

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Ochrana studentů ZSF Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích
před pohlavně přenosnými nemocemi

Diplomová práce

Vedoucí práce:

MUDr. Květoslava Kotrbová, Ph.D.

Autor:

Petra Tůmová

2012

Abstrakt:

Název práce: Ochrana studentů ZSF Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích před pohlavně přenosnými nemocemi

Práce mapuje způsoby ochrany studentů Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích před pohlavně přenosnými nemocemi. Soubor tvořili studenti Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity. Cílem této práce spočívá v monitorování znalosti studentů Zdravotně sociální fakulty o pohlavně přenosných nákazách a ve zmapování míry ochrany zdraví studentů Zdravotně sociální fakulty před pohlavně přenosnými nemocemi.

Teoretická část popisuje základy vývoje lidského sexuálního chování. Popisuje charakteristiku jednotlivých vývojových období a problematiku jednotlivých úskalí těchto období. Praktická část práce monitoruje znalosti studentů o pohlavně přenosných nákazách, zároveň monitoruje i jejich sexuální chování a proočkovanost dotazovaných dívek proti rakovině děložního čípku. Jako nástroj sběru dat byla použita metoda dotazování, která byla uskutečněna formou dotazníku. Kvótou pro výzkum bylo studium studentů na ZSF JU, zvolený obor na ZSF JU a forma studia. Celému výzkumu předcházela předvýzkum, který měl za úkol ověřit všechny výzkumné nástroje a etapy sběru dat, výběrového šetření i analýzy.

Z realizovaného výzkumu vyplývá, že studenti Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích nepodceňují rizika pohlavně přenosných onemocnění a znalosti o těchto nákazách studenti prokázali.

Práce má za cíl zdůraznit nutnost ochrany před pohlavně přenosnými nemocemi. Prací bych chtěla prezentovat informace o okolnostech sexuálního chování studentů formou výsledků praktické části.

Abstract:

Title: Protecting Students Faculty, University of South Bohemia in České Budějovice against sexually transmitted diseases

The study deals with ways to protect students of the Faculty of Health and Social University of South Bohemia in České Budějovice against sexually transmitted diseases. The group consisted of students of the Faculty of Health and Social University of South Bohemia. The aim of this work consists in monitoring students' knowledge of Health and Social Faculty of sexually transmitted diseases and mapping the extent of health students from the Faculty of Health and Social sexually transmitted diseases.

The theoretical part describes the evolution of human sexual behavior. It describes the characteristics of the different stages of development issues and pitfalls of each of these periods. The practical part monitors the students' knowledge about sexually transmitted diseases, while also monitoring their sexual behavior and surveyed coverage of girls against cervical cancer. As a tool of data collection method was used questioning, which was carried out using a questionnaire. Quota for the research was to study the JU Faculty, students, elected to field ZSF JU and the form of study. The whole research was preceded by partial study, which was supposed to verify all stages of research tools and data collection, sample survey and analysis.

From the research carried out shows that students of the Faculty of Health and Social University of South Bohemia in the Czech Budejovice do not underestimate the risks of sexually transmitted diseases and knowledge about these infections showed students.

The work aims to emphasize the need for protection against sexually transmitted diseases. Work I would like to present information about the circumstances of the sexual behavior of students in the form of practical results.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Ochrana studentů ZSF Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích před pohlavně přenosnými nemocemi“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě 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.....

Podpis.....

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala MUDr. Květoslavě Kotrbové, Ph.D. za její odborné vedení a cenné podněty při zpracování této práce. Zároveň bych chtěla poděkovat Mgr. Olze Dvořáčkové za její ochotu a cenné rady v oblasti statistiky.

Obsah:

Úvod	8
1. Současný stav.....	9
1.1 Vývoj sexuálního života jedince	9
1.1.1 Předškolní věk.....	9
1.1.2 Školní věk	10
1.1.3 Dospívání – období adolescence.....	12
1.2 Prevence	14
1.2.1 Primární prevence	15
1.2.2 Sekundární prevence	17
1.2.3 Terciální prevence.....	18
1.3 Pohlavně přenosné onemocnění	19
1.3.1 Kapavka	19
1.3.2 Syfilis	21
1.3.3 Chlamydie	24
1.3.4 Herpes proenitalis	26
1.3.5 Lymfogranuloma venerum	27
1.3.6 Ulcus molle	28
1.3.7 Kondylomata.....	29
1.3.8 Trichomoniáza	31
1.3.9 Kandidóza	32
1.3.10 HIV/AIDS	33
1.3.11 Virová hepatitida typu B.....	39
1.3.12 Virová hepatitida C	40
1.3.13 Pedikulosi pubis	42
1.3.14 Svrab	43
2. Cíl práce a hypotézy	45
2.1.1 Cíl práce.....	45
2.1.2 Hypotézy	45

3. Metodika	46
3.1 Použitá metoda	46
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	46
4. Výsledky	48
4.1 <i>Analýza dotazníků studentů</i>	48
4.2 <i>Statistické hodnocení – porovnání výsledků výzkumů</i>	75
5. Diskuse	78
6. Závěr	92
7. Seznam použitých zdrojů	95
8. Klíčová slova	102
9. Přílohy	103
9.1 Seznam příloh	103

Úvod

Pohlavní život je součástí lidského života a je jednou z významných životních potřeb, je individuální přirozenou lidskou potřebou. Je třeba si však uvědomit, že nepřináší jen příjemné uspokojení, ale že skrývá také riziko nákazy pohlavními chorobami. Pohlavními chorobami se označují infekční onemocnění, která se přenášejí pohlavním stykem. Průběh těchto onemocnění je často bezpříznakový, což má vliv na jejich další šíření a tím představují větší riziko přenosu na sexuální partnery.

V dnešním světě existuje celá rada způsobů, jak získat informace, které se týkají sexuality. Z televize, z filmu, z reklamy, z časopisů atd. mohou dospívající lidé čerpat mnoho informací, které ovlivňují jejich další vnímání sexuality. Ve společnosti se neustále objevuje přemíra sexuálních podnětů, inzerátů a reklam na erotické služby, které veřejně působí na děti a dospívající a předčasně probouzí a podněcuje jejich zvědavost a touhu po sexuálních zážitcích. Proto je v tomto směru důležitá sexuální výchova, jak ve škole, tak i v rodině nebo u lékaře, neboť v tomto období je velké riziko osvojení si negativního sexuálního chování, které se může projevit nevhodnými sexuálními praktikami spojenými s poraněním, sexuální promiskuitou či nechráněným pohlavním stykem. Tyto rizika neuváženého sexuálního života pak ovlivňují další fyzický i duševní vývoj jedince.

Hlavní tématické zaměření práce spočívá v monitoringu znalostí studentů ZSF JU o pohlavně přenosných nákazách a ve zmapování míry ochrany zdraví studentů ZSF JU před pohlavně přenosnými nemocemi.

V diplomové práci se zaměřuji na sexuální vývoj jedince a dále na klinickou stránku pohlavně přenosných onemocnění a především pak na jejich prevenci.

Souhrn poznatků získaných v diplomové práci bude sloužit nejen jako cenný zdroj informací o pohlavně přenosných nemocech pro studenty ZSF JU, ale též jako zdroj informací pro tvorbu různých informačních publikací, jako různé letáčky, brožury či jiný informační materiál, jejichž prostřednictvím bude možné, v rámci prevence, dále šířit informace o dané problematice.

1. Současný stav

1.1 Vývoj sexuálního života jedince

V ontogenetickém vývoji se sexuální chování člověka utváří v souladu s vývojem pohlavních žláz, který ovlivňuje jednak dědičnost a jednak společenské prostředí, jeho morální normy, kulturní i náboženské tradice. (6)

1.1.1 Předškolní věk

Předškolní věk (období do 6 let) je nejvýznamnějším obdobím pro osvojování mužské a ženské role. V tomto období dává dítě ve svých zájmech výrazněji přednost mužskému nebo ženskému chování při volbě hraček, oblečení či her. Stejně tak můžeme u dívek a chlapců pozorovat rozdíly ve způsobu hry a rozvoji jejich zájmů. (6)

Předškolní věk je velmi dynamické období, kdy se dítě takřka vyvíjí před očima a všechny získané informace saje jako houba, z nichž mnohé si správně zařadí až za několik let, což však ničemu nevádí. Z hlediska schopnosti navazovat a rozvíjet společenské vztahy je to jedno z nejdůležitějších období. Vstupuje do kontaktu s vrstevníky (nejčastěji v mateřské škole) a hledá si své místo v této skupině. Učí se rozpoznávat základní vztahy a postoje (přátelství, soucit, solidarita), cvičí si společenské strategie (jak navázat kontakt, jak ho zrušit, jak být přijato do hry apod.). O lásce hovoří předškoláci bez ostychu, často se „zamilují“, byť jde spíše o pocit než o vztah. Se zájmem navzájem prozkoumávají svá těla a nestydí se. Se zájmem sledují sexuální chování zvířat. (53)

Co se týče sexuálního rozvoje dítěte v tomto období, mají na něho největší vliv rodiče, kteří jsou dítěti prvními a nejdůležitějšími učiteli sexuální výchovy. Dítě se o sexualitě poučuje z jejich odpovědí a reakcí, a to nejen přísunem informací, ale také prostřednictvím projevených postojů a hodnot. Děti se o sexualitu zajímají mnohem dříve, než dokáží svou otázku formulovat. Např. předškolák je zvědav na tatínka ve sprše nebo si chce pohladit maminky těhotenské břicho. V předškolním období mají rodiče snad největší příležitost ovlivnit sexuální postoje svých dětí, včetně očekávání spjatých se sexuálními rolemi. (53)

Děti také získávají množství sexuálních poznatků i za hranicemi domova. Běžné situace, každodenní momenty a události vedou k sexuální výchově dítěte. Objevují se v průběhu života. Vzájemné vztahy se členy rodiny, setkání s dětmi jiných názorů, televize, knihy a ostatní sdělovací prostředky – to jsou zkušenosti, které ovlivňují vyvíjející se smysl pro sexualitu, ať již přímo nebo nepřímo. (53)

1.1.2 Školní věk

Přes snahu sexuologů a i mnohých pedagogů se stále u nás nedaří do školních osnov včlenit sexuální výchovu. Tzv. rodinná výchova nebo výchova ke zdravému životnímu stylu obsahuje jen zlomek potřebných informací, které mohou být i nepřesné, takže diskuze na toto téma je stále převážně na rodičích. Děti jsou v současném světě vystaveny masivním dávkám dezinformací a zneužitelných a neodpovědných signálů o sexu ze svého okolí. Intenzivní tlak kamarádů a sdělovacích prostředků podporuje sexuální aktivitu v mladším věku. Hrozba sexuálního zneužití, AIDS atd. vyžaduje, aby rodiče s dětmi mluvili o této problematice velmi podrobně a velmi brzy a ukázali tak dětem sexualitu v pozitivním světle. Česká republika má jeden z nejintenzivnějších programů celostátní sexuální výchovy na světě, který se ale bohužel neodehrává ve škole, ani nepřichází od rodičů, ale objevuje se na internetu a ve sdělovacích prostředcích (televize, reklama, hudba atd.). Početné studie odhalují potenciál sdělovacích prostředků, které ovlivňují postoje a znalosti mladých lidí. Ze studií např. vyplývá, že od časného dětství až na střední školu zabírá televize a internet mnohým dětem mnohem více času než kterákoliv jiná činnost kromě spánku. Studie o chování dětí také např. uvádí, že sdělovací prostředky jsou na třetím místě za kamarády a rodiči z hlediska ovlivňování hodnot a chování mladých lidí. (53)

Toto období můžeme rozdělit na mladší školní věk (6-9 let), období počátku puberty (10-12 let) a starší školní věk (13-15 let), kdy poslední dvě zmíněná období se do značné míry kryjí a označujeme je jako období pubescence, tedy první dekádu dospívání. (23; 53)

Vstup do školy je pro dítě nesmírně významný předěl. Dítě se setkává s určitým režimem, pravidelností, povinnostmi a novými nároky. (53) Děti mladšího školního věku ještě často projevují zvědavost týkající se sexuality v podobě četných dotazů

rodičům. Tyto otázky také děti někdy projednávají mezi sebou, ale ve společné hře dívek a chlapců se zájem o genitálie již tak silně neobjevuje. Mezi dětmi opačného pohlaví začíná narůstat tělesný stupeň a jeho a vzájemný respekt. Děti v tomto věku často opakují vulgární výrazy, které někde slyšeli, byť mají velmi malou nebo žádnou představu o tom, co tato slova znamenají. (15)

Střední školní věk (zhruba do 12 let) je poměrně klidným obdobím přípravy na velký třesk – pubertu, kdy dominuje vysoká tělesná zdatnost a výkonnost. Děti hodně ztrácejí ze své dětinskosti. Odlišnosti od normy jsou vnímány velmi silně a dávají vznik pocitům méněcennosti, zvláště u dívek. (53) Vrcholí též rozpaky a zklamání z tělesných nedostatků. Ačkoli děvčata vstupují do puberty v průměru o rok až o dva roky dříve než chlapci, sexuální pud se v nich kupodivu probouzí později (až tak v 15ti letech). (18) V tomto období nejvíce na jedince působí vrstevníci a jejich již mnohdy spletité vztahy. Zvyšuje se přirozený stud a od středního školního věku se vůči rodičům objevují různě silné zábrany. (53) Děti středního školního věku se již na sexualitu a partnerské vztahy nesoustředí tolik jako dříve, ale jejich energie se spíše zaměřuje na rozšiřování vlastních kompetencí. Jejich zájem se v tomto období větší měrou soustředí na získávání různých dovedností, na pěstování osobních zálib, jež se mohou stát celoživotními (např. sport, umělecké zájmy, aktivity různých kroužků apod.) (15)

V období staršího školního věku postupně slábne rodičovský vliv a autorita. Mladý člověk si vytváří nezávislost – prosazuje sebe sama jako oddělenou a od rodičů odlišnou osobnost a zároveň si vyjasňuje osobní hodnotový systém. V tomto období již mladý člověk většinou zná informace o sexuálním vývoji, pohlavním styku, těhotenství, přenosných pohlavních chorobách, antikoncepci atd. Mnoho mladých lidí experimentuje s riskantním sexuálním chováním! Jeden z patnácti dospívajících prodělá v pubertě přenosnou pohlavní chorobou a jedna z padesáti dívek přinejmenším jednou do osmnácti let nechtěně otěhotní. Je třeba si uvědomit, že dospívající začínají sexuálně žít v mladším věku a jejich experimentováním se sexem a drogami se vystavují riziku HIV infekce. Proto v tomto období dospívající potřebují znát důležité podrobnosti o přenosu a prevenci AIDS. Na dospívající v tomto období stále útočí různé sdělovací prostředky propagující nerealistická očekávání a vnucující představu, že nejdůležitější

ze všeho jsou vytoužené proporce. To může mladým lidem způsobit zklamání a nespokojenost s nimi samými i s jejich vztahy. (53)

V období mezi 14.-16. rokem získává většina mladých lidí první zkušenosti s heterosexuálními styky. (23)

1.1.3 *Dospívání – období adolescence*

Dospívání je mimořádně plodné a intenzivní životní období vyznačující se hlubokými změnami a často dlouhodobým a zdlouhavým vývojem a ústí v utváření výjimečné a jedinečné osobnosti. (12)

Mladý člověk se z pubescenta postupně stává adolescentem (od 15. roku života). Postupně dosahuje plné reprodukční zralosti a zároveň se mění jeho postavení ve společnosti – došlo k přechodu ze základní školy do učebního poměru nebo na studium, začínají častější a hlubší erotické vztahy, mění se zásadně sebepojetí.(23). Je to období dalšího osamotňování, potřeby se prosadit vedle rodičů, často proti nim. Velmi typické jsou kritické postoje. Mezi největší rizika tohoto patří rozvoj drogových závislostí, nechtěné těhotenství nebo pohlavní nemoc jako následek mnohdy patologické formy sebeprosazování. Objevuje se erotické sblížení a navazování milostných vztahů. (53)

Z biologického hlediska lze toto období široce vymezit jako životní úsek na jedné straně ohraničený prvními známkami pohlavního zrání (zejména objevením prvních sekundárních pohlavních znaků) a znatelnou akcelerací růstu, na straně druhé dovršením plné pohlavní zralosti a dokončením tělesného růstu. V oblasti psychických změn dochází k ohlášení nových pudových tendencí a k hledání jejich způsobů uspokojování a kontroly, dále toto období můžeme charakterizovat celkovou emoční labilitou a zároveň nástupem vyspělého způsobu myšlení a dosažením vrcholu jeho rozvoje. (23)

O tom jaké jsou v dnešní době skutečné způsoby sexuální aktivity dospívajících, existují sice četné studie, ale o jejich věrohodnosti můžeme často pochybovat. Jsou totiž většinou založené na anketách, kdy musíme v tak intimní sféře předpokládat určité zkreslení odpovědí; zdá se, že získané údaje odrážejí často spíše jen to, co je sociálně žádoucí. (23)

V důsledku hormonálních změn se v průběhu dospívání se u většiny chlapců a dívek objevuje nová citová kvalita, schopnost zamilovat se. Počínající zájem o druhé pohlaví, ale často mívá jinou podobu u chlapců než u dívek. Tělesná vyspělost dívek chlapce přitahuje a vzbuzuje u nich zvědavost. Výsledkem pak často bývá pošťuchování s prvky erotického obtěžování, osahávání, nahlížení za výstřih apod. V posledních letech také chlapci k těmto účelům využívají např. telefony nebo fotoaparáty s cílem „zvěčnění“ těchto tělesných partií. (15)

V jiné sociální situaci se můžou ocitnout jedinci, kteří jsou orientováni homosexuálně. Ačkoli je naše současná společnost k sexuálním menšinám mnohem vstřícnější, podobná odlišnost od vrstevníků se v tomto období stává zvlášť bolestnou. Společnost také přistupuje rozdílně k sexuálním zkušenostem chlapců a dívek. U chlapců je tolerována větší promiskuita a výskyt „lásek“ na jednu noc, zatímco u dívek je tento způsob chování častěji odsuzován. (15)

V současné době můžeme pozorovat, že tradiční dospívání, které je spojené s pozvolným navazováním nejprve citových a teprve později sexuálních vztahů k jedincům druhého pohlaví, jež poskytuje dostatek pro rozvoj osobnosti a pro přípravu na budoucí manželský rodičovský a profesionální život, dnes mizí. Pod společenským tlakem konzumního přístupu k sexualitě, u něhož chybí emocionální vztah k sexuálnímu partnerovi mladiství předčasně začínají žít pohlavním životem. V tomto období, ale ještě není dosaženo plné reprodukční zralosti jak ve funkci pohlavních žláz, tak ve stavbě pohlavních orgánů. Více ohroženy jsou dívky. Děložní čípek je u dospívajících dívek pokryt cylindrickým epitelem, který méně chrání před průnikem mikrobiálních infekcí do vnitřních pohlavních orgánů než dlaždicový epitel, který jenž kryje čípek dospělé ženy. To je také jeden z důvodů, proč výskyt pohlavně přenosných chorob je na celém světě nejvyšší ve věkové skupině 15-24letých. Citlivější cylindrický epitel na děložním čípku podléhá též snadněji patologickým změnám, jež v pozdějším věku mohou přejít až v karcinom. (28)

Velmi časně zahájení pohlavního života kostální aktivitou zpravidla není spojeno s používáním antikoncepce a vyznačuje se častým střídáním partnerů (promiskuita). (28) Promiskuitou se označuje časté střídání sexuálních partnerů, kdy

navazování známostí je nahodilé bez většího výběru a k pohlavnímu styku dochází co nejdříve a bez citového vztahu. Sexuologové popisují aktivní a pasivní promiskuitu, v případě aktivního promiskuitního chování dospívající vyhledává další a další sexuální partnery, jako by si nutkavě ověřoval, že má pro příslušníky druhého pohlaví hodnotu. V případě pasivní promiskuity je děvče (méně často homosexuální hoch) neschopno odmítnout jakýkoliv sexuální zájem, neboť má úzkost z osamění. (16)

Vývoj a zrání člověka v dospívání v dnešní době znesnadňují rychlé proměny okolního světa. Ukazuje se, že se v moderním technologickém světě stalo nejrizikovějším vývojovým obdobím na cestě k dosažení zdravé dospělosti. Světová zdravotnická organizace proto na začátku devadesátých let 20. století stanovila dospívající jako samostatnou rizikovou populační skupinu, pro níž je nutná samostatná a zvýšená preventivní péče. (6)

1.2 Prevence

Vzhledem k tomu, že se pohlavní nemoci šíří pohlavním stykem, preventivní opatření se zaměřují hlavně na sexuální chování. Nejspolehlivější prevencí před těmito infekcemi je partnerská věrnost. Předpokladem ale je, aby oba partneři byli zdraví již v době, kdy došlo k jejich seznámení. Nejrizikovějším se stává pohlavní styk již po velmi krátké, nebo dokonce nahodilé známosti, k němuž může také dojít pod vlivem alkoholu či drog. V takových situacích je nutnou ochranou kondom, který snižuje možnost nákazy pohlavní nemocí. Někteří se také domnívají, že je před nákazou ochráněna antikoncepcí, to je však mylná domněnka. Riziko přenosu infekce také zvyšuje předčasné zahájení pohlavního života v době, kdy ještě nedošlo k dozrání pohlavního ústrojí, zvláště u dívek, neboť je spojeno i s větší zranitelností nezralých sliznic pohlavních cest.

Nezastupitelný význam v prevenci onemocnění pohlavními chorobami má předávání informací o bezpečnějším sexuálním chování, výchova k sebeovládání a vedení k odpovědnosti za zdraví nejen svého, ale i svého partnera a budoucích dětí. (28)

Vůbec neúčinnějším preventivním opatřením proti šíření sexuálně přenosných nemocí je však zdravý sexuální partner a zachovávání párové sexuální věrnosti. Vedle toho je také v rámci prevence důležité vyhýbání se rizikovým praktikám (praktiky s vysokým rizikem přenosu: anální styk bez prezervativu, penetrační rektální praktiky s následným nechráněným stykem, vaginální nechráněný styk, vykonávání těchto praktik s více partnery). (4; 29)

Prevence obecně je zaměřena proti nemocem a je doprovázena snahou jim předcházet. Provádí se na úrovni jedince nebo na úrovni celé společnosti. Prevenci zpravidla dělíme podle času. Podle tohoto hlediska prevenci můžeme rozčlenit na primární, sekundární a terciární. (29)

1.2.1 *Primární prevence*

Primární prevence se zaměřuje na období, kdy nemoc ještě nevznikla a jejím cílem je zabránit vzniku nemoci. Zaměřuje se především na aktivity, které zdraví posilují nebo odstraňují rizikové faktory, ale jsou to i činnosti zaměřené proti určitým nemocem (např. očkování). (29)

Kondom

Tento způsob ochrany je velmi starý a dnes asi nejznámější způsob ochrany, který velmi spolehlivě chrání nejen před otěhotněním, ale též před přenosem infekce HIV a většiny dalších pohlavně přenosných nemocí, má tedy vlastně dvojitý účinek. (53; 54) Je antikoncepční metodou běžně dostupnou ve všech civilizovaných zemích a na našem trhu lze najít výrobky vysoké kvality. (53)

Předchůdce kondomu známe již z antických bájí. Krétský král Mínos chránil své milenky před vlastním začarovaným semenem tak, že na penis navlékal kozí měchýř. Praktikoval tak vlastně bariérovou ochranu před přenosem pohlavní choroby. Ve středověku se návleky na mužský úd využívaly jako ochrana před pohlavními chorobami a teprve od 18. století začaly plnit funkci ochrany před nežádoucím otěhotněním. Tehdy se používala zvířecí střeva a rybí měchýře. Od poloviny 19. století se k výrobě používala guma. Dnes jde nejčastěji o latexový nebo polyuretanový elektronicky testovaný návlek na pohlavní úd. Výhodou je jeho široká použitelnost a dostupnost, vysoká spolehlivost při správném používání a vysoká spolehlivost

ochrany před přenosem pohlavních chorob. Nevýhodou pak může být vzácně existující alergie na latex nebo silikonový olej. (10)

Sexuální výchova.

Sexuální výchova má především učit mladého člověka, aby pohlížel na život jako na celek. Role sexuality se totiž neomezuje pouze na tělesné konání, ale její podstata značně přesahuje pouhou sféru pohlavních orgánů. (3) Výsledky zaměřených studií potvrzují, že sexuální výchova spíše oddaluje věk prvního styku, vede ke zvýšenému užívání antikoncepce a k dodržování zásad bezpečnějšímu sexu a k tolerantnějším sexuálním postojům. Země s otevřenou sexuální výchovou jsou současně zeměmi s nejnižším výskytem gravidit dospívajících a s nejnižší potratovostí a naopak státy s ambivalentním nebo nepřátelským postojem k sexuální výchově patří v těchto ukazatelích k nejhorším. Podle souhrnné zprávy Světové zdravotnické organizace výsledky většiny studií zaměřených na zkoumání vlivu sexuální výchovy na sexuální chování na sexuální chování prokázaly, že tato výchova vede v sexuálních aktivitách mladých lidí k přijetí bezpečnějších praktik (tedy především k zodpovědnějšímu přístupu k antikoncepci a k ochraně před pohlavně přenosnými chorobami) a k pozdějšímu zahájení sexuálního života. Současně potvrdily, že přístup k poradenství a k antikoncepci nevedl k časnější nebo zvýšené sexuální aktivitě dospívajících. (47)

Je nepochybné, že správnou a včas prováděnou sexuální výchovou můžeme ovlivnit postoje i sexuální praxi lidí. Toto působení má však své meze. Zcela jistě se nám nepodaří ovlivnit sexuální život jedinců tak, aby pohlavně přenosné nemoci zmizely ze světa. Tím, že se lidé v sexuálním životě začnou chovat zodpovědněji, můžeme dosáhnout jen toho, že jejich šíření nebude nabývat povahy epidemií a pandemií. Vždy bude existovat několik málo jedinců, kteří se v pohlavním životě budou chovat nezodpovědně. I na tuto v riziku žijící skupinu se můžeme snažit působit, je to však velmi obtížné. (58)

Zavedení sexuální výchovy je doporučeno jako prevence pohlavně přenosných nemocí, nečekaných těhotenství, sexuálního zneužívání dětí a má sloužit k vstřícnému přijímání homosexuálního chování. (1)

Nedílnou součástí primární prevence je i očkování (viz. kapitola *Kondylomata a Virová hepatitida typu B*).

1.2.2 Sekundární prevence

Výskyt syfilis (vrozené, časné, pozdní i jiné neurčité), kapavky, čtvrté a páté pohlavní nemoci a měkkého vředu podléhá povinnému hlášení, evidenci, depistáži (vyhledávání a epidemiologické vyšetření sexuálních kontaktů), dispenzarizaci (systém kontrolních vyšetření u léčené osoby) a poučení pacienty. (9)

V praxi to probíhá tak, že každý lékař povinně hlásí každou potvrzenou diagnózu pohlavního onemocnění, ale též každé podezření na pohlavní onemocnění, a to na předepsaném tiskopise – Hlášení pohlavní nemoci. Ten obsahuje údaje o nemocném i o osobách, které měly anamnesticky pohlavní styk s nemocným v tzv. v kritické době a dále údaje o ohrožených osobách, které žily s nemocným ve společné domácnosti nebo v kolektivu v době rozvinutých projevů nemoci. Odborný lékař je povinen zajistit řádnou terapii a předepsané kontroly, včetně návrhu na vyřazení nemocného z evidence. Na straně druhé je nemocný povinen podrobit se řádnému léčení i předepsaným kontrolám. Platí zde pravidla, daná Závazným opatřením č. 30/ 1968 o opatření proti pohlavním nemocem a podle vyhlášky MZ ČR č. 225/96. Nemocný musí být ošetřujícím lékařem poučen o zákazu pohlavního styku do doby vyléčení a toto poučení stvrzuje svým podpisem. Na základě získaných údajů provádí dle místa bydliště dermatovenerologické pracoviště tzv. depistáž, tj. prověřuje zdravotní stav kontaktů i ohrožených osob. (33)

Zjištění pohlavní nemoci podléhá léčbě specialistou – dermatovenerologem (léčba ostatních pohlavních chorob patří do dalších lékařských oborů podle postiženého orgánu – gynekologie, urologie a jiné) a povinnému hlášení do národního registru pohlavních nemocí. Zahrnuje všechna epidemiologická hlášení o pohlavní nemoci, o úmrtí na pohlavní nemoc, podezření na onemocnění nebo nákazy pohlavní nemocí a označení zdroje nákazy pohlavní nemocí. Výsledky jsou pak předávány Světové zdravotnické organizaci. Výskyt infekce virem HIV a onemocnění AIDS eviduje Národní referenční laboratoř pro AIDS. Cílem těchto opatření je, aby se zamezilo šíření infekce a vyhledávali se další ohrožené nebo již nemocné osoby. (9; 28)

Sekundární prevence se zaměřuje hlavně na časnou diagnostiku nemoci a účinnou léčbu. Jejím smyslem je hlavně předejít nežádoucímu průběhu nemoci a zabránit komplikacím. Patří sem i ty preventivní prohlídky, jejichž smyslem je zjistit rané stádium nemoci už v jejím počátku (např. gynekologické prohlídky žen). (29) V rámci preventivních prohlídek jsou zjišťovány údaje nutné pro posouzení zdravotního stavu a osob, které jsou v riziku. Nedílnou součástí je podrobné klinické vyšetření, včetně zajištění potřebných laboratorních vyšetření. (6)

Preventivní prohlídky jsou všem pojištěncům zdravotních pojišťoven hrazeny plně z finančních prostředků veřejného zdravotního pojištění. Vlastní realizace obsahové náplně, frekvence a kontrola provádění preventivních prohlídek, povinnost zdravotnického zařízení vést o nich zdravotnickou dokumentaci, zajistit ochranu osobních údajů a dat, to vše je součástí současného systému veřejného zdravotního pojištění. (9)

V rámci přenosu HIV infekce jsou preventivní opatření směřována k bezpečnému sexuálnímu styku, včasné diagnostice a léčbě sexuálně přenosných onemocnění, zvýšení bezpečnosti při transfúzi, ke zvýšení bezpečnosti a ochraně při práci ve zdravotnických zařízeních, zabránění šíření mezi drogově závislými při i. V podání, k léčbě drogové závislosti (odvykání, substituční léčba), zabezpečení výměny použitých jehel a stříkaček za sterilní a v oblasti vertikálního přenosu k léčbě matek během gravidity, porodu a po něm anti-HIV léky a používáním náhrad mateřského mléka při kojení. (4)

1.2.3 *Terciální prevence*

Terciální prevence se zaměřuje na prevenci následků nemocí, vad, dysfunkcí a handicapů, které by vedly k mobilitě a invaliditě člověka. Jejím cílem je na nejnižší míru omezit následky nemocí a jejich pracovní i sociální důsledky, tak aby člověk mohl znovu plnit své obvyklé role a aby se mohl znovu zapojit do pracovního procesu nebo aby se mohl alespoň sám o sebe postarat a byl co nejvíce soběstačný. (6; 29)

1.3 Pohlavně přenosné onemocnění

Pohlavně přenosné nemoci se odedávna nazývají také choroby venerické. tento název je odvozen od jména bohyně lásky “Venuše“ (latinsky Venus - Veneris) (37)

Pro pohlavně přenosné onemocnění je typické, že se jejich počet neustále rozšiřuje. Vedle klasických pohlavních onemocnění jako syfilidy, kapavky a měkkého vředu, se sem v posledních letech zařadilo dalších více jak třicet nejrůznějších patogenů. Ať už jde o jakékoliv pohlavně přenosné onemocnění, stále je tu jeden společný rizikový faktor – způsob pohlavního chování. (59)

Nepohlavní přenos, jako je např. předměty, na nichž lpí čerství původci nemocí, nebo běžným tělesným kontaktem, je u klasicky je u klasických pohlavních chorob méně častý, přesněji řečeno neobvyklý. To však neplatí u genitálního oparu, genitálních bradavic, výtoků na podkladě trichomoniázy, kvasinkové infekce a u infekční žloutenky typu B. (37)

1.3.1 Kapavka

Je velmi častou a kosmopolitně rozšířenou, která je rozšířená hlavně mezi mladými lidmi. V České republice bývá každým rokem hlášeno téměř 1 000 případů kapavky, ale její skutečný výskyt je mnohem vyšší. Je to způsobeno tím, že evidenci stále unikají případy samoléčitelství, a to nejen u nás, ale i ve světě. (13)

Její původcem je gramnegativní gonokok *Neisseria gonorrhoeae*, přičemž existuje více antigenně odlišných typů. Nejčastěji se nachází intracelulárně v leukocytech, v časně fázi infekce i extracelulárně. Průkaz gonokoka se provádí mikroskopickým vyšetřením a kultivací. (6; 33) Původce se šíří výhradně pohlavním stykem a primárně postihuje hlavně sliznice urogenitálního traktu, akutní hnisavý zánět se vyvíjí po inkubační době 3-7 dní. Při pohlavním styku se může infekce zanést i do úst nebo konečníku. Pokud se zánět neléčí, může po několika týdnech přejít z akutního stádia do chronického, které může být příčinou těžkých komplikací. Životnost bakterie je velmi krátká, proto nákaza nepřímou cestou je velmi vzácná, může k ní dojít pouze vlhkými předměty, které byly potřísněny kapavčítým hnisem, jako např. žíněnky, ručníky nebo spodní prádlo.(6)

Projevy tohoto onemocnění se u mužů a žen liší. Obecně se dá říci, že dnes je průběh kapavky většinou mírný, a to díky včasné diagnostice a včasným léčebným zásahem. U žen, ale včasná diagnostika představuje někdy problém, neboť zůstává díky častému bezpříznakovému průběhu častěji nepoznána a neléčena. (27)

U muže se kapavka většinou začíná projevovat lehkým svěděním až pálením v přední části močové trubice při močení a slabým hnisavým výtokem. Dojde k zanícení ústí močové trubice a předkožky. Po delší pauze, kdy muž onemocněl se ráno při ústí močové trubice na vrcholu penisu objevuje kapka žlutozeleného hnisu. Komplikací je postup nemoci na vyšší úseky urogenitálního ústrojí. Vzestupná infekce může postihnout i prostatu a nadvarlata a vyvolat tak jejich zánět. Většinou bývá postiženo jedno nadvarle, u kterého může dojít k zanícení, zarudnutí a velké bolesti. U takto zanícených nadvarlat může dojít ke slepení kanálků a následně k jejich neprůchodnosti, což je jednou z příčin neplodnosti muže. Co se týče akutního zánětu močové trubice je u muže častou komplikací zánět žaludu a předkožky a zánětlivé zúžení předkožky, která pak nejde přetáhnout zpět přes žalud. Pokud je kapavka neléčena spontánně do 3-6 týdnů ustupuje. Může však dlouhodobě přetrvávat bezpříznakové nosičství gonokoků, což má za následek další šíření nákazy. (6; 27)

U žen bývá onemocnění nejčastěji lokalizováno především na sliznici pochvy, děložního hrdla a močové trubice. Na počátku se onemocnění nemusí nikterak závažněji projevovat. Nejčastěji se projevuje hnisavým zánětem pochvy a močové trubice, u kterého žena na kapavku ihned nepomýšlí. Diagnostika kapavky se potvrdí až na základě depistáže, kdy se vyšetřují sexuální partneři infikovaného muže. U dospělé ženy je dlaždicový epitel zevních rodidel a pochvy do značné míry odolný, proto se kapavčitý zánět nejčastěji objevuje u dívek. Velmi nebezpečným zdrojem nákazy jsou ženy s promiskuitním a prostituuujícím životem, které nemají žádné příznaky tohoto onemocnění. Obecně však platí, že přenos kapavky z muže na ženu čtyřikrát snazší než z ženy na muže. Infekce však může postihnout i další úseky urogenitálního ústrojí, děložní dutinu a vejcovody a zde vyvolat zánět všech uvedených míst a vzniká konglomerát zanícených adnex, který má v akutní formě charakter akutní příhody břišní, přejde-li do chronické stádia, může vést k zánětu vejcovodu s následnou

neprůchodností, tento stav je jednou z příčin neplodnosti u žen, nebo je příčinou mimoděložního těhotenství či nitroděložního odumření plodu. Často dochází ke krvácení, což je pro ženu život ohrožující komplikace. Pánevní zánět je obecně velmi závažná komplikace, jednak jde o akutní nitrobrišní zánět a jednak má zánět tendenci k vleklému průběhu s recidivami. (6; 27) Během porodu může dojít k přenosu infekce do oka plodu, což vede v průběhu několika dní po porodu oboustrannému zánětu spojivek novorozence, který doprovází hnisavý výtok slepující oční víčka. To může vést e vředovému poškození rohovky a následně k těžkému poškození zraku. Proto se preventivně těmto novorozencům vykapávají oči dezinfekčním prostředkem (tzv. credeizace). (6)

Stejně jako u novorozenců, může být infekce přenesena i do očí dospělých, k tomu ale dochází vždy jen následkem hrubého porušení hygienických zásad a stejně tak může vést k zákalu rohovky a oslepnutí. (6)

Léčbu kapavky tvoří většinou penicilínová antibiotika. K terapeutickým problémům dochází v moment, kdy je infekce způsobená penicilin-rezistentními kmeny gonokoků, které se však vyskytují především v jihovýchodní Asii, v Evropě doposud vzácně. (33)

Závěrem je stejně jako u ostatních pohlavně přenosných onemocnění nutné zdůraznit včasnou diagnostiku a správnou léčbu této infekce, která patří do rukou odborníka – venerologa. Nezbytnou součástí léčby je samozřejmě i léčba sexuálního partnera a důsledná osobní hygiena. (6) V žádném případě si nakažený nesmí sám léčbu naordinovat nebo přijmout radu od lékárníka, aniž by odborný lékař stanovil a potvrdil diagnózu a předepsal vhodná antibiotika. Ačkoliv je penicilín proti kapavce účinný, došlo k nárůstu kmenů kapavky, které jsou na penicilín rezistentní. Proto se v současné době kapavka léčí velkým počtem nových a velmi silných antibiotik. (17)

1.3.2 *Syfilis*

Syfilis v minulých staletích a ještě na počátku 20. století představovala velký problém. Její výskyt prudce poklesl po zavedení antibiotik do léčení a počátkem 60. let 20. století se toto chronické infekční onemocnění téměř nově neobjevovalo. Od té doby však počet výskytu nových onemocnění opět stoupal a v roce 2001 dosáhl vrcholu. (29)

Původcem onemocnění je jednobuněčný tkáňový parazit *Treponema pallidum*, který má tvar spirály s 10-14 závity. Rozlišujeme syfilis vrozenou, která se přenáší placentou z infikované matky na plod během těhotenství a syfilis získanou, která se přenáší především pohlavním stykem. Nepřímý přenos infikovanými předměty, je sice možný, ale spíše vzácný, protože tento parazit je citlivý na nedostatek kyslíku, var a běžné desinfekční prostředky. Infekce se do těla dostává drobnými oděrkami na kůži nebo sliznici. (14; 29; 33)

Každá z obou forem má odlišný průběh.

Získaná syfilis, pokud není včas léčena, probíhá ve třech stádiích. Po inkubační době, která trvá nejčastěji tři týdny, nastupuje první stádium nemoci. Projeví se jako tvrdý nebolestivý vřed – *ulcus durum*, který se objeví v místě vstupu infekce do organismu, u žen většinou na cervixu nebo v pochvě, u mužů je pak nejčastěji lokalizován na penisu nebo perianální oblasti. Z nepohlavních oblastí jde pak o rty, dutinu ústní, patrové mandle, ale i jinde. Obvykle rovněž dochází ke zvětšení regionálních lymfatických uzlin, které jsou tuhé a nebolestivé. Toto stádium je vysoce nakažlivé, neboť sekret z povrchu vředu je vysoce infekční. Vřed může perzistovat jeden až pět týdnů, pak se zpravidla sám zahojí. Při zjištění lokalizace vředu jsou sérologické testy na syfilis negativní, pozitivita se projeví za 1-4 týdny. (13; 27; 29; 33)

Za 6 týdnů až 6 měsíců po prvním stádiu infekce nastupuje druhé stádium onemocnění. To se obvykle projevuje symetrickým, nesvědivým makulopapulózním exantémem, s nejčastější lokalizací na dlaních nebo ploskách nohou, ale objevuje se i po stranách hrudníku a na horních i dolních končetinách. S vyrážkou je obvykle spojeno zvětšení lymfatických uzlin a teplota, která je reakcí na systémové rozšíření spirochet. Až u o 80% nemocných mohou být postiženy i sliznice dutiny ústní, patrové mandle a patrové oblouky. V místech vlhké zapárky (na šourku a přilehlých částech stehen, na velkých stydkých pyscích, na kůži pod prsy, ale i mezi prsty nohou) mohou vznikat ploché bradavičnaté výrůstky, tzv. *kondylomata lata*, ze kterých se aktivně uvolňují spirochety. Toto stádium je tudíž vysoce infekční. Pokud není zahájena specifická léčba, kožní léze spontánně během 2-4 týdnů vymizí, ale v období následujících dvou let se mohou objevovat. Příznaky tohoto stádia po několika týdnech, nejdéle však do

roka, i bez léčení vymizí. Následuje klinicky bezpříznakové období syfilis, které může trvat různě dlouho, dokonce i řadu let. Sérologické testy jsou však pozitivní. (27; 30)

Ve třetí stádium přechází asi třetina případů. Chorobný proces je lokalizován v určitém orgánu, na kůži, v kostech, v okolí kloubů, na jazyku, v játrech, v cévách, v centrální nervové soustavě. Vzniká zde specifický granulační zánět, který má sklon k rozpadu. Z tvrdých hrbolů zánětu, které uprostřed měknou, vytéká lepkavá žlutý tekutina, která připomíná arabskou gumu, odtud název pro vředy – gummata. Vředy mohou být kdekoliv na těle. Vzniknou-li ve stěně aorty a dojde k jejich náhlému prasknutí, mohou způsobit smrt. U 5-10 % se vyvine neurosyfilis s meningovaskulárním postižením, následně s generalizovanou parézou, pomateností a tabes dorsalis, které je spojeno s vystřelujícími bolestmi, ztrátou reflexů dolních končetin, ztrátou čítí, slábnutím zraku a hluchotou. (27; 30)

Vrozená syfilis výrazně poškozuje plod. Infekce může vést k potratu, předčasnému porodu nebo porodu mrtvého plodu. Na plod přenáší syfilis infikované a neléčené matky až v 80-90 % od pátého měsíce těhotenství, ale k infikování plodu může dojít v kterémkoliv stupni těhotenství a v každém stádiu nemoci. Průběh syfilis těhotenství neovlivňuje, ale pro plod představuje výrazné riziko. Riziko infekce plodu je přímo úměrné množství spirochet u matky, které odpovídá stádiu onemocnění matky, riziko je tedy nejvyšší v graviditě v období prvního a druhého stádia syfilis. U každé ženy, u které je během těhotenství lokalizován vřed na genitálu, by se mělo provést vyšetření na syfilis a herpes genitálie, což znamená odebrat biologický materiál na záchyt treponem a odebrat krev na sérologické vyšetření. Všechny ženy, které jsou dispenzarizované pro syfilis, jsou povinné své případné těhotenství nahlásit, jak svému dermatovenerologovi, tak lékaři v prenatalní poradně. Děti žen, které jsou ohrožené syfilis, nebo se onemocnění zjistilo v graviditě se vyšetřují hned po porodu klinicky i sérologicky na přítomnost IgM protilátek (z pupečnickové krve). Vrozená syfilis se může projevit ve formě časně (syfilis kojenců) nebo pozdní syfilis, která se projevuje nejčastěji mezi 7. a 19. rokem věku. (27; 30)

Každý, kdo onemocní touto chorobou je povinen se řádně léčit na venerologickém pracovišti. Čím dříve je léčba zahájena, tím větší jsou šance

na uzdravení. Nejvyšší naděje na úspěšnou léčbu jsou proto v prvním stádiu nemoci. Pro úspěšnou léčbu je opět důležitá včasná a správná diagnostika nemoci, neboť na zevním pohlavním ústrojí mohou být i vřídky jiného původu. Neléčená nebo špatně léčená syfilis se zevně zdánlivě spontánně zhojí, ovšem generalizace infekce způsobuje systémové postižení i s následkem smrti. (14; 27)

1.3.3 *Chlamydie*

Chlamydiové infekce jsou v současné době jednou z nejčastějších sexuálně přenosných bakteriálních infekcí po celém světě. Chlamydie zároveň patří i mezi nejrozšířenější mikroorganismy v přírodě. V evropské sexuálně aktivní populaci se jejich výskyt odhaduje na 5-15%. Podle Světové zdravotnické organizace každým rokem vzniká přibližně 500 miliónů nových případů sexuálně přenosných nemocí. Z toho asi 90 miliónů případů je připisováno *Chlamydia trachomatis* - původci chlamydiových infekcí. Alarmující výskyt této infekce byl zaregistrován až s vývojem nových diagnostických technik od druhé poloviny 20. století. V ČR nepatří mezi infekce, které podléhají povinnému hlášení, avšak představují 50% všech močopohlavních nákaz. (27; 60)

Chlamydia trachomatis parazituje v hostitelských buňkách, ve kterých trvale přežívají jako nitrobuněčný parazit a v buňkách některých orgánů vylučují do těla hostitele jed – endotoxin (lipopolysacharid). Chlamydie mají dvoufázový životní cyklus – mimo a uvnitř buňky. Cyklus skončí v moment, kdy dojde k prasknutí buňky a výsevu infekčních tělísek, které infikují další buňky. Cyklus obvykle trvá 48 až 72 hodin. (27; 60).

Nákaza se přenáší pohlavní i nepohlavní cestou, ta je ale méně častá a uskutečňuje se např. špatnou hygienou - potřísněnými prsty rukou z genitálu nebo např. při těhotenství z infikované matky na plod. Pohlavní cesta nákazy tvoří většinu všech kontaktních močopohlavních nákaz. Rizikovou skupinu tvoří hlavně promiskuitní osoby. (60)

Druh *Chlamydia trachomatis* způsobující sexuálně přenosné infekce se dělí na sérotypy A – K, z nichž každý způsobuje odlišná onemocnění. Serotypy A, B, Ba a C způsobují oční infekce (zánět spojivek), jejichž následkem je trachom. V tropických

a subtropických oblastech je toto onemocnění označováno jako nejčastější příčina slepoty. Serotypy D - K jsou původci chlamydiových urogenitálních nemocí, které jsou největším problémem hlavně ve vyspělých státech. Serotypy L1, L2 a L3 jsou původci čtvrté pohlavní nemoci, která se u nás objevuje jen vzácně.(27; 60)

Hostiteli způsobují širokou a pestrou škálu trvalých, nejčastěji subjektivních spíše bolestivých, ale i jinak nepříjemných zdravotních potíží, které jsou většinou dlouho bezpříznakové, nebo provázené zcela necharakteristickými příznaky.(60) Chlamydie vyvolávají chronické urogenitální záněty, které se podobají kapavce, avšak na rozdíl od ní je výtok většinou řidší. U mužů se nákaza chlamydií nejčastěji projevuje jako nekomplikovaný zánět močové trubice (uretritida) s dysurickými obtížemi jako je časté pálení při močení a časté močení, eventuálně výtokem z močové trubice. U homosexuálů se může rozvinout i zánět konečníku. Ženám nejčastěji způsobuje hnisavý zánět děložního čípku s možným rizikem vzestupného šíření infekce, která tak může proniknout i do dělohy, děložních přívěsků a pobřišnice v oblasti pánve. Tyto záněty můžou ženám zanechat následky, jako je sterilita, mimoděložní těhotenství, potraty nebo předčasné porody. Infekce je závažná hlavně u mladých dívek, a to jednak z důvodu velkého rozšíření mezi sexuálně aktivní mládeží a jednak z důvodu jejího obvykle zcela nenápadného průběhu, zvláště u dívek probíhá infekce až v 80% bezpříznakově. Těhotná žena s cervikální chlamydiovou infekcí může při průchodu plodu děložním hrdlem infikovat svůj plod, je zde 60-70% riziko, že plod bude nakažen. Ve většině případů probíhá infekce pod obrazem zánětu oční spojivky (konjunktivitidy). Infekce má výrazný negativní vliv na poporodní průběh u předčasně narozených dětí. (27; 60)

Vzhledem k tomu, že chlamydiové infekce nemají charakteristické klinické příznaky, je k diagnostice zapotřebí laboratorních testů. V posledních letech došlo v diagnostice chlamydióz k značnému pokroku, nicméně v běžné terénní lékařské praxi je málo dostupná. Diagnostické metody zahrnují jednak metody pro přímý průkaz infekčního agens, jednak metody sérologické (stanovení protilátek). Potvrzení pracovní diagnózy by nebylo možné bez laboratorního vyšetření, pro její účely se vyšetřuje moč, sekrety, punktáty z dutin a krevní sérum. (60)

Jak ukazují i zahraniční zkušenosti, je třeba zdůraznit hlavně preventivní léčbu lidí s diagnostikovanou chlamydiovou infekcí, neboť právě ona jednoznačně vede k poklesu výskytu této nákazy. (60)

Léčba nekomplikovaných chlamydiových infekcí spočívá v užívání antibiotik, které lékař předepisuje poté, co byla provedena všechna náležitá vyšetření a potvrdila se diagnóza. Vyšetření a následné léčbě se zároveň musí podrobit všichni sexuální partneři. Infikovaným osobám se doporučuje pohlavní abstinence obou sexuálních partnerů, dokud není léčba ukončena, protože může znova dojít k infekci. Ženy, jejichž sexuální partneři nebyli náležitě léčeni, jsou vystaveni vysokému riziku opětovné nákazy. (17)

1.3.4 *Herpes progeneralis*

Toto virové sexuálně přenosné onemocnění, jehož původcem je Herpes simplex virus typ II, vzniká po zahájení sexuální aktivity a v 90% případů způsobuje opar zevního pohlavního ústrojí. Primární infekce se projevuje těžkým stavem se symetrickým postižením genitálu, výsevem svědivých a palčivých puchýřků na velké ploše, po stržení se projevuje bolestivými erozemi. Puchýřky praskají a mění se v bolestivé infekční vřídky, které se většinou sami zhojí. Na zánět reagují místní lymfatické uzliny, které jsou bolestivé a zduří. Může se objevit až nehnisavý zánět mozkových blan, nebo potom lokální kombinace s bakteriální a kvasinkovou infekcí, někdy s objeví i celkové příznaky a horečka.

Virus trvale přetrvává v nervových vláknech a může dojít k recidivě a výsevu puchýřků v menší míře, k aktivaci viru dochází jednostranně např. po fyzické a psychické zátěži, při horečnatých stavech, oslabení organismu, oslunění, sexuální a alkoholové zátěži, ale i při menses. (14; 27)

Výskyt této pohlavní nemoci stoupá, k jejímu zvyšujícímu se výskytu, stejně jako k současnému zvyšujícímu se výskytu ostatních sexuálně přenosných onemocnění přispívá změna společensko-ekonomických podmínek, současné formy životního stylu, otevření hranic, rozvoj prostituce jako sex turismu a zároveň dovoz levných pracovních sil. (59)

Relativně vysoké je procento přenosu této infekce je i na plod při porodu přirozenou cestou a to tehdy, má-li žena čerstvou infekci, kterou získala v období kolem termínu porodu. Na plod se virus většinou přenáší přímým kontaktem a většinou dojde k poškození očí herpetickým zánětem, vzácněji pak jako zánět mozku nebo jako celkové onemocnění s až 60% úmrtností. V těchto případech je proto indikován porod císařským řezem.(28)

Zvýšenou pozornost je třeba věnovat určitému nádorovému potenciálu herpes viru v souvislosti s nádory děložního čípku. (14)

I když neexistuje zcela účinná léčba, pro potlačení příznaků a snížení výskytu jsou účinné různé antivirové přípravky, které musejí být předepsány lékařem. Během výskytu této infekce je nutné postižené místo udržovat čisté a suché, což napomáhá přirozenému procesu hojení. (14)

1.3.5 *Lymfogranuloma venerum*

Lymfogranuloma venereum je vysoce infekční, chronické sexuálně přenosné onemocnění vyvolané L1, L2 a L3 sérotypy Ch. trachomatis. Ve srovnání s ostatními sérotypy Ch. trachomatis mají vyšší invazivitu, jsou proto od poloviny 70. let minulého století považovány za zvláštní biotop . U nás se venerický lymfogranulom nevyskytuje od roku 1991, to ale neznamená, že by se u nás nemohl znovu objevit díky cestovnímu ruchu. Častý je v tropických a subtropických zemích (Afrika, Asie, Jižní Amerika), v Evropě vzácný, stejně tak se zřídka vyskytuje i v Severní Americe a Austrálii. Akutní forma onemocnění je častěji diagnostikována u mužů, u žen je častější symptomatický průběh. Nosičství onemocnění představují většinou homosexuální muži. (30; 51)

Onemocnění většinou probíhá ve třech stádiích:

Po inkubační době 1-4 týdny se objeví primární léze v místě vstupu infekce (na penisu, třetě, skrotu, vulvě, poševní stěně, děložním hrdle). Malou nebolestivou papulu lze snadno přehlédnout, ale někdy je doprovází horečka, bolest hlavy a svalů.

Druhé stádium onemocnění je doprovázeno zánětem a zduřením regionálních lymfatických uzlin, nejprve do velikosti ořechu, s palpační citlivostí.

Pokud o nemocnění není léčeno , nastupuje třetí chronické stádium, které je charakterizováno rozsáhlým destruktivním zánětem genitálu a konečníku s následným

zjizvením a u žen rektovaginálními píštělemi. Vzhledem k častému asymptomatickému průběhu prvních dvou stádií, toto stádium ohrožuje nejčastěji ženy.

Onemocnění může být lokalizováno i jinde a s ohledem na svůj charakter vyžaduje většinou dlouhodobou antibiotickou terapii s různou individuální odezvou. (30; 51)

1.3.6 *Ulcus molle*

Pohlavní nemoc, která podléhá zákonným opatřením boje proti sexuálně přenosným chorobám. Díky povinnému hlášení tohoto onemocnění víme, že se v ČR toto onemocnění nevyskytlo od roku 1991, což ovšem neznamená, že by se tu nemohl vyskytnout díky cestovnímu ruchu, neboť v rozvojových zemích je velmi častý. (51)

Onemocnění je charakterizováno mnohočetnými, křehkými, neztvrdlými bolestivými vředy. Vedle vředů je typické zduření tříselných uzlin, které jsou velmi velkých rozměrů - vznik tzv. bubonů (bubo - česky dýměj). Původcem onemocnění je gramnegativní bakterie *Haemophilus ducrey*, která má tvar tyčky o délce 1,5 -2,0 um a je citlivá na zvýšenou teplotu a vyschnutí. Její průkaz se provádí mikroskopicky – vytváří krátké řetězce o 2-4 mikroorganismech v útvarech připomínajících „tažení ryb“. Inkubační doba je velmi krátká, asi 3-5 dní, nebo je dokonce i kratší. Měkký vřed zvyšuje riziko získání HIV infekce. (30; 33)

Na začátku onemocnění se objeví drobná červená papule, která rychle (během několika hodin) přechází v pustulu a vřed okrouhlého nebo oválného tvaru o průměru 3 až 20 mm s podminovanými, otřepenými okraji. Snadno krvácí ze spodiny, která je hrbolatá a povleklá hnisem.. Nápadná je bolestivost a mnohočetnost vředů, které vznikají nejprve z primárního vředu, kde došlo k prvnímu průniku, do těla, později jeden z druhého a je tak možné je pozorovat v různém stupni vývoje. Nejčastější lokalizací u mužů je předkožka, žalud, oblast uzdičky. Často dochází ke komplikacím, které mohou být mylně diagnostikovány jako zánět související s fimózou. Vředy mimo oblast genitálií se nachází jen výjimečně (prsty, rty a krční mandle). Vřed přetrvává týdny a odhazuje se viditelně vkleslou jizvou. Ke zduření mízních uzlin dochází během několika dnů až týdnů. Extrémní je v oblasti třísel, které může být jednostranné i oboustranné, vždy bolí. Kůže nad bubony zčervená, srůstá s kůží, vznikají píštěle,

z nichž vytéká žlutozelený hnis z abscedovaných mízních uzlin. Dutina se vyplní granulacemi a dohojí se vtaženou jizvou. (33; 51)

Základem léčby tohoto onemocnění je celková aplikace antibiotik, ta je však často komplikována rozdílnou citlivostí původce onemocnění. (30)

1.3.7 *Kondylomata*

Infekce je způsobená lidským papilomovým virem – Human papilloma virus. Papilomové infekce (dále jen HPV) patří mezi nejčastější sexuálně přenosné infekce, odhaduje se, že více jak 50 % sexuálně aktivních dospělých lidí má genitální HPV infekci. Zatímco některé typy (tzv. low risk HPV) vyvolávají benigní léze nebo genitální bradavice, některé typy (high risk HPV) jsou považovány za příčinu vzniku karcinomu cervixu. (EPIDEM.; VÝCHOVA KE ZD.) Pohlavním stykem se přenášejí typy HPV 16, HPV 18, HPV 31 a HPV 45. Představují velmi vážný problém, neboť vyvolávají projevy, které jsou normálně téměř neviditelné, na rozdíl od bradavic vyvolaných HPV 6 a HPV 11. Zodpovědné až za 95% karcinomů děložního čípku jsou typy HPV 16 a HPV 18, které se označují za nejnebezpečnější, Důkazy o jejich karcinogenitě vedly k vývoji profylaktické vakcíny. V současné době jsou dostupné dvě vakcíny, jak uvádím dále.(17; 36) Současné typologické třídění virů HPV vychází z klinicko-patologických důsledků infekce a z jejich funkčních i genetických vlastností: virus je soběstačný, nezávislý patogen. (34) Nedávné výzkumy v ČR dokázaly, že jsou příčinou vzniku až v 99% všech případů rakoviny děložního hrdla a svou závažností zaujímají jedno z předních míst mezi sexuálně přenosnými chorobami. Riziko nákazy významně umocňuje nezralost děložního hrdla u dospívajících dívek (cca do 18. roku věku) spolu s nezralostí imunitního systému. Nákazou HPV jsou nejvíce ohroženy mladé dívky, které začaly žít časným pohlavním životem a u kterých je významně větší riziko střídání sexuálních partnerů. (39)

Jediným rezervoárem infekce HPV je člověk, počet nositelů v naší zemi lze aktuálně odhadnout na statisíce. Většina populace dospělých byla v určité době infikována. 6enský i mužský trakt osidluje přes 40 typů HPV virů. K přenosu dochází kontaktem tělesného povrchu, nikoli výměnou tělních tekutin, ochrana kondomem je účinná jen částečně. Kondomy zakrývají penis a uretru, ale nemohou zabránit přenosů

virů ve zbývající části genitálu a perianální oblasti. U žen je kondom prevencí přenosu infekce na děložní hrdlo. (36)

HPV může způsobovat tzv. kondylomy, fičky, což jsou ze začátku drobné pupínky, které se postupně zvětšují a postupně vytváří květákovité až bradavičnaté výrůstky, které na povrchu zapáchají a mokvají. Tvoří se v místě vlhké zapádky, obvykle v místě kolem konečníku, na zevním genitálu s možností vrůstání do močové trubice a u žen do pochvy. U mužů se vyskytují hlavně na penisu. V případě výskytu infekce u kořene penisu a v okolí pohlavního ústrojí, nechrání před jejím přenosem ani prezervativ. (14; 29)

Následkem infekce dochází k výtoku z pochvy a močové trubice. Napadení a následné poškození děložního čípku může vést v pozdějším věku k rakovině děložního hrdla, jehož nebezpečnost spočívá hlavně v tom, že jeho prekancerózy a časná stádia nemají subjektivní příznaky v době, kdy je možné je ještě s úspěchem léčit. Krvácení mimo období menstruace a bolesti se objevují až u pokročilé formy onemocnění. Přestože u nás mají ženy právo na jednu bezplatnou gynekologickou prohlídku za rok, této možnosti nevyužívají, a také proto je u nás dlouhodobě jeden z nejvyšších výskytů zhoubných nádorů děložního hrdla. (6)

Časný nástup sexarche, promiskuita partnera/ů, množství sexuálních partnerů a frekvence sexuálních styků, nechráněné sexuální styky a infekce jinou sexuálně přenosnou nemocí patří do skupiny faktorů rizikového sexuálního chování. Nízký ekonomickosociální statut a kouření jsou dalšími rizikovými faktory anogenitální HPV infekce. Pacienti, kteří prodělali transplantaci ledviny mají až 17krát vyšší incidenci genitálních HPV infekcí než imunokompetentní populace. (25)

Výskyt akuminálních kondylomat se již po několik desetiletí celosvětově zvyšuje a v současné době patří mezi jedny z nejčastějších genitálních dermatologických onemocnění. (25)

Výskyt karcinomu děložního hrdla je stále vážným zdravotním i zdravotně sociálním problémem v Evropě, každým rokem je postiženo 50 000 žen a z nich asi polovina umírá. Naprostou většinu karcinomů děložního hrdla lze ale odvrátit. Lze odhalit prekurzory, které lze ambulantními ošetřeními eradikovat. Metody sekundární

prevence, tj. screening a následná diagnostika a léčba, jsou velmi účinné. Účinnost důsledně aplikované standardní úrovně dosavadních postupů sekundárních prevence byla ověřena mimo jakoukoli pochybnost. Neúspěchy se týkají především neúčasti žen ve screeningu a malé kvality jeho provedení. Odvrácenou tvář těchto postupů je množství žen nadměrně léčených, zejména nadbytečně operovaných. V delším časovém horizontu se očekává účinek nyní již dostupné primární prevence vakcinací. K dispozici je bivalentní Cervarix, která chrání proti infekci HPV 16,18 a zkříženě proti HPV 31, 33 a 45 a kvadrivalentní vakcína Silgard, která chrání proti infekci HPV 6, 11, 16, 18 a zkříženě proti HPV 31. Jejich vysoká účinnost a bezpečnost byla prokázána v klinických studiích. Základem profylaktických vakcín jsou viru podobné částice. Obě vakcíny mají nejen odlišné složení, ale odlišné je i očkovací schéma a vytváření odlišným produkčním systémem a mají odlišné adjuvens. Obě vakcíny jsou určeny pouze k prevenci a nevykazují žádný terapeutický účinek. Hlavní působení vakcinace je směřováno ke snížení incidence prekanceróz a karcinomu děložního hrdla. Celková doba trvání ochrany po vakcinaci doposud nebyla stanovena. Pro Silgard je ověřena doba trvání ochrany 5 let, pro Cervarix je to 6,4 roku, klinická studie bivalentní vakcíny nadále pokračuje a je plánována v délce trvání nejméně 10 let. (42)

1.3.8 *Trichomoniáza*

Tato urogenitální infekce je kosmopolitně rozšířená nákaza, která je velmi častá hlavně u sexuálně aktivních dospívajících a mladých dospělých osob. (13)

Onemocnění způsobuje prvok *Trichomonas vaginalis*, který řadíme mezi prvoky bičíkovce. Jak sám název napovídá prvok žije nejčastěji v pochvě ženy, kde může způsobit zánět sliznice, což se projevuje žlutozeleným výtokem různé intenzity, který vyvolává palčivou bolest na zevním genitálu. Odtud se může vzestupnou cestou šířit do děložní dutiny, vejcovodů i do břišní dutiny. Může také dojít k zánětu močových cest a močového měchýře, což má za následek časté a bolestivé močení. Pokud se onemocnění neléčí, může být příčinou gynekologických komplikací a sterility. U mužů onemocnění obvykle probíhá bezpříznakově nebo mírně (až v 90% případů). Pokud se projeví tak jako výtok z močové trubice s mírným pálením při močení. Typické jsou střídavé pocity dráždění a svědění při močení. Trichomonády mohou

přežívat v předkožkovém vaku a způsobovat zánět žaludu. Právě častý asymptomatický průběh tohoto onemocnění u mužů je důležitá okolnost z hlediska šíření nákazy, neboť si muž onemocnění není vědom, a proto nevyhledá lékaře. Pokud žije promiskuitním životem, stává se šířitelem nákazy. (2; 13; 29)

Trichomoniáza se přenáší hlavně pohlavní cestou, ale k přenosu může též dojít nepřímou cestou používáním společného ručníku nebo žínky.

Diagnostika se provádí přímo výtěrem z pochvy a následně mikroskopickým vyšetřením. Nejvhodnější je odebrat vzorek čtyři dny před menstruací a šest dní po ní. Vyšetření se též může provést z první ranní moči, která se odstředí a pak a pak se odebere vzorek z usazeniny. Kromě parazitů se zjišťují bílé krvinky a buňky epitelu. U mužů se vzorek odebírá z ranního výtoku ještě před prvním močením. (17)

Jediným způsobem ochrany je důsledné a správné používání prezervativu. Možnost nákazy se také sníží, když jedinec omezí počet sexuálních partnerů a bude žít v monogamním vztahu. (17)

1.3.9 *Kandidóza*

Infekce vulvy a pochvy jsou jedním z nejčastějších problémů, s kterým se lékaři v běžné každodenní gynekologické praxi setkávají. Způsobují je kvasinky rodu *Candida*, konkrétně *Candida albicans*. Uvádí se, že až dvě třetiny žen prodělají ve svém životě. Kvasinky se v malém množství fyziologicky vyskytují v pochvě, zevním genitálu, na kůži i v útrokách zdravých osob, ale při poruše vnitřního prostředí organismu může dojít k jejich přemnožení s následným svěděním a pálením vulvy a pochvy a výtokem. Místa jako vulva, třísla a vnitřní plocha stehen jsou červené a v některých případech se na stěnách pochvy objevuje bílá tvarohovitá hmota. U žen jsou příčinou přemnožení kvasinek: nadměrná vlhkost v oblasti genitálu podporována těsným a neprodyšným prádlem u obézních žen, nadměrné používání deodorantů, užívání antikoncepce s vyšším obsahem estrogenů, jiná hormonální léčba, těhotenství, cukrovka, snížení imunity, porušení rovnováhy mezi organismy v pochvě může způsobit i léčba antibiotiky. Existuje i možnost nákazy od infikovaného muže. (27)

Muži, kteří měli pohlavní styk se ženou trpící kandidózou, měli asi v 15 -20 % případů svědění a zarudnutí žaludu, které obvykle do druhého dne spontánně vymizí. (27)

V současnosti již desítky let probíhá pandemie vulvovaginální kandidózy, v meziválečném období bylo toto onemocnění vzácné. Pravděpodobně to souvisí se změnou životního styku (oblékání) dnešních žen. Vulvovaginální kandidóza není pohlavně přenosná nemoc v pravém slova smyslu. Kvasinky se přenést mohou, nelze však přenést onemocnění. Léčba asymptomatické ženy nemá význam, stejně tak léčba partnera má význam pouze v případě, že sám má potíže. „Preventivní terapie“ sexuálního partnera nesnižuje výskyt recidiv. Léčba spočívá v aplikaci antimykotik. (24)

1.3.10 *HIV/AIDS*

Syndrom získané imunodeficience (AIDS, Acquired Immunodeficiency Syndrome) je stav, který vzniká v důsledku destrukce imunitního systému při infekci virem lidské imunodeficience (Human Immunodeficiency Virus, HIV), který patří do skupiny retrovirů mezi Oncovirinae. Tento virus napadá a ničí T lymfocyty a snižuje tak schopnost organismu, bránit se nákazám. Virus HIV je schopen se zachytit a vstoupit do buňky nesoucí na povrchu znak CD4. Virus HIV měří asi 100 nm a vyskytuje se ve dvou serologicky odlišných formách HIV-1 a HIV-2. Naprostou většinu všech případů HIV/AIDS představuje infekce virem HIV-1, infekce virem HIV-2 lze odhadnout na zlomek celkového počtu případů infekce HIV. (7; 8; 40)

Původ HIV infekce není znám. Při řešení této otázky se vychází ze dvou skutečností: jednak, že kolébka AIDS je v Africe a jednak, že virus lidské imunodeficience (HIV) je příbuzný s virem opičí imunodeficience (SIV). Za jakých okolností došlo k adaptaci opičího viru na člověka není známo, snad to byla cesta poraněním opicemi při jejich lovu. Podle důkazů, které dokládají retrospektivní vyšetření skladovaných sfér, se HIV začal mezi lidmi v centrální Africe šířit již počátkem 50. let a jeho další šíření byl umožněno zřejmě „krvavými“ domorodými rituály, prostitucí a pohyby obyvatel během válek a stěhování venkovského obyvatelstva do měst. Z Afriky se infekce postupně šířila do Karibské oblasti a na Haiti

– letovisek amerických homosexuálů. Odtud byl HIV zavlečen do Spojených států, Evropy a ostatních zemí světa. V jeho šíření se uplatnily hlavně masová turistika, sexuální promiskuita a prostituce (homosexuální i heterosexuální). Historie onemocnění se datuje od roku 1981, u nás byl první příklad diagnostikován v roce 1985 a do konce roku 2005 dosáhl celkový kumulativní počet hlášených případů HIV infekce 827. (8; 40; 57)

Zdrojem nákazy je pouze nemocný člověk nebo bezpříznakový nosič. Ve velkém množství se virus nachází v krvi a ve spermatu, minimálně pak v slzách, moči a mléce, tento biologický materiál tedy nemá v přenosu HIV infekce praktický význam. Nejvýznamnější je přenos infekce pohlavním stykem homo i heterosexuálním (75%), dále injekčními jehlami a stříkačkami kontaminovanými krví nemocných, podáváním transfuzí krve a krevních derivátů, při transplantacích i vertikálně z matky na plod. Hlavní cest přenosu v současné době představuje nechráněný pohlavní styk, především anální. Riziko přenosu HIV významně zvyšuje současná přítomnost jiných sexuálně přenosných infekcí (herpes genitális, kapavka, syfilis). Rizikovými skupinami pro přenos HIV jsou homosexuálové, prostitutky, narkomani a hemofilii. (8; 30)

Hlavním způsobem přenosu je sexuální styk, ke kterému může dojít při vaginální i anální cestou. Ve světě převládá heterosexuální způsob přenosu. Hlavní vstupní branou infekce je sliznice konečníku nebo pohlavního ústrojí. K přenosu dochází prostřednictvím mikroskopických lézí, popř. viditelných poranění, k nimž dochází v průběhu sexuálního aktu, nebo ulcerace sliznice u pohlavních chorob. K infekci může zřejmě dojít i neporušenou sliznicí. Riziko je vyšší z muže na ženu, než z ženy na muže. Pravděpodobnost nákazy roste s počtem pohlavních styků s infikovanou osobou, ale k nákaze samozřejmě platí i jediný pohlavní styk. (40)

K parenterálnímu přenosu dochází prostřednictvím společným užíváním kontaminovaných injekčních jehel a stříkaček, teoreticky připadá v úvahu i nákaza prostřednictvím tetovacích nebo nesterilních akupunkčních jehel. K přenosu HIV prostřednictvím infikovaných transfuzí a krevních derivátů by v dnešní době nemělo docházet, vzhledem k tomu, že jsou v České republice od 1. června 1987 všechny

krevní přípravky povinně testovány a jsou zpracovávány novými technologickými postupy. (40)

K vertikálnímu přenosu dochází v průběhu (7%), zejména pak během porodu (18%) a kojením (15%). Riziko přenosu lze významně snížit podáváním antivirové terapie matce a novorozenci. Riziko infekce přenosu z matky na plod zvyšují i další faktory: předčasný odtok plodové vody, instrumentální vaginální porod, použití skalpelové elektrody, epiziotomie. U postnatálního přenosu je riziko přenosu HIV infekce na kojené děti asi 29 %. Děti matek infikovaných po porodu mají vyšší riziko přenosu ve srovnání s dětmi, jejichž matky se nakazili před těhotenstvím. Riziko získání HIV infekce pro kojené děti matek, které se infikovali před porodem se odhaduje na 14 %. I přesto, že jsou rizika přenosu vysoká, se v rozvojových zemích nedoporučuje kojení. V rozvojových zemích mají děti, které nebyly kojené mnohem vyšší morbiditu i mortalitu, než děti, které kojené byly. Výhody kojení zde tedy vysoce převyšují rizika přenosu HIV infekce. Doporučuje se kojit do 6 měsíců a je-li to pak možné, přejít na umělou stravu. HIV pozitivním ženám se doporučuje přerušit těhotenství, a to ze 2 důvodů: jednak z důvodu přenosu infekce na plod a jednak z důvodů otázky přežití matky a péče o zdravé dítě po několika letech. Pokud nedojde k přerušení těhotenství, provádí se opatření zajišťující minimalizaci rizika přenosu infekce na plod. Po porodu se u dětí do 3 měsíců doporučuje provést PCR na přítomnost HIV. V případě, že se bude opakovat pozitivita lze předpokládat, že dítě bylo infikováno. Je-li test dvakrát negativní, dítě pravděpodobně infikováno nebylo. U dítěte po porodu není nutné provádět testy o průkazu protilátek. (30; 40)

Inkubační doba AIDS je několik týdnů až několik let. Doba, která uplyne od expozice viru do projevení se prvních příznaků primoinfekce je obvykle 2-6 týdnů. U méně jak 20 % nemocných se AIDS rozvine do 5 let od získání infekce. Ve většině případů je inkubační doba delší jak 5 let. (7; 40)

Klinické projevy AIDS se odvíjejí od stádia onemocnění, závažnosti poruchy imunity, expozici patogenním nebo fakultativně patogenním mikroorganizmům, od ev. přítomnosti onkologických komplikací a v neposlední řadě i od životosprávy, výživy a léčby nemocného. *Primární infekce* často probíhá jako lehké chřipkovité onemocnění

mnohdy s prchavým exantémem nebo se zduřením lymfatických uzlin (syndrom infekční mononukleózy). Z laboratorního hlediska dochází k přechodnému poklesu CD4+ lymfocytů, v krvi se objevuje antigen p24 a za několik a za několik dní dojde k sérokonverzi protilátek anti-HIV. Za 1-3 týdny onemocnění spontánně odezní, počet CD4+ lymfocytů opět stoupne a antigenémie p24 skončí. Tím infekce přechází v několikaletého symptomatického stádia, které trvá přibližně od 2 do 15 let. Pacienti jsou buď zcela bez potíží, nebo se objevuje generalizované zduření lymfatických uzlin, toto stádium se označuje jako progresivní generalizovaná lymfadenopatie (PGL). Důležitým laboratorním nálezem je průběžný (i když nerovnoměrný) pokles CD4+ lymfocytů. Jejich pokles pod 500 / μ l může vést k prvním klinickým příznakům, čímž infekce vstupuje do dalšího stádia. Pro *časné symptomatické stádium* je typický výskyt některých tzv. „ malých ” oportunních infekcí (herpes zoster, soor, leukoplakie) a některých stavů vyvolaných zejména imunopatologickými mechanismy (periferní neuropatie, trombocytopenie). Zmenšování již dříve zduřelých lymfatických uzlin je nepříznivou prognózu blížící se AIDS. (40) *Pozdní symptomatické stádium* se vyznačuje významným poklesem imunitních funkcí. Stádium trvá obvykle 1-4 roky a již v tomto stádiu může člověk některé z oportunních infekcí či nádorů podlehnout. *Rozvinuté stádium* je podmíněno přítomností hlubokého imunodeficitu a charakterizováno výskytem oportunních infekcí a nádorů indikující zařazení do stadia AIDS. V tomto stádiu je jednoznačně indikována antiretrovirová terapie. Postupně dochází k vyčerpání organismu, které je spojené s multifunkčním rozvratem mnoha orgánů a systémů, na toto postupné vyčerpání organismu, nebo na infekční komplikace člověk umírá. (8; 40)

Diagnostika HIV infekce může být ve všech stádiích infekce obtížné. Na přítomnost HIV infekce může upozornit některý z jejích klinických projevů, popř. některý údaj v anamnéze. K podezřelým okolnostem patří sexuální promiskuita, pohlavně přenosná nemoc, sexuální kontakt s HIV pozitivní osobou, intravenózní toxikomanie apod. Z klinických příznaků to jsou zejména rozsáhlý herpes zoster v anamnéze, generalizovaná lymfadenopatie, horečka nejasné etiologie, recidivující bakteriální infekce, průjem, hubnutí, ústní kandidóza nebo dokonce některá z velkých oportunních infekcí. Z laboratorních nálezů bývají nápadné vysoká sedimentace,

leukopenie, lymfopenie, mírná anémie a trombocytopenie. V rutinní praxi slouží jako základní screeningová metoda průkaz sérových protilátek buď třídy IgM nebo IgG prostřednictvím metody ELISA kombinovaný detekcí antigenu p24 (duální metoda). Podle metodického pokynu Ministerstva zdravotnictví má být odběr materiálu na diagnostiku HIV, být výhradně prováděn se souhlasem vyšetřované osoby (princip informovaného souhlasu), výjimku tvoří osoby, které nejsou tento souhlas poskytnout (bezvědomí apod.). Diagnostiku HIV lze provádět též i z jiných tělních tekutin, například ze slin, tyto metody se využívají hlavně ke screeningu, který je cílený hlavně na některé těžko dosažitelné skupiny, jako jsou např. toxikomani. V případě, že je třeba urychleně zjistit HIV sérostatus (např. pro rozhodnutí o zahájení postexpoziční profylaxe po poranění) lze použít některou z rychlých diagnostických metod, které umožňují s poměrně vysokou senzitivitou (98%) zjistit přítomnost anti-HIV protilátek. V České republice jsou všechna konfirmační vyšetření prováděna centrálně v Národní referenční laboratoři pro AIDS ve Státním zdravotním ústavu v Praze. (40)

Základ léčby HIV infekce spočívá v antiretrovirové chemoterapii, která nejefektivněji potlačuje virovou replikaci a příznivě ovlivňuje její průběh, dále profylaxi a léčbě oportunních infekcí a ostatních komplikujících stavů, a rovněž v péči o správnou výživu a vedení zdravé životosprávy. Protiretrovirové léky zlepšují celkový stav, pomáhají k vymizení některých celkových příznaků, vzestupu tělesné hmotnosti, snižují frekvenci oportunních infekcí, prodlužují život a laboratorně zvyšují CD4+ lymfocyty a snižují virovou nálož. Cílem léčby je co nejvíce snížit virovou nálož a tedy replikaci viru na minimum, aniž by došlo k rozvoji nežádoucích účinků. Souhrnně řečeno základním cílem terapie je snaha o prodloužení života pacienta a zlepšení nebo alespoň udržení jeho kvality. (8;40) Cílem antiretrovirové léčby v těhotenství je prevence vertikálního přenosu HIV infekce na plod a nezhoršení zdravotního stavu matky. Musí se však uvážit možná rizika léčby na plod a vznik rezistence viru. V současnosti je nejrozšířenější názor, že se v těhotenství má nasadit léčba vždy, nejlépe ihned při diagnostice gravidity nebo při prokázání HIV infekce. Stále je však ještě doporučováno optimální zahájení léčby ve druhém trimestru, protože se předpokládá, že před třetím

trimestru se infikují pouze 2 % lidí. (30) Na přípravu účinné očkovací látky proti AIDS je stále vynakládáno obrovské úsilí lidského i ekonomického potenciálu. (45)

Prevence AIDS v současné době vychází z obecných protiepidemických opatření, zdravotní výchovy a ve zvyšování morálního uvědomění a zodpovědnosti lidí, zejména v sexuální oblasti. Specifická prevence prostřednictvím očkování zatím neexistuje. V rámci prevence má největší význam informovanost a výchova směřující k prevenci dalšího šíření HIV/AIDS. Má-li být tato informovanost a výchova směřující k prevenci dalšího šíření HIV/AIDS účinná, musí splňovat určité zásady a brát v úvahu určitá fakta. Součástí dostatečné informovanosti musí být informace o tom jak se HIV/AIDS šíří, jak se nešíří, jak se šířit může a jak se mohou před nákazou chránit, jak je důležité používat kondom, kde se dozvědět další informace atd. (ŠEJDA) Z hlediska efektivity je mnohdy vhodnější k poskytování informací využít různé letáky, brožury, videomateriály apod., než přímý pohovor s poradcem. Informace je třeba poskytovat způsobem pro klienta vhodným s ohledem na jeho kulturu, jazyk, pohlaví, sexuální orientaci a úroveň vývoje. (PŘÍRUČKA HIV PORADENSTVÍ) Ve skupinách osob s rizikovým chováním by měla být zdravotní výchova zaměřena na odstranění návyků vedoucích k riziku přenosu HIV (nechráněný pohlavní styk u prostitutek a promiskuitních homosexuálů a heterosexuálů, používání společných jehel a stříkaček toxikomany apod.). Důležitá je též podpora možnosti anonymního testování na protilátky anti-HIV, neboť včasná diagnóza zlepšuje individuální prognózy onemocnění a zabrání nevědomému šíření nákazy v populaci. (40)

V rámci problematiky HIV/AIDS existují tzv. „Mezinárodní směrnice pro HIV/AIDS a lidská práva“, což je mezinárodní dokument, který zavazuje vlády mezinárodní organizace k propagaci, ochraně a naplňování lidských práv v souvislosti s HIV/AIDS. Tyto směrnice vznikly na základě různých výzev k jejich vypracování z důvodu potřeby disponovat užitečným návodem pro vlády a další organizace, a to jak nejlépe propagovat, chránit a naplňovat lidská práva v souvislosti s epidemií HIV/AIDS. (32)

V listopadu 2011 bylo v České republice nahlášeno 14 nově diagnostikovaných HIV pozitivních (z toho je 1 žena). Od počátku roku 2011 bylo zjištěno 141 nových

HIV pozitivních případů. Celkový počet HIV pozitivních v ČR dosáhl počtu 1663 osob. Nejvíce HIV pozitivních připadá na Prahu (zde je k poslednímu listopadu evidováno 793 HIV pozitivních osob), Středočeský a Jihomoravský kraj. Naopak nejméně HIV pozitivních je hlášeno na Vysočině a v Pardubickém kraji. V naší republice onemocnělo AIDS již 337 lidí. V listopadu 2011 se AIDS rozvinul u jednoho člověka a jeden člověk tomuto onemocnění podlehl. V ČR bylo k 31.říjnu 2011 evidováno 345 HIV pozitivních cizinců bez trvalého bydliště. (32).

1.3.11 *Virová hepatitida typu B*

Virové hepatitidy představují významnou skupinu přenosných chorob. Jsou rozšířeny ve všech částech světa a jejich incidence neustále roste. (43)

Virová hepatitida B, dříve také označovaná jako sérová žloutenka, může probíhat pod obrazem akutní, z plného zdraví vzniklé choroby. Inkubační doba je dlouhá, v prodromální fázi se objevují převážně obtíže podobné chřipce. Virová DNA a HBsAG jsou vséru nemocného detekovatelné již 2-7 týdnů, předtím než se objeví první příznaky. Akutní fáze obvykle trvá 4-6 týdnů, intenzita oktetu a jaterního zánětu odpovídá imunitní odpovědi hostitele. Onemocnění však může probíhat plíživě, bez manifestní akutní fáze s pouze nespecifickými příznaky jako je zvýšená únava, nevykonnost, zvýšená chuť k jídlu, může být i váhový úbytek. Přestože jaterní zánět probíhá jen s malou intenzitou, tak i tento pacient je velmi infekční.

Diagnostika virové hepatitidy je postavena na anamnéze, klinickém nálezů a na výsledcích biochemických a sérologických vyšetření. (43)

K přenosu dochází heterosexuální i homosexuální cestou. Vzhledem k vyšší sexuální promiskuitě a k větší častosti orálně-genitálních a orálně-análních praktik je vyšší výskyt viru hepatitidy B u homosexuálních žen a mužů než u heterosexuální populace. Uplatňují se i jiné transmisní cesty. Krev (intravenózní toxikomani, přenos z matky na dítě, iatrogenní nákazy krví a krevními deriváty), sliny (líbání). Asi u třetiny nemocných nebývá zdroj infekce identifikován. Riziko infekce roste s počtem sexuálních partnerů, s trváním aktivního partnerského sexuálního života a s výskytem jiných sexuálně přenosných nemocí v anamnéze. Riziko se ještě dále zvyšuje

nechráněnými pohlavními styky, zejména análními. Riziko nákazy snižuje u žen používání spermicidních prostředků, poševních hubek a kondomů. (59)

V boji proti virové hepatitidě je nejdůležitější a zároveň i neúčinnější prevence. Patří sem běžně doporučovaná preventivní opatření, preexpoziční i postexpoziční aktivní imunizace a postexpoziční pasivní imunizace. Prevence hepatitidy B spočívá především v ochraně před kontaktem s krví a tělesnými sekrety nemocných. Rizikovým je i intimní kontakt s infikovanou osobou, nechráněný pohlavní styk, společné používání hygienických potřeb apod. (43)

V České republice je v současné době dostupné očkování proti hepatitidám typu A a B. Očkování proti virové hepatitidě B je od roku 2001 zařazeno do dětských očkovacích programů. Očkují se kojenci v 1. roce života a děti ve věku 12 let. U rizikových skupin je preventivní očkování proti žloutence možné na vlastní žádost. Očkování se provádí celkem třemi dávkami podávanými v odstupu 1 měsíce a 6 až 12 měsíců. Po očkování se vytváří imunitní paměť, takže přeočkování není nutné. Očkovaný jedinec je chráněn po celý život. Děti jsou od 1. ledna 2007 očkovány proti hepatitidě typu B tzv. hexavakcínou hrazenou z prostředků veřejného zdravotního pojištění. (43)

1.3.12 *Virová hepatitida C*

Virová hepatitida typu C (VHC) byla před objevením viru (HCV) byla zahrnována mezi tzv. non-A, non-B. Od doby jeho objevení se nashromáždilo velké množství nových poznatků nejen v oblasti diagnostiky, ale především léčby chronické infekce VHC. Vědecký význam objevu VHC je obrovský. Odhaduje se, že na celém světě postihuje hepatitida C nejméně 200 miliónů lidí, z toho asi 3,5 miliónu v USA a další 3 milióny v Evropě. Ve společnosti představují infikovaní lidé trvalý zdroj infekce pro své okolí a to ve všech věkových skupinách. (44)

Nejvýznamnější cestou přenosu infekce je cesta parenterální. Hepatitida C je velmi rozšířena mezi nitrožilními uživateli návykových látek. V našich podmínkách se odhaduje, že je její výskyt vyšší, než výskyt hepatitidy B. Byl prokázán i přenos heterosexuální a homosexuální, ale jeho účinnost je s porovnáním s přenosem hepatitidy B nižší. Brzy po objevu HCV byl rozpoznán perinatální přenos infekce HCV od anti-

HCV pozitivních matek. Vertikální přenos HCV z matky na dítě je ve srovnání s infekcí HBV velmi nízký. U novorozenců anti-HCV pozitivních matek s chronickou hepatitidu jsou v séru obvykle přítomny pasivně přenesené protilátky, jejichž koncentrace s postupem času rychle klesá. V půl roce života dítěte již zpravidla nejsou v séru anti-HCV prokazatelné. Naprostá většina dětí s pasivně přenesenou anti-HCV neonemocní klinickou hepatitidou. V tropických oblastech s nízkou hygienickou a ekonomickou úrovní je patrně častý přenos perkutánní. K infekci může dojít při potřísnění sliznic a kůže infikovanou krví, při otevřených ranách na kůži, rozsáhlejších popáleninách a hnisavých dermatózách. (44)

U 30-50% případů nelze i přes podrobnou anamnézu zjistit způsob přenosu HCV. V zemích západní Evropy nepřesahuje riziko heterosexuálního přenosu HCV 6-8%, takže se všeobecně předpokládá, že přenos HCV sexuální cestou je málo účinný. Pokud jde o sexuální život je doporučen následující přístup: nosič HCV by měl být plně informován o tom, že je malá, ale přesto reálná možnost pro sexuální přenos HCV; v dlouhodobém monogamním vztahu není třeba měnit sexuální chování. Ale je třeba velké opatrnosti při zjevném krvácení, hematurii nebo ulceraci na genitálu; na infekci VHC je na místě vyšetřit i partnera a u začínajícího vztahu je třeba vědět, že sexuální přenos je méně obvyklý, ale nelze ho vyloučit. (44)

VHC probíhá obvykle mírně. Většina akutních infekcí (80 %) proběhne symptomaticky. Akutní průběh s celkovými příznaky není častý. Nezřídka je onemocnění diagnostikováno při kontrole jaterních testů u nemocného se zvýšenou únavou a jinými nespecifickými příznaky, často i zcela náhodně při preventivních prohlídkách u pacientů, kteří nemají subjektivní obtíže či při vyšetření z jiných důvodů. Není výjimkou, že je diagnóza stanovena až ve fázi pozdních komplikací, tj. u pacienta s pokročilou cirhózou a ascitem. Diagnostika HCV infekce je založena na sérologickém průkazu anti-HCV protilátek, pozitivita ale jednoznačně nepotvrzuje přítomnost viru, může se jednat i o pacienta, který virus spontánně eliminoval v akutní fázi, nebo o pacienta, který absolvoval úspěšnou léčbu. Přítomnost viru v krvi musí být jednoznačně potvrzena vyšetřením viremie, je prokázána obvykle metodou PCR. Infekce přechází do chronicity v 70-90% případů. (44; 48)

Protivirová léčba chronické hepatitidy C byla v naší zemi zahájena krátce po zahájení rutinního vyšetřování anti-HCV protilátek v roce 1992. Z léků s protivirovým účinkem byl u infekce HCV nejvíce vyzkoušen interferon. Úspěch léčby chronické hepatitidy C je vyjadřován jako dosažení tzv. setrvalé virologické odpovědi (SVR), což se považuje za úplné vyléčení infekce. Setrvalá virologická odpověď je definována jako trvale neprokazatelná viremie (koncentrace HCV-RNA v krvi) i po ukončení protivirové léčby. Dosažení SVR se hodnotí 24 týdnů po ukončení léčby, pacienti, kteří v tuto chvíli mají neprokazatelnou viremii s vysokou pravděpodobností (99 %), SVR opravdu dosáhli. (44; 48)

1.3.13 *Pedikulosis pubis*

Pediculosis pubis (veš muňka, *Phthirus pubis*) se přenáší úzkým tělesným dotykem, sexuálním kontaktem a vzácně i nepřímo prostřednictvím prádla, ručníků apod. Až 30 procent pacientů má ještě jinou pohlavně přenosnou nemoc, proto by měli být vyšetřeni na přítomnost HIV, syfilis, kapavky, chlamydií, trichomoniázy, genitálního oparu a condylomat. Postižení pedikulózou bývá častější v chladnějších měsících. Muňky se nacházejí v ochlupení pubickém, genitoanálním, axilárním, dále i na přilehlých chlupcích trupu, při delším trvání též ve vousech a v obočí, hnidy lze výjimečně nalézt i na řasách. (11; 50)

Parazit má tři páry končetin, které jsou zakončené mohutným drápem, který slouží k přichycení se na chlup nebo na vlákna oblečení. Živí se krví, kterou saje přímo z kapilár. Muňka se zakousne do pokožky, zasune do kůže své bodavé ústrojí, vypustí do ranky několik kapek slin a saje krev a šťávy z probodnuté tkáně. Samička klade přibližně 30 vajíček, ze kterých se asi za 10-14 dní po naklazení líhnou larvy, které vypadají stejně jako dospělý jedinec, ale jsou menší. Dospělý jedinec žije 30 dní. Dospělý jedinec z blízka dobře vidět, ale lupou lze rozlišit váčky plné vajíček – hnidy přilepené ke kořeni pubického ochlupení. (17)

Charakteristickým znamením jsou „*maculae coeruleae*“ - svědící modrošedé skvrny vzniklé v místě poštipání. Vznik těchto skvrn je podmíněn degradací hemoglobinu enzymy ve slinách vši. Diagnóza vychází z nálezu vši či hnid. K léčbě se používají různé přípravky hubící vši, které se nanáší na postižené ochlupení nechá se 5-

8 minut působit a následně se opláchne. Doporučuje se kúru zopakovat a důležité je tuto proceduru provést u partnera. Doporučuje se též provést oholení postižených partií, nicméně se nepovažuje za nutné. Prevence tohoto onemocnění spočívá hlavně v dostatečné hygieně a v odpovědném výběru partnerů. (11; 50)

V rámci léčby je v současné době dostupná celá řada volně prodejných přípravků hubících vši ve formě vysoce účinných šamponů nebo jiných vlasových přípravků. V průběhu léčby se musejí důkladně prát všechny části oděvu, ručníky a ložní prádlo. Ostatní předměty je nutno postříkat insekticidním přípravkem hubícím vši nebo uzavřít do plastových pytlů a po dobu 10-14 dní nepoužívat. Důležitou samozřejmostí je i léčba všech sexuálních partnerů. Osoby s výskytem kubických vši je důležité vyloučit z možnosti výskytu i jiných pohlavně přenosných chorob. (17)

1.3.14 *Svrab*

Svrab je svědivé parazitární onemocnění představující i dnes relativně častou dermatózu, jež může působit zdravotnické problémy a vést ke vzniku menších epidemií postihujících zejména hromadná lůžková zdravotnická a sociální zařízení.

Onemocnění je vyvoláno zákožkou svrabovou, která je obligátním lidským parazitem. Všechny její vývojové formy tvoří chodbičky v rohové vrstvě epidermis, ve kterých zanechávají trus a samičky do nich následně kladou vajíčka. Samička, velikosti 300-500 x 230-340 mikrometrů, se na kůži pohybuje rychlostí asi 2,5 cm/min a do 50 minut je zcela ukryta v chodbičce. Dožívá se celkem 4-6 týdnů a během tohoto období naklade 40-50 vajíček, z nichž dospěje za 10-15 dní pouze asi 10 % jedinců. (EPIZOONOZY-ZDN) Svrab postihuje osoby různého věku bez rozdílu pohlaví. Přenos je zprostředkován přímým kontaktem, často při pohlavním styku. Nepřímý přenos je možný zejména u hyperkeratotických forem svrabu (*scabies norvegica*), kdy na nemocném bývá až několik milionů parazitů. Tato forma je značně nakažlivá zejména pro ošetřující personál, pro který může představovat i profesionální dermatózu. (50)

Onemocnění začíná po inkubační době 2-6 týdnů intenzivním, generalizovaným, typicky nočním svěděním. Sekundární projevy, které nacházíme na kůži nemocných s maximem v predilekčních lokalizacích, se projevují erytematózní makuly, papulky,

urtikariální léze, exkoriace, krusty. Sekundární infekce vede až ke vzniku pustul a hnisavých krust. (50)

Léčba svrabu zahrnuje likvidaci parazitů, hygienická opatření k zabránění šíření nákazy, léčba rodiny, nejbližšího okolí, všech sexuálních kontaktů, zhojení kožních projevů a léčba komplikací. .(50)

2. Cíl práce a hypotézy

2.1.1 Cíl práce

1. Monitoring znalosti studentů ZSF o pohlavně přenosných nákazách.
2. Zmapovat míru ochrany zdraví studentů ZSF před pohlavně přenosnými nemocemi.

2.1.2 Hypotézy

1. Studenti ZSF JU v Českých Budějovicích podceňují rizika pohlavně přenosných nemocí.
2. Studenti ZSF JU v Českých Budějovicích mají znalosti o pohlavně přenosných nemocech.

3. Metodika

3.1 Použitá metoda

Potřebná data pro praktickou část diplomové práce, byla získána kvantitativním výzkumem. Výzkumný soubor tvořili studenti prezenčního a kombinovaného studia ZSF JU v Českých Budějovicích. Techniku dotazníku jsem zvolila z důvodu možnosti získání většího množství informací. Podle Jeřábka je další výhodou techniky dotazníku i skutečnost, že někteří lidé raději a přesněji odpovídají, když nejsou tváří v tvář neznámému tazateli. Dotazník je tedy, vzhledem k určité citlivosti tématu diplomové práce, ideální metodou získání informací. Byl vytvořen 1 typ dotazníku pro všechny studenty ZSF JU v Českých Budějovicích. Dotazník tvoří 33 otázek, přičemž závěrečných 6 otázek bylo zaměřeno na problematiku rakoviny děložního čípku a problematiku antikoncepce, byly tedy určeny pouze pro dívky. Celkově dotazník tvořilo 15 uzavřených otázek, kdy dotazovaný musel zvolit jednu z nabízených odpovědí, 11 polouzavřených otázek, kdy byly nabídnuty kategorie odpovědí a mimo to byla poskytnuta možnost odpovědět volně mimo. 7 otázek bylo otevřených, kdy respondent odpovídal pouze svými slovy. Dotazník je uveden v příloze č. 1.

Pro potvrzení nebo vyvrácení těchto stanovených hypotéz byla data srovnána s výsledky studie sexuálního chování v české populaci, realizované agenturou DEMA, a. s v roce 2008 (56). K porovnání byly použity testy chí kvadrát a T test. Hraniční hodnota dosažené hladiny významnosti (p) byla stanovena na 5 %. V případě výsledku menšího než 5 % byl prokázán statisticky významný rozdíl (zamítnuta H_0).

Data jsem sbírala v průběhu měsíce února a března roku 2012.

Celému výzkumu předcházela předvýzkum, který měl za úkol zjistit srozumitelnost otázek Předvýzkumu se účastnili studenti 2. ročníku oboru Odborný pracovník v ochraně veřejného zdraví.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořili studenti ZSF JU v Českých Budějovicích. Základní soubor byl vybrán prostřednictvím náhodného víceetapového výběru, tzn. že základní

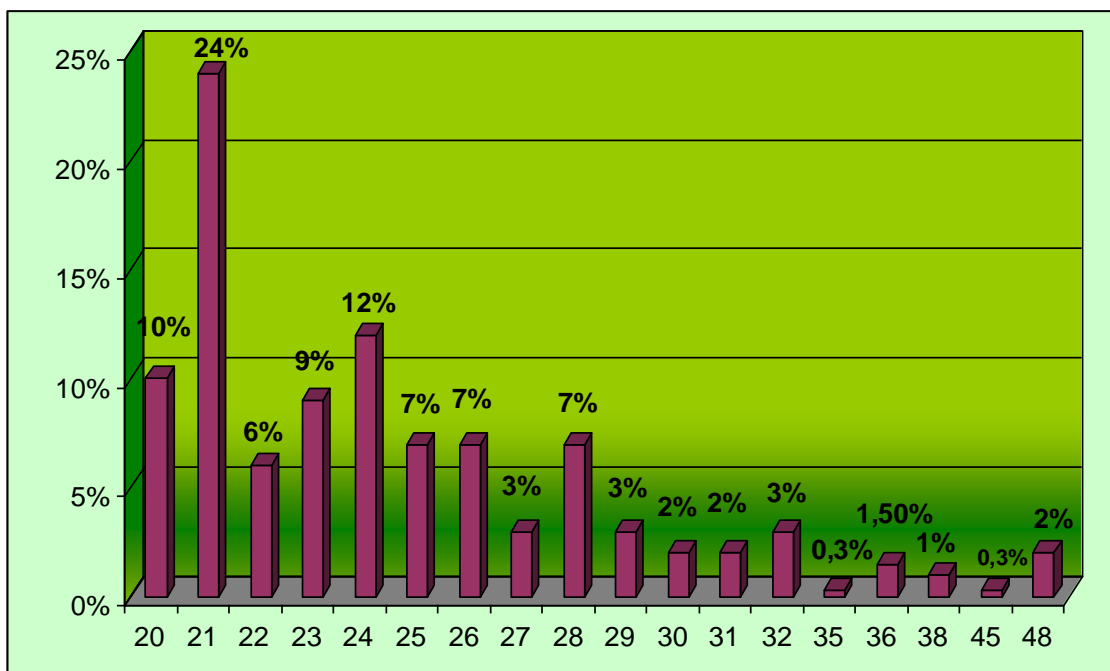
soubor byl rozdělen do podsouborů podle předem stanovených kvót, kterými byly zvoleny studované obory a formy studia. Z těchto podskupinek bylo následně proveden další stupeň výběru, kdy byli studenti náhodně vybráni losem, tito studenti reprezentovali celý základní soubor.

Celkem bylo rozdáno 420 dotazníků (100%). Dotazníky byly určeny pro studenty prezenčního studia na ZSF JU v Českých Budějovicích (64%), tak i pro studenty kombinovaného studia na ZSF JU v Českých Budějovicích (36%). Zpět jsem obdržela 395 dotazníků. Návratnost tedy byla 94%. Žádná kopie nemusela být kvůli špatnému vyplnění vyřazena, avšak 24 kopií se mi vrátilo nevyplněných, konečný počet kopií, které byly zpracovány v praktické části, tedy nakonec činil 371 kopií.

4. Výsledky

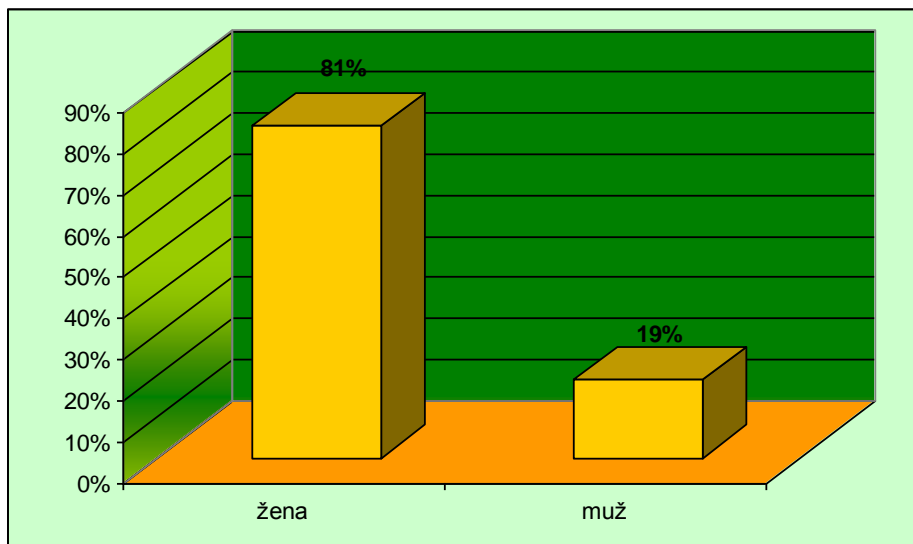
4.1 Analýza dotazníků studentů

Graf 1 Věk studentů



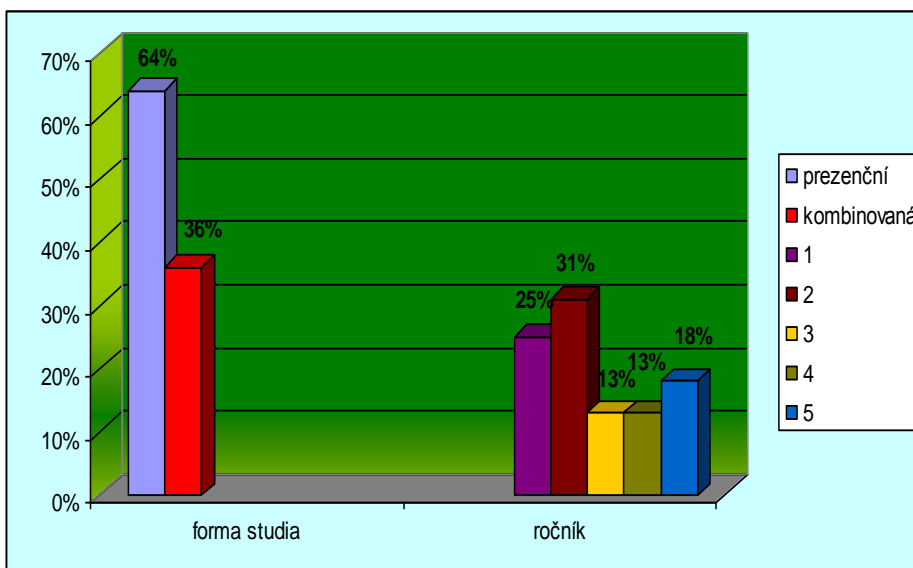
Soubor tvoří 87 studentů (24%) s věkem 21 let. 36 studentů s věkem 20 let (10%), 21 studentů (6%) s věkem 22let. 23 let je 34 studentům (9%), 24 let je 46 studentům (12%), 25 let je 27 studentům (7%), 26 let též 27 studentům (7%), 27 let 13 studentům (3%), 28 let 24 studentům (7%), 29 let 13 studentům (3%), 30 let 8 studentům (2%), 31let 7 studentům (2%), 32 let 13 dotázaným (3%), 35 let je 1 studentovi (0,3%), 36 let je 5 studentům (1,5%), 38 let 2 studentům (1%), 45 let (0,3%) je 1 studentovi a též i 1 studentovi je 48 let (2%).

Graf 2 Pohlaví studentů



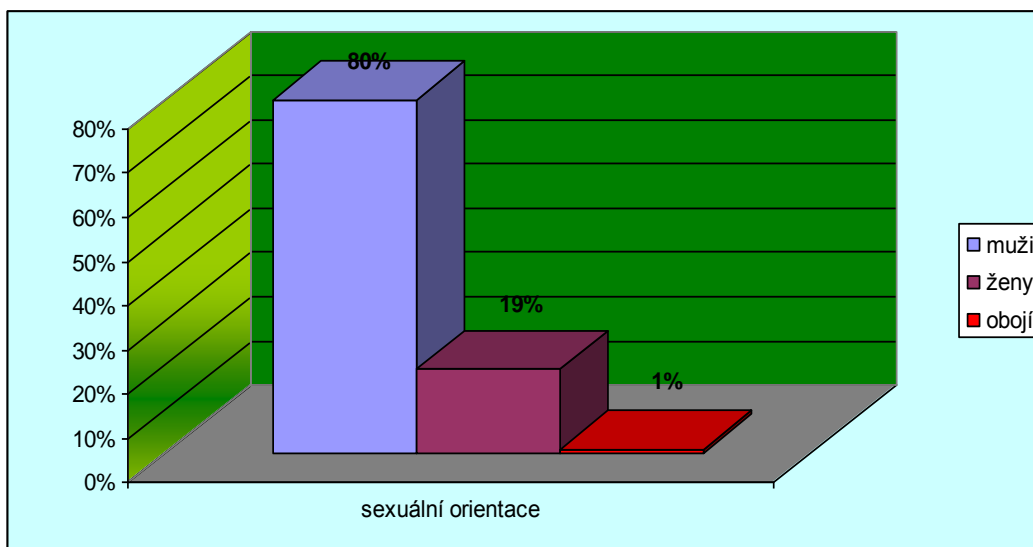
Soubor tvoří 300 žen (81%) a 71 mužů (19%).

Graf 3 Ročník a forma studia



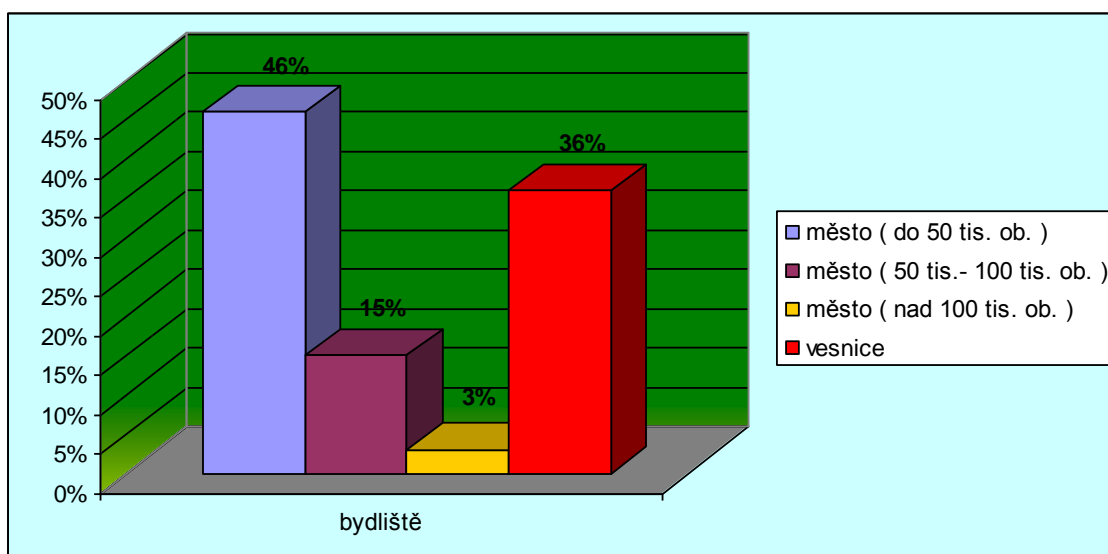
Prezenční formu studia studuje 236 studentů (64%), kombinovanou formu studia navštěvuje 135 studentů (36%). 2. ročníky oborů navštěvuje 115 studentů (31%), 1. ročníky navštěvuje 92 dotázaných studentů (25%), 5. ročníky navštěvuje 65 studentů (18%), 3. ročníky 50 studentů (13%) a 4. ročníky navštěvuje 49 studentů (13%).

Graf 4 Sexuální orientace studentů



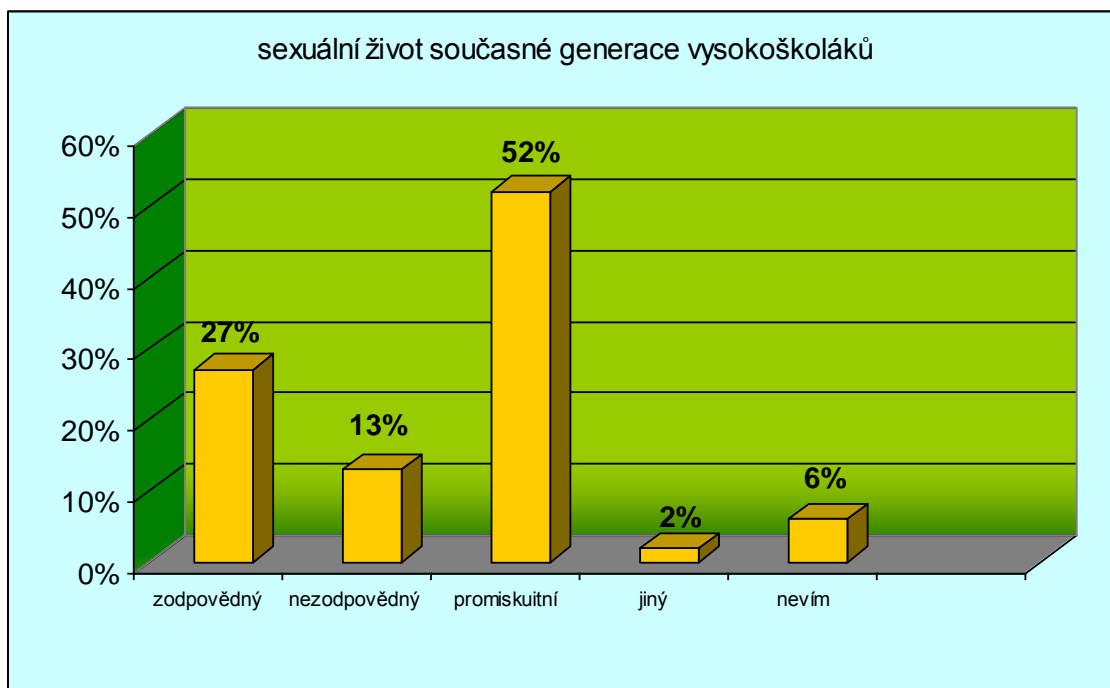
296 studentek (80%) se hlásí k mužské orientaci, k ženské orientaci se hlásí 72 studentů (19%), respektive 71 mužů a 3 ženy se hlásí k mužské i ženské orientaci (1%).

Graf 5 Bydliště studentů



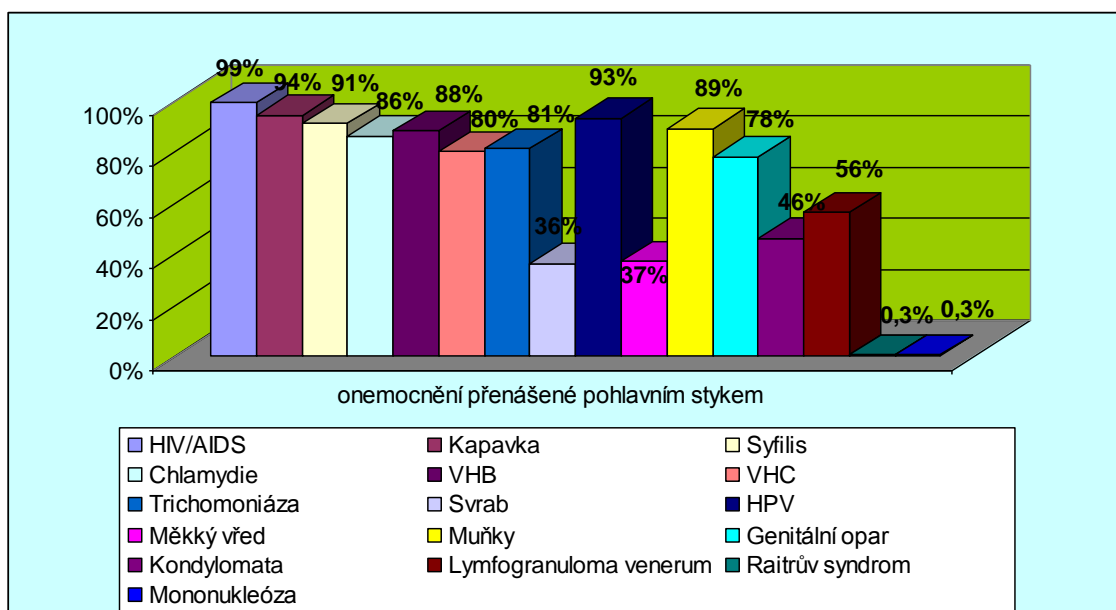
Ve městě do 50 tis.obyvateľ žije většina studentů a to 172 studentů (46%), město (5 tis.- 100 tis. ob.) žije 54 studentů (15%) a ve městě nad 100 tis. obyvateli žije 11 studentů (3%). 134 studentů (36%) pochází z vesnice.

Graf 6 Sexuální život současné generace vysokoškoláků



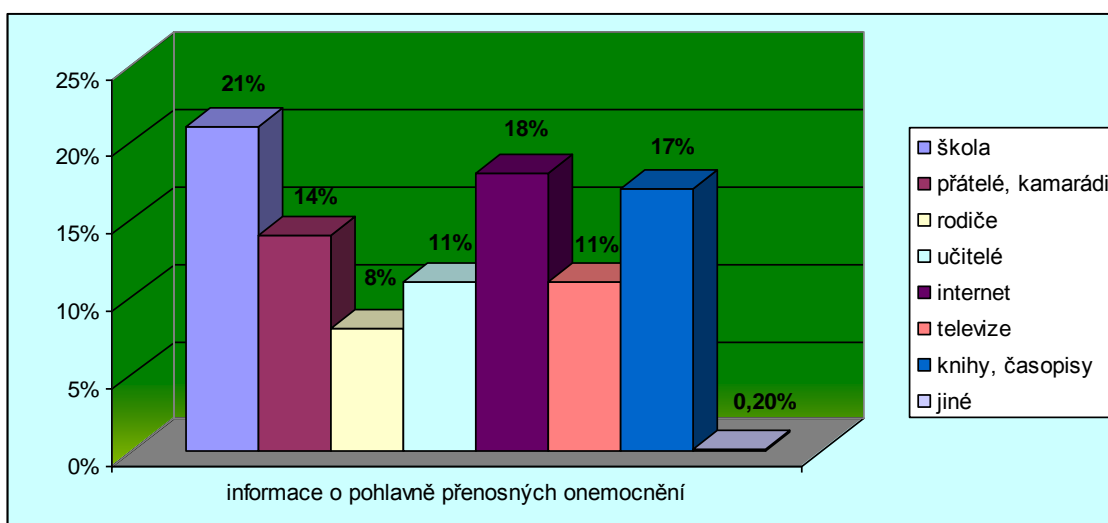
99 studentů (27%) jej vnímá jako zodpovědný, 47 studentů (13%) jako nezodpovědný, 194 studentů (52%) jako promiskuitní, 23 studentů (6%) zvolilo možnost “nevím” a 8 studentů (2%) zvolilo možnost “jiný”, zde uvádějí, že je to různé a že záleží na situaci.

Graf 7 Onemocnění přenášené pohlavním stykem podle studentů



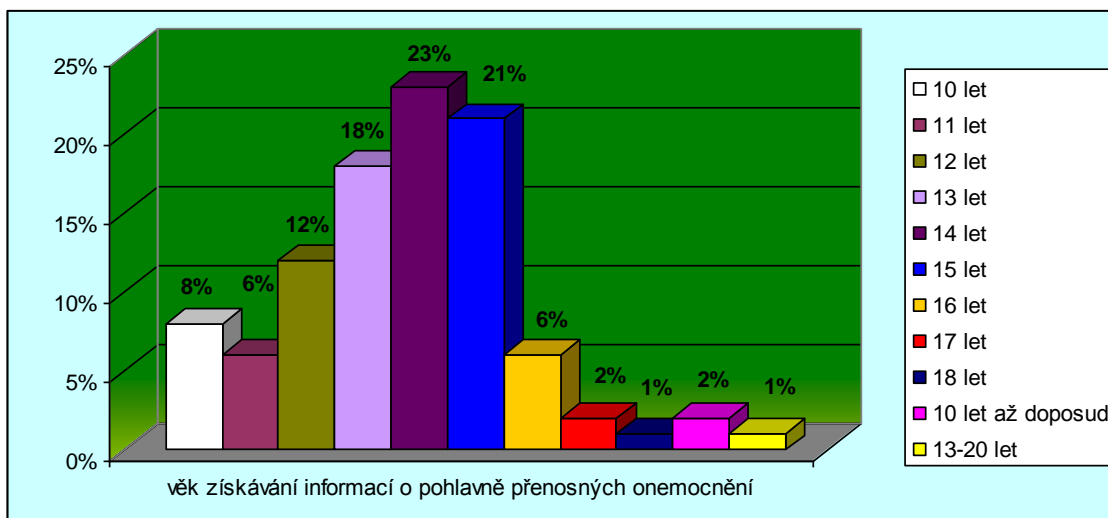
HIV/AIDS uvedlo 367 studentů (99%), kapavku 347 studentů, syfilis 337 studentů (91%), chlamydie 320 studentů (86%), virovou hepatitida B 325 studentů (88%), virovou hepatitida C 296 studentů (80%), trichomoniázu 302 studentů (81%), svrab 132 studentů (36%), HPV 345 studentů (93%), měkký vřed 136 studentů (37%), muňky 329 studentů (89%), genitální opar 290 (78%), kondylomata 169 studentů (46%), lymfogranuloma venerum 206 studentů (56%) a jednou byl uveden Raitrův syndrom (0,3%) a mononukleóza (0,3%).

Graf 8 Zdroje informací o pohlavně přenosných onemocnění



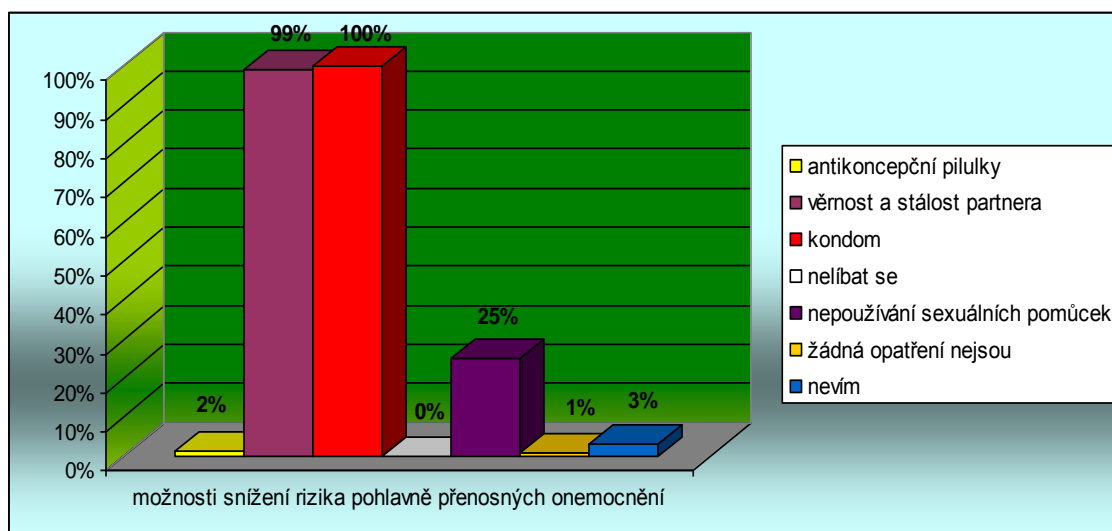
Z celkového počtu 1508 odpovědí (100%) studenti nejčastěji odpovídali, že informace získávali hlavně ze školy – 318 odpovědí (21%). Možnost “přátelé, kamarádi” měla 211 odpovědí (14%), možnost “učitelé” získalo 168 odpovědí (11%), internet jako zdroj informací byl uváděn 272krát (18%), televize 160krát (11%), knihy a časopisy 256krát (17%). Nejméně byla jako zdroj informací uváděna možnost “rodiče”, která získala 120 odpovědí (8%). Možnost “jiné” bylo uváděno 3krát (0,2%). Ve všech třech případech byly uvedeny jako zdroj informací přednášky.

Graf 9 Věk získávání informací o pohlavně přenosných onemocnění



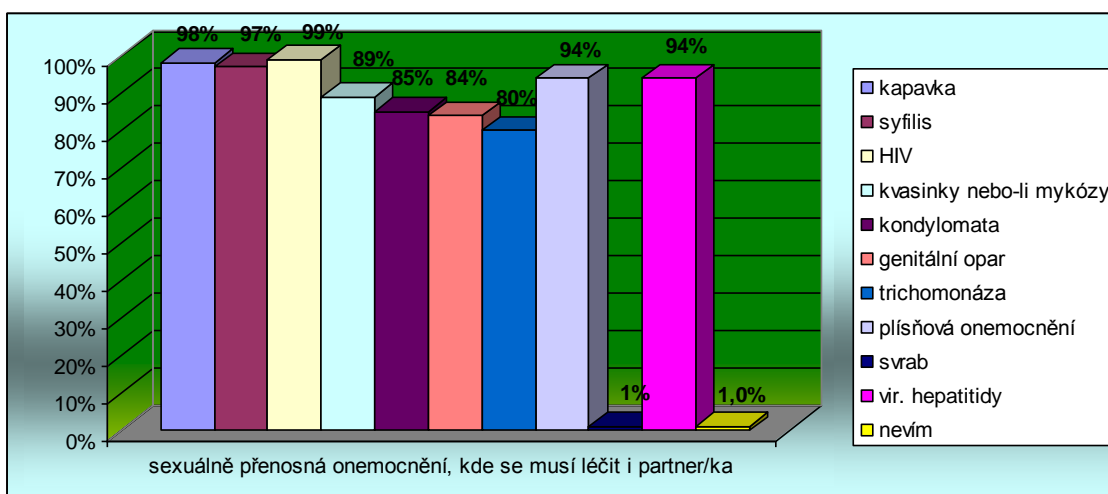
31 studentů (8%) získalo informace ve věku 10 let, 21 studentů (6%) ve věku 11 let, ve 12 letech získávalo tyto informace 43 studentů (12%), ve 13 letech 68 studentů (18%). Nejvíce studentů a to 84 studentů (23%) získávalo informace ve věku 14 let. Věk 15 let zvolilo 77 studentů (21%), věk 16 let odpovědělo 22 studentů (6%). 8 studentů (6%) uvedlo věk 17 let, 5 studentů (1%) uvedlo věk 18 let. 9 studentů (2%) uvedlo, že informace získávali zhruba od 10 let až doposud a 3 studenti (1%) uvedli věk 13-20 let.

Graf 10 Možnosti snížení rizika přenosu pohlavně přenosných onemocnění



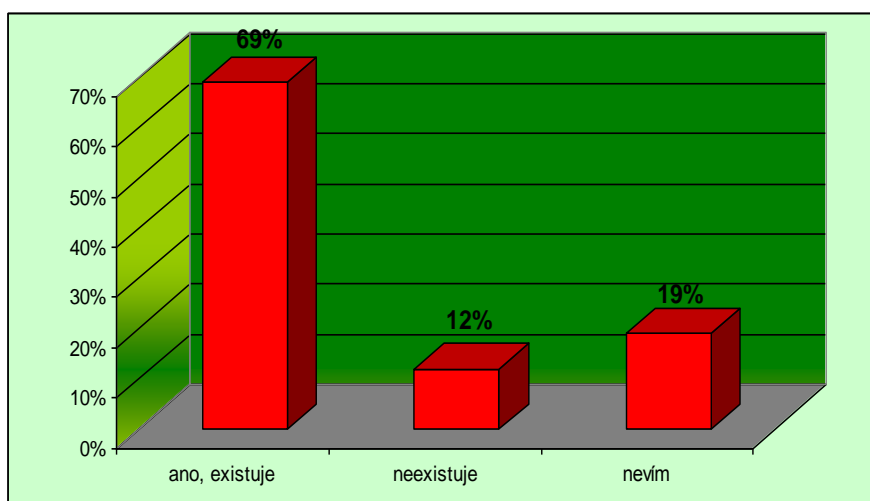
5 studentů (1,5%) uvedlo antikoncepční pilulky. Věrnost partnera 366 studentů (99%), používáním kondomu 371 studentů (100%). Nepoužívání sexuálních pomůcek uvedlo 92 studentů (25%), podle 3 studentů (1%) žádná opatření nejsou a 10 studentů (3%) neví. Líbání neoznačil žádný ze studentů (0%).

Graf 11 Pohlavně přenosná onemocnění, při nichž se musí léčit partner



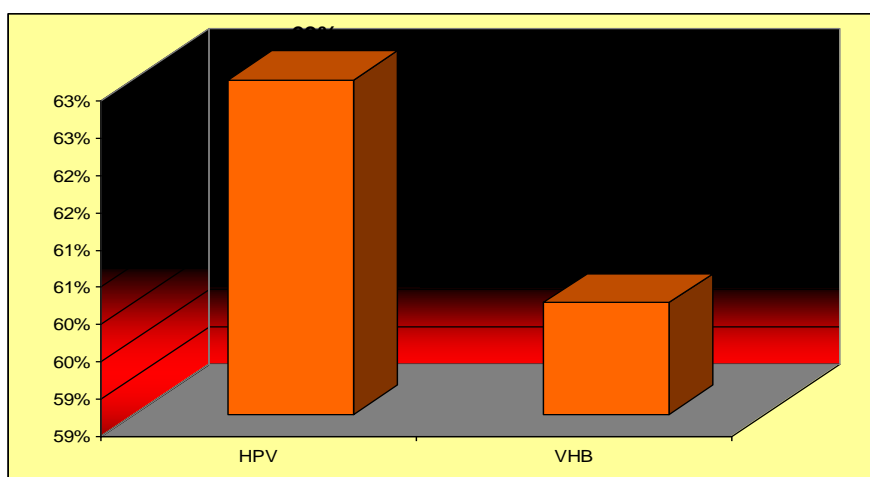
Kapavku zvolilo 365 studentů (98%) a syfilis 360 studentů (97%), 368 studentů (99%) označilo HIV, 329 studentů (89%) kvasinky, kondylomata zvolilo 315 studentů (85%), genitální opar označilo 310 studentů (84%), trichomonáza získala 298 odpovědí (80%), plísňová onemocnění 349 odpovědí (94%), svrab 337 osob (91%), virové hepatitidy získaly 348 odpovědí (94%) a 3 studenti neví (1%).

Graf 12 Existence očkovací látky proti pohlavně přenosným nemocem



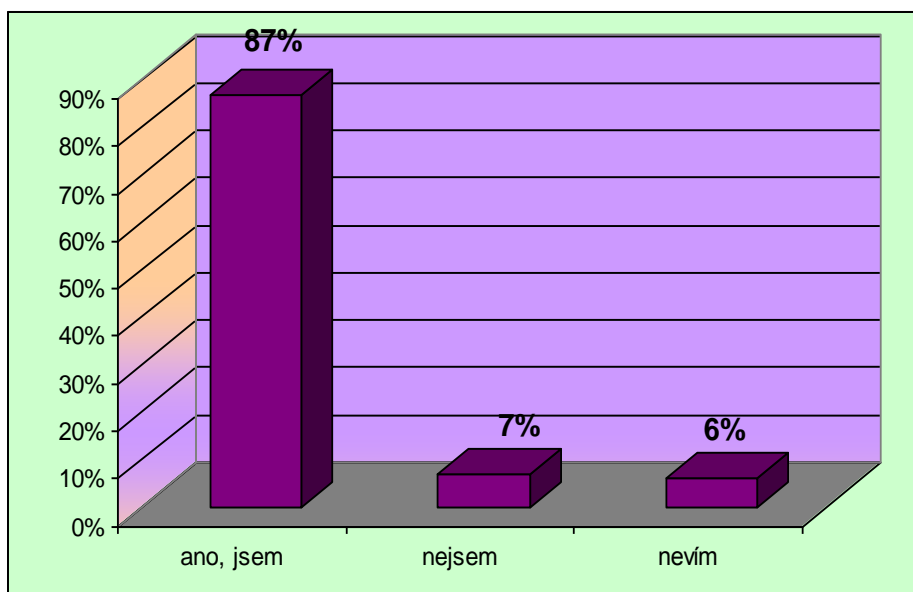
255 studentů (69%) si myslí, že očkovací látka existuje, 45 studentů (12%) si myslí, že očkovací látka neexistuje a 71 studentů (19%) označilo možnost “nevím,,.

Graf 12a Pohlavně přenosná onemocnění, proti kterým existuje očkování



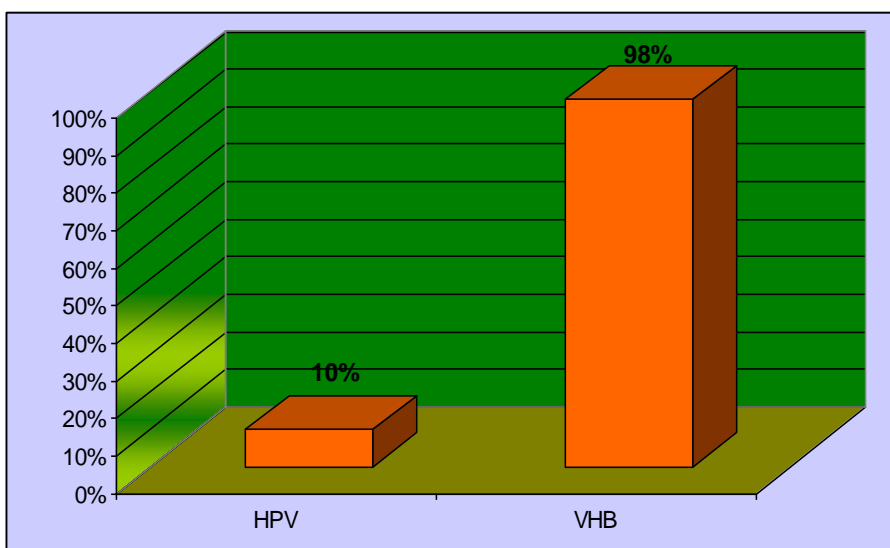
Podle 232 studentů (63%) existuje očkování proti HPV a podle 221 studentů (60%) existuje očkování proti VHB

Graf 13 Proočkovanost studentů proti pohlavně přenosným nemocem



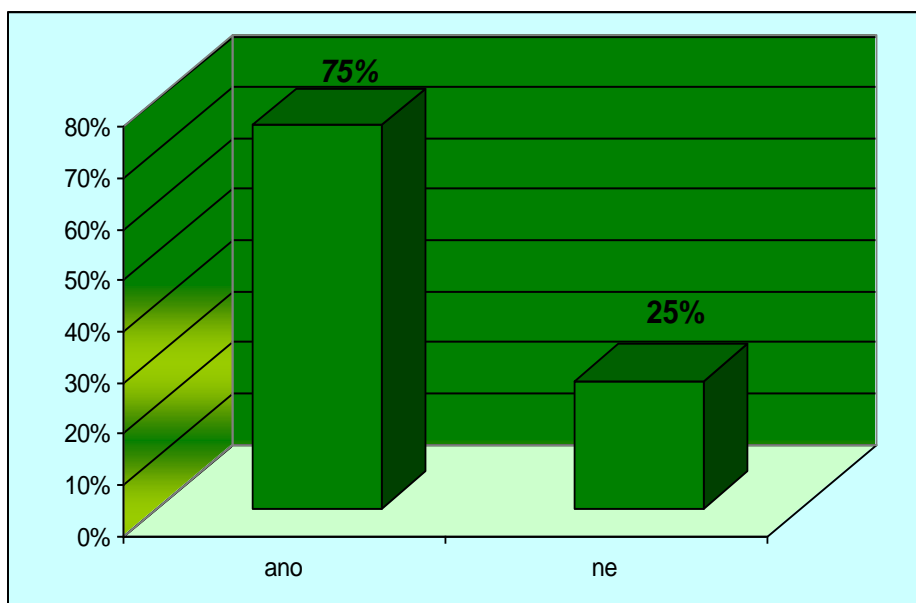
322 studentů (87%) je očkováno, 26 studentů (7%) očkováno není a 23 studentů (6%) neví.

Graf 13a Druhy očkování u studentů



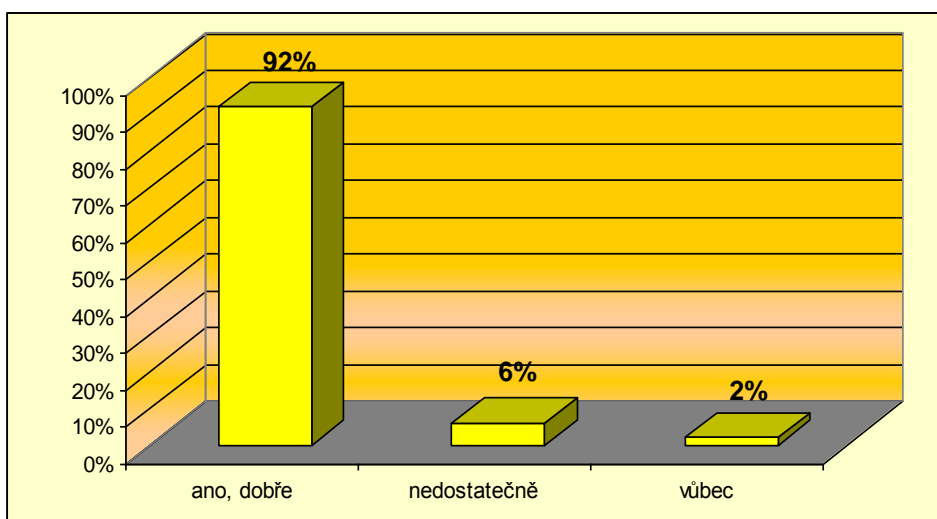
Z 322 studentů (100%) očkovaných proti pohlavně přenosným nemocem je 31 studentů (10%) očkováno proti HPV a 317 studentů (98%) proti VHB. Z toho 26 studentů (8%) uvádí oboje.

Graf 14 Stálost sexuálního partnera



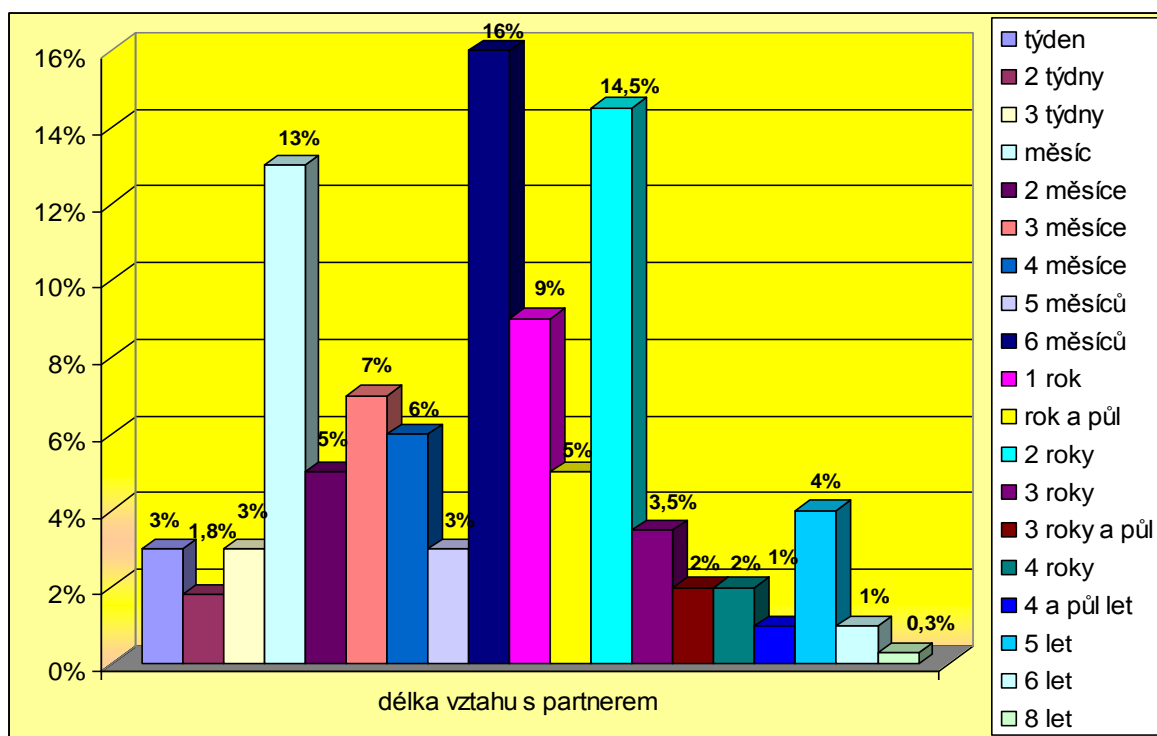
Stálého partnera má 279 studentů (75%) a 92 studentů (25%) nemá.

Graf 15 Znalost zdravotního stavu svého sexuálního partnera



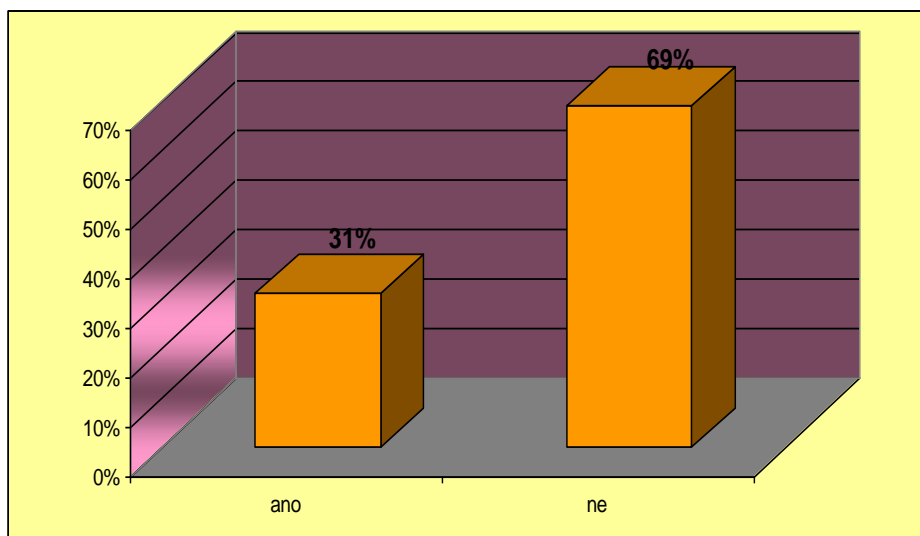
258 studentů (92%) zná zdravotní stav partnera, 16 studentů (6%), uvádí, že ho zná nedostatečně a 5 studentů (2%) ho neznají vůbec.

Graf 16 Délka vztahu s partnerem



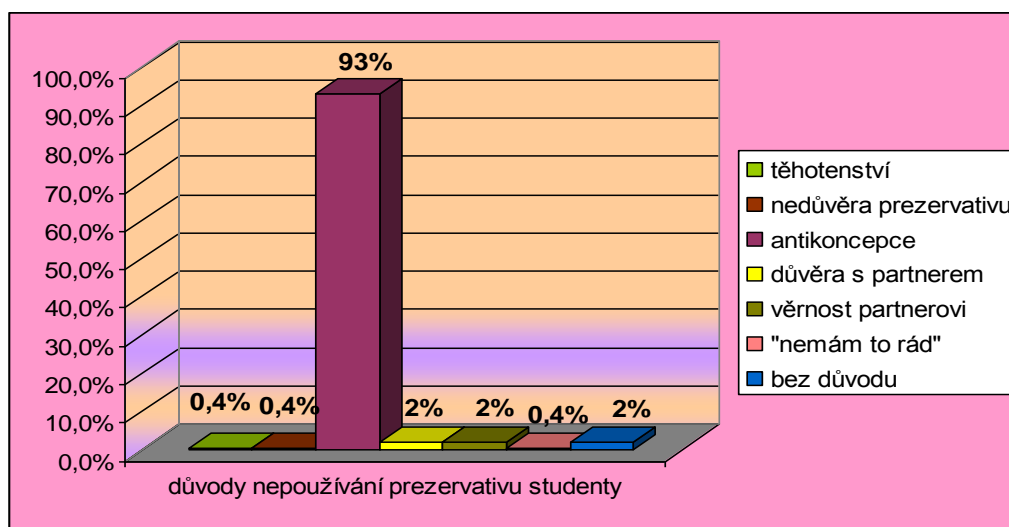
Z celkového počtu 279 studentů (100%), uvedlo 8 studentů (3%) délku vztahu 1 týden a stejný počet studentů zároveň uvedl délku vztahu 3 týdny, 5 studentů (1,8%) délku vztahu 2 týdny, 37 studentů (13%) uvedlo 1 měsíc, 14 studentů (5%) uvedlo 2 měsíce, 20 studentů (7%) uvedlo 3 měsíce, 18 studentů (6%) uvedlo 4 měsíce, 7 studentů (3%) uvedlo 5 měsíců, nevíce studentů a to 45 (16%) je se svým partnerem půl roku. 25 studentů (9%) je se svým partnerem 1 rok, 14 studentů (5%) rok a půl, 41 studentů (14,5%) 2 roky, 10 studentů (3,5%) 3 roky, 3 a půl roku a 4 roky je se svými partnery 5 studentů (2%). Ve vztahu 4 a půl roku jsou se svým partnerem 3 studenti (1%), ve vztahu 5 let 11 studentů (4%), ve vztahu 6 let jsou to 2 studenti (1%) a pouze 1 student (0,3%) je se svým partnerem 8 let.

Graf 17 Užívání kondomu ve vztahu



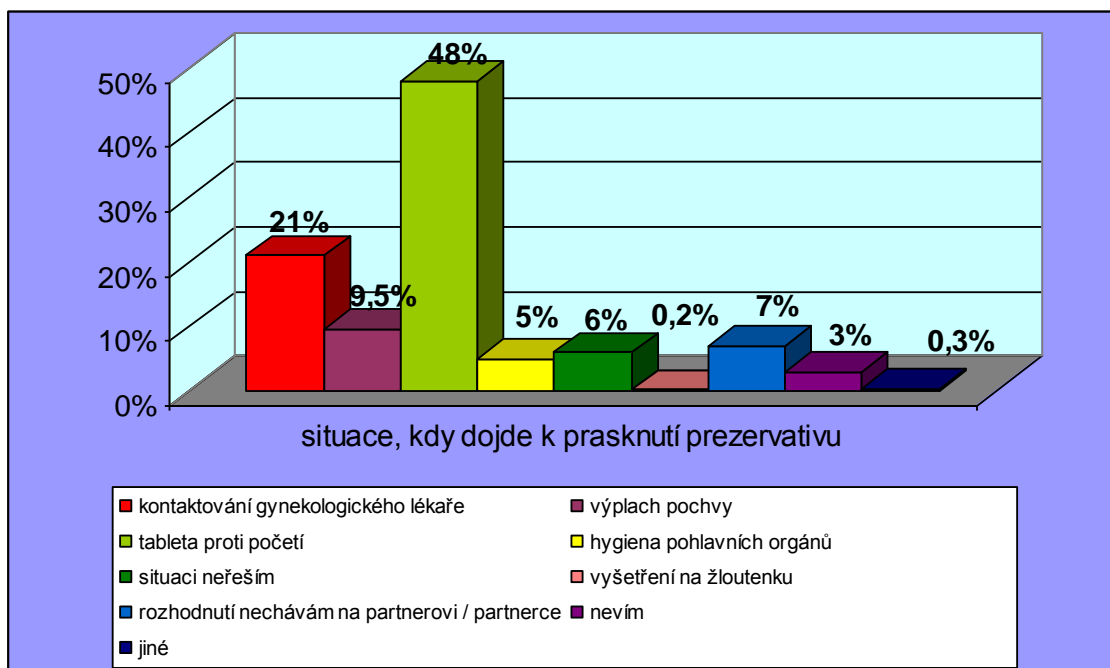
192 studentů (69%) kondom ve vztahu nepoužívá, 87 studentů (31%) používá.

Graf 17a Důvody nepoužívání prezervativu ve vztahu



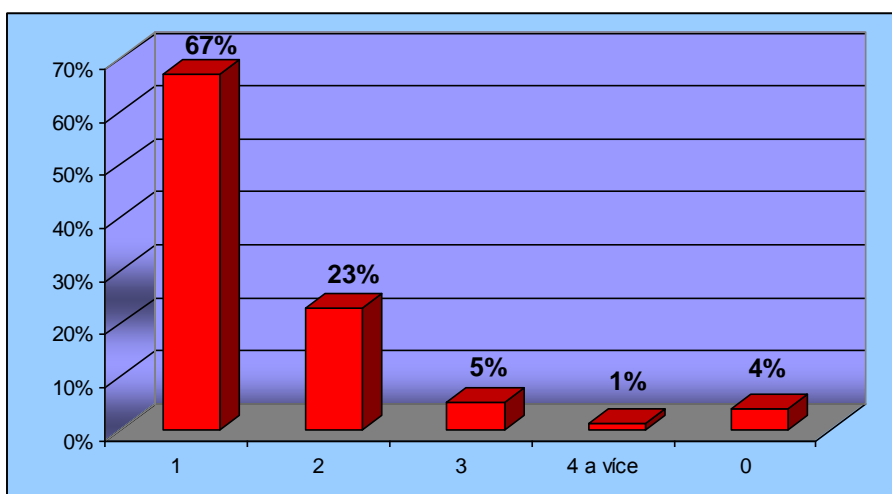
256 studentů (100%) uvádí důvod užívání antikoncepce, to uvádí 238 studentů (93%). 5 studentů (2%) uvádí důvod důvěru a věrnost partnerovi a rovněž 5 studentů (2%) neuvádí žádný důvod. 1 student (0,4%) uvedl, že prezervativu nedůvěřuje, 1 student (0,4%) uvedl, že prezervativ záměrně nepoužívá z důvodu plánovaného těhotenství a 1 student (0,4%) uvádí, že užívání prezervativu "nemá rád,,.

Graf 18 Řešení situace, v níž dojde k prasknutí kondomu



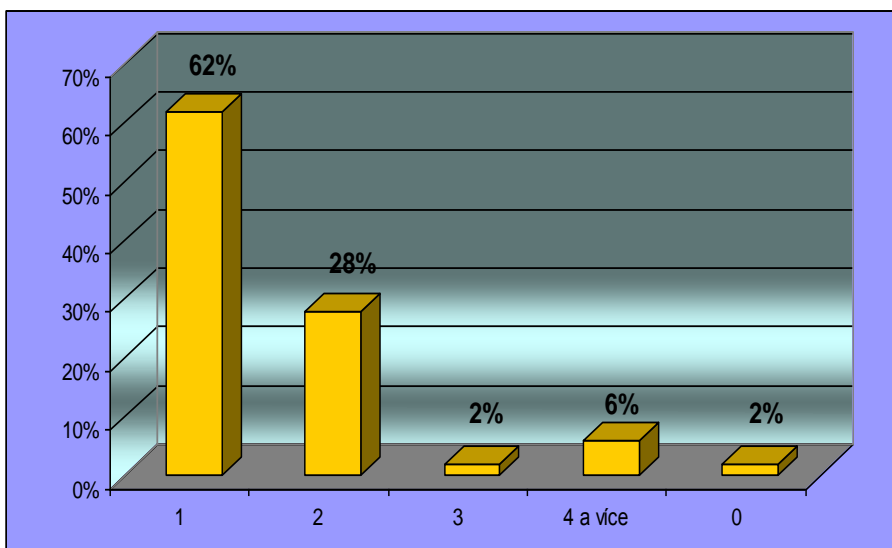
275 studentů (48%) by navštívilo svého gynekologického lékaře, aby si nechali předepsat tabletu proti početí. Jako 2. nejčastější byla volena možnost kontaktu svého gynekologického lékaře 120 odpovědí (21%), Výplach pochvy by provedlo 54 studentů (9,5%), hygienu pohlavních orgánů 30 studentů (5%), 34 studentů (6%) vzniklou situaci neřeší, pouze 1 student (0,2%) se nechá vyšetřit na žloutenku. 38 studentů (7%) rozhodnutí nechává na partnerovi, 19 studentů (3%) neví, jak by vzniklou situaci řešili a 2 studenti (0,3%) uvádí možnost „jiné,, zde 1 student uvádí, že o dítěti uvažuje a 2. student volí Postinor, neboť je dostupný v lékárně i bez předpisu lékaře.

Graf 19 Počet sexuálních partnerů za posledních 6 měsíců



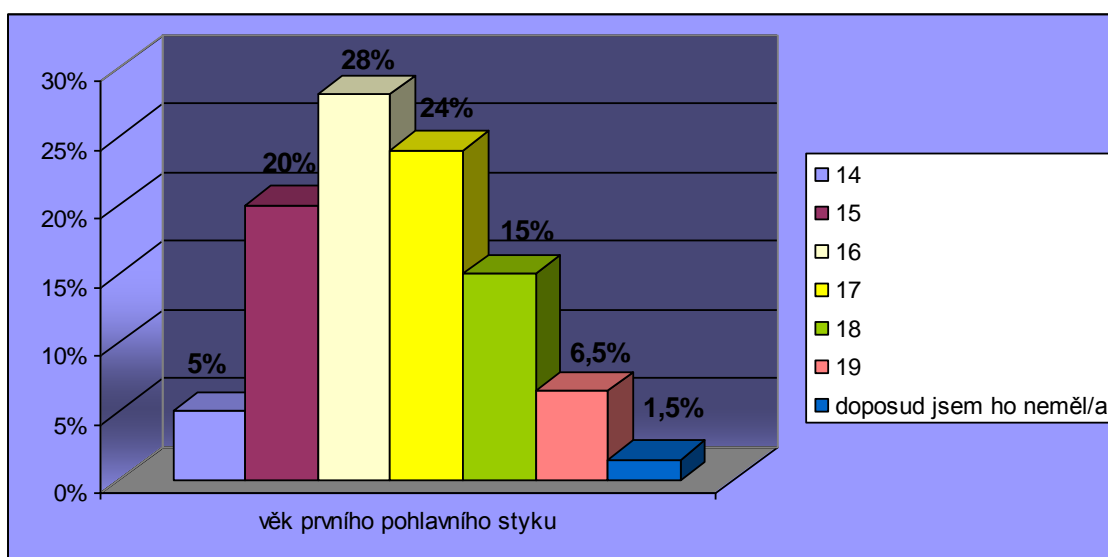
248 studentů (67%) má za posledních 6 měsíců 1 sexuálního partnera (67%). 85 studentů (23%) mělo 2 sexuální partnery. 18 studentů (5%) 3 sexuální partnery. 4 a více sexuálních partnerů mělo 5 studentů (1%) a 15 studentů (4%) uvedlo, že neměli za posledních 6 měsíců žádného sexuálního partnera.

Graf 20 Počet sexuálních partnerů za posledních 12 měsíců



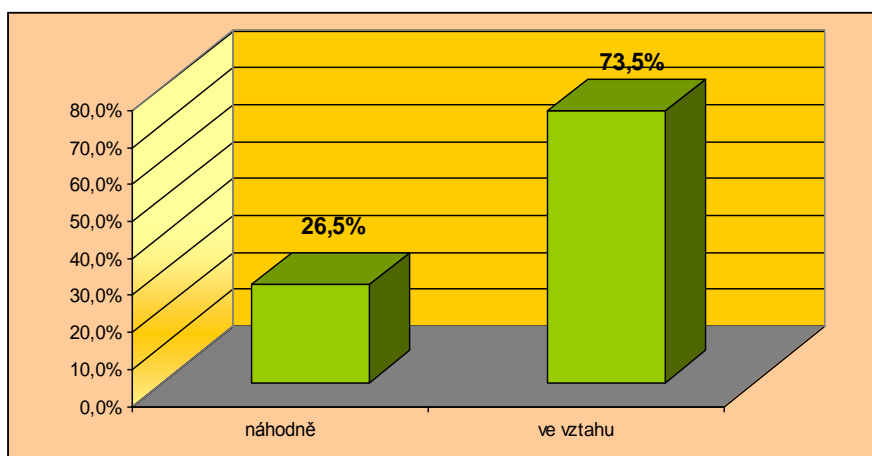
229 studentů (62%) má pouze 1 sexuálního partnera. 103 studentů (28%) 2 sexuální partnery, 8 studentů (2%) mělo 3 sexuální partnery, 4 a více sexuálních partnerů mělo 23 studentů (6%) a 8 studentů (2%) nemělo žádného sexuálního partnera.

Graf 21 Věk prvního pohlavního styku



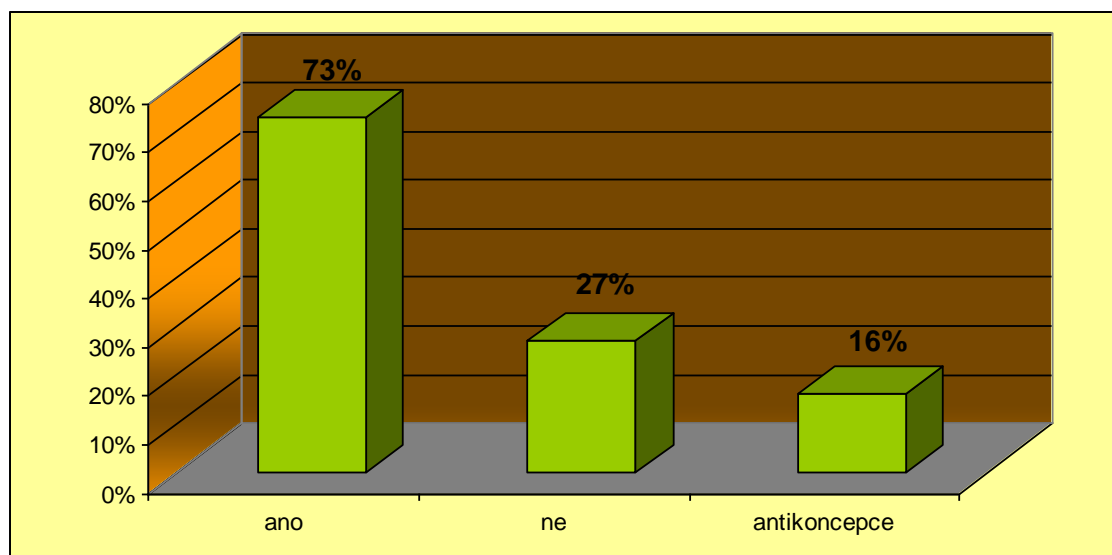
První sexuální styk prožilo 103 (28%) studentů v 16 letech. 19 studentů (5%) mělo první pohlavní styk ve 14 letech, 73 studentů (20%) v 15 letech a v 17 letech ho prožilo 90 dotázaných studentů (24%). Věk 18 let označilo 57 studentů (15%) a věk 19 let 24 studentů (6,5%). 5 studentů (1,5%) doposud pohlavní styk nemělo.

Graf 22 Situace, v níž došlo k pohlavnímu styku



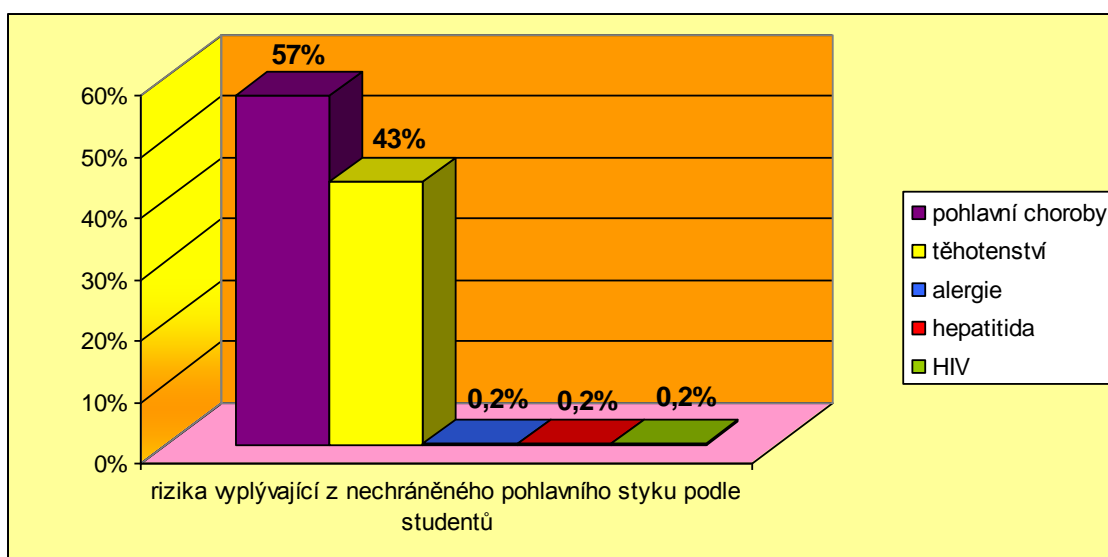
Z grafu 21 se nám vyčlenil soubor 366 studentů (100%), kteří měli pohlavní styk. Z tohoto souboru odpovědělo 97 studentů (26,5%), že u nich došlo k pohlavnímu styku náhodně a 269 studentů (73,5%) odpovědělo, že prožili pohlavní styk ve vztahu.

Graf 23 Použití prezervativu při prvním pohlavním styku



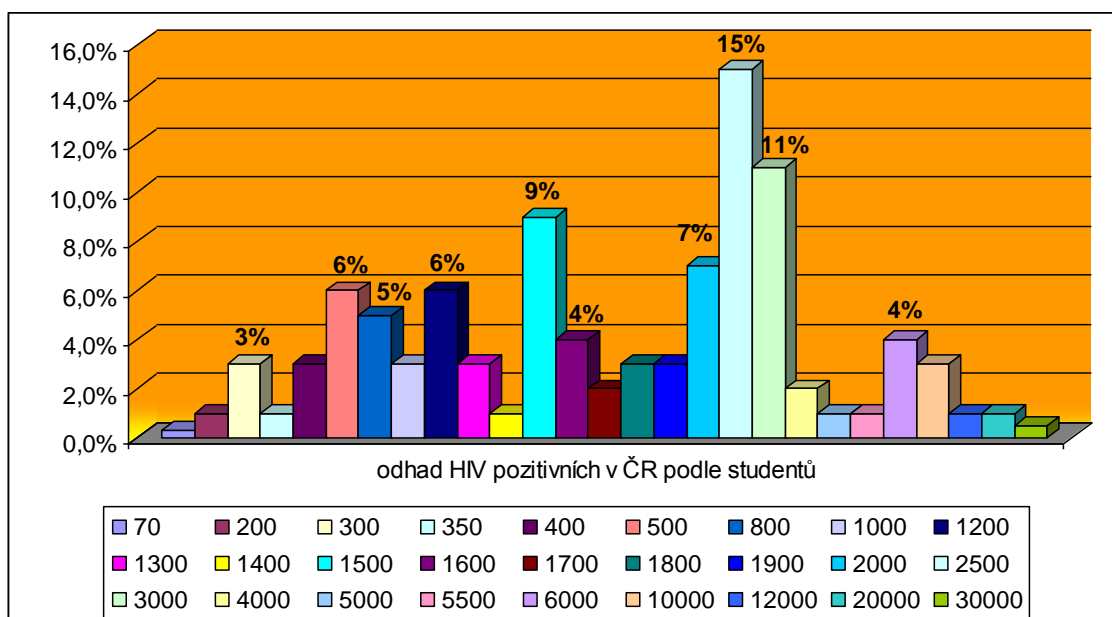
Z 366 studentů (100%) kondom použilo 267 studentů (73%), kondom nepoužilo 99 studentů (27%) a 57 studentů (16%) uvedlo, že prezervativ nepoužili z důvodu užívání antikoncepce.

Graf 24 Rizika nechráněného pohlavního styku



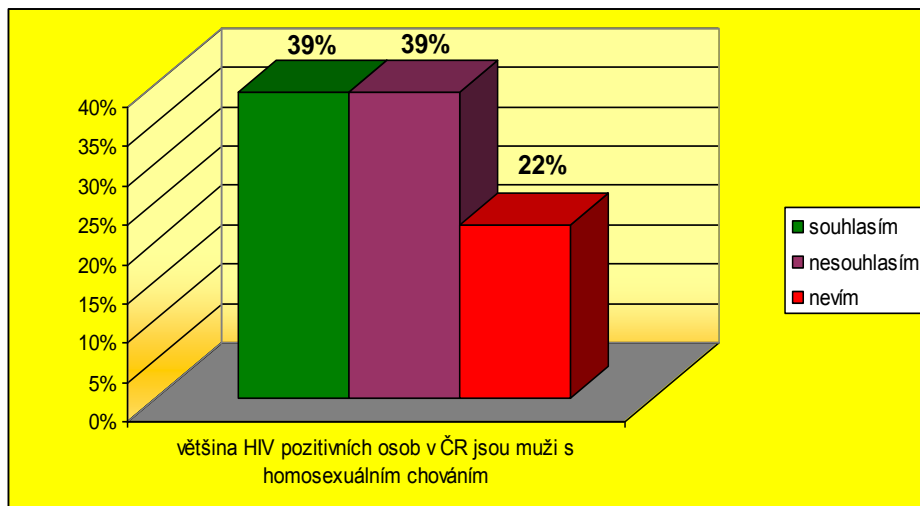
Bylo započítáno 595 odpovědí (100%), z toho 339 odpovědí (57%) patřilo pohlavním chorobám a 256 odpovědí (43%) riziku těhotenství. 1 student (0,2%) uvádí jako riziko alergie a 1 student (0,2%) riziko hepatitidy. Podle 1 studenta (0,2%) je to riziko HIV.

Graf 25 Odhad HIV pozitivních osob v ČR k 31.12.2011 studenty



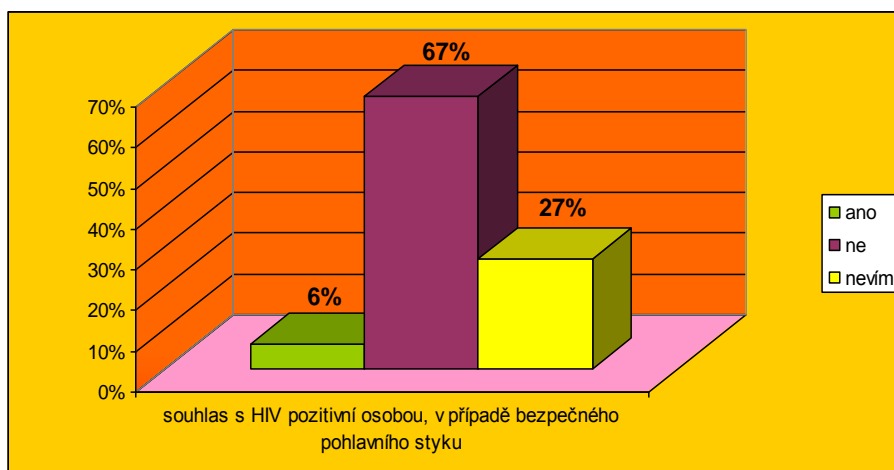
Z grafu 25 vyplývá, že nejvíce studentů odhaduje počet HIV pozitivních osob v ČR k 31.12.2011 na 2500 HIV pozitivních osob, takto tipovalo 55 studentů (15%). Následuje počet 3000 HIV pozitivních osob, takto tipovalo 39 studentů (11%). 34 studentů (9%) odhadlo počet HIV pozitivních na 1500. 26 studentů (7%) tipovalo počet HIV pozitivních osob na 2000, 23 studentů (6%) na 500 HIV pozitivních osob, 21 studentů na 1200. Objevily se též hodnoty 20000 (jmenovaná 3 studenty – 1%) a 30000 (jmenovaná 2 studenty – 0,5%).

Graf 26 Většina HIV pozitivních osob v ČR jsou muži s homosexuálním chováním



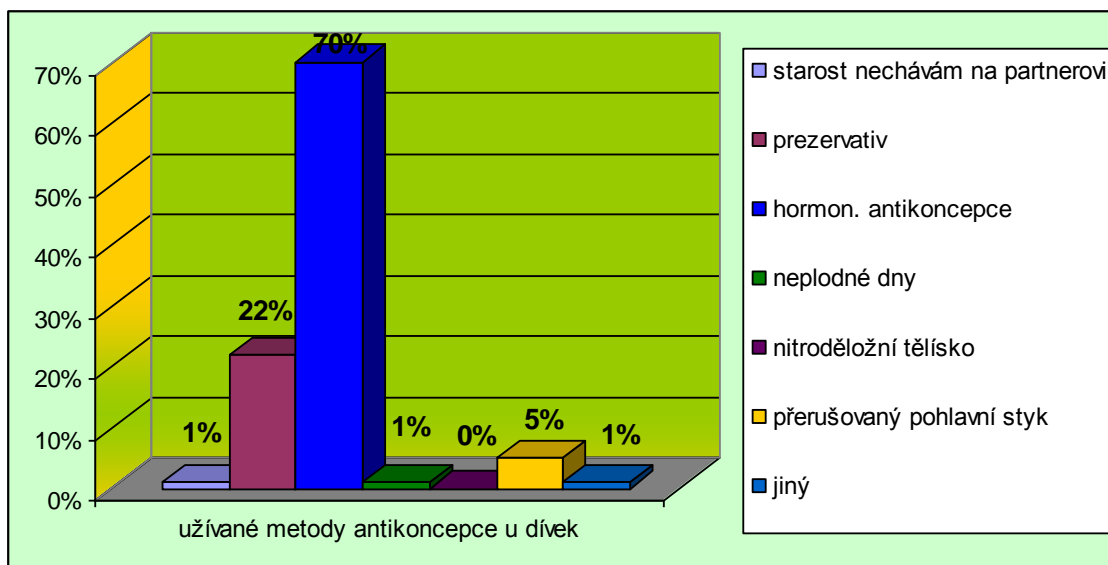
S tímto tvrzením souhlasilo 144 studentů (39%) a nesouhlasilo 145 studentů (39%). 82 studentů (22%) neví.

Graf 27 Souhlas s pohlavním stykem s HIV pozitivní osobou, v případě bezpečného pohlavního styku



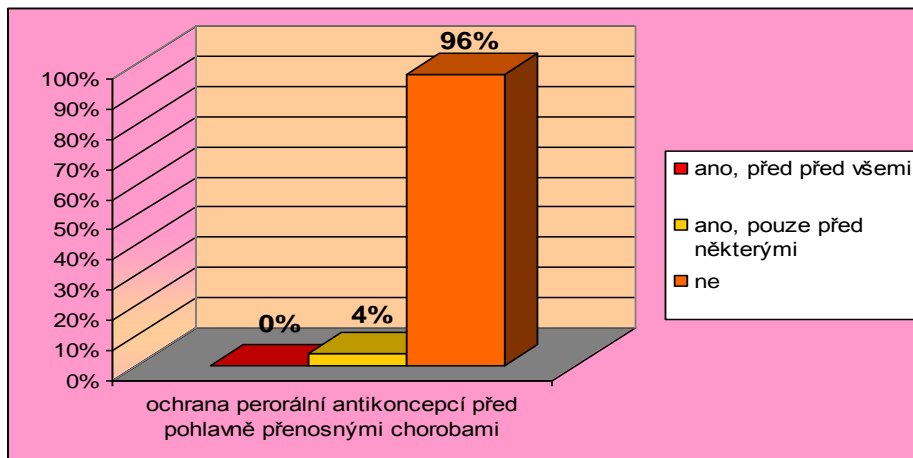
67% studentů by s pohlavním stykem i v případě bezpečného pohlavního styku, nesouhlasilo. Svůj nesouhlas vyjádřilo 250 dotázaných studentů. 22 studentů (6%) by s pohlavním stykem souhlasilo a 99 studentů (27%) by s pohlavním stykem váhalo.

Graf 28 Antikoncepční metody užívané studentkami



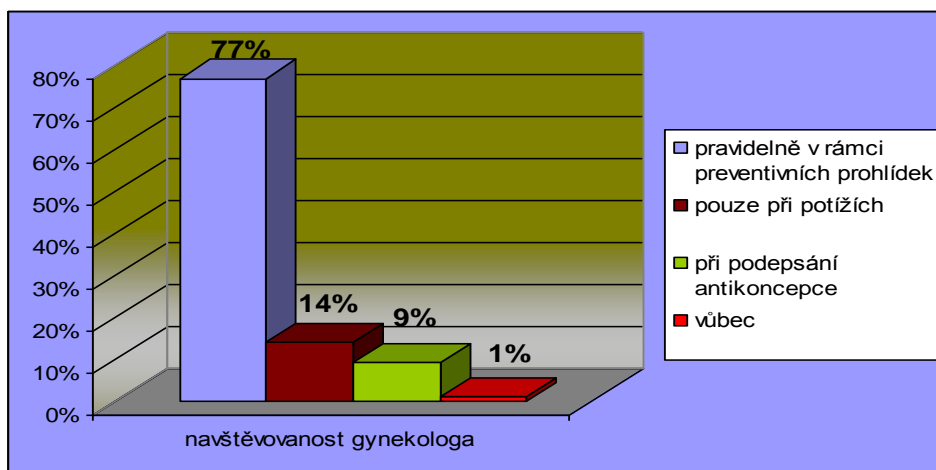
70% dívek užívá hormonální antikoncepci, ta byla označena 223krát. Jako druhá nejčastější antikoncepční metoda byl označen prezervativ, ten označen 74krát. Následuje přerušovaný pohlavní styk se 16 odpověďmi (5%). 3 dívky (1%) nechávají starost na partnerovi a 3 dívky (1%) využívají metody neplodných dní, tuto metodu, ale kombinují ještě s jinou. Žádná z dotázaných dívek nemá nitroděložní tělísko.

Graf 29 Perorální antikoncepce, jako ochrana před pohlavně přenosnými nemocemi



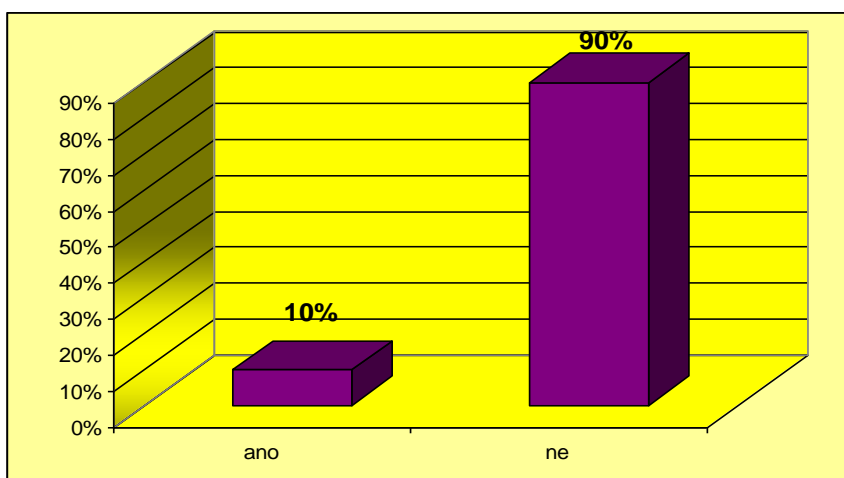
288 studentek (96%) si myslí, že neochrání, 12 studentek (4%) si myslí, že pouze před některými a žádná z dívek (0%) si nemyslí, že by je ochránila před pohlavně přenosnými nemocemi.

Graf 30 Pravidelnost návštěv gynekologického lékaře dívkami



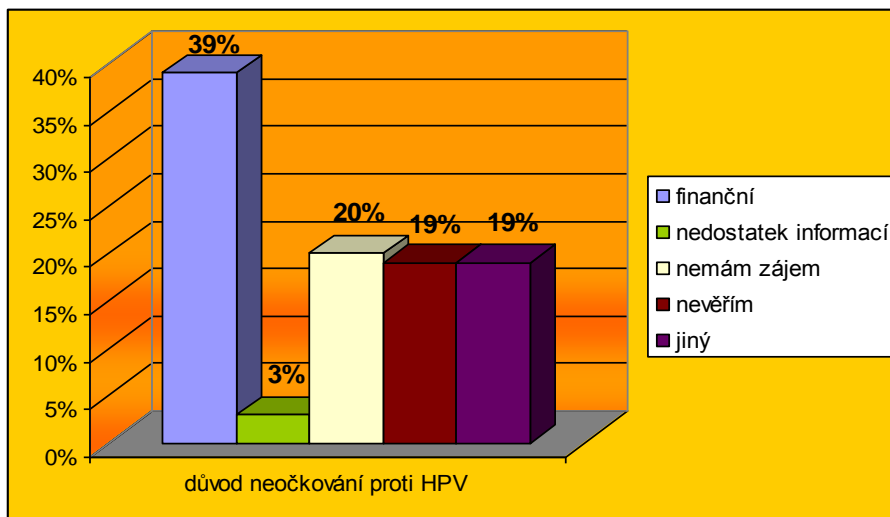
230 dívek (77%) navštěvuje gynekologického lékaře. 41 dívek (14%) ho navštěvuje pouze při potížích, 27 dívek (9%) ho navštěvuje pouze v rámci předepsání antikoncepce a 2 dívky (1%) ho nenavštěvují vůbec.

Graf 31 Proočkovanost dívek proti HPV



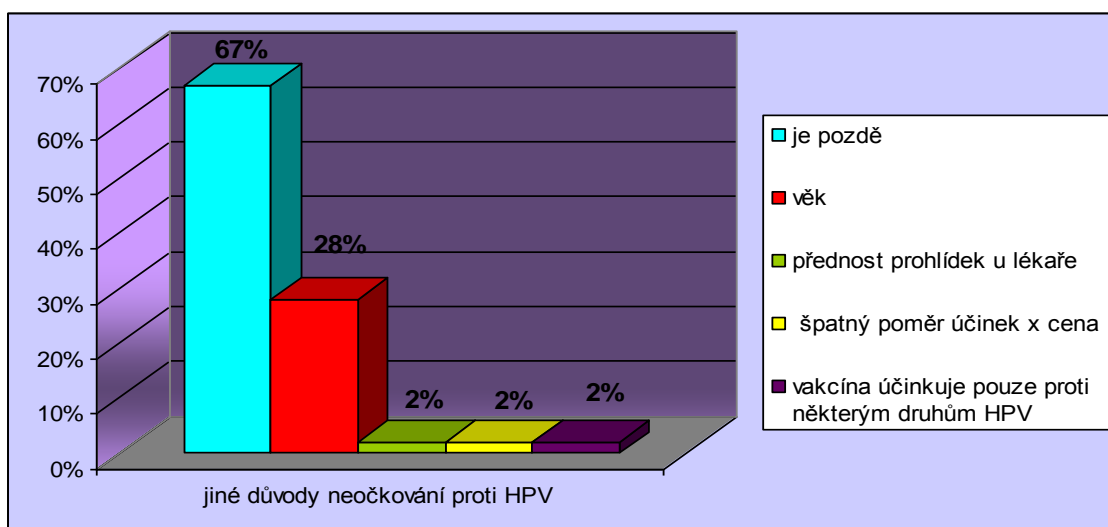
269 dívek (90%) není očkováno. Důvody jsou uvedeny v grafu 32. Očkováno je naopak „pouze“, 31 dívek (10%).

Graf 32 Důvody neočkování proti HPV



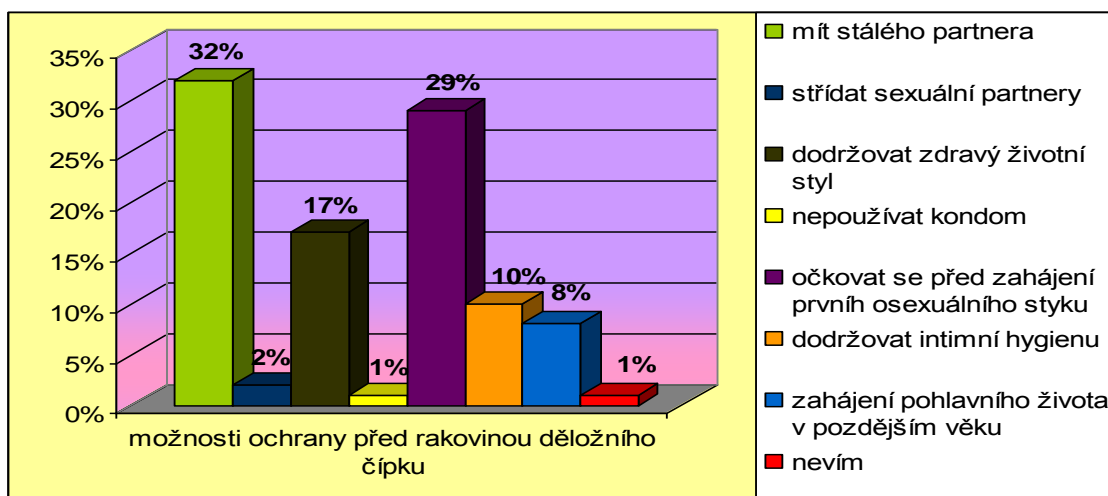
Celkem bylo započítáno 339 odpovědí (100%). Finanční důvod byl uveden 132krát (39%). Nezájem o očkování získal 69 odpovědí (20%). Nedůvěra byla vyjádřena 65 odpověďmi (19%) a 64 studentů (19%) uvedlo jiný důvod - graf 32a. 9 odpovědí (3%) obsahovala možnost nedostatku informací.

Graf 32a Jiné důvody neočkování proti HPV



43 studentů (67%) uvádí, že je na očkování pozdě a 18 studentů (28%) uvádí jako důvod „věk,.. 1 student (2%) uvádí, že upřednostňuje prohlídky u lékaře, 1 student (2%) uvádí jako důvod špatný poměr účinek x cena a 1 student (2%) uvádí, že HPV viru je celá řada a existuje pouze malá šance, že by onemocněla právě těmi druhy, proti, kterým je na našem trhu vakcína dostupná.

Graf 33 Možnosti ochrany před rakovinou děložního čípku



Na otázku, jak se mohou dívky chránit před rakovinou děložního čípku, odpovídají dívky nejčastěji možností mít stálého partnera. 221 dívek (29%) si myslí, že se mohou chránit očkováním se před zahájením prvního pohlavního styku, 133 dívek (17%) označilo dodržování zdravého životního stylu, 78 dívek (10%) dodržování intimní hygieny, 65 dívek (8%) si myslí, že je to zahájení pohlavního života v pozdějším věku. 12 dívek (2%) si myslí, že se mohou chránit střídáním sexuálních partnerů, 4 dívky (1%) volí možnost nepoužívání prezervativu a 8 dívek (1%) neví. Dívky měly možnost označit více možností, celkem bylo započítáno 762 odpovědí (100%).

4.2 Statistické hodnocení – porovnání výsledků výzkumů

Výsledky získané v mém výzkumu jsem statistickými testy porovnávala s výsledky kontinuálního výzkumu sexuálního chování v české populaci, realizovaného agenturou DEMA, a. s. v letech 1993, 1998, 2003 a 2008 u osob starších 15 let. Výsledky jsem porovnávala s nejaktuálnějšími výsledky, tedy s výsledky ze studie realizované v roce 2008.

Tabulka 1: Srovnání průměrného věku v době prvního pohlavního styku u respondentů ZSF JU s respondenty agentury DEMA

	průměrný věk	studie 2008	T test	p
muži	15,7	17,85	-21,5	0,0%
ženy	16,6	18,08	-18,9	0,0%

V případě prvního pohlavního styku byl zjištěn významný rozdíl mezi průměrným věkem prvního pohlavního styku u respondentů v mé skupině a respondenty ve studii, a to u mužů i žen. H₀ byla tedy zamítnuta a platí hypotéza H_A, neboť byl prokázán statisticky významný rozdíl.

Průměrný věk prvního pohlavního styku u mužů ze ZSF JU byl 15,7 let a průměrný věk respondentů v výzkumu agentury DEMA byl 17,85.

Průměrný věk prvního pohlavního styku u žen ze ZSF JU byl 16,6 let a u žen z výzkumu agentury DEMA 18,08 let.

Tabulka 2: Srovnání průměrného počtu sexuálních partnerů u respondentů ZSF JU s respondenty agentury DEMA za poslední rok

	průměrný počet partnerů	studie 2008	T test	p
muži	1,4	1,28	1,5	14,9%
ženy	1,5	0,99	11,5	0,0%

Ve srovnání průměrného počtu partnerů respondentů v mém výzkumu s průměrnými počty partnerů respondentů ve studii nebyl v případě výzkumného

souboru mužů zjištěn statisticky významný rozdíl ($p=14,9\%$). V průměru měly obě skupiny respondentů 1 až 2 sexuální partnery.

To neplatí v případě výzkumného souboru žen, kdy byl statisticky prokázán významný rozdíl mezi průměrným počtem partnerů u žen v mém výzkumném souboru a v souboru žen ve studii ($p<0,1\%$). Průměrný počet sexuálních partnerů u žen ze studie agentury DEMA byl 1 partner. U žen ze ZSF JU byl průměrný počet partnerů 1-2.

V tomto případě tedy platí hypotéza HA.

Tabulka 3: Srovnání počtu respondentů ZSF JU, kteří v současném vztahu užívají kondom / antikoncepci s respondenty agentury DEMA

			Procento respondentů	Výsledky studie 2008	Pozorované četnosti	Očekávané četnosti	p
Kondom	muži	ano	55%	22%	39	16	0,0%
		ne	45%	78%	32	55	
	ženy	ano	16%	14%	48	41	26,1%
		ne	84%	86%	247	254	
Antikoncepce	muži	ano	45%	39%	32	28	29,4%
		ne	55%	61%	39	43	
	ženy	ano	70%	52%	206	153	0,0%
		ne	30%	48%	89	142	

U žen ze skupiny respondentů ZSF JU byla antikoncepce v trvalém vztahu užívána v 70%, naopak ženy ze studie agentury DEMA užívali antikoncepci pouze v 52%. Muži ze ZSF JU užívali kondom v trvalém vztahu v 55% a muži ze studie agentury DEMA pouze v 22%. U užívání kondomu muži a užívání antikoncepce ženami v trvalém vztahu jsou rozdíly statisticky významné ($p<0,1\%$), respondenti ZSF užívají antikoncepční prostředky častěji.

Ženy ze ZSF JU uvedli, že jejich partner v trvalém vztahu užívá kondom v 16% a ženy ze studie agentury DEMA ve 14%. Muži ze ZSF JU uvedli, že jejich trvalé

partnerky užívají antikoncepci ve 45% a muži ze studie DEMA v 39%. Zjištěné rozdíly nejsou statisticky významné, platí H₀.

Tabulka 4: Srovnání počtu respondentů ZSF JU, kteří při prvním pohlavním styku použili kondom / antikoncepci s respondenty agentury DEMA

			Procento respondentů	Výsledky studie 2008	pozorované četnosti	očekávané četnosti	p
Kondom	muži	ano	89%	35%	63	25	0,0%
		ne	11%	65%	8	46	
	ženy	ano	69%	24%	204	71	0,0%
		ne	31%	76%	91	224	
antikoncepce	muži	ano	6%	7%	4	5	65,2%
		ne	94%	93%	67	66	
	ženy	ano	18%	11%	53	32	0,01%
		ne	82%	89%	242	263	

U užívání kondomu při prvním pohlavním styku byl statisticky významný rozdíl prokázán u mužů i žen ($p < 0,1\%$). Muži ze ZSF JU použili kondom při prvním pohlavním styku až v 89%, naopak výsledky agentury DEMA ukazují použití kondomu při prvním pohlavním styku pouze v 35% u mužů. Ženy při prvním pohlavním styku použily kondom následovně: ženy ze ZSF JU v 69% a ženy ze studie DEMO pouze v 24%.

Platnost H_A a zamítnutí H₀ se týká i případu užívání antikoncepce ženami. Ženy ze ZSF JU použily při prvním pohlavním styku antikoncepci v 11% a ženy z agentury DEMA pouze v 11%.

Muži ze ZSF JU uvedli, že jejich sexuální partnerky při prvním pohlavním styku použily antikoncepci pouze v 6% a u sexuálních partnerek mužů z agentury DEMA byla použita antikoncepce v 7%. Statisticky významný rozdíl nebyl prokázán, počet respondentů se neliší od údajů ve studii. Platí hypotéza H₀.

5. Diskuse

Sex je bezesporu důležitou součástí lidského života. Sex je individuální přirozenou lidskou potřebou každého jedince, která ovlivňuje celou jeho osobnost, je přítomna již od narození a sehrává hlavní roli ve vývoji a biopsychosociální rovnováze každého člověka. Proto ji nelze oddělit od zbytku osobnosti a omezit ji pouze na oblast reprodukce, rozmnožování a zachování rodu. Je třeba si však uvědomit, že ne vždy je sexuální styk jen příjemné uspokojení, ale že skrývá také riziko nákazy pohlavními chorobami. Pohlavními chorobami se označují infekční onemocnění, která se přenášejí pohlavním stykem. Průběh těchto onemocnění je často bezpříznakový, což má vliv na jejich další šíření a tím představují větší riziko přenosu na sexuální partnery. Počet pohlavních chorob v poslední době stoupá. Nejúčinnější prevencí, na čemž se shodují všichni odborníci, je chráněný sex. Kondom je jediným prostředkem, jenž minimalizuje riziko přenosu pohlavní choroby a navíc chrání před nechtěným početím.

V diplomové práci byli stanoveny dvě hypotézy. V první hypotéze bylo zkoumáno, zda studenti ZSF JU v Českých Budějovicích podceňují rizika pohlavně přenosných nemocí. V druhé hypotéze bylo zjišťováno, zda studenti ZSF JU v Českých Budějovicích mají znalosti o pohlavně přenosných nemocech. První hypotéza neplatí a to na základě statistického porovnání mnou získaných výzkumných dat s údaji získaných výsledky kontinuálního výzkumu sexuálního chování v české populaci (56). Ukázalo se, že studenti ZSF JU rizika pohlavně přenosných nemocí nepodceňují a chovají se více zodpovědněji, než respondenti dotazovaní ve studii. Druhá hypotéza platí na základě grafů 7, 10 a 24.

Úvodní otázky obou dotazníků mají identifikační význam, identifikují nám studenty ZSF JU v Českých Budějovicích.

Graf 1: Věk studentů. Nejvíce studentů je ve věku 21 let, tuto skupinu tvořilo 87 studentů (24%). Hodnota 28 let je modulem věkové struktury studentů. 2. nejčastější věkovou skupinu tvořilo věkovou kategorií 24 let, tu tvořilo 46 studentů (12%). Kategorie 20 let byla 3. nejčastější, tvořilo ji 36 studentů (10%). Následuje kategorie 23 let s 34 studenty (9%). Kategorii 22 let tvoří 21 studentů (6%), kategorii 25 let 27

studentů (7%), kategorii 26 let též tvořilo 27 studentů (7%), kategorii 27 let tvoří pouze 13 studentů (3%), kategorii 28 let tvoří 24 studentů (7%), kategorii 29 let tvoří 13 studentů (3%), kategorii 30 let tvoří 8 studentů (2%), do kategorie 31let se řadí 7 studentů (2%), kategorii studentů s věkem 32 let tvoří 13 dotázaných (3%), kategorii s nejmenším počtem studentů tvoří kategorie 35 let – 1 student (0,3%), dále kategorie 36 let - 5 studentů (1,5%), kategorie 38 let – 2 studenti (1%) a kategorie 45 let (0,3%), ke které se hlásí 1 student. 1 student rovněž tvoří věkovou skupinu 48 let (2%). Celkově lze říci, že nejvíce studentů tvoří věkovou skupinu 20-28let, což odpovídá 85%. Věkové rozložení studentů naznačuje, že nejvíce dotázaných studentů studuje první ročníky. To potvrzuje i graf č.3.

Graf 2: Pohlaví studentů. Z grafu 2 je jednoznačné, že dotazovaní studenti byli hlavně ženy, tuto většinu tvořilo 300 žen (81%) . Menšinu tvoří muži s počtem 71 mužů (19%). To poukazuje na převahu žen ve zdravotně-sociální sféře.

Graf 3: Ročník a forma studia. Prezenční formu studia studuje 236 studentů (64%), kombinovanou formu studia navštěvuje 135 studentů (36%). To se týče ročníku, nejvíce studentů navštěvuje 2. ročníky oborů a to 115 studentů (31%) a 1. ročníky, které navštěvuje 92 dotázaných studentů (25%), 5. ročníky navštěvuje 65 studentů (18%), 3. ročníky 50 studentů (13%) a 4. ročníky navštěvuje 49 studentů (13%).

Graf 4: Sexuální orientace studentů. Co se sexuální orientace týče, je patrné, že nejvíce studentů se hlásí k heterosexuální orientaci a to 370 studentů (99%) a 1 žena hlásí k lesbické orientaci. Homosexuální orientaci neuvádí žádný z mužů. Můžeme však předpokládat, že se ke své lesbické či homosexuální orientaci nemusí všichni studenti přiznat. I když by se dalo říci, že je v dnešní společnosti homosexualita obecně akceptována, stále se objevují vůči homosexualitě negativní postoje. Podle Procházky se negativní vlivy diskriminačních postojů společnosti obvykle odrážejí na duševním zdraví jedince orientovaného na stejné pohlaví již během dospívání. Nepochopení a odsouzení ze strany společnosti mu velkou měrou ztěžuje nalezení vlastní identity, zrání osobnosti a schopnost pozitivního sebehodnocení. Zatajování a sebestopírání vlastní erotické orientace často vede k nekontrolovatelným excesům vysoce rizikového sexuálního chování, k anonymním sexuálním kontaktům s nahodilými partnery.

Graf 5: Bydliště studentů. Graf 5 demonstruje, že ve městě do 50 tis.obyvatel žije většina studentů a to 172 studentů (46%), město (50 tis.- 100 tis. ob.) označilo 54 studentů (15%), ve městě s více jak 100 tis. obyvateli žije 11 studentů (3%). 134 studentů (36%) pochází z vesnice.

Graf 6: Sexuální život současné generace vysokoškoláků. Z grafu lze vyčíst, že dotazovaní studenti vnímají sexuální život současné generace vysokoškoláků, hlavně jako 194 studentů (52%) jako promiskuitní. 99 studentů (27%) jej vnímá jako zodpovědný, 47 studentů (13%) jako nezodpovědný, 23 studentů (6%) zvolilo možnost “nevím” a 8 studentů (2%) zvolilo možnost “jiný”, zde měli prostor pro vlastní názor, všech 8 studentů zde uvádí, že je to různé a že záleží na situaci. Dalo by se tedy říci, že studenti pohlíží na sexuální život vysokoškoláků, jako na mimořádně “plodné,, a intenzivní životní období, jak také uvádí Godetová. Podle Machové také v současné době můžeme pozorovat, že tradiční dospívání, které je spojené s pozvolným navazováním nejprve citových a teprve později sexuálních vztahů k jedincům druhého pohlaví, jež poskytuje dostatek pro rozvoj osobnosti a pro přípravu na budoucí manželský rodičovský a profesionální život, dnes pomalu mizí.

Následující otázky se týkají informovanosti studentů o pohlavně přenosných nemocech.

Graf 7: Onemocnění přenášená pohlavním stykem. Bylo shromážděno celkem 3903 odpovědí, nejvíce studentů odpovědělo HIV/AIDS a to 367 studentů (99%), jako 2. nejčastější onemocnění byla uváděna kapavka, 347 studenty (94%) a syfilis, která byla uváděna 337 studenty (91%). Následují chlamydie jmenované 320 studenty (86%), virová hepatitida B – 325 studentů (88%), virová hepatitida C - 296 studentů (80%), trichomoniáza – 302 studentů (81%), svrab – 132 studentů (36%), HPV – 345 studentů (93%), měkký vřed - 136 studentů (37%), muňky – 329 studentů (89%), genitální opar – 290 studentů (78%), kondylomata – 169 studentů (46%), lymfogranuloma venerum - 206 studentů (56%) a jednou byl uveden Reitrův syndrom (0,3%) a mononukleóza (0,3%). Nejčastěji byli jmenovány HIV/AIDS, kapavka a syfilis. Doposud bylo identifikováno více než 20 pohlavních nemocí. Na základě

vysokého procentuálního jmenování jednotlivých pohlavně přenosných nemocí *platí hypotéza č. 2.*

Graf 8: Zdroje informací o pohlavně přenosných nemocech. Na otázku odkud studenti získávali informace, měli studenti možnost označit více odpovědí. Celkem bylo shromážděno 1508 odpovědí. Podle získaných informací získávali studenti nejčastěji informace ze školy, tato možnost získala 318 odpovědí (21%). Možnost “přátelé, kamarádi” měla 211 odpovědí (14%), možnost “učitelé” získalo 168 odpovědí (11%), internet jako zdroj informací byl uváděn 272krát (18%), televize 160krát (11%), knihy a časopisy 256krát (17%). Nejméně byla jako zdroj informací uváděna možnost “rodiče”, která získala 120 odpovědí (8%). Možnost “jiné” bylo uváděno 3krát (0,2%). Ve všech třech případech byly uvedeny jako zdroj informací přednášky. Škola byla označována jako nejčastější zdroj. V této souvislosti by měla škola představovat doplněk sexuální výchovy v rodině. Je povinností školy zajistit, aby děti dostaly dostatek informací o antikoncepci, o ochraně před pohlavně přenosnými nemocemi, o prevenci sexuálního zneužití apod. Škola by měla dát prostor i k diskusi mezi žáky tak, aby si měli možnost své postoje v této oblasti uvědomit, prosadit, obhájit a eventuálně změnit. Podle kontinuálního výzkumu sexuálního chování v ČR jsou nejčastějším zdrojem informací o sexualitě u mužů i žen kamarádi.

Graf 9: Věk získávání informací o pohlavně přenosných nemocí. Na základě shromážděných informací studenti nejvíce získávali informace ve věku 14 let, informace v tomto období získávalo 84 studentů (23%). 31 studentů (8%) odpovědělo, že ve věku 10 let, 21 studentů (6%) odpovědělo 11 let, ve 12 letech získávalo tyto informace 43 studentů (12%), ve 13 letech 68 studentů (18%). Věk 15 let zvolilo 77 studentů (21%), věk 16 let odpovědělo 22 studentů (6%). 8 studentů (6%) uvedlo věk 17 let, 5 studentů (1%) uvedlo věk 18 let. 9 studentů (2%) uvedlo, že informace získávali zhruba od 10 let až doposud a 3 studenti (1%) uvedli věk 13-20 let.

Graf 10 Možnosti snížení rizika přenosu pohlavně přenosných onemocnění. Podle 366 studentů (99%) lze riziko přenosu snížit hlavně věrností partnera a používáním kondomu – 371 studentů (100%). Kondom tedy uvedli všichni dotazovaní studenti. Nepoužívání sexuálních pomůcek zvolilo 92 studentů (25%), antikoncepční

pilulky 5 studentů (1,5%). Podle 3 studentů (1%) žádná opatření nejsou a 10 studentů (3%) neví jaké jsou možnosti snížení rizika přenosu. Líbání neoznačil žádný ze studentů (0%). Jak uvádí Machová a kol. je právě partnerská věrnost nejspolehlivější ochranou před pohlavně přenosnými nemocemi. Předpokladem ovšem je, aby oba partneři byli zdraví již v době, kdy se spolu seznámili a v případech, kdy dojde k pohlavnímu styku s nahodilým partnerem je nutnou ochranou kondom. Tato otázka byla jednou z těch, na základě které jsem zjistila, že hypotézu č. 2 platí.

Graf 11 Pohlavně přenosná onemocnění, při nichž se musí léčit i partner. U této otázky měli studenti možnost zvolit více odpovědí. Z celkového počtu 3382 odpovědí (100%) zvolilo kapavku 365 studentů (11%) a syfilis 360 studentů (11%), 368 studentů (11%) označilo HIV, 329 studentů (10%) kvasinky, kondylomata zvolilo 315 studentů (9%), genitální opar označilo 310 studentů (9%), trichomoniáza získala 298 odpovědí (9%), plísňová onemocnění 349 odpovědí (10%), svrab 337 osob (10%), virové hepatitidy získaly 348 odpovědí (10%) a nejméně studentů zvolilo možnost “nevím,, tu zvolili 3 studenti (0,1%). Při podezření z nákazy nebo objevení se příznaků, které ukazují na možnost onemocnění pohlavně přenosnou nemocí, je třeba neprodleně a bez obav navštívit venerologické oddělení. Pouze přesná diagnóza a správná léčba zamezí přenosu infekce na sexuálního partnera a vzniku možných komplikací. Do doby, než je známa diagnóza, by nemělo dojít k pohlavnímu styku. Je-li podezření na pohlavně přenosné onemocnění potvrzeno, je nutné vyšetřit všechny sexuální partnery pacienta, kteří z průběhu a inkubace nemoci přicházejí v úvahu. Některé infekce (např. HIV infekce, virové žloutenky a příjice) můžou v bezpříznakovém období odhalit pouze laboratorní (sérologické) vyšetření.

Následující 2 otázky se týkají informovanosti studentů o očkování proti pohlavně přenosným nemocem.

Graf 12 Existence očkovací látky proti pohlavně přenosným nemocem. Tuto otázku 161 studentů (43%) nevědělo, 139 studentů (38%) si myslí, že existuje, proti kterým pohlavně přenosným nemocem si myslí, že existuje je uvedeno v grafu 12b, 71 studentů (19%) si myslí, že očkovací látka neexistuje.

Graf 12a Pohlavně přenosná onemocnění, proti kterým, podle studentů, existuje očkování. Podle 232 studentů (63%) existuje očkování proti HPV a podle 221 studentů (60%) existuje očkování proti VHB. Z toho ve 198 případech bylo uváděno obojí. Nadpoloviční většina studentů si je tedy vědoma, že existuje očkování proti rakovině děložního čípku a virové hepatitidě B.

Graf 13 Proočkovanosť studentů proti pohlavně přenosným nemocem. 322 studentů (87%) je očkováno, 26 studentů (7%) očkováno není a 23 studentů (6%) neví. Očkování proti virové hepatitidě B bylo povinně plošně zavedeno do očkovacího kalendáře v roce 2001 (nyní součástí hexavakcíny).

Graf 13a Druhy očkování u studentů. Z 322 studentů (100%) očkovaných proti pohlavně přenosným nemocem je 31 studentů (10%) očkováno proti HPV a 317 studentů (98%) proti VHB. 26 studentů (8%) uvádí oboje. Na základě očkovacího kalendáře, jsou povinně jsou vedle malých dětí též očkováni zdravotníci a pracovníci pomáhajících profesí. Lze tedy předpokládat, že by studenti Zdravotně sociální fakulty měli být očkováni všichni, neboť v rámci svého studia vykonávají praxi na různých zdravotních či sociálních pracovištích.

Následující otázky se týkají pohlavního života studentů.

Graf 14 Stálost sexuálního partnera. Nadpoloviční většina má stálého sexuálního partnera. Z celkového počtu 371 studentů (100%) má stálého partnera 279 studentů (75%) a 92 studentů (25%) uvádí, že stálého partnera nemá. Jak je vidět na grafu 15 přes 90% studentů zná dobře zdravotní stav svého sexuálního partnera, což je v rámci bezpečného sexu velmi důležité. Zná se to sice samozřejmé, ale mnoho lidí si užívá sexu, aniž by si předtím vytvořili vztah, ve kterém si můžou důvěřovat a otevřeně si promluvit. Je důležité pohovořit si s partnerem o jeho sexuální minulosti, jestli někdy trpěl nějakou pohlavně přenosnou chorobou, zda neužívá nitrožilně drogy a jaký je jeho zdravotní stav, což souvisí s grafem 15.

Graf 15 Znalost zdravotního stavu svého sexuálního partnera. Jeví se samozřejmostí, že svou znalost vyjádřilo 258 studentů (92%). 17 studentů (6%), uvádí, že ho zná nedostatečně a 5 studentů (2%) ho neznají vůbec. V rámci bezpečného sexu je podle Jurkemikové důležitá znalost zdravotního stavu partnera. Před vytvořením

sexuálního vztahu je dobré se ujistit, že partner netrpí žádnou pohlavně přenosnou chorobou, především, že není HIV pozitivní. Doporučuje se před začátkem sexuálního vztahu si s novým partnerem otevřeně promluvit.

Graf 16 Délka vztahu s partnerem. Na otázku, jak dlouho trvá vztah studentů s jejich partnerem odpovědělo z celkového počtu 279 studentů (100%), uvedlo 8 studentů (3%) délku vztahu 1 týden a stejný počet studentů zároveň uvedl délku vztahu 3 týdny, 5 studentů (1,8%) délku vztahu 2 týdny, 37 studentů (13%) uvedlo 1 měsíc, 14 studentů (5%) uvedlo 2 měsíce, 20 studentů (7%) uvedlo 3 měsíce, 18 studentů (6%) uvedlo 4 měsíce, 7 studentů (3%) uvedlo 5 měsíců, nevíce studentů a to 45 (16%) je se svým partnerem půl roku. 25 studentů (9%) je se svým partnerem 1 rok, 14 studentů (5%) rok a půl, 41 studentů (14,5%) 2 roky, 10 studentů (3,5%) 3 roky, 3 a půl roku a 4 roky je se svými partnery 5 studentů (2%). Ve vztahu 4 a půl roku jsou se svým partnerem 3 studenti (1%), ve vztahu 5 let 11 studentů (4%), ve vztahu 6 let jsou to 2 studenti (1%) a pouze 1 student (0,3%) je se svým partnerem 8 let.

Graf 17 Užívání prezervativu studenty ve vztahu. Ze všech dotazovaných 279 studentů, kteří mají stálého sexuálního partnera, používá kondom pouze 70 studentů (25%). Zbýlých 209 studentů (75%) kondom neužívá, jako hlavním důvod nepoužívání kondomu, studenti uvádí užívání antikoncepce, což potvrzuje i graf 28 a studie z roku 2008 podle níž užívá ve vztahu kondom pouze 22% mužů a 14% žen a perorální antikoncepci je užívána dívkami v 52%.

Graf 18 Řešení situace, v níž dojde k prasknutí kondomu. Tuto situaci by studenti nejčastěji řešili návštěvou svého gynekologického lékaře aby si nechali předepsat tabletu proti početí, případně by ho muži navštívili se svou partnerkou. Tato možnost obsahoval 275 odpovědí (48%) z celkového počtu 573 odpovědí (100%). Tato antikoncepční pilulka je pohotovostním prostředkem, je určena pro nouzové případy, ovlivňuje děložní sliznici tak, aby nemohlo dojít k uhníždění oplodněného vajíčka. Jako 2. nejčastější byla volena možnost kontaktu svého gynekologa - 120 odpovědí (21%), Výplach pochvy by provedlo 54 studentů (9,5%), hygienu pohlavních orgánů 30 studentů (5%), 34 studentů (6%) vzniklou situaci neřeší, pouze 1 student (0,2%) se nechá vyšetřit na žloutenku. 38 studentů (7%) rozhodnutí nechává na partnerovi, 19

studentů (3%) neví, jak by vzniklou situaci řešili a 2 studenti (0,3%) uvádí možnost „jiné,, zde 1 student uvádí, že o dítěti uvažuje a 2. student volí Postinor, neboť je dostupný v lékárně i bez předpisu lékaře. Podle Jurkemikové je riziko prasknutí prezervativu nízké. Podle většiny výrobců je efektivnost ochrany kondomu blíží až k 99%, předpokladem je ale správné použití. Četnost roztržení a poškození kondomů závisí na sexuálních praktikách, na zkušenostech s touto antikoncepční metodou, na jeho kvalitě a samozřejmě na zacházení s ním.

Graf 19 Počet sexuálních partnerů za posledních 6 měsíců. Nejvíce studentů mělo za posledních 6 měsíců 1 sexuálního partnera (67%). V tomto období mělo 85 studentů (23%) 2 sexuální partnery. 18 studentů (5%) 3 sexuální partnery. 4 a více sexuálních partnerů mělo 5 studentů (1%) a 15 studentů (4%) uvedlo, že neměli za posledních 6 měsíců žádného sexuálního partnera. Lze tedy předpokládat, že většina studentů je věrná svému partnerovi a nechová se tedy rizikově.

Graf 20 Počet sexuálních partnerů za posledních 12 měsíců. Graf 20 demonstruje, že studenti za posledních 12 měsíců mají jednoho sexuálního partnera, toho má 229 studentů (62%). 103 studentů (28%) uvedlo, že mělo v tomto období 2 sexuální partnery, 8 studentů (2%) mělo 3 sexuální partnery, 4 a více sexuálních partnerů mělo 23 studentů (6%) a 8 studentů (2%) nemělo žádného sexuálního partnera. Ve srovnání průměrného počtu partnerů respondentů v mém výzkumu s průměrnými počty partnerů respondentů ve studii nebyl v případě výzkumného souboru mužů zjištěn statisticky významný rozdíl. V průměru měly obě skupiny respondentů 1 až 2 sexuální partnery. To neplatí v případě výzkumného souboru žen, kdy byl statisticky prokázán významný rozdíl mezi průměrným počtem partnerů u žen v mém výzkumném souboru a v souboru žen ve studii. Průměrný počet sexuálních partnerů u žen ze studie agentury DEMA byl 1 partner. U žen ze ZSF JU byl průměrný počet partnerů 1 – 2.

Graf 21 Věk prvního pohlavního styku. Svůj první pohlavní styk nejvíce studentů prožilo ve věku 16 let, tento věk uvedlo 103 studentů (28%). 19 studentů (5%) mělo první pohlavní styk ve 14 letech, 73 studentů (20%) v 15 letech a v 17 letech ho prožilo 90 dotázaných studentů (24%). Věk 18 let označilo 57 studentů (15%) a věk 19 let 24 studentů (6,5%). 5 studentů (1,5%) doposud pohlavní styk nemělo. Všeobecně

neexistuje platné pravidlo, kdy je ten správný okamžik. První pohlavní styk je něco, co nepodléhá žádné normě. Závisejí spíše na okolnostech, emocích a psychické i fyzické připravenosti, aby se jedna konkrétní špatná zkušenost nestala rozhodující pro budoucí sexuální život. Ve studii Sexuálního chování v ČR z roku 2003 je uvedeno, že první pohlavní styk u české populace uskutečňován průměrně v 18-ti letech. Na základě výzkumného šetření můžeme tvrdit, že dochází k urychlování zahájení pohlavního života.

Graf 22 Situace, v níž došlo k pohlavnímu styku. Nadpoloviční většina prožila svůj pohlavní styk ve vztahu. Na základě grafu 21 se nám vyčlenil soubor 366 studentů (100%), kteří měli pohlavní styk. Z tohoto základního souboru odpovědělo 97 studentů (26,5%), že u nich došlo k pohlavnímu styku náhodně a 269 studentů (73,5%) odpovědělo, že prožili pohlavní styk ve vztahu, jako nejkratší časový interval od zahájení vztahu do uskutečnění pohlavního styku byly uváděny 2 dny (11 studenty) a jako nejdelší časový interval byl uváděn 1 rok (5 studenty). Lze tedy předpokládat, že většina studentů prožila svůj první pohlavní styk s partnerem, kterého již znala.

Graf 23 Použití prezervativu při prvním pohlavním styku. Graf 23 demonstruje to, že většina studentů prezervativ použila. Z 366 studentů (100%) ho použilo 267 studentů (73%), naopak ho nepoužilo 99 studentů (27%) a z toho 57 studentů (16%) uvedlo, že prezervativ nepoužili z důvodu užívání antikoncepce. Jak bylo vidět na grafu 17, tak 69% studentů uvedlo, že kondom ve vztahu nepoužívá, zatímco při prvním pohlavním styku ho použilo přes 70%. Ve srovnání se studií Sexuálního chování v ČR z roku 2003 je uvedeno, že 51 % české populace nepoužilo při prvním pohlavním styku žádnou z antikoncepčních metod nebo použili nespolehlivou antikoncepční metodu, můžeme tedy říci, že se v dnešní době mladiství chovají zodpovědněji. Muži ze ZSF JU použili kondom při prvním pohlavním styku až v 89%, naopak výsledky agentury DEMA ukazují použití kondomu při prvním pohlavním styku pouze v 35% u mužů. Ženy při prvním pohlavním styku použily kondom následovně: ženy ze ZSF JU v 69% a ženy ze studie DEMO pouze v 24%. Na základě těchto skutečností *neplatí hypotéza č. 1.*

Graf 24 Rizika nechráněného pohlavního styku. U této otázky měli studenti vypsat vlastními slovy, jaká si myslí, že jsou rizika nechráněného pohlavního styku. Celkem bylo započítáno 595 odpovědí (100%), z toho 339 odpovědí (57%) patřilo pohlavním chorobám a 256 odpovědí (43%) riziku těhotenství. 1 student (0,2%) uvádí jako riziko alergie a 1 student (0,2%) riziko hepatitidy. Podle 1 studenta (0,2%) je to riziko HIV. Studenti správně uvedli 2 největší rizika nechráněného pohlavního styku. Je tedy vidět, že studenti znají a uvědomují si rizika nechráněného pohlavního styku, na základě tohoto zjištění tedy *hypotéza č. 2 platí*.

Graf 25 Odhad HIV pozitivních osob v ČR k 31.12.2012 studenty. Výsledky ukazují, že nejvíce studentů odhaduje počet HIV pozitivních osob v ČR k 31.12.2011 na 2500, takto tipovalo 55 studentů (15%). Následuje počet 3000 HIV pozitivních osob, takto tipovalo 39 studentů (11%). 34 studentů (9%) odhadlo počet HIV pozitivních na 1500. 26 studentů (7%) tipovalo počet HIV pozitivních osob na 2000, 23 studentů (6%) na 500 HIV pozitivních osob, 21 studentů na 1200. Objevily se též hodnoty 20000 (jmenovaná 3 studenty – 1%) a 30000 (jmenovaná 2 studenty – 0,5%).

Graf 26 Většina HIV pozitivních osob v ČR jsou muži s homosexuálním chováním. Souhlas s tímto tvrzením vyjádřilo 144 studentů (39%) a nesouhlasilo 145 studentů (39%). 82 studentů (22%) neví. Toto tvrzení se, ale ukázalo být nepravdivé. Podle statistik Státního zdravotního ústavu je nejvíce HIV pozitivních osob k 31.1.2012 hlášeno právě u homosexuálního/heterosexuálního přenosu. U této rizikové skupiny je nejvíce HIV pozitivních.

Graf 27 Souhlas s pohlavním stykem s HIV pozitivní osobou, v případě bezpečného pohlavního styku. V případě bezpečného pohlavního styku by s pohlavním stykem s HIV pozitivní osobou souhlasilo pouze 22 studentů, 67% by souhlasilo a 99 studentů (27%) by s pohlavním stykem váhalo. I když je prezervativ spolehlivou metodou antikoncepce a jeho efektivnost se blíží až k 99%, přesto tu existuje řada rizik, při nichž může být jeho efektivnost narušena a to hlavně nesprávným použitím. Nedá se tedy říci, že i v případě použití kondomu se vždy jedná o bezpečný pohlavní styk.

Grafem 28 začínají otázky, které byly kladeny pouze dívkám, týkají se očkování proti rakovině děložního čípku a užívání antikoncepce studentkami.

Graf 28 Antikoncepční metody užívané studentkami. Grafem 2 se nám vyčlenil soubor 300 dívek. Dívky měly možnost označit více odpovědí, bylo tedy započítáno 334 odpovědí (100%). Většina dívek (70%) užívá hormonální antikoncepci, ta byla označena 223krát. Jako druhá nejčastější antikoncepční metoda byl označen prezervativ, označen 74krát. Následuje přerušovaný pohlavní styk se 16 odpověďmi (5%). 3 dívky (1%) nechávají starost na partnerovi a 3 dívky (1%) využívají metody neplodných dní, tuto metodu, ale kombinují ještě s jinou. Žádná z dotázaných dívek nemá nitroděložní tělíčko. Jak je vidět většina dívek užívá hormonální antikoncepci. Různé výzkumy vedly ke zvýšení kvality tablet a nabídly také jiné alternativy hormonální antikoncepce pro ženy. V současné době existují náplasti, injekce, implantáty a vaginální kroužky. Jurkemiková uvádí, že hormonální antikoncepce při pravidelném užívání je jednou z neúčinnějších metod poskytujících spolehlivou ochranu před početím. Spolehlivost hormonální antikoncepce (pilulka) je vysoká. Během 1 roku užívání otěhotní asi 0,1-0,2% žen.

Graf 29 Perorální antikoncepce, jako ochrana před pohlavně přenosnými nemocemi. Tento graf vyjadřuje názor studentek na to, zda si myslí, že je perorální antikoncepce ochrání před pohlavně přenosnými nemocemi. 288 studentek (96%) si myslí, že neochrání, 12 studentek (4%) si myslí, že pouze před některými a žádná z dívek (0%) si nemyslí, že by je ochránila před pohlavně přenosnými nemocemi. Fakt, že perorální antikoncepce nechrání před pohlavně přenosnými nemocemi, je jednou z nevýhod perorální antikoncepce, jak uvádí Jurkemiková.

Graf 30 Pravidelnost návštěv gynekologického lékaře dívkami. Pravidelně svého gynekologického lékaře navštěvuje nadpoloviční většina a to 230 dívek (77%). 41 dívek (14%) ho navštěvuje pouze při potížích, 27 dívek (9%) ho navštěvuje pouze v rámci předepsání antikoncepce a 2 dívky (1%) ho nenavštěvují vůbec.

Graf 31 Proočkovanost dívek proti HPV. Většina dívek očkovaná není, takto odpovědělo 269 dívek (90%), jejich důvody jsou uvedeny v grafu 32. Očkováno je naopak „pouze,, 31 dívek (10%). Dobrovolné očkování proti HPV bylo u nás zahájeno

vakcínou Silgard v roce 2006. Nabídka vakcín se rozšířila o rok později vakcínou Cervarix. Hlavní cílovou skupinou jsou dívky a ženy ve věku 9-26 let. Z různých dat (např. záznamy zdravotních pojišťoven) se nejčastěji očkují 15leté dívky. Proočkovanost českých dívek a žen ve věku 9-26 let dnes zhruba dosahuje 12%.

Graf 32 Důvody neočkování proti HPV. U této otázky se nám vyčlenil vzorek 269 dívek, které nejsou očkovány proti HPV. Tyto dívky měli možnost označit více odpovědí. Celkem bylo tedy započítáno 339 odpovědí (100%). Z těchto odpovědí bylo jako nejčastější důvod uváděn důvod finanční, ten byl uveden 132krát (39%). Jako druhý nejčastější byl uváděn důvod nezájmu o očkování, ten získal 69 odpovědí (20%). Nedůvěra byla vyjádřena 65 odpověďmi (19%) a 64 studentů (19%) uvedlo jiný důvod, ty jsou znázorněny na grafu 32a. 9 odpovědí (3%) obsahovala možnost nedostatku informací. I přesto, že četné studie účinnosti obou vakcín prokázaly velmi dobrou účinnost při prevenci infekce HPV, pro většinu dívek je stále nejčastějším důvodem, proč se neočkovat, hlavně cena. Od 1. dubna 2012 je vše jinak. Na základě schválení změny zákona o veřejném zdravotním pojištění, je od tohoto data poskytnuto hrazené očkování proti HPV z veřejného zdravotního pojištění dívkám ve věku 13 let, kdy se předpokládá, že dívka ještě nemá žádné sexuální zkušenosti.

Graf 32a Jiné důvody neočkování proti HPV. Ze studentů, kteří uvedli jiný důvod neočkování proti HPV, uvádí 43 studentů (67%), že je na očkování pozdě a 18 studentů (28%) uvádí jako důvod "věk,.. 1 student (2%) uvádí, že upřednostňuje prohlídky u lékaře, 1 student (2%) uvádí jako důvod špatný poměr účinek x cena a 1 student (2%) uvádí, že HPV viru je celá řada a existuje pouze malá šance, že by onemocněla právě těmi druhy, proti, kterým je na našem trhu vakcína dostupná. To, že je pozdě, je tedy po ceně druhým nejčastějším důvodem neočkování. To je pochopitelné, neboť vakcíny jsou na našem trhu teprve 6 let a to už většina dotazovaných studentů, jak ukazuje graf 21, svůj první pohlavní styk prožila. Očkování proti papilomavirům se totiž doporučuje před zahájením pohlavního života, protože právě při pohlavním styku dochází k jejich přenosu. Takže jde spíš o to, že pokud už dívka nebo žena měla pohlavní styk, tak toto očkování může mít menší efekt, protože

teoreticky už se s papilomavirem mohla setkat. Proto byste se měla nechat před očkováním vyšetřit u gynekologa.

Graf 33 Možnosti ochrany před rakovinou děložního čípku. Na otázku, jak se mohou dívky chránit před rakovinou děložního čípku, odpovídají dívky nejčastěji možností mít stálého partnera. 221 dívek (29%) si myslí, že se mohou chránit očkováním se před zahájením prvního pohlavního styku, 133 dívek (17%) označilo dodržování zdravého životního stylu, 78 dívek (10%) dodržování intimní hygieny, 65 dívek (8%) si myslí, že je to zahájení pohlavního života v pozdějším věku. 12 dívek (2%) si myslí, že se mohou chránit střídáním sexuálních partnerů, 4 dívky (1%) volí možnost nepoužívání prezervativu a 8 dívek (1%) neví. Dívky měly možnost označit více možností, celkem bylo započítáno 762 odpovědí (100%).

6. Závěr

Cílem práce bylo, prostřednictvím dotazníkového šetření, zmonitorovat znalosti studentů ZSF o pohlavně přenosných nákazách a zmapovat míru ochrany zdraví studentů ZSF před pohlavně přenosnými nemocemi. Hlavním předmětem zkoumání byly stanoveny názory studentů ZSF JU v Českých Budějovicích. Cíl se mi podařilo splnit.

V práci byly stanoveny dvě hypotézy.

1. Studenti ZSF JU v Českých Budějovicích podceňují rizika pohlavně přenosných nemocí. Tato hypotéza neplatí. Výsledky výzkumu ukazují na to, že studenti při prvním pohlavním styku použili kondom, dobře znají zdravotní stav svého partnera a za posledních 12 měsíců má nadpoloviční většina studentů jednoho sexuálního partnera. Výsledky svého výzkumu jsem též statisticky porovnála s kontinuálním výzkumem sexuálního chování v ČR, i zde se prokázalo, že se studenti daleko více chovají zodpovědněji, než dotazovaní ve výzkumu agentury Dema.

2. Studenti ZSF JU v Českých Budějovicích mají znalosti o pohlavně přenosných nemocech. V otázkách týkajících se znalostí o pohlavně přenosných nemocech se potvrdilo, že studenti znalosti v této oblasti mají a v této problematice se orientují.

Výsledky výzkumu mi přinesly mnohé zajímavé zjištění, které bych chtěla následně stručně shrnout.

- Z výsledků výzkumu jsem zjistila, že studenti ZSF JU mají znalosti o pohlavně přenosných nemocech a stejně tak jsou si vědomi rizik, která vyplývají z nechráněného pohlavního styku.
- První pohlavní styk prožilo nejvíce studentů ve věku 16 let.
- První sexuální zkušenosti získávali studenti převážně se stálými partnery.
- Více jak 70% studentů použilo při prvním pohlavním styku kondom.
- 70% dívek používá perorální antikoncepci.
- Pouze 10% dotazovaných dívek je očkováno proti rakovině děložního čípku. Hlavním důvodem byla uváděna cena vakcíny.

- Ve srovnání s kontinuálním výzkumem sexuálního chování v ČR z roku 2008 studenti ZSF JU daleko častěji používají kondom.

S výsledky práce bude vhodné seznámit studenty ZSF JU, pro které mohou být zdrojem informací o pohlavně přenosných nemocech, stejně tak i studenty či pracovníky jiných školních institucí, např. prostřednictvím seminářů, či prezentace na odborných konferencích. Výsledky získané průzkumem mohou v zestručněné podobě sloužit jako cenný zdroj informací pro tvorbu různých informačních publikací, jako různé letáčky, brožury či jiný informační materiál.

7. Seznam použitých zdrojů

- [1] ANCHEL, Melvin. *Důvody proč neučit sexuální výchovu*. 1. vyd. Praha: Hnutí Pro život, 2010. 93 s. ISBN 978-80904144-1-9
- [2] ANCHEL, Melvin. *Sexuální výchova s otazníkem*. 1. vyd. Olomouc: Matice cyrilometodějská, 1996. 111 s.
- [3] AUGUSTYN, Józef. *Sexuální výchova v rodině a ve škole*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1997. 80 s. ISBN 80-7192-331-1
- [4] BAŠKOVÁ, Martina a kol. *Výchova k zdraví*. Martin: Osveta, 2009. 226 s. ISBN 978-8063-320-2
- [5] BRŮČKOVÁ, Marie et al. *Příručka HIV poradenství*. 2. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2007. 112 s. ISBN 978-80-7071- 294-8
- [6] ČELEDOVÁ, Libuše; ČEVELA, Rostislav. Prevence. In *Výchova ke zdraví*. Ed. ČELEDOVÁ, Libuše; ČEVELA, Rostislav. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. Kapitola 2.5. s. 35-49. ISBN 978-80-247-3213-8
- [7] ČERNÝ, Zdeněk. *Infekční nemoci*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997. 211 s. ISBN 80-7013-241-8
- [8] ČERNÝ, Rudolf.; MACHALA, Ladislav. *Neurologické komplikace HIV/AIDS*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007. 303 s. ISBN 978-80-246-1222-5
- [9] ČEVELA, Rostislav a kol. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 112 s. ISBN 978-80-247-2860-5

- [10] DRIÁK, Daniel. Efektivní antikoncepce. *Zdravotnické noviny. Příloha: Lékařské listy*. [online]. Únor 2003, č. 9. [cit. 12.ledna 2012]. Dostupné na WWW: < <http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/efektivni-antikoncepce-152118> >
- [11] FIEDLEROVÁ, Zuzana. Pedikulóza je stále aktuální. *Zdravotnické noviny. Příloha: Lékařské listy*. [online]. Květen 2004, č. 22. [cit. 12. ledna 2012]. Dostupné na WWW: < <http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/pedikuloza-je-stale-aktualni-161172>>
- [12] GODETOVÁ, Edith Tartar. *Umění jednat s dospívajícími*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 144s. ISBN 80-7178-492-3
- [13] GÖPFERTO VÁ., Dana a kol. *Epidemiologie infekčních nemocí*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 230 s. ISBN 80-246-0452-3
- [14] HORAŽDOVSKÝ, Jiří. *Přenosné choroby*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta, 2001. 82 s. ISBN 80-7040-496-5
- [15] JANOŠOVÁ, Pavlína. *Dívčí a chlapecká identita. Vývoj a úskalí*. 1. vyd. Praha:Grada, 2008. 288 s. ISBN 978-80-247-2284-9
- [16] JEDLIČKA, Richard. Sociálně nežádoucí jevy ohrožující děti a mládež. In *Pedagogika pro učitele*. Ed. VALIŠOVÁ, Alena et al. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. Kapitola 24.5. s. 354-367. ISBN 978-80-247-1734-0
- [17] JURKEMIKOVÁ, Radana. *Zdravý sexuální život*. 1. vyd. Čestlice: Rebo, 2006. 292 s. ISSN 80-7234-537-0
- [18] KARSTEN, Hartmut. *Ženy-muži*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 184 s. ISBN 80-7367-145-X

- [19] KRATOCHVÍL, Stanislav. *Sex jako obohacení života. Sexuální trénink v sedmi lekcích*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 105 s. ISBN 80-247-0887-6
- [20] KREKULOVÁ, Laura; ŘEHÁK Vratislav. *Virové hepatitidy*. 1. vyd. Praha: Triton, 1998. 59 s. ISBN 80-85875-92-6
- [21] KŘEMENOVÁ, Soňa. Akutní problematika sexuálně přenosných infekcí. *Zdravotnické noviny. Příloha: Lékařské listy* [online]. Duben 2003, č. 15. [cit. 12. ledna 2012]. Dostupné na WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/aktualni-problematika-sexualne-prenosnych-infekci-153192>>
- [22] KUKAČKA, Vladislav. *Udržitelnost zdraví*. 1. vyd. České Budějovice : Jihočeská univerzita, Zemědělská fakulta, 2010. 228 s. ISBN 978-80-7394-217-5
- [23] LANGMEIER, Josef; KREJČÍŘOVÁ Dana. *Vývojová psychologie*. 3. vyd. Praha: Grada, 1998. 344 s. ISBN 80-7169-195-X
- [24] LÍBALOVÁ, Zuzana; ČEPICKÝ Pavel. Vulvovaginální diskomfort. *Zdravotnické noviny. Příloha: Lékařské listy* [online]. Květen 2009, č. 9 [cit. 10. ledna 2012]. Dostupné na WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/vulvovaginalni-diskomfort-420073>>
- [25] LITVIK, Radek. Venerologická problematika HPV infekce anogenitální oblasti. *Zdravotnické noviny*. Říjen 2011, č.8 [cit. 10. ledna]. Dostupné na WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/venerologicka-problematika-hpv-infekce-anogenitalni-oblasti-461797>>
- [26] MACHOVÁ, Jitka; HAMANOVÁ, Jana. *Reprodukční zdraví v dospívání*. 1. vyd. Jinočany: H & H, 2002. 197 s. ISBN 80-86022-94-3

[27] MACHOVÁ, Jitka et al. *Výchova ke zdravému životnímu stylu (základy sexuální výchovy)*. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy v Praze, 1998. 98 s. ISBN 80-86039-63-3

[28] MACHOVÁ, Jitka. Rizikové sexuální chování. In *Výchova ke zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. Kap. 3.11. s. 149-170. ISBN 978-80-247-2715-8

[29] MACHOVÁ J. Prevence. In *Výchova ke zdraví*. 1. vyd. Praha. Grada, 2009. Kap.2.3.2 s. 14-15. ISBN 978-80-247-2715-8

[30] MAŠATA, Jaromír et al. *Infekce v gynekologii*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2006

[31] MAYER, Vlastimil. *AIDS*. 1. vyd. Bratislava: Slovenská akademie věd a Ústav zdravotní výchovy, 1990. 218 s. ISBN 80-224-0254-0

[32] *Mezinárodní směrnice pro HIV*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2007. 45 s. ISBN 978-80-7071-292-4

[33] NOŽIČKOVÁ, Marie et al. *Pohlavní choroby. Diagnostika a léčba*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. 45 s. ISBN 80-7184-136-97

[34] ONDRUŠ, Jiří. Klinické projevy infekce lidskými papilomaviry, léčba a prognóza. *Lékařské listy*, 2008, č. 8, s. 13-16. ISSN 1214-7664

[35] PERTOLD, Filip. *Don't drink and-- avoid risky sex of your peers : the influence of alcohol consumption of opposite-gender peers on youth risky sexual behaviour*. Pratur: CERGE-EI, 2010. 27 s. ISBN 978-80-7343-221-8

[36] PORŠOVÁ, Martina a kol. Léčba sexuálně přenosných infekcí v urologii. *Lékařské listy*, 2010, č. 6, s. 26-30. ISSN 1214-7664

- [37] PŠENIČKA, Oldřich. *Sexuální výchova v rodině*. 2.vyd. Pardubice : ATD ; Hradec Králové : Hnutí Rodina, 1995. 310 s. ISBN 901524-3-0
- [38] ROGGE, Jan-Uwe. *Rodiče určují hranice*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 184 s. ISBN 80-7178-990-9
- [39] ROZEHNALOVÁ, Marcela. *Co se skrývá za sexem dospívajících?, aneb, Prevence rizikového sexuálního chování mládeže a jeho následků*. Praha: CEVAP, 2005. 146 s. ISBN 80-902898-8-6
- [40] ROZSYPAL, Hanuš. *AIDS – klinický obraz a léčba*. Praha: Maxdorf, 1998. 236 s. ISBN 80-85800-92-6
- [41] SKÁLOVÁ, Alena. Výskyt onemocnění vyvolaných infekcí HPV stoupá. *Zdravotnické noviny. Příloha: Lékařské listy*. [online]. Prosinec 2011, č. 25. [cit. 15. ledna 2012]. Dostupné na WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicko-noviny/vyskyt-onemocneni-hpv-stoupa-462751>>
- [42] SLÁMA, Jiří. Dnešní stav poznatků o HPV vakcinaci. *Lékařské listy*, 2010, č.17, s. 20-23, č. 17. ISSN 1214-7664
- [43] STRÁNSKÝ, Jaroslav. *Virová hepatitida B*. 1.vyd. Praha. Grada, 2001. 204 s. ISBN 80-247-0243-6
- [44] STRÁNSKÝ, Jaroslav. *Virová hepatitida C*. 1.vyd. Praha: Grada, 1999. 196 s. ISBN 80-7169-818-0
- [45] ŠEJDA, Jan. *Prevence, léčba a další aspekty HIV*. 1. vyd. Praha: Galén, 1994. 267 s. ISBN 80-85047-14-4

- [46] ŠEJDA, Jan et al. *Prevence, léčba a další aspekty nákazy HIV/AIDS*. 1. vyd. Praha: Galén, 1993. 267 s. ISBN 80-85824-02-7
- [47] ŠILEROVÁ, Lenka. *Sexuální výchova*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 103 s. ISBN 80-247-0291-6
- [48] ŠPERL, Jan. Léčba chronických virových hepatitid B a C. *Zdravotnické noviny. Příloha: Lékařské listy* [online]. Květen 2010, č. 11. [cit. 22.března 2012]. Dostupné na WWW: < <http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/lecba-chronicky-virovych-hepatitid-b-a-c-452137> >
- [49] ŠTĚŘÍK, Vladimír.; VRCHOVSKÝ Ladislav. *O čem se doma nemluví aneb Úvod do pohlavního života*. 1. vyd. Ostrava: Kovosil, 1995. 62 s. ISBN 80-901572-2-X
- [50] ŠTORK, Jiří. Epizoonózy. *Zdravotnické noviny. Příloha: Lékařské listy* [online]. Říjen, 2010, č. 44. [cit. 12.ledna 2012]. Dostupné na WWW: < <http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/epizoonozy-148776> >
- [51] ŠTORK, Jiří. *Dermatovenerologie*. 1. yd. Praha: Galén, 2008. 502 s. ISBN 978-80-7262-371-6
- [52] TÄUBNER, Vladimír. *Metodika sexuální výchovy*. 1. vyd. Praha: Fortuna, 1996. 45 s. ISBN 80-7071-029-2
- [53] TROJAN, Ondřej. *Jak mluvit s dětmi o sexu – rádce pro rodiče a učitele*. 1. vyd. Praha. Fragment, 2009. 152 s. ISBN 978-80-253-0833-2
- [54] UZEL, Radim. *Jak neotěhotnět*. 1. vyd. Praha: Scientia Medica, 1992. 112 s. ISBN 80-85526-15-8

[55] UZEL, Radim. *Antikoncepční kuchařka*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. 140 s. ISBN 80-7169-767-2

[56] *Výzkum – Sexuální chování v ČR – srovnání výzkumů z let 1993, 1998, 2003 a 2008*. Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN Praha. Dostupné na WWW: <http://www.zverina.cz/cs/sexuologicky-ustav-1-lekarske-fakulty-uk-a-vfn-praha-2/2/>

[57] WILEY JOHN. *AIDS and the law*. New York : John Wiley & Sons, 1992. 500 s. ISBN 0-471-55039-6

[58] ZEMKOVÁ, Pavla. *Nástin sexuologie*. 1. vyd. Praha: Manus, 2001. 111 s. ISBN 80-902318-7

[59] ZVĚŘINA, Jaroslav; BUDINSKÝ Václav. *Vše o sexu. Sexuologie a sexuální praxe pro každého*. 1. vyd. Praha: Ikar, 2004. 336 s. ISBN 80-249-0460-8

[60] ŽDICHYNEC, Bohumil. *Chlamydie*. 1. vyd. Praha: Český klub, 2009. 111 s. ISBN 978-80-86922-14-0

8. Klíčová slova

Pohlavně přenosné nemoci

Pohlavní styk

Prevence

Prezervativ

Riziko

9. Přílohy

9.1 Seznam příloh

Příloha 1 – Dotazník pro studenty

Příloha 1

Dotazník pro studenty

Dobrý den,

Jmenuji se Petra Tůmová a jsem studentkou magisterského studia oboru Odborný pracovník v ochraně veřejného zdraví na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích.

Chtěla bych Vás požádat o vyplnění dotazníku, který mi bude drahocenným zdrojem informací k mé diplomové práci na téma – Ochrana studentů ZSF Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích před pohlavně přenosnými nemocemi.

Odpovědi prosím kroužkujte, tam kde je uvedeno prosím vypište vlastními slovy. Dotazník je zcela anonymní a výsledky budou sloužit pouze pro výzkum této diplomové práce, případně pak jeho výsledky budou zveřejněny v rámci jiné výzkumné činnosti. Předem Vám děkuji za čas a ochotu, který dotazníku věnujete.

1. Věk (vypište):

.....

2. Vaše pohlaví:

- a) žena
- b) muž

3. Jsem studentem / studentkou:

.....ročníku.....oboru.....studia

(prezenčního / kombinovaného)

4. V sexuální orientaci preferujete:

- a) muže
- b) ženy
- c) obojí

5. Bydlíte:
- a) město (méně než 50 tis. obyvatel)
 - b) město (50 tis. – 100 tis. obyvatel)
 - c) město (více jak 100 tis. obyvatel)
 - d) vesnice
6. Sexuální život současné generace vysokoškoláků vnímáte jako:
- a) zodpovědný
 - b) nezodpovědný
 - c) promiskuitní
 - d) jiný, uveďte.....
 - e) nevím
7. Vypiš onemocnění přenášené pohlavním stykem:
-
-
-
8. Informace o pohlavně přenosných onemocnění jste získal/a (možno označit více odpovědí):
- a) škola
 - b) přátelé, kamarádi
 - c) rodiče
 - d) učitelé
 - e) internet
 - f) televize
 - g) knihy, časopisy
 - h) jiné.....
9. Tyto informace jsem získal/a ve věkulet.
10. Jak lze snížit riziko přenosu pohlavních onemocnění?(možno označit více možností)
- a) užívat antikoncepční pilulky
 - b) mít stálého partnera a být mu věrný
 - c) při pohlavním styku používat kondom
 - d) nelíbat se
 - e) nepoužívat sexuální pomůcky
 - f) žádné opatření nejsou
 - g) nevím
11. U jakých sexuálně přenosných onemocnění se musí léčit i partner/ka? (možno označit více odpovědí)

- a) u kapavky
- b) u syfilis
- c) u HIV
- d) u kvasinky nebo-li mykózy
- e) u bradaviček nebo-li kondylomat
- f) u genitálního oparu
- g) u trichomonázy
- h) plísňová onemocnění kůže
- i) svrab
- j) vir. hepatitidy
- k) nevím

12. Proti kterým pohlavně přenosným onemocněním existuje očkování?

- a) ano, existuje proti.....
- b) neexistuje
- c) nevím

13. Jste očkován/a proti některým pohlavně přenosným onemocněním?

- a) ano, proti kterým.....
- b) ne
- c) nevím

14. Máte stálého sexuálního partnera?

- a) ano
- b) ne (pokračujte ot. č. 18)

15. Znáte dobře jeho zdravotní stav?

- a) ano, znám dobře jeho zdravotní stav
- b) ano, ale ne dostatečně
- c) ne, neznám jeho zdravotní stav vůbec

16. Jak dlouho trvá Váš vztah s ní/m?.....

17. Používáte prezervativ při pohlavním styku?

- a) ano
- b) ne, důvod.....
.....(pokračujte na ot. 19)

18. V případě, že Vám při pohlavním styku praskne kondom, uděláte: (možno označit více odpovědí.

- a) kontaktujete co nejdříve gynekologického lékaře
- b) uděláte výplach pochvy
- c) navštívíte gynekologického lékaře, aby jste si nechala předepsat tabletu proti početí, (navštívíte ho se svou partnerkou
- d) provedete hygienu pohlavních orgán
- e) vzniklou situaci neřešíte
- f) necháte se vyšetřit na žloutenku
- g) rozhodnutí nechávám na partnerovi/ partnerce
- i) nevím
- j) jiné, prosím uveďte.....

19. Váš počet sexuálních partnerů za posledních 6 měsíců:

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4 a více
- e) 0

20. Váš počet sexuálních partnerů za posledních 12 měsíců:

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4 a více
- e) 0

21. V jakém věku jste měl/a první pohlavní styk? (prosím vypište)

- a)
- b) doposud jsem ho neměl/a (přeskočte na ot. 24)

22. V jaké situaci k němu došlo?

- a) náhodně
- b) ve vztahu, po jaké době.....

23. Použil/a jste při něm prezervativ?

- a) ano
- b) ne
- c) užívala jsem jiný druh antikoncepce, jaký.....

24. Jaká jsou rizika vyplývající z nechráněného pohlavního styku?(vypište)

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

25. Podle údajů ČSÚ činil k 31.12.2011 počet HIV pozitivních osob v ČR.....(tipněte si prosím)

26. Většina HIV pozitivních osob v ČR jsou muži s homosexuálním chováním:

- a) souhlasím
- b) nesouhlasím
- c) nevím

27. Souhlasil/a by jste s pohlavním stykem s HIV pozitivní osobou, kdyby jste věděl/a, že se bude jednat o bezpečný sex?

- a) ano

- b) ne
- c) nevím

Následující otázky jsou určeny pouze pro dívky :

28. V současné době užívám následující antikoncepci (možno označit více odpovědí):

- a) užívá partner tuto starost nechávám na něm
- b) prezervativ
- c) hormonální antikoncepce
- d) neplodné dny
- e) nitroděložní tělísko
- f) přerušovaný pohlavní styk
- g) jiný druh antikoncepce.....

29. Ochrání Vás perorální antikoncepce před pohlavně přenosnými onemocněními ?

- a) ano, před všemi pohlav. přenos. onem.
- b) ano, ale pouze před některými pohlav. přenos. onem.
- c) ne

30. Navštěvujete pravidelně svého gynekologa?

- a) ano pravidelně v rámci preventivních prohlídek
- b) pouze při potížích
- c) pouze při předepsání hormonální antikoncepce
- d) nenavštěvuji ho vůbec

31. Jste očkována vakcínou proti HPV (resp. rakovině děložního čípku)?

- a) ano (pokračujte na ot. 33)
- b) ne

32. Pokud nejste, jaký je Váš důvod? (možno označit více odpovědí)

- a) finanční
- b) nemám dostatek informací
- c) nemám zájem o toto očkování
- d) očkování nevěřím
- e) jiný.....

33. Jak se můžete chránit před rakovinou děložního čípku?(možno označit více odpovědí)

- a) mít stálého partnera
- b) střídat sexuální partnery
- c) dodržovat zdravý životní styl
- d) nepoužívat kondom
- e) očkovat se před zahájení prvního sexuálního styku
- f) dodržovat intimní hygienu
- g) zahájením pohlavního života v pozdějším věku (po 18. roce)
- h) nevím