	100 %	108	100 %	178	100 %

Graf 21: Ostych respondentů při slovním požádání o kondom



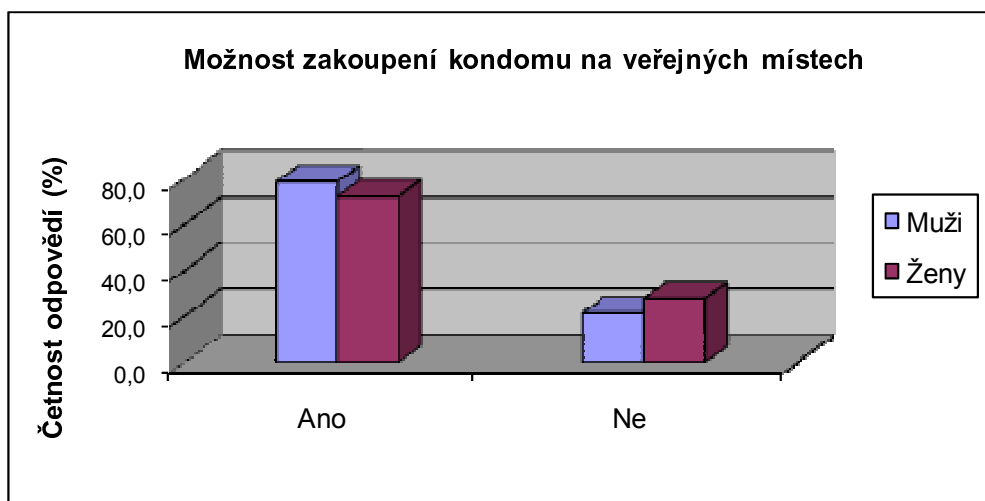
Otázka: Brání Vám ostych při nakupování kondomů v obchodech, kde si o ně musíte slovně požádat?

Ostych při slovním požádání o kondom pociťuje 68 (63 %) žen, a 24 (34,3 %) mužů. Naopak potíže se slovním požádáním nemá celkem 46 (65,7 %) mužů a 40 (37 %) žen.

Tabulka 22: Možnost zakoupení kondomu na veřejných místech

Zakoupení kondomu z automatu	Muži		Ženy		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ano	55	78,6 %	78	72,2 %	133	74,7 %
Ne	15	21,4 %	30	27,8 %	45	25,3 %
Celkem	70	100 %	108	100 %	178	100 %

Graf 22: Možnost zakoupení kondomu na veřejných místech



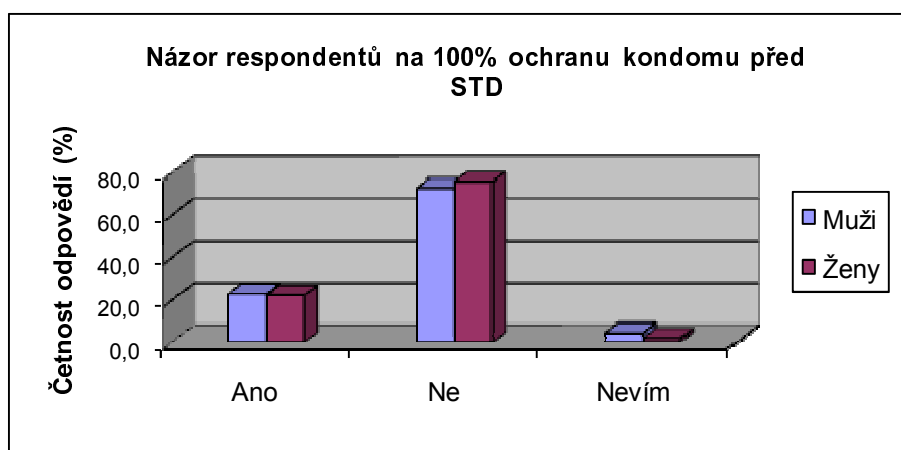
Otázka: Vyhovovala by Vám možnost, zakoupit si kondom na veřejných místech (záchody, zastávky) z automatu?

Většině dotazovaných respondentů by vyhovovala možnost zakoupit si kondom na nejrůznějších veřejných místech, tuto variantu zvolilo celkem 133 studentů, tedy 74,7 %. Ostatních 25,3 % respondentů by tuto možnost neuvítalo.

Tabulka 23: Názor respondentů na 100% ochranu kondomu před STD

100% ochrana před STD	Muži		Ženy		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ano	16	22,9 %	24	22,2 %	40	22,5 %
Ne	51	72,9 %	82	75,9 %	133	74,7 %
Nevím	3	4,3 %	2	1,9 %	5	2,8 %
Celkem	70	100 %	108	100 %	178	100 %

Graf 23: Názor respondentů na 100% ochranu kondomu před STD



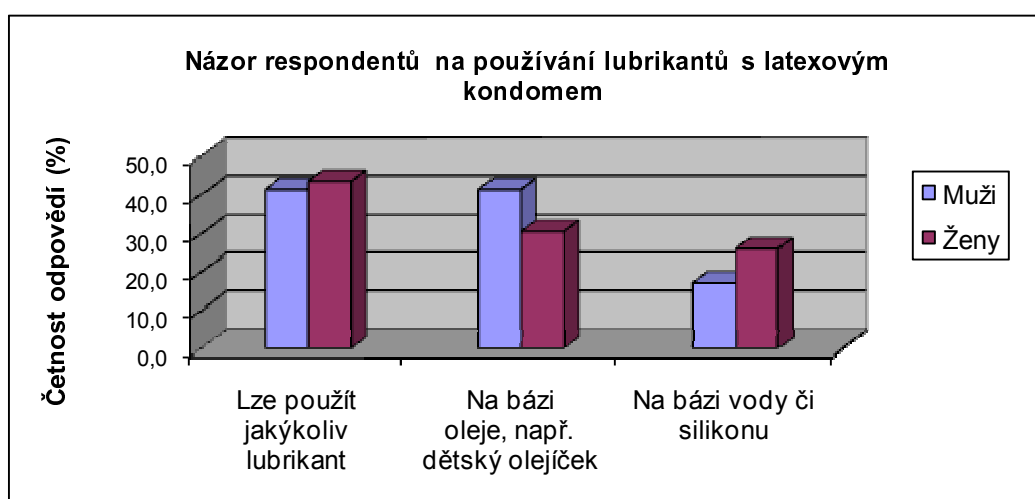
Otázka: Domníváte se, že používání kondomu při sexuálním styku je 100% prevencí před sexuálně přenosnými nemocemi?

Správnou odpověď zvolilo 133 studentů, tedy 74,7 %. 40 studentů (22,5 %) si myslí, že je kondom 100% ochrana před sexuálně přenosnými nemocemi. Zbýlých 5 studentů neznalo odpověď.

Tabulka 24: Názor respondentů na používání lubrikantů s latexovým kondomem

Jaký typ lubrikantu nesmí být použit	Muži		Ženy		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Lze použít jakýkoliv lubrikant	29	41,4 %	47	43,5 %	76	42,7 %
Na bázi oleje, např. dětský olejíček	29	41,4 %	33	30,6 %	62	34,8 %
Na bázi vody či silikonu	12	17,1 %	28	25,9 %	40	22,5 %
Celkem	70	100 %	108	100 %	178	100 %

Graf 24: Názor respondentů na používání lubrikantů s latexovým kondomem



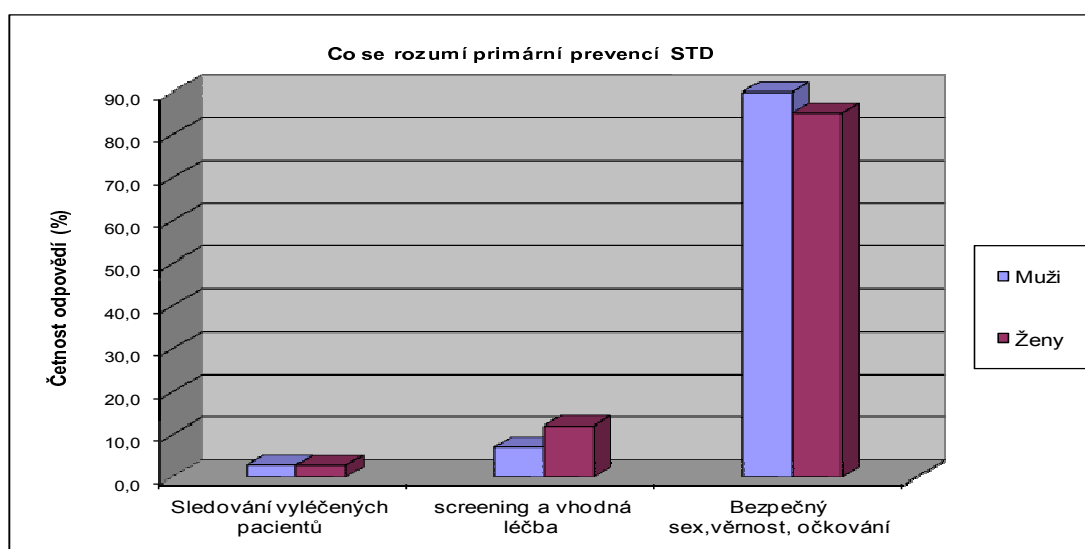
Otázka: Jaký typ lubrikantu podle Vás nesmí být užit s latexovým kondomem?

Použití jakéhokoliv lubrikantu s kondomem uvedlo celkem 42,7 % respondentů, z toho 41,4 % mužů a 43,5 % žen. Správnou odpověď označilo pouze 41,4 % mužů a 30,6 % žen. Variantu lubrikantu na bázi vody či silikonu volilo 17,1 % mužů a 25,9 % žen.

Tabulka 25: Co se rozumí primární prevencí STD

Primární prevence u STD je	Muži		Ženy		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Sledování vyléčených pacientů a včasné odhalení návratu nemoci	2	2,9 %	3	2,8 %	5	2,8 %
Včasné vyšetření lékařem, screening, rychlá a vhodná léčba	5	7,1 %	13	12,0 %	18	10,1 %
Bezpečný sex s kondomem, věrnost, očkování	63	90,0 %	92	85,2 %	155	87,1 %
Celkem	70	100 %	108	100 %	178	100 %

Graf 25: Co se rozumí primární prevencí STD



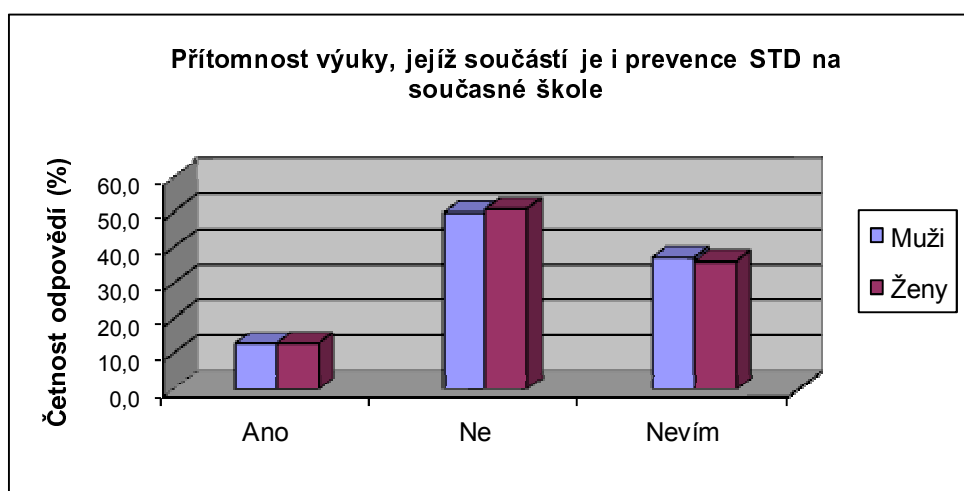
Otázka: Primární prevencí u sexuálně přenosných onemocnění je podle Vás?

87 % všech respondentů odpovídalo na tuto otázku zcela správně. 13 žen a 5 mužů zvolilo možnost vyšetření lékařem, screening a vhodnou léčbu. Zbýlých 5 studentů (2,8 %) označilo variantu sledování vyléčených pacientů.

Tabulka 26: Přítomnost výuky na současné škole, jejíž součástí je i prevence STD

Probíhá u Vás výuka s tímto tématem	Muži		Ženy		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ano	9	12,9 %	14	13,0 %	23	12,9 %
Ne	35	50,0 %	55	50,9 %	90	50,6 %
Nevím	26	37,1 %	39	36,1 %	65	36,5 %
Celkem	70	100 %	108	100 %	178	100 %

Graf 26: Přítomnost výuky na současné škole, jejíž součástí je i prevence STD



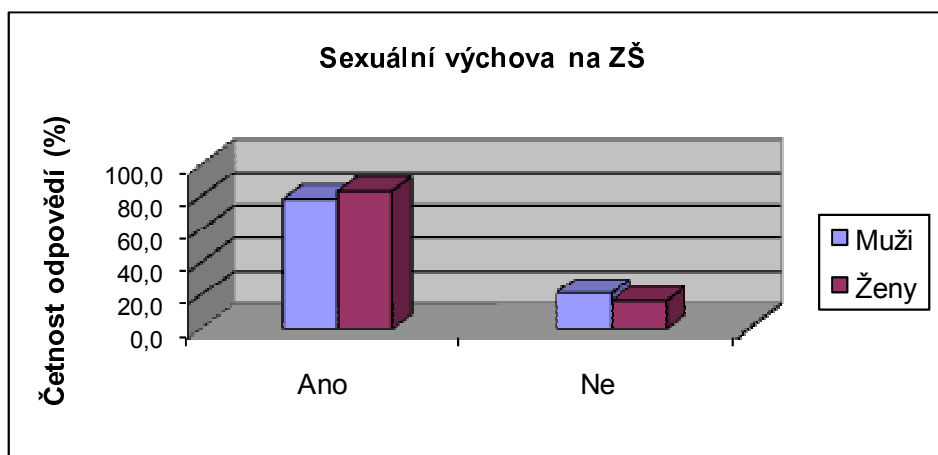
Otázka: Probíhá u Vás ve škole výuka, jejíž součástí je prevence pohlavních chorob?

Většina dotázaných uvedla, že u nich na škole žádná výuka, jejíž součástí by byla i prevence STD neprobíhá, tuto variantu zvolilo celkem 50,6 % respondentů. 36,5 % studentů nevědělo a přítomnost výuky s tématem prevence STD uvedlo pouze 12,9 % studentů.

Tabulka 27: Sexuální výchova na ZŠ

Proběhla na Vaší ZŠ sexuální výchova	Muži		Ženy		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ano	55	78,6 %	90	83,3 %	145	81,5 %
Ne	15	21,4 %	18	16,7 %	33	18,5 %
Celkem	70	100 %	108	100 %	178	100 %

Graf 28: Sexuální výchova na ZŠ



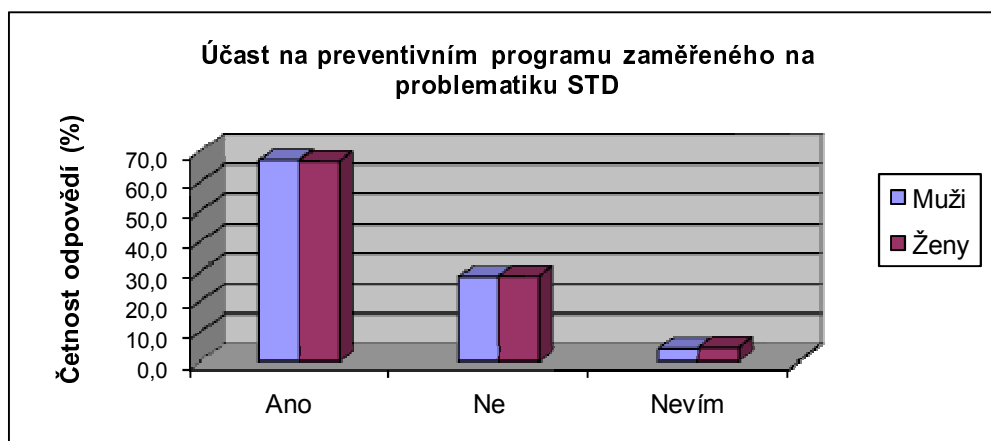
Otázka: Proběhla na Vaší ZŠ sexuální výchova jako součástí výuky?

Sexuální výchova na základní škole proběhla u 81,5 % respondentů. 33 zbylých studentů (18,5%) uvedlo, že na jejich ZŠ neproběhla sexuální výchova v rámci vyučování.

Tabulka 28: Účast na preventivním programu zaměřeném na problematiku STD

Účast na preventivním programu	Muži		Ženy		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ano	47	67,1 %	72	66,7 %	119	66,9 %
Ne	20	28,6 %	31	28,7 %	51	28,7 %
Nevím	3	4,3 %	5	4,6 %	8	4,5 %
Celkem	70	100 %	108	100 %	178	100 %

Graf 28: Účast na preventivním programu zaměřeném na problematiku STD



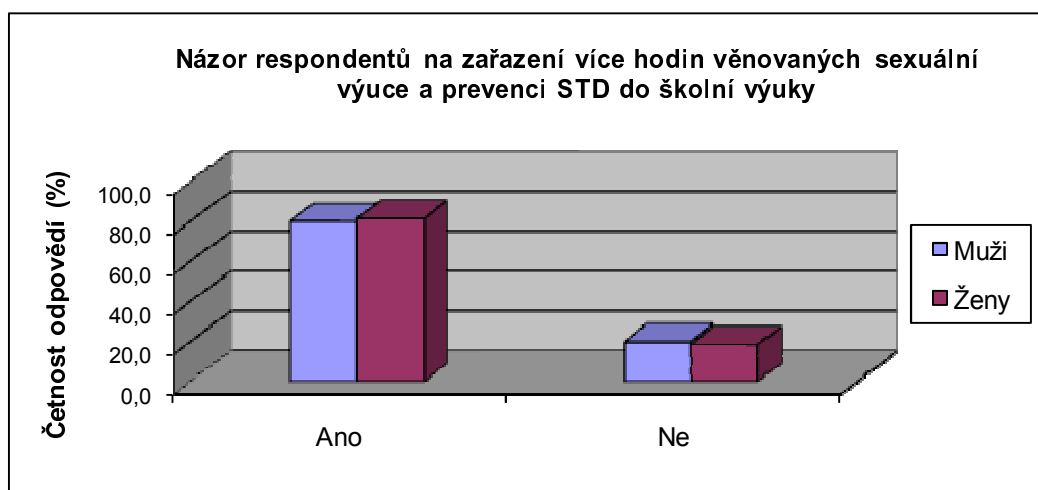
Otázka: Zúčastnil/a jste se nějakého preventivního programu (např. na základní škole), jehož tématem byla problematika sexuálně přenosných onemocnění?

Preventivního programu se zaměřením na STD se zúčastnilo celkem 66,9 % studentů. 28,7 % respondentů (31 žen a 20 mužů) se žádného programu nezúčastnilo a 8 studentů (4,5 %) už nevědělo.

Tabulka 29: Názor respondentů na zařazení více hodin věnovaných sexuální výuce a prevenci STD do školní výuky

Více se věnovat tomuto tématu	Muži		Ženy		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ano	56	80,0 %	88	81,5 %	144	80,9 %
Ne	14	20,0 %	20	18,5 %	34	19,1 %
Celkem	70	100 %	108	100 %	178	100 %

Graf 29: Názor respondentů na zařazení více hodin věnovaných sexuální výuce a prevenci STD do školní výuky



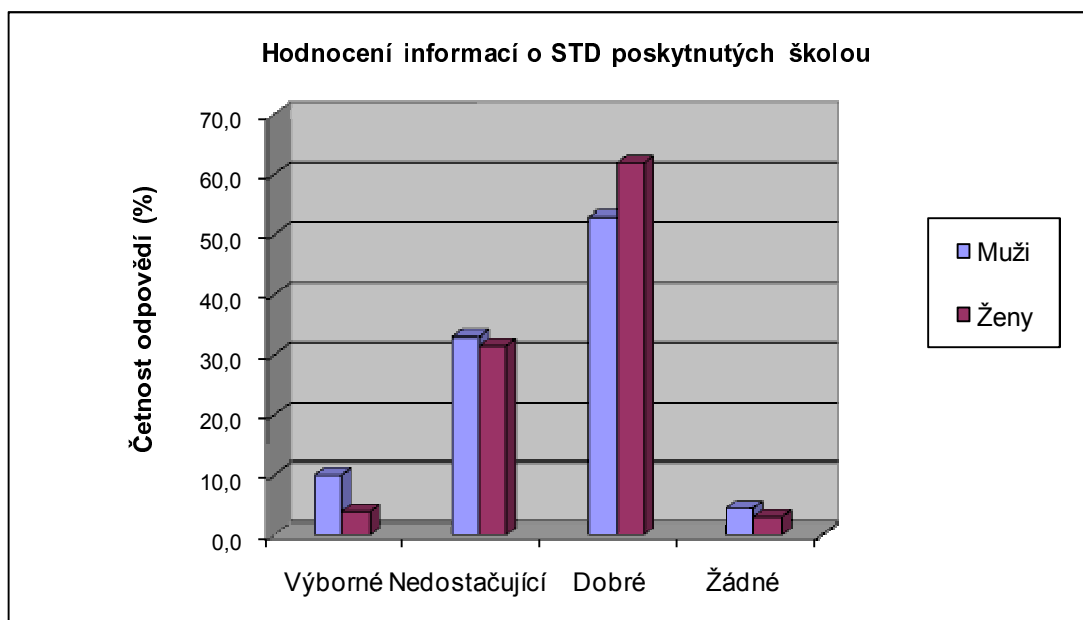
Otázka: Mělo by se podle vás věnovat ve škole více času výuce sexuální výchovy a prevenci pohlavních chorob?

80,9 % respondentů by uvítalo, kdyby se ve školách věnovalo více času výuce sexuální výchovy. 19,1 % respondentů (20 žen a 14 mužů) si myslí, že by se tomuto tématu více času věnovat nemělo.

Tabulka 30: Hodnocení informací o STD poskytnutých školou

Informace poskytnuté školou považují za	Muži		Ženy		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Výborné, škola mi poskytla veškeré informace, co jsem potřeboval/a	7	10,0 %	4	3,7 %	11	6,2 %
Nedostačující, škola mě o tomto tématu informovala velmi málo	23	32,9 %	34	31,5 %	57	32,0 %
Dobré, škola mi poskytla dostačující informace	37	52,9 %	67	62,0 %	104	58,4 %
Žádné, škola mě o sexuálně přenosných chorobách a jejich prevenci neinformovala	3	4,3 %	3	2,8 %	6	3,4 %
Celkem	70	100 %	108	100 %	178	100 %

Graf 30: Hodnocení informací o STD poskytnutých školou



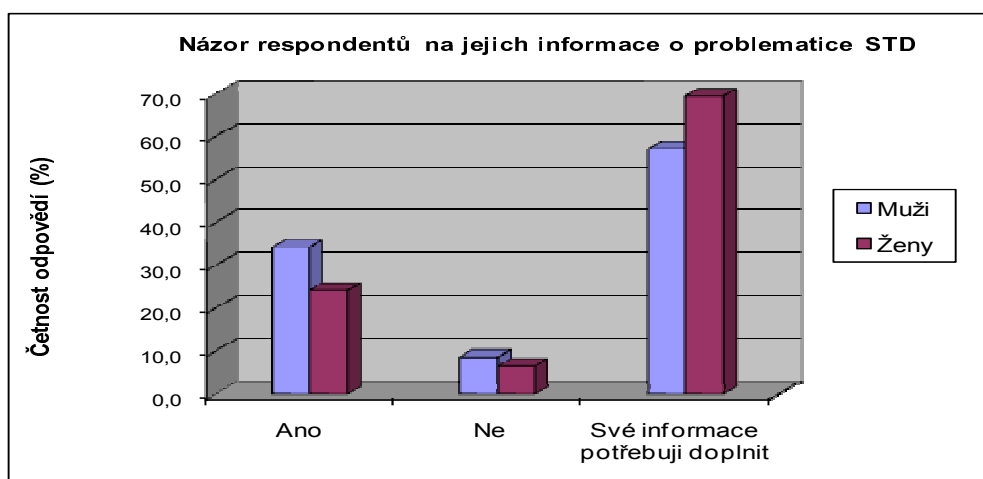
Otázka: Informace, které Vám ZŠ (nebo i střední škola) o sexuálně přenosných chorobách a jejich prevenci poskytla, považujete za:

Z celkového počtu 178 respondentů označilo 58,4 % studentů (37 mužů a 67 žen) informace o STD poskytnuté školou za dobré. Jako nedostačující hodnotí tyto informace 32 % (23 mužů a 34 žen). 11 studentů (6,2 %) shledává informace od školy za výborné a 6 studentů (3,4 %) uvedlo, že jim škola neposkytla žádné informace o této problematice.

Tabulka 31: Názor respondentů na jejich informace o problematice STD

Máte dostatek informací o problematice STD	Muži		Ženy		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ano, mé informace jsou plně dostačující	24	34,3 %	26	24,1 %	50	28,1 %
Ne, nemám dostatek informací o této problematice	6	8,6 %	7	6,5 %	13	7,3 %
Mám nějaké informace, které by ale potřebovaly doplnit	40	57,1 %	75	69,4 %	115	64,6 %
Celkem	70	100 %	108	100 %	178	100 %

Graf 31: Názor respondentů na jejich informace o problematice STD



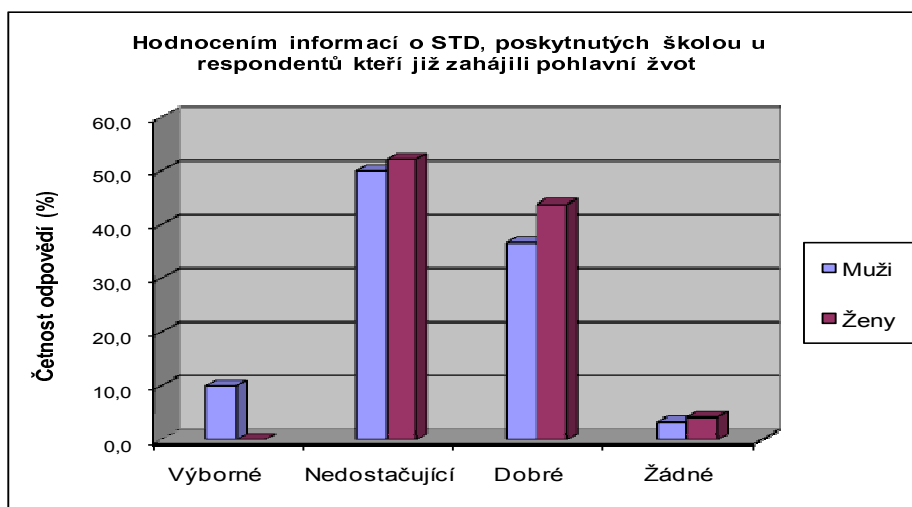
Otázka: Myslíte si, že máte dostatek informací o problematice sexuálně přenosných onemocnění a jejich prevenci?

Celkem 64,6 % (40 mužů a 75 žen) respondentů má nějaké informace o STD, které by ovšem potřebovali doplnit. Naprosto dostačující informace má 28,1 % studentů a 7,3 % (6 mužů a 7 žen) nemá dostatek informací o této problematice.

Tabulka 32: Srovnání výsledků tabulek č. 7 a č. 30 - Hodnocení informací o STD, poskytnutých školou u respondentů, kteří již zahájili pohlavní život

Informace poskytnuté školou považují za	Muži		Ženy		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Výborné, škola mi poskytla informace, co jsem potřeboval/a	3	10,0 %	0	0,0 %	3	3,8 %
Nedostačující, škola mě o tomto tématu informovala velmi málo	15	50,0 %	25	52,1 %	40	51,3 %
Dobré, škola mi poskytla dostačující informace	11	36,7 %	21	43,8 %	32	41,0 %
Žádné, škola mě o STD a jejich prevenci neinformovala	1	3,3 %	2	4,2 %	3	3,8 %
Celkem	30	100 %	48	100 %	78	100 %

Graf 32: Srovnání výsledků tabulek č. 7 a č. 30 - Hodnocení informací o STD, poskytnutých školou u respondentů, kteří již zahájili pohlavní život



Z celkového počtu 78 studentů, kteří již zahájili svůj pohlavní život, hodnotí informace poskytnuté školou jako nedostačující 40 studentů (51,3 %). Za dobré je považuje jen 32 respondentů (41 %). 3 studenti (3,8 %) hodnotí informace poskytnuté školou o STD za výborné a rovněž 3 studenti (3,8 %) uvedli, že jim škola neposkytla žádné informace o této problematice.

5. DISKUZE

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na zhodnocení znalostí studentů vybraných čtyřletých gymnázií v Českých Budějovicích o primární prevenci v oblasti sexuálně přenosných chorob. Výzkum byl prováděn dotazníkovou metodou. Zkoumaný soubor byl tvořen studenty prvních a druhých ročníků čtyřletých gymnázií. Konkrétně se jednalo o Biskupské gymnázium J. N. Neumanna, ze kterého bylo pro výzkum použito celkem 69 dotazníků, gymnázium Česká 29 (29 dotazníků), gymnázium Jírovcova 8 (52 dotazníků) a gymnázium J. V. Jirsíka (28 dotazníků). Konečný výzkumný soubor byl tedy tvořen celkem 178 studenty.

Nyní budou diskutovány jednotlivé výsledky dotazníkového šetření. V úvodní části dotazníku byly první dvě nečíslované otázky identifikační a byly zaměřeny na zjištění základních údajů. Z celkového počtu 178 (100 %) dotazovaných studentů bylo dotázáno 70 chlapců a 108 dívek. Nejvíce zastoupená věková kategorie byla 16 let, tuto kategorii tvořilo celkem 39 (55,7 %) mužů a 64 (59,3 %) žen, druhou nejpočetnější kategorií byl věk 17 let zastoupený 54 studenty (30,3 %). 19 studentům bylo 15 let a pouze 2 ženy byly starší 17 let (viz tab. 2). Věková skupina studentů byla samozřejmě vybrána záměrně, protože pohlavními chorobami je na celém světě nejvíce postižena právě věková skupina 15–24 let (11).

První číslovaná otázka zjišťovala, zda si studenti uvědomují, že představují velmi ohroženou skupinu, co se týče nákazy STD. Riziko si uvědomuje 60,1 % studentů, zbylí studenti si myslí, že toto riziko se jich netýká (viz tab. 3). Z výsledků zcela logicky vyplynulo, že studenti, kteří zahájili svůj pohlavní život, si riziko uvědomují podstatně ve větší míře než studenti, kteří zatím sexuálně žít nezačali. Je nutné si uvědomit, že STD jsou přenášeny převážně pohlavním stykem, ovšem je možný i jiný přenos a na ten nelze zapomínat (17). Velmi lehkovážný mi přijde postoj 25 % žen a 27 % mužů, kteří zahájili pohlavní život, ale nepřipouštějí si, že by se jich nějaké riziko týkalo. Pokud si riziko neuvědomují, je možné že se budou chovat nezodpovědně a nebudou se dostatečně chránit, což může vést ke snadné nákaze pohlavní chorobou a posléze jejímu rozšíření na další partnery.

S touto otázkou souvisí i otázka číslo 2, ve které mě zajímalo, zda mají studenti strach z nákazy pohlavní chorobou. Strach uvedlo 66,3 % studentů, kdy více se cítí ohroženi ženy a mají obavy v 72,2 %, muži jen v 57,1 % (viz tab. 4). V této souvislosti je vhodné připomenout, že ve skupině 15–19letých jsou opravdu více postiženy sexuálně přenosnými chorobami dívky pro jejich větší zranitelnost (11).

U další otázky se potvrdil můj předpoklad a byla tím i prokázána má první hypotéza: Studenti získávají své informace o této problematice nejčastěji z médií. Tento zdroj informací uvádělo 62,9 % studentů (viz tab. 5). K naprosto shodnému výsledku došla ve svém dotazníkovém šetření pro svou diplomovou práci i studentka Kateřina Drahoňovská. Ve vzorku, který tvořili studenti nejrůznějších středních škol, uvádělo média celkem 63 % studentů (6). Řekla bych, že tento výsledek se již v budoucnu měnit nebude a média budou stále větším zdrojem těchto informací. Proto je nezbytné zajistit, aby informace získávané tímto zdrojem byla na co nejvyšší úrovni a přinášela kvalitní a aktuální informace. Druhým nejčastějším zdrojem je s 26,4 % uváděna škola, zbylé zdroje mají již velmi malé zastoupení (viz tab. 5).

Otázky číslo 4 a 25 zjišťovaly, zda mají studenti zájem, aby jim v rámci vyučování byly poskytovány informace o nebezpečí a prevenci STD a zda se má ve škole tomuto tématu spolu se sexuální výchovou věnovat více času. Odpovědi na obě otázky byly téměř shodné a kladně na tyto otázky odpovídalo celkem 81,5 % (u otázky 25 to bylo 80,9 %) studentů. Z výsledků jednoznačně plyne, že studenti by měli zájem, aby jim škola poskytla kvalitní informace v této problematice, neboť toto téma je pro ně v daném věku stěžejní. Téma výuky sexuální výchovy bude dále probíráno v otázce 22 a 23, která na toto téma navazuje.

Otázka číslo 5 se zabývala sexuálním životem studentů. Celkem 78 (43,8 %) studentů již zahájilo pohlavní život, jednalo se o 30 mužů a 48 žen. Zbylých 100 studentů (56,2 %) pohlavní život nezačalo (viz tab. 7).

U studentů, kteří v předchozí otázce uvedli, že již začali sexuálně žít, jsem zjišťovala, v jakém věku se jejich první sexuální zážitek odehrál. Nejčastěji byl uváděn věk 15 let (44,9 %), hned poté věk 16 let (42,3 %). 3 studenti uvedli věk 17 let, ovšem celkem 7 studentů (3 muži a 4 dívky) uvedli věk pod 15 let, což znamená, že nedosáhli

zákonem stanoveného minimálního věku způsobilosti k pohlavnímu styku. Výsledky výzkumu provedeného Sexuologickým ústavem 1. lékařské fakulty UK a VFN z roku 2008 ukazují, že první sexuální zážitek mají muži i ženy kolem 18 roku života (45). V tomto jsou výsledky s mým výzkumem odlišné, důvod bych viděla ve věkovém zastoupení obou souborů, kdy předpokládám, že zastoupení starší generace z výzkumu sexuologické společnosti bude podstatně vyšší (jednalo se o populaci 2000 mužů a žen starších 15 let), což by potvrdilo trend snižování věku prvního sexuálního zážitku v současné mladé populaci.

Další otázka se opět týkala pouze studentů, kteří již měli pohlavní styk. Zajímalo mě, zda při svém vůbec prvním sexuálním zážitku studenti použili bariérovou ochranu. 73,1 % studentů použilo kondom, zbylých 26,9 % studentů (8 mužů a 13 žen) uvedlo, že jejich první sexuální zážitek proběhl bez použití kondomu. Za uvážení jistě stojí i to, zda studenti, kteří kondom nepoužili, vědomě podceňují rizika nechráněného sexu nebo přistoupili na nechráněný styk ze strachu před odsouzením a odmítnutím ze strany partnera či okolí. Z již dříve zmíněného průzkumu Sexuologického ústavu vyplynulo, že u daného vzorku populace kondom při prvním sexuálním styku použilo pouze 35 % mužů a 24 % žen a 45 % mužů a 49 % žen nepoužilo při prvním pohlavním styku žádnou ochranu (45). Tyto výsledky považuji za velmi alarmující, ve srovnání s tímto výzkumem jsou mladí lidé gymnázií, kteří tvořili výzkumný soubor v mém šetření, daleko zodpovědnější.

Cílem primární prevence v dospívání je odsunutí koitarché z časně adolescence do poněkud zralejšího věku, nejlépe po 18. roku života. Dosažení tohoto cíle se zvláště v posledních 10 letech stává kritériem úspěšnosti preventivních programů (11). Proto mě v otázce číslo 7, která byla již pro všechny respondenty, zajímal názor na nejvhodnější věk, kdy by se mělo začít se sexuálním životem. Je zajímavé, že většina studentů dokázala uvést přesný věk, kdy je podle nich ideální začít sexuálně žít a pouze 6,2 % (8,6 % mužů a 4,6 % žen) respondentů uvedlo, že záleží na každém, jak je individuálně připraven. Muži uváděli nejčastěji věk 15 let (30 %), poté věk 16 let (22,9 %), věk 17 let označilo 21,4 % mužů a 11,4 % mužů si myslí, že ideálním věkem pro start sexuálního života je 18 let. Pouze dva studenti uvedli věk pod zákonnou hranicí,

tedy 14 let. Dívky nejčastěji volily věk 16 let (40,7 %), poté věk 17 let (26,9 %) a věk 18 (14,8 %). Z výsledků vyplývá, že věk střední adolescence je pro většinu mladých lidí stále ten nejvhodnější pro vstup do svého pohlavního života. Za pozitivní pokládám fakt, že dívky volí starší věk pro zahájení pohlavního života více než muži (viz tab. 10).

Studentů, kteří zahájili pohlavní život, se týkaly i dvě následující otázky, které měly za úkol zjistit, jakou ochranu studenti používají. U žen jednoznačně převládá antikoncepce hormonální (66,7 %) a potvrzuje to dnešní moderní trend, kdy u žen je bariérová ochrana masově odsunuta ochranou hormonální, která sice zabrání nechtěnému otěhotnění, neochrání ovšem před pohlavními chorobami, a proto může být tento typ antikoncepce pro mladé ženy rizikovým. Dokonce větší počet uživatelů hormonální antikoncepce měla ve svém šetření již zmiňovaná studentka Drahoňovská, ze vzorku 81 žen uvedlo používání hormonální antikoncepce celých 75,3 % žen (6). Ráda bych vyslovila názor, že hormonální antikoncepce bude i do budoucna u mladých žen vytlačovat bariérovou metodu ochrany, a to hned z několika důvodů. Jedná se zejména o ostych žen při slovním požádání o kondom, to vyplynulo i z výsledku otázky č. 17 (viz tab. 21), předpokládám, že požádání gynekologa o předepsání hormonální antikoncepce u žen není takový problém, a myslím, že by to byla do budoucna velmi zajímavá otázka ke zjištění. Některé druhy této antikoncepce navíc nabízí i nejrůznější výhody pro ženy, jako je srovnání menstruačního cyklu, zmírnění předmenstruačních bolestí nebo zlepšení pleti. Řešení bych viděla v tom, aby byly mladé ženy nabádány k používání hormonální antikoncepce pouze s trvalými a dlouhodobými partnery, o kterých vědí, že nenesou žádné riziko pohlavní infekce. Riziko zde představují choroby, které probíhají asymptomaticky a objevují se právě zejména u mladých lidí, jako jsou HPV viry nebo chlamydie (17, 19). Výsledky dále ukázaly, že u mužů zatím převládá ochrana bariérová, kondom používá 70 % dotázaných mužů, ovšem 26,7 % mužů uvádí, že se chrání jejich přítelkyně hormonální antikoncepcí. Myslím si, že zajímavá by byla otázka, čemu by muži dali přednost, zda tomu, aby se chránila jejich přítelkyně hormonálně, nebo zda by preferovali kondom.

Otázky číslo 9 a 10 zjišťovaly, zda někteří studenti mají zkušenosti se sexem na jednu noc a zda se při tom chránili kondomem. Z celkového počtu 70 studentů (kteří již

zahájili pohlavní život) tuto zkušenost uvedlo celkem 31 studentů (17,4 %), z toho 16 mužů (22,9 %) a 15 žen (13,9 %) a použití kondomu uvedlo 64,5 % studentů. U takto mladých lidí považují i 17,4 % za neuspokojivý výsledek a to, že se 43,8 % mužů se při tomto styku nechránilo kondomem, jen potvrzuje fakt, který uvedla doktorka Hamanová ve své práci, a to že velká řada výzkumů již prokázala, že u sexuálně aktivních dospívajících je velmi těžké měnit jejich chování na „bezpečnější“ (11).

Další otázka měla za úkol zjistit, jaký je názor studentů na časté střídání partnerů, tedy co si myslí o lidech, kteří vykazují promiskuitní chování. Ženy se k takovému chování stavěly více kriticky než muži a 72,2 % žen uvedlo, že s takovým chováním nesouhlasí a preferuje dlouhodobé vztahy a věrnost, muži toto uvedli v 55,7 %. Celkem 25,7 % mužů a 5,6 % žen považuje takové chování za zcela normální a běžné v dnešní době. Zbýlých 20,8 % neví, co si má o tomto chování myslet. Primární prevence STD spočívá především ve vedení ke správnému sexuálnímu životu, snižování počtu sexuálních partnerů a trvalejším vztahům (1). Proto by se ve společnosti promiskuitní chování nemělo považovat za běžné a normální, neboť takový člověk nese velké riziko nákazy STD a ohrožuje i své sexuální partnery.

Další otázka byla odborně zaměřena, chtěla jsem zjistit, zda mají studenti povědomí o tom, že mezi pohlavními chorobami existuje pět nemocí klasických, které spadají do léčení výhradně dermatovenerologa. Překvapilo mě, že muži odpovídali na tuto otázku ve více případech správně než ženy, dermatovenerologii označilo 52,9 % mužů a pouze 45,4 % žen. Druhou nejčastější odpovědí u mužů a nejčastější odpovědí žen byla gynekologie, u žen představovala celých 46,3 %. Musím říci, že výsledky mě vcelku mile překvapily, zvláště pak u mužů. Touto otázkou se v své bakalářské práci, zaměřené na porovnání informovanosti budoucích středoškolsky a vysokoškolsky vzdělaných zdravotníků, zabývala i studentka Romana Cílková. Z jejích výsledků vyplývá, pouze 54,3 % studentů střední zdravotnické školy je informováno o oboru dermatovenerologie (4). Mezi studenty v této otázce není tedy příliš rozdíl. Je nutné připomenout, že v dnešní době chodí většina lidí nejprve za obvodním lékařem, který je pak pošle k určitému specialistovi, takže tento výsledek znalosti dermatovenerologie byl pouze orientační, pro zjištění, zda mají studenti povědomí, že takový obor vůbec

existuje. Myslím si, že pro další výzkum by bylo vhodné napřed zjistit, zda studenti vůbec znají rozdělení na klasické pohlavní choroby a ví, které onemocnění do této skupiny patří.

Další odborná otázka se týkala reinfekce onemocnění kapavkou. Toto onemocnění jsem si vybrala proto, že jeho výskyt je nejčastější právě v populaci 15–19 let, a tudíž by studenti měli mít základní informace o tomto onemocnění (49). Jak se ukázalo, tak správnou odpověď věděla více jak polovina studentů (53,9 %), ovšem i přesto si myslím, že tento výsledek není zcela uspokojivý, neboť jde o velmi časté onemocnění, po jehož prodělání nevzniká imunita a je nutné se před ním opakovaně chránit, proto by o něm 42,1 % studentů nemělo pochybovat (viz tab. 17).

Další otázka mě zcela logicky napadla v souvislosti s aktuálně mediálně zveřejňovanými informacemi podpořené mnoha celebritami o domácím testování HIV pozitivitu. Tuto kampaň jistě postřehl téměř každý, neboť byla zveřejňována skoro ve všech masmédiích. Nutno dodat, že mnoho odborníků už vyslovilo názor, že tento test nepatří do rukou laika, nýbrž zdravotníka, a výsledky mého výzkumu toto tvrzení jen potvrzují (43). Mladí si nejsou vědomy, jak je důležité test provést ve správný čas, nikoliv ihned poté, co se cítí ohroženi. Pokud chceme, aby výsledek byl opravdu vypovídající, je nutné test provést až po třech měsících (29). Tuto možnost zvolilo pouze 21,3 % studentů, což je velmi neuspokojivé, a ještě znepokojující a jen potvrzující předešlé je, že nejvíce studentů 36 % by si nechalo udělat test co nejdříve po rizikovém sexu (viz tab. 18).

Podstatnou součástí prevence STD je i očkování. V současné době lze očkovat proti virové hepatitidě A a B a lidskému papilomaviru (2). Informovanost o očkování je, jak se dalo předpokládat, vyšší u žen (správná odpověď v 63 %, muži jen 47,1 %), což je podle mého díky mediální osvětě o očkování proti papilomavirům zaměřené především na mladé ženy (i když v současné době je jedna z vakcín doporučována i pro muže). Domnívám se, že informovanost v tomto ohledu není pořád dostatečná a myslím si, že by se mělo uvažovat o zkvalitnění probíhajících kampaní.

Další otázka byla opět odborně zaměřená a týkala se původce kapavky, kterým je gonokok *Neisseria gonorrhoeae*, jež je velmi citlivý na podmínky vnějšího prostředí

(32). I zde studenti selhali, neboť správného původce kapavky vědělo jen 29,8 % studentů. Tuto otázku jsem našla i ve výzkumu již zmiňované studentky Cílkové. Z jejich výsledků vyplývá, že původce kapavky uvedlo správně pouze 47,9 % studentů střední zdravotnické školy (4). Lze tedy vidět rozdíl ve znalostech zdravotnického a nezdravotnického oboru, přesto ani tito studenti zdravotnické školy nedosáhli příliš dobré úrovně, na základě toho můžu konstatovat, že mezi adolescenty jsou obecné informace o tak rozšířené chorobě na nízké úrovni.

Bezpečný sex znamená sex s kondomem, ovšem aby mladí lidé mohli kondom použít, musí si ho napřed obstarat. Proto jsem otázky číslo 17 a 18 zaměřila právě na tuto problematiku. Podle předpokladů se ukázalo, že ženy mají ostych při nakupování kondomů, kde by si o ně musely slovně požádat, pouze 37 % žen tento ostych nemá. Muži naopak tento problém mají pouze v 34,4%, naopak slovní požádání nečiní problém 65,7 % mužům. Na tuto otázku tedy souvisle navazovala otázka, zda by studenti uvítali možnost koupit si kondom na nejrůznějších veřejných místech z automatu. 74,7 % studentů by tuto možnost přivítalo. Zde bych ráda uvedla osobní zkušenosti k tomuto tématu. V únoru tohoto roku jsem se zúčastnila preventivního programu Hrou proti AIDS, kde jsem měla možnost hovořit s mnoha studenty právě na téma kondomů a dále jsem měla možnost vidět mladé lidi na startu svého sexuálního života a způsob, jakým zacházejí a manipulují s kondomem. Většina studentů (zdůrazňuji, že se jednalo o mladé lidi, kteří v nejbližší době začnou sexuálně žít) měla kondom poprvé v ruce a manipulovala s ním velmi špatně, čímž by pak při styku mohli naprosto zničit efekt bariérové ochrany. Ráda bych zde poukázala na to, jak je nesmírně důležité, aby studenti před zahájením svého pohlavního života přišli do styku s kondomem a naučili se s ním správně manipulovat. Účastníci tohoto preventivního programu ve většině případů neznali místo ve svém městě, kde by si koupili kondom zcela anonymně a beze studu (tedy z automatu). Tím bych ráda nastínila problém, který se zde otevírá. Pokud chceme, aby mladí lidé přistupovali bezpečně k sexu a používali bariérovou ochranu, tedy kondom, je nutné, aby s ním uměli správně manipulovat a měli možnost si ho beze studu koupit nebo naopak byli učeni k tomu, že slovní požádání o kondom není v žádném případě něco, za co by se měli stydět. Zcela

souhlasím s názorem doktorky Kuklové z dermatovenerologické kliniky 1. LF UK a VFN, která uvádí, že o existenci kondomu by měly být poučeny již školní děti a měly by dostat informace, jak s ním zacházet, neboť příčinou selhání kondomu je ve většině případů špatná manipulace (25). Problematika kondomů je i součástí programu Světové zdravotnické organizace – Zdraví 21, který má sloužit jako osnova evropské péče o zdraví ve 21. století. Zde se zdůrazňuje, že je potřeba zajistit širokou dostupnost kondomů, aktivně nabádat k jejich používání, zajistit jejich přísun na trh a jejich dostupnost za ceny, které si každý může dovolit (48).

V další otázce zaměřené opět na kondomy jsem zjišťovala, zda si studenti myslí, že je kondom 100% ochranou před STD. Výsledek považuji za celkem uspokojivý, neboť 74,7 % studentů uvedlo, že není. Tato otázka mohla být rozšířena o otázku, proč kondom není 100% ochranou. Zda studenti brali v úvahu jiný způsob přenosu pohlavní infekce nebo zda spíše mysleli na prasknutí či protržení kondomu.

Poslední otázka zaměřená na kondomy, byla otázka používání lubrikantů s latexovým kondomem. Výsledkem jsem byla překvapena, neboť pouze 34,8 % studentů odpovědělo správně, že s kondomem nelze použít lubrikant na bázi oleje. Předpokládám, že pokud studenti používají lubrikační prostředky, kupují si značkové lubrikanty v obchodech, které jsou doporučovány pro použití s latexovým kondomem a neexperimentují. Přesto považuji za více než nutné, aby studenti věděli, že lubrikanty na olejové bázi, krémy a tuky mohou způsobit narušení struktury kondomu a jeho neefektivnost (25). Řešení bych viděla ve větší osvětě tohoto problému, neboť upozornění psané malým písmem v návodu u kondomu je zřejmě naprosto neefektivní.

Zajímalo mě, zda studenti znají rozdělení prevence a vědí co je náplní prevence primární. Odpovědi byly opravdu velmi uspokojivé, neboť 87,1 % studentů (viz tab. 25) správně uvedlo, že bezpečný sex s kondomem, partnerská věrnost a očkování patří do prevence primární, jedná se tedy o způsoby a opatření, jak nemocem předcházet (1).

Další otázka měla zjistit, zda na současné škole (tedy gymnáziu) dostávají studenti informace o prevenci pohlavních chorob v rámci nějaké vyučovací hodiny. Pouze 12,9 % studentů uvedlo, že tato výuka na jejich škole probíhá, 50,6 % studentů uvedlo absenci takové výuky a 36,5 % studentů nevědělo. Stejnou otázku měla ve

výzkumu pro svou bakalářskou práci zařazenou i studentka Jaroslava Hanušová, jejími respondenty byli studenti různých učilišť a středních škol v Českých Budějovicích. Tito studenti uvedli nepřítomnost jakékoliv výuky zaměřené na tuto problematiku v 88 % na učilištích a v 80 % na odborných středních školách (12). Z těchto výsledků je tedy vidět, že problematika absence výuky tohoto tématu se netýká pouze gymnázií, ale jde o problém většiny škol, do kterých studenti nastoupí po absolvování školy základní.

Za aktuální považují otázku číslo 23. Zabývá se předmětem sexuální výchovy na základních školách. Tuto problematiku zdůrazňují, neboť je to právě sexuální výchova, která by měla mladé lidi seznámit s problematikou STD a informovat je o pravidlech bezpečného sexu. Většina studentů uvedla, že na jejich základní škole proběhla sexuální výchova, absenci uvedlo pouze 18,5 % studentů. Považují za nezbytné uvést studenty do problematiky sexuální výchovy ještě před zahájením pohlavního života, tedy někdy v průběhu 7–9 třídy základní školy, ovšem za ještě důležitější považují tuto výuku zopakovat a zpřesnit ve věku, kdy se pro většinu studentů tato problematika stane aktuální a začnou sexuálně žít (převážně první a druhé ročníky středních škol), bohužel jak ukázala předešlá otázka, v praxi je vše naprosto jinak. Nyní jsou dokonce ohroženy i informace podávané o této problematice základní školou, neboť sexuální výchovu se nepovedlo prosadit jako povinný předmět, především kvůli nelibosti některých rodičů, kteří proti povinné sexuální výchově sepsali petici (18).

Preventivního programu zaměřeného na problematiku STD se zúčastnilo celkem 66,9 % studentů. Je zřejmé, že preventivní programy stále nejsou prováděny na všech školách, což vidím jako velký problém, neboť realizace těchto programů je zajisté potřebná a ve většině případů představují tyto programy pro střední školy jedinou možnost, jak se studenti mohou dozvědět informace o problematice STD, neboť jak se ukázalo u otázky 22, střední školy ve většině případů problematiku STD a jejich prevence nezařazují do svých vyučovacích hodin (viz tab. 26).

V otázce 26 měli studenti hodnotit informace, které jim poskytla škola o problematice STD. Předpoklad, že studenti budou hodnotit informace poskytované školou za nedostatečné, se nepotvrdil. Pouze 32 % studentů zhodnotilo informace jako nedostatečné, nejvíce studenti hodnotili informace jako dobré a dostačující, to uvedlo

celkem 58,4 % studentů. Velmi pozitivně a tudíž jako výborné hodnotilo informace celkem 3,2 % studentů a 3,4 % uvedlo, že jim škola neposkytla vůbec žádné informace. Tyto odpovědi tedy vyvrací předpokládanou hypotézu č. 2: Výchova ke zdraví v této oblasti je v rámci vyučování ve školách žáky hodnocena jako nedostatečná. Ovšem zajímavé mi přijde, že pokud jsem srovnala studenty, kteří zahájili svůj pohlavní život (celkem 70 studentů), a jejich hodnocení, které uváděli na tuto otázku, ukázalo se, že celých 51,3 % studentů hodnotí informace poskytnuté školou jako nedostatečné (viz tab. 32). Lze tedy předpokládat, že studenti, kteří zahájili pohlavní život, si uvědomují širší problematiku týkající se pohlavních chorob a jejich rizika a informace poskytnuté školou shledávají daleko více jako nedostatečné.

Poslední otázka číslo 27 zjišťovala, jak se studenti považují za informované v této problematice. Celkem 64,4 % studentů uvedlo, že má nějaké informace, které by ovšem potřebovali doplnit, za nedostačující své informace považuje 7,3 % studentů. Velmi sebevědomě odpovídalo celkem 28,1 % studentů, kteří si myslí, že jejich informace jsou plně dostačující, i přesto, že jejich odpovědi nebyly velmi často správné.

6. ZÁVĚR

Vzhledem k závažnosti sexuálně přenosných onemocnění, narůstajícím počtům nových případů a v neposlední řadě dopadu těchto infekcí na psychickou, sociální, ekonomickou a hlavně zdravotní stránku jedince i celé společnosti je důležité, aby mladí lidé, kteří představují největší rizikovou skupinu v této oblasti, nebrali tato onemocnění na lehkou váhu, byli o nich správně informováni a znali způsob, jak se proti těmto onemocněním účinně chránit. Proto jsem svoji bakalářskou práci orientovala právě na tuto problematiku.

Zaměřila jsem se především na prevenci primární, neboť ta jediná může zamezit vzniku nových onemocnění. Zajímalo mě, na jaké úrovni jsou informace studentů o této problematice a zda studenti znají a v praxi uplatňují metody prevence. Důležitým pilířem primární prevence je zdravotní výchova v této oblasti, proto jsem také chtěla zjistit, jaké jsou studentům podávány informace na školách a zda mají studenti o tyto informace zájem.

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit stav informovanosti studentů čtyřletých gymnázií v Českých Budějovicích o primární prevenci v oblasti sexuálně přenosných chorob. Cíl práce byl naplněn. Výzkum byl prováděn anonymní dotazníkovou metodou u celkem 178 studentů prvních a druhých ročníků gymnázií.

Na základě tohoto cíle práce jsem si stanovila dvě hypotézy. První, že studenti získávají své informace o této problematice nejčastěji z médií. Tato hypotéza byla potvrzena (viz tab. 5). Tento výsledek tak ukazuje na dlouhodobý trend, kdy média mají neustále větší vliv na mladou populaci.

Druhá hypotéza, výchova ke zdraví v této oblasti je v rámci vyučování ve školách žáky hodnocena jako nedostatečná, byla vyvrácena, neboť studenti hodnotili výuku nedostatečně (popřípadě jako vůbec žádnou) pouze ve 35,4 % (viz tab. 30). Za zajímavé zjištění považuji, že pokud by ve vzorku respondentů bylo zastoupeno větší procento studentů, kteří již zahájili svůj pohlavní život, výsledky by byly patrně odlišné a potvrdily by danou hypotézu (viz tab. 32).

Studenti odpovídali dle mého názoru na otázky zodpovědně, nutno uvést skutečnost, že problematika STD jim není lhostejná, ovšem v některých oblastech by bylo třeba jejich informovanost zlepšit na potřebnou úroveň. Důležité je, aby byli studenti vedeni správným směrem k uvědomění si potřeby ochránit vlastní zdraví a k zodpovědnějšímu chování. Myslím si, že tito mladí lidé by velmi ochotně přijali informace týkající se této problematiky a uvítali, pokud by se jim škola stala zdrojem kvalitních informací. Věřím, že pokud budou mladí lidé znát správná doporučení, která jim budou patřičně vysvětlena, budou se jimi ve většině případů řídit ve svém osobním životě. Výchova ke zdravému životnímu stylu je v dnešní době naprosto nezbytnou součástí, a mělo by jít o působení dlouhodobé, vždy přizpůsobené věku a potřebám, které jsou pro studenty v ten moment stěžejní.

Tato práce bude sloužit pro další výzkum a může být použita při výuce. Výsledky práce budou poskytnuty jednotlivým gymnáziím, kde probíhalo dotazníkové šetření, jako předloha pro realizaci sexuální výchovy a programů primární prevence za účelem zvýšení úrovně znalostí studentů a motivace k lepším postojům v ochraně svého zdraví v problematice sexuálně přenosných onemocnění.

7. POUŽITÁ LITERATURA

1. ADLER, M. COWAN, F. et al. *ABC of sexually transmitted infections*. 5. vyd. Londýn : BMJ Publishing Group Ltd, 2004. 89 s. ISBN 0-7279-17617.
2. BENEŠOVÁ, D. *Sexuálně přenosné choroby* [online]. c2008-2009 [citováno 30. 3. 2011]. Dostupné z: <<http://www.forumzdravi.cz/index.php?con=3&akce=view&clanekId=322>>.
3. CERVIX . *Rakovina děložního čípku: Prevence* [online]. 18. 9. 2009 [citováno 22. 3. 2010]. Dostupné z: <<http://www.cervix.cz/index.php?pg=pro-verejnost--rakovina-delozniho-cipku--prevence>>.
4. CÍLKOVÁ, R. *Porovnání informovanosti budoucích středoškolsky a vysokoškolsky vzdělaných zdravotníků v Českých Budějovicích o nebezpečí sexuálně přenosných chorob: Bakalářská práce*. 1. vyd. Č. Budějovice : Jihočeská univerzita, ZSF, 2008. 76 s.
5. ČERNÝ, R. MACHALA, L. *Neurologické komplikace HIV/AIDS*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2007. 302 s. ISBN 978-80-246-1222-5.
6. DRAHOŇOVSKÁ, K. *Zhodnocení využívání antikoncepce jakožto prevence pohlavně přenosných chorob u adolescentů ve věku 15 až 18 let v Českých Budějovicích: Diplomová práce*. 1. vyd. Č. Budějovice : Jihočeská univerzita, ZSF, 2010. 115 s.
7. DUCHKOVÁ, H. Historie pohlavních chorob. *Zdravotnické noviny: týdeník odborných profesí ve zdravotnictví*, 2000, roč. 49, č. 48, s. 1-2. ISSN 0044-1996.

8. DVOŘÁKOVÁ, K. Nejčastější sexuálně přenosné infekce a možnosti jejich léčby. *Klinická farmakologie a farmacie*, 2009, roč. 23, č. 1, s. 24-29. ISSN 1212-7973.
9. FÓRUM ZDRAVÍ CZ. *HPV - původce rakoviny děložního hrdla* [online]. 6. 5. 2010 [citováno 26. 3. 2010]. Dostupné z: <<http://www.forumzdravi.cz/clanek-284-hpv-puvodce-rakoviny-delozniho-hrdla>>.
10. GÖPFERTO VÁ, D. PAZDIORA, P. DÁŇOVÁ, J. *Epidemiologie (obecná a speciální epidemiologie infekčních nemocí)*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2006. 299 s. ISBN 80-246-1232-1.
11. HAMANOVÁ, J. *Rizikové chování dospívajících a jeho prevence*. Centrum etické výchovy a prevence sociálně patologických jevů [online]. 2000 [citováno 15. 4. 2011]. Dostupné z: <<http://www.freeteens.cz/default.php?&ID=13&publ=2&cl=8>>.
12. HANUŠOVÁ, J. *Podávání informací o prevenci pohlavních chorob v primární gynekologické péči: Bakalářská práce*. 1. vyd. Č. Budějovice: Jihočeská univerzita, ZSF, 2007. 106 s.
13. HAVLÍK, J. Chlamydie patogenní pro člověka - klinika a terapie. *Interní medicína pro praxi*, 2007, roč. 9, č. 10, s. 429-432. ISSN: 1212-7299.
14. HIV.COM. *What are the symptoms of HIV?* [online]. c1998-2011 [citováno 10. 1. 2010]. Dostupné z: <<http://www.hiv.com/>>.
15. HLAVATÝ, M. *Historie ČSAP v kostce* [online]. c2007-2010 [citováno 13. 3. 2010]. Dostupné z: <http://www.aids-pomoc.cz/kj_o_spolecnosti.htm>.

16. HOLUB, J. et al. *AIDS a my, aneb Co je třeba vědět o AIDS*. 1. vyd. Praha : Grada, 1993. 144 s. ISBN 80-7169-068-6.
17. HPV COLLEGE. *Co jsou lidské papilomaviry (HPV = Human papillomavirus)* [online]. c2010 [citováno 26. 3. 2010]. Dostupné z: <<http://www.hpv-college.cz/o-hpv.html>>.
18. IDNES.CZ. *Sexuální výchova bude nepovinná, Dobeš ustoupil kritikům* [online]. 25. 3. 2011 [citováno 13. 4. 2011]. Dostupné z: <http://zpravy.idnes.cz/sexualni-vychova-bude-nepovinna-dobes-ustoupil-kritikum-pmc-/studium.asp?c=A110325_180913_domaci_vel>.
19. JANEČKOVÁ, L. *Chlamydiové infekce v kostce* [online]. 25. 1. 2006 [citováno 20. 3. 2010]. Dostupné z: <<http://www.szu.cz/tema/prevence/chlamydiove-infekce-v-kostce>>.
20. JIRÁSKOVÁ, M. *Dermatovenerologie: učební texty pro bakaláře*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2003. 223 s. ISBN 80-246-0636-4.
21. KAŠTÁNKOVÁ, V. *Granuloma inguinale* [online]. 12.1.2001 [citováno 5. 2. 2010]. Dostupné z: <http://www.medicina.cz/verejne/clanek.dss?s_id=2502&s_rub=0&s_sv=1&s_ts=40637,6492592593>.
22. KAŠTÁNKOVÁ, V. *Lymfogranuloma inguinale* [online]. 20.12.2000 [citováno 18. 3. 2010]. Dostupné z: <http://www.medicina.cz/verejne/clanek.dss?s_id=2489&s_rub=151&s_sv=1&s_ts=40631,5330555556>.
23. KAŠTÁNKOVÁ, V. *Pohlaví nemoci v ČR- zdravotní a sociální problém. Referátový výběr z dermatovenerologie: odborný čtvrtletník, 2009, roč. 51, speciál I, s. 21-24. ISSN 1213-9106.*

24. KŘEMENOVÁ, S. *Sexuálně přenosné choroby v rizikovém chování mládeže v oblasti reprodukčního zdraví*. Centrum etické výchovy a prevence sociálně patologických jevů [online]. 2000 [citováno 15. 4. 2011]. Dostupné z: <<http://www.freeteens.cz/default.php?&ID=13&publ=2&cl=2>>.
25. KUKLOVÁ, I. Prevence sexuálně přenosných nemocí. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2006, roč. 15, č. 3, str. 429- 433. ISSN: 1211-1058
26. MACHOVÁ, J. KUBÁTOVÁ, D. *Výchova ke zdraví*. 1. vyd. Praha : Grada, 2009. 296 s. ISBN 978-80-247-2715-8.
27. *Měkký vřed (Ulcus mole)* [online] 21. 08. 2005 [citováno 3. 4. 2011]. Dostupné z: <<http://www.004.cz/mekky-vred-ulcus-mole>>.
28. MIKYŠKOVÁ, I. KOPŘIVOVÁ, M: KRUPCOVÁ, L et al. *HPV cervikální asociované léze* [online]. 28. 2. 2006 [citováno 10. 3. 2010]. Dostupné z: <<http://www.hpv.cervix.cz/klasifikace.html>>.
29. MONTAGNIER, L. *AIDS: fakta - naděje*. Přel. E. Kodytková. 2. čes. vyd. Praha : Nadace pro život: Centrum preventivního lékařství 3. LF UK: Státní zdravotní ústav, 1996. 68 s. Přel. z: Sida les faits l'espoir. ISBN 80-7071-051-9.
30. MORSE, S. MORELAND, A. HOLMES, K. *Atlas of Sexually Transmitted Diseases and AIDS*. 2nd ed. Londýn : Mosby-Wolfe, 1996. 344 s. ISBN 0-7234-2143-9.
31. PÁRALOVÁ, L. Pohlavní choroby- II. díl. *Dermatologie pro praxi*, 2008, roč. 2, č. 3, s. 140-143. ISSN 1820-2960.

32. PODSTATOVÁ, H. *Základy epidemiologie a hygieny*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 158 s. ISBN 978-80-7262-597-0.
33. POLÁČKOVÁ, Z. Pohlavní choroby- I. díl. *Dermatologie pro praxi*, 2008, roč. 2, č. 2, s. 74-76. ISSN 1820-2960.
34. PROVAZNÍK, K. KOMÁREK, L. *Manuál prevence v lékařské praxi souborné vydání* 1. vyd. Praha : Fortuna, 2003, 2004. 736 s. ISBN 80-7168-942-4.
35. RESL, V. et al. *Dermatovenerologie: učební texty pro bakalářské studium*, 2. vyd. Praha : Karolinum, 2002. 138 s. ISBN 80-246-0456-6.
36. ROZSYPAL, H. *AIDS - klinický obraz a léčba*. 1. vyd. Praha : Maxdorf, 1998. 236 s. ISBN 80-85800-92-6.
37. SHOQUIST, J. STAFFORD, D. *The encyclopedia of sexually transmitted diseases*. 1. vyd. New York: Facts on file, 2004. 326 s. ISBN 0-8160-4881-9.
38. STRNADEL, R. Kapavka. *Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry*, 2004, roč. 14, č. 3, s. 26. ISSN 1210-0404.
39. ŠEJDA, J., et al. *Prevence, léčba a další aspekty nákazy HIV/AIDS*. 1. vyd. Praha : Galén, 1993. 267 s. ISBN 80-85824-02-7.
40. ŠTORK, J et al. *Dermatovenerologie*. 1. vyd. Praha : Galén, 2008. 502 s. ISBN 978-80-7262-371-6.
41. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Registr pohlavních nemocí (RPN)* [online]. 25. 1. 2011 [citováno 1. dubna 2011]. Dostupné z: <<http://www.uzis.cz/registry-nzis/rpn>>.

42. UZEL, R. *Sexuálně přenosné choroby* [online]. 7. 11. 2009 [citováno 12. 2. 2010]. Dostupné z: <<http://www.planovanirodiny.cz/clanky/sexualne-prenosne-choroby>>.
43. VÁLKOVÁ, H. Testy HIV budou prodávat lékárny. Má to svá rizika, varují odborníci. *Idnes.cz* [online]. 30. 11. 2010 [citováno 15. 4. 2011]. Dostupné z: <http://zpravy.idnes.cz/testy-hiv-budou-prodavat-lekarny-ma-to-sva-rizika-varuji-odbornici-1dv-/domaci.asp?c=A101130_221510_domaci_hv>.
44. VIGUÉ, J. *Zdravý sexuální život*. Přel. R. Jurkemiková. 1. vyd. Praha : Rebo productions CZ, 2006. 292 s. Přel. z: *Vida sexual*. ISBN 80-7234-537-0.
45. WEISS, P. ZVĚŘINA, J. *Sexuální chování v ČR - srovnání výzkumů z let 1993, 1998, 2003 a 2008* [online]. 21. 04. 2009 [citováno 14. 4. 2011]. Dostupné z: <<http://mep.zverina.cz/files/103-sexualni-chovani-v-cr-srovnani-vy-zkumu-z-let-1993-1998-2003-a-2008.pdf>>.
46. ZÁHEJSKÝ, J. Infekce přenosné pohlavním stykem. *Klinická farmakologie a farmacie*, 2009, roč. 23, č. 1, s. 24-29. ISSN 1212-7973.
47. ZÁKOUCKÁ, H. KUKLOVÁ, I. Diagnostika klasických pohlavních chorob. *Česko-slovenská dermatologie*, 2007, roč. 82, č. 2, s. 65-74. ISSN 0009-0514.
48. *Zdraví 21: Osnova programu Zdraví pro všechny v Evropském regionu Světové zdravotnické organizace* [online]. 2000 [citováno 14. 4. 2011]. Dostupné z: <<http://www.who.cz/PDF/Zdravi21.pdf>>.
49. ZDRAVOTNICKÁ STATISTIKA ČR. *Pohlavní nemoci 2009*. 1. vyd. Praha : Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2010. 44 s. ISBN 978-80-7280-899-1.

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Informovanost studentů

Sexuálně přenosné choroby

Syfilis

Kapavka

HIV/AIDS

Primární prevence

9. PŘÍLOHY

Příloha č. 1 : Dotazník

Milí studenti,

jmenuji se Lucie Jozová a jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty, obor Ochrana veřejného zdraví. Chtěla bych Vás touto formou požádat o vyplnění dotazníku, který je naprosto anonymní a bude sloužit pouze ke grafickému zpracování, jako výzkumná část mojí bakalářské práce, která má název „Zhodnocení znalostí studentů vybraných čtyřletých gymnázií v Českých Budějovicích o primární prevenci v oblasti sexuálně přenosných chorob.“

Za čas věnovaný vyplnění dotazníku Vám předem děkuji.

Z nabízených možností zaškrtnete 1 variantu, která se Vám zdá správná.

Vaše pohlaví: a) muž
b) žena

Váš věk: let

1. Myslíte si, že se Vás týká riziko nákazy sexuálně přenosným onemocněním?

- a) Ano
- b) Ne

2. Bojíte se nákazy pohlavní chorobou?

- a) Ano
- b) Ne

3. Odkud máte nejvíce informací o pohlavních chorobách?

- a) Od rodičů
- b) Ze školy
- c) Z médií (internet, časopisy, televize)
- d) Od kamarádů

- e) Od lékaře
- f) Jiné zdroje

4. Máte zájem získávat informace o nebezpečí pohlavních chorob a jejich prevenci v rámci vyučování?

- a) Ano
- b) Ne

5. Zahájil/a jste už pohlavní život?

- a) Ano
- b) Ne

6. A- Pokud jste na otázku č. 5 odpověděl/a ano, tak v kolika letech?

- a) Dříve než v 15 letech
- b) V 15 letech
- c) V 16 letech
- d) V 17 letech
- e) V 18 letech
- f) Později

6. B- Pokud jste na otázku č. 5 odpověděl/a ano, byl Váš první sexuální zážitek:

- a) S použitím kondomu
- b) Bez použití kondomu

7. V jakém věku si myslíte, že je nejvhodnější začít se sexuálním životem?

.....

8. A- POUZE PRO DÍVKY: Pokud jste zahájila sexuální život, jaký typ antikoncepce používáte?

- a) Hormonální antikoncepce (tabletky, náplasti)
- b) Kondom
- c) Nepoužívám žádnou ochranu
- d) Jiný typ – napiš jaký:

8. B- POUZE PRO CHLAPCE: Pokud jste zahájil sexuální život, jaký typ antikoncepce používáte?

- a) Kondom
- b) Nepoužívám, chrání se přítelkyně (hormonální antikoncepcí)
- c) Nepoužívám žádnou ochranu
- d) Jiný typ- napiš jaký:

9. Měl/a jste již sex s partnerem na "jednu noc"?

- a) Ano
- b) Ne

10. V případě, že jste na předchozí otázku odpověděl/a ano – použil/a jste kondom?

- a) Ano, použil/a
- b) Ne, nepoužil/a

11. Co si myslíte o lidech, kteří často střídají své sexuální partnery?(cca 4 a více partnerů za měsíc)

- a) Je to normální, mít mnoho sexuálních partnerů je v dnešní době zcela běžné
- b) S takovým chováním nesouhlasím, preferuji dlouhodobé vztahy a věrnost
- c) Nevím

12. Léčení klasických pohlavních chorob (kapavka, syfilis, měkký vřed, čtvrtá a pátá pohlavní nemoc) patří pouze do péče lékařského oboru:

- a) Urologie
- b) Dermatovenerologie
- c) Gynekologie

13. Pokud někdo prodělá kapavku a je vyléčen, může se znovu nakazit?

- a) Ano
- B) Ne
- c) Nevím

14. Kdy nejdříve (po sexuálním styku, poranění jehlou atd..) je vhodné provést test na HIV?

- a) Co nejdříve po rizikovém sexu
- b) Za týden
- c) Za 1-2 měsíce
- d) Za 3 měsíce

15. Víte, proti kterým sexuálně přenosným onemocněním nás může ochránit očkování?

- a) Zatím nelze očkovat proti žádnému onemocnění
- b) AIDS
- c) Žloutenka typu B a HPV- papilomavirové infekce
- d) Chlamydie a žloutenka typu C
- e) Nevím

16. Čím je podle Vás onemocnění kapavkou způsobeno?

- a) Virem
- b) Kvasinkou
- c) Bakterií
- d) Nevím

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

- a) Ano
- b) Ne

18. Vyhovovala by Vám možnost, zakoupit si kondom na veřejných místech (záchody, zastávky) z automatu?

- a) Ano
- b) Ne

19. Domníváte se, že používání kondomu při sexuálním styku je 100% prevencí před sexuálně přenosnými nemocemi?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

20. Jaký typ lubrikantu podle Vás nesmí být užit s latexovým kondomem?

- a) S kondomem lze použít jakýkoliv lubrikant
- b) Na bázi oleje např. dětský olejíček
- c) Na bázi vody či silikonu

21. Primární prevencí u sexuálně přenosných onemocnění je podle Vás?

- a) Sledování vyléčených pacientů a včasné odhalení návratu nemoci
- b) Včasné vyšetření lékařem, screening, rychlá a vhodná léčba
- c) Bezpečný sex s kondomem, věrnost, očkování

22. Probíhá u Vás ve škole výuka, jejíž součástí je prevence pohlavních chorob?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

23. Proběhla na Vaší ZŠ sexuální výchova jako součástí výuky?

- a) Ano
- b) Ne

24. Zúčastnil/a jste se nějakého preventivního programu (např. na základní škole), jehož tématem byla problematika sexuálně přenosných onemocnění?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

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

- a) Ano
- b) Ne

26. Informace, které Vám ZŠ (nebo i střední škola) o sexuálně přenosných chorobách a jejich prevenci poskytla, považujete za:

- a) Výborné, škola mi poskytla veškeré informace, co jsem potřeboval/a
- b) Nedostačující, škola mě o tomto tématu informovala velmi málo
- c) Dobré, škola mi poskytla dostačující informace
- d) Žádné, škola mě o sexuálně přenosných chorobách a jejich prevenci neinformovala

27. Myslíte si, že máte dostatek informací o problematice sexuálně přenosných onemocnění a jejich prevenci?

- a) Ano, mé informace jsou plně dostačující
- b) Ne, nemám dostatek informací o této problematice
- c) Mám nějaké informace, které by ale potřebovaly doplnit

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku.

Lucie Jozová