



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra veřejného a sociálního zdravotnictví

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Účinnost preventivních programů v primární prevenci
sexuálně přenosných chorob u studentů Zdravotně sociální
fakulty Jihočeské univerzity

Vypracovala: Bc. Jana Válková, DiS.

Vedoucí práce: doc. MUDr. Jozef Filka, Ph.D.

České Budějovice 2014

ABSTRAKT

Sexualita je nedílnou součástí lidského života. Sex je přirozeným prostředkem reprodukce, ale zdaleka není praktikován pouze za tímto účelem. V posledních letech došlo k velkému uvolnění morálky a dnes bychom jen těžko našli mladého člověka s přesvědčením, že sex slouží pouze k reprodukci a musí být za tímto účelem provozován pouze v partnerském svazku. Pohlavní život již není tabu, a proto je třeba hovořit také o nežádoucích jevech, které jej doprovází. Jsou jimi nechtěné těhotenství a šíření sexuálně přenosných chorob.

Sexuálně přenosná onemocnění představují závažný globální problém, nevyhýbající se ani naší společnosti. Boj proti jejich šíření trvá již mnoho let, přesto každým rokem dochází k nárůstu počtu nových onemocnění. Největší rizikovou skupinu z hlediska nákazy představují mladí lidé, kteří při výběru trvalého partnera procházejí nejrůznějšími vztahy. Je proto nezbytné, aby byli dostatečně a včas informováni o rizicích spojených se sexuálním životem, znali způsob, jak se účinně chránit proti pohlavním chorobám a především, aby tyto znalosti uplatňovali v praxi. K boji, proti sexuálně přenosným chorobám, slouží především primární prevence, která má význam právě u těch, kteří ještě nezačali sexuálně žít. Z tohoto důvodu je často realizována formou preventivních programů ve školských zařízeních.

V teoretické části této práce byla zmapována současná situace sexuálně přenosných chorob v České republice. Byly popsány nástroje, metody a techniky, prostřednictvím kterých je realizována primární prevence sexuálně přenosných chorob ve školských zařízeních a legislativa s ní spojená. Tato část byla doplněna o popis vybraných sexuálně přenosných chorob.

V praktické části práce bylo cílem získat přehled o účinnosti preventivních programů v primární prevenci sexuálně přenosných chorob u studentů Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity. Za tímto účelem byly stanoveny čtyři hypotézy. První hypotéza zní: Mladí lidé získávají více informací o nebezpečí sexuálně přenosných chorob z médií a ze strany vrstevníků, než od školy a rodičů. Druhá hypotéza zní: Zkušenost s náhodným sexem má čtvrtina respondentů. Třetí hypotéza

byla formulována takto: Ženy mají více znalostí o sexuálně přenosných chorobách než muži. A čtvrtá hypotéza zní: Ženy dodržují zásady bezpečného sexu spíše než muži.

Ke sběru empirických dat byl použit kvantitativní výzkum, metodou dotazování, technikou dotazníku. Dotazník byl anonymní a měl elektronickou podobu. Výzkumný soubor byl tvořen studenty/studentkami prezenčních bakalářských oborů Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity, kteří svou věkovou strukturou spadají do nejvíce ohrožené skupiny nákazou sexuálně přenosnými chorobami. Respondenti byli, z důvodu zvýšení návratnosti, kontaktováni dvakrát. Výzkumu se zúčastnilo 531 respondentů. Návratnost výběrového souboru dosáhla 51 %.

Získané výsledky byly zpracovány pomocí popisné statistiky do tabulek a grafů, hypotézy statisticky testovány pomocí chí kvadrát testu a studentova t- testu. První, třetí a čtvrtá hypotéza nebyla na základě statistického testu potvrzena. Třetí hypotéza byla statisticky potvrzena. Z popisné statistiky je zřejmé, že mladí dospělí nemají dostatečné vědomosti o sexuálně přenosných chorobách a nemají obavy z jejich nákazy, což se také odráží v jejich chování. Není tedy divu, že počet sexuálně přenosných chorob v České republice rok od roku narůstá.

Preventivní programy primární prevence sexuálně přenosných chorob v České republice nejsou, dle dosažených výsledků a mého názoru, zcela dostatečné a nelze hovořit o jejich prokazatelné účinnosti. Lze ovšem říci, že poskytují alespoň určité povědomí o rizicích spojených s pohlavním životem.

Jakým způsobem dosáhnout zvýšení účinnosti programů primární prevence, je otázkou. Dle mého názoru je třeba vytvořit přesnou podobu učebních osnov a začlenit sexuální výchovu do rámcového vzdělávacího programu jako samostatný předmět, jak ve školských zařízeních základních, tak i středních. Zapojit rodiče do procesu primární prevence prostřednictvím zvyšování jejich informovanosti a schopností získané informace předávat. Dále je třeba propagovat bariérovou formu antikoncepce a zavést plošné preventivní programy v boji proti sexuálně přenosným chorobám.

ABSTRACT

Sexuality is an integral part of human life. Sex is a natural means of reproduction, but by far it is not practised solely for that purpose. In recent years there has been a large release of morality and today we would hardly find a young person with a belief that sex serves for reproduction only and it must be ran for this purpose and only in a conjugal relationship. Sexual life is no longer taboo and therefore it is necessary to speak also about the adverse phenomena that accompany it. There is unwanted pregnancy and the spread of sexually transmitted diseases.

Sexually transmitted diseases present a serious global problem that does not fudge even our society. The fight for their spread has been going on for many years, but the number of new cases increases every year. Young people represent the largest risk group in terms of infection who go through various relationship selecting a permanent partner. Therefore it is necessary to inform them about the risks associated with sexual life sufficiently and on time. They have to knew the way how to effectively protect against sexually transmitted diseases and, above all, to apply this knowledge in practice. The primary prevention is the most important way how to fight against sexually transmitted diseases, and it is important particularly for those who have not begun yet to live sexually. For this reason it is often implemented in the form of prevention programs in school facilities.

The current situation of sexually transmitted diseases in the Czech Republic was charted in the theoretical part of this work. The tools, methods and techniques were discribed by means of them the primary prevention of sexually transmitted diseases in school institutions is implemented, and the legislation associated with it. This section was supplemented with the description of selected sexually transmitted diseases.

The goal of the practical part of this work was to obtain an overview of the effectiveness of prevention programs in the primary prevention of sexually transmitted diseases among students of Health and Social Studies University of South Bohemia. There were defined four hypotheses for this purpose. The first hypothesis: Young people get more information about the dangers of sexually transmitted diseases from the

media and from their peers than from schools and parents. The second hypothesis: Experience with random sex has a quarter of respondents. The third hypothesis was formulated as follows: Women have more knowledge about sexually transmitted diseases than men. The fourth hypothesis: Women observe the principles of safe sex more than men.

The quantitative research, questioning method and questionnaire technique were used to collect empirical data. The questionnaire was anonymous and had electronic form. The research sample consisted of full-time bachelor programs students of Health and Social Studies University of South Bohemia, who belong by their age structure into the most vulnerable group of infection of sexually transmitted diseases. Respondents were contacted twice, in order to increase returns. The research was attended by 531 respondents. The return of the sample reached 51%.

The results were processed using descriptive statistics in tables and graphs, statistical hypotheses were tested using the chi-square test and student's t-test. The first, third and fourth hypothesis were not confirmed on the based of a statistical test. The third hypothesis was confirmed statistically. The descriptive statistics shows that young adults do not have sufficient knowledge about sexually transmitted diseases and have no fear of the disease, which is also reflected in their behavior. It is therefore not surprising that the number of sexually transmitted diseases in the Czech Republic is increasing every year.

The prevention programs for primary prevention of sexually transmitted diseases in the Czech Republic are not quite sufficient, according to the achieved results and in my opinion, and we can not talk about their proven effectiveness. It can be said they provide at least some awareness of the risks associated with sexual intercourse.

In my opinion, it is necessary to establish the precise form of the curriculum and to incorporate sex education into the framework of the educational plan as a separate subject in school facilities as basic and secondary. It is necessary to involve parents into the process of primary prevention by increasing their awareness and to pass the acquired information. It is also necessary to promote a form of barrier contraception and introduce general preventive programs in the fight against sexually transmitted diseases.

Prohlášení:

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

Prohlašuji, že v souladu s § 47 b) zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění, souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1989 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne: 19. května 2014

.....
podpis studenta

Poděkování:

Ráda bych na tomto místě poděkovala vedoucímu práce panu doc. MUDr. Jozefu Filkovi, Ph.D. za odborné vedení, za čas, který mi věnoval a za cenné připomínky a podněty při psaní diplomové práce.

OBSAH

ÚVOD.....	11
1 SOUČASNÝ STAV	12
1.1 Dospívající a rizikové chování	12
1.2 Registr pohlavních nemocí	13
1.2.1 Výskyt sexuálně přenosných chorob v ČR.....	13
1.3 Vymezení základních pojmů	14
1.4 Primární prevence STD	18
1.4.1 Legislativa v oblasti školské primární prevence STD	18
1.4.2 Dělení primární prevence STD	19
1.4.3 Opatření vedoucí k zamezení šíření STD	20
1.5 Preventivní programy	21
1.5.1 Metody programů primární prevence	21
1.5.2 Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže.....	23
1.5.3 Minimální preventivní program.....	23
1.5.4 Rámcový vzdělávací program	24
1.5.4.1 Sexuální výchova.....	25
1.5.4.2 Výchova ke zdraví	26
1.5.5 Národní program řešení problematiky HIV/AIDS v České republice.....	26
1.5.6 Účinnost preventivních programů	27
1.6 Vybrané sexuálně přenosné choroby	28
1.6.1 Chlamydiové infekce	28
1.6.2 Kapavka	29
1.6.3 Trichomoniáza	30
1.6.4 Syfilis	31
1.6.5 Hepatitidy.....	33
1.6.5.1 Hepatitida B	33
1.6.5.2 Hepatitida C	35
1.6.6 HIV/AIDS	36

2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	39
2.1 Cíl práce	39
2.2 Hypotézy	39
3 METODIKA	40
3.1 Popis použité metody	40
3.2 Charakteristika výzkumného vzorku	40
3.3 Vlastní realizace výzkumu	40
4 VÝSLEDKY	42
4.1 Popisná statistika	42
4.2 Statistické testování hypotéz	82
5 DISKUZE	86
6 ZÁVĚR	100
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	103
8 KLÍČOVÁ SLOVA	114
9 PŘÍLOHY	115

Seznam použitých zkratk

AIDS - acquired immunodeficiency syndrome – syndrom získané imunodeficiencie

CAN - syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte

CVVM – Centrum výzkumu veřejného mínění

ČR – Česká republika

HIV - human immunodeficiency virus – virus lidské imunodeficiencie

MPP – minimální preventivní program

MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

PP – preventivní program

RVP – rámcový vzdělávací plán

STD – sexually transmitted diseases – sexuálně přenosné choroby

STI - sexually transmitted infections – sexuálně přenosné choroby

WHO – World Health Organization – Světová zdravotnická organizace

ÚVOD

Sexualita představuje nedílnou součást lidského života. Sex je přirozeným prostředkem reprodukce, ale zdaleka není praktikován pouze za účelem plození potomstva, ač tak historicky byl, a v mnoha společnostech a kulturách dosud je, vnímán, a to nejen z náboženských důvodů. Pokud se podíváme nazpět, zdá se, že důraz byl kladen především na cudnost ženy. Historie je plná mužů, kteří za život vystřídali stovky žen a vedli nezřízený život, počínaje císařem Caligulou, svůdníkem Casanovou a zcela jistě nekonče markýzem de Sade. Ale ani ženy, nejen z pohledu nejstaršího řemesla, nezůstaly pozadu. Mnoho je známo o harémech, nevěstincích a občas se vyskytl i nějaký ten případ „ojedinělé“ nevěrnice. I díky takovým se napříč kontinenty počaly hojně šířit sexuálně přenosné choroby. Dávno jsou ale pryč doby známých svůdníků a český zákon, stále ještě na rozdíl od mnoha jiných, umožňuje pouze monogamii. Ale ruku na srdce...

V posledních letech došlo k velkému uvolnění morálky. Dnes bychom těžko narazili na mladého člověka s přesvědčením, že sex slouží k reprodukci a musí být provozován pouze za tímto účelem a jen v partnerském vztahu. Pohled na sexualitu se změnil a pohlavní život již není tabu. Proto je třeba hovořit také o nežádoucích jevech, které sebou sex přináší. Jsou jimi nechtěné těhotenství a šíření sexuálně přenosných chorob. V některých rodinách stále ještě nedostávají děti žádné, nebo dostávají jen minimální informace ohledně sexuálního života, a proto jsou odkázány na jiné zdroje. V lepším případě na školu.

Boj proti sexuálně přenosným chorobám je zcela specifický. Je třeba s ním začít včas, s dostatečnou intenzitou a útok cílit na skupinu populace, u které bude mít ještě smysl. Apelace na zodpovědné navazování sexuálních vztahů, chráněný sex a snižování počtu sexuálních partnerů zůstává bez odezvy. Jako důkaz mohou posloužit i poslední průzkumy. Mladí lidé se pohlavních chorob přestávají bát a přestávají se chránit, což vede ke zvýšenému počtu nakažených osob sexuálně přenosnými chorobami. Otázkou je, co je příčinou. Jsou preventivní programy primární prevence dostatečně účinné? A dostávají se tak potřebné informace k mladým lidem ve správný čas?

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Dospívající a rizikové chování

Období adolescence a ranné dospělosti je velmi citlivé životní období. Jedná se o přechod mezi dětstvím a dospělostí, při kterém dochází k významné proměně osobnosti ve všech rovinách. Mnohé změny jsou primárně ovlivněny somaticky, ale jednotlivé interakce mezi psychickými a sociálními faktory jsou významné (1). Významnou roli zde hrají také sociální, ekonomické a kulturní faktory, zrovna tak jako výchovné postoje rodičů, učitelů a dalších významných autorit v okolí jedince (2).

Vývoj každé osobnosti je individuální, a tak se často jedinec snaží získat uznání vrstevníků, dokázat svou dospělost, soudržnost, nebojácnost a učinit protest proti autoritám a omezením (3). I proto je toto období spojováno s tzv. rizikovým chováním, které se vyznačuje potřebou odlišnosti, prožitím něčeho nového a ochotou podstupovat riziko fyzické či sociální za účelem silného prožitku. V rámci „hledání vzrušení“ vyhledává jedinec dobrodružství, nové zážitky, snaží se zahánět nudu a touží po dosažení příjemných prožitků, např. prostřednictvím alkoholu, hazardu, sexu, apod. (4). A tak můžeme říci, že právě díky tomu dochází k „rizikovému chování“, mezi které se řadí i sexuální rizikové chování. Toto je definováno jako chování, které vykazuje známky rizika pro jedince v různých oblastech (zdravotní, sociální, apod.). Může se jednat např. o nechráněný pohlavní styk při náhodné známosti, výrazně promiskuitní chování či rizikové sexuální praktiky. Neobvyklá není ani kombinace užívání návykové látky a rizikového sexu, sexuální zneužívání, zveřejňování intimních fotografií na internetu apod. (5).

Počet dospívajících, kteří se chovají rizikově, přibývá a problematika se dotýká stále mladších jedinců. Pro tento jev se používá pojem „Nová morbidita mládeže“. Jde o celosvětový trend, který znamená, pomíneme-li další aspekty, nemalou ekonomickou zátěž pro společnost v důsledku vynakládání prostředků na odstraňování následků rizikového chování. Především však může rizikové chování dospívajících přímo nebo nepřímo ohrozit zdraví mladé populace, její prospěch a celý budoucí život (3).

1.2 Registr pohlavních nemocí

Hlášení infekčních onemocnění je předpokladem pro kontrolu šíření infekčních nemocí v krajích, regionech, v České republice i na úrovni mezinárodní. Zákonným podkladem na ochranu zdraví obyvatelstva v České republice je zejména zákon č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů a související vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 306/2012 Sb.

Povinnému hlášení podléhají i pohlavní nemoci a podezření z onemocnění nebo nákazy pohlavní nemocí na území České republiky. Povinnému hlášení dle Mezinárodní klasifikace nemocí podléhají tyto pohlavní nemoci: vrozená syfilis (A50), časná syfilis (A51), pozdní syfilis (A52), jiná a nespecifikovaná syfilis (A53), gonokoková infekce (kapavka, A54), lymphogranuloma venereum (chlamydiový, A55) a chancroid - ulcus molle (měkký vřed, A57). Jednotlivá hlášení se zaznamenávají do registru pohlavních nemocí prostřednictvím Krajských hygienických stanic (6).

1.2.1 Výskyt *sexuálně přenosných chorob* v České republice

Registr pohlavních nemocí zaevidoval v roce 2012 celkem 1856 hlášení. Z toho se jednalo v 1151 případech (62 %) o onemocnění gonokokovou infekcí a v 696 případech (37,5 %) o onemocnění syfilis. Bylo hlášeno i 9 případů, v minulosti v České republice zcela ojedinělého, onemocnění lymphogranuloma venereum. Závažný je především výrazný nárůst výskytu gonokokových infekcí, tj. kapavky, kdy se oproti předešlému roku navýšil počet o 442 případů. Obdobný nárůst byl ovšem zaznamenán i v předchozích letech (2003, 2006, 2007). Nejvyšší nárůst případů byl zaznamenán u mužů ve věkové skupině 20 až 24 let, což je o třetinu více než průměr z předchozích pěti let. U žen byl dosažen nejvyšší výskyt v téže věkové skupině. Zde činil rozdíl oproti průměru předchozích pěti let 21 %. Počet výskytu syfilis naopak mírně poklesl. Výskyt měkkého vředu nebyl opakovaně vůbec zaznamenán (7).

V rámci Jihočeského kraje jsou již známa i data za rok 2013. Celkový počet povinně hlášených pohlavních chorob v tomto roce a kraji činil 96 případů. V roce 2009 přitom bylo zaznamenáno pouze 47 případů pohlavně přenosných chorob. Výskyt má pozvolnou stoupající tendenci, přičemž největší akcelerace nastala až v roce 2013, kdy došlo oproti roku předchozímu k nárůstu případů o celou čtvrtinu. V roce 2013 bylo zaznamenáno 41 případů kapavky a 55 případů syfilis. O pět let dříve bylo hlášeno pouze 17 případů kapavky a 30 případů syfilis. Ostatní onemocnění hlášena nebyla (8).

Ke konci roku 2013 žilo v České republice 2122 osob HIV pozitivních. Z toho již u 399 osob propuklo onemocnění AIDS a 199 lidí na AIDS zemřelo. Nákaza virem HIV byla v České republice poprvé diagnostikována v roce 1985. V roce 1986 již byla prokázána u 26 případů. V roce 1996 se jednalo celkem o 300 případů, v roce 2008 již byla překročena hranice tisíce případů. Za dalších pět let se počet případů zdvojnásobil. V roce 2013 se virem HIV nakazilo v celé České republice dalších 235 osob, z toho 8 v Jihočeském kraji. Počet nakažených virem HIV v jihočeském kraji ke konci roku 2013 činil 66 osob (9).

Nejnovější statistické údaje říkají, že jen během prvních dvou měsíců roku 2014 stoupl počet osob nakažených virem HIV na 2172, tedy o nově nakažených padesát osob. Onemocnění propuklo u dalších 5 osob a dalších 6 osob v důsledku nákazy virem HIV zemřelo (10).

1.3 Vymezení základních pojmů

Adolescence - v ranné adolescenci (11 - 15 let) je nejnápadnější změnou tělesné dospívání spojené s tzv. pubertou. Mění se zevnějšek jedince, v rámci celkového vývoje dochází ke změně způsobu myšlení a k výrazným změnám emočního prožívání. Jedinec touží odlišit se od vlastní skupiny, od dětí i dospělých a hledá specifický životní styl. Pozdní adolescence (15 - 20 let) je vymezena pohlavním dozráním. V tomto období obvykle dochází k prvnímu pohlavnímu styku. Osobnost prochází komplexní psychosociální proměnou. Rozvíjí se vztahy mezi vrstevníky, partnerské vztahy.

Osmnáctý rok je společností vnímán jako mezník dospělosti. Tempo bio-psycho-sociálního vývoje bývá rozdílné a proto není možné dospělost jako takovou přesněji definovat. Příkladem může být právě skupina vysokoškoláků. Věkově spadají do dospělých, ale z hlediska ekonomické závislosti z důvodu delší profesní přípravy, nejsou vnímáni většinou společností za rovnocenné dospělým. Role vysokoškoláka nemá status dospělého (1).

Ranná dospělost - časná dospělost je charakterizována jako přechodné období mezi adolescencí a úplnou dospělostí. Ta se vyznačuje podle tří kritérií. Dle věku, podle převzetí určitých vývojových úkolů a podle dosažení jistého stupně osobní zralosti (2).

Rizikové chování - jedná se o chování, v jehož důsledku dochází k prokazatelnému nárůstu zdravotních, sociálních, výchovných a dalších rizik pro jedince nebo pro celou společnost. V širším pojetí lze rizikové chování rozdělit do několika kategorií. Záškoláctví, šikana a extrémní projevy agrese, rizikové sporty a rizikové chování v dopravě, rasismus a xenofobie, negativní působení sekt, sexuální rizikové chování, závislostní chování, spektrum poruch příjmu potravy a okruh poruch a problémů spojených s CAN (5).

Antikoncepce – kontracepce - je souhrnný název pro metody, které způsobují ztrátu schopnosti oplodnění, a tak brání vzniku neplánovaného těhotenství.

Bariérová antikoncepce - má za úkol vytvořit překážku sloužící k zabránění průniku spermií do dělohy ženy. Je možné ji rozdělit na mužskou bariérovou antikoncepci, což je kondom, a ženskou bariérovou antikoncepci, kam je zařazen cervikální pesar, diafragma, femidom a vaginální houbička. Tyto metody zabraňují početí, avšak nezabrání přenosu sexuálně přenosných chorob. Výjimkou je femidom, neboli ženský kondom, který brání i přenosu sexuálně přenosných chorob.

Mužský kondom – chrání před nechtěným těhotenstvím, ale také proti potenciálnímu nakažení pohlavními chorobami. Funguje na principu bariéry mezi

spermiemi a pochvou. Jedinou nevýhodou kondomu je riziko jeho protrhnutí. Při správné technice je toto riziko naprosto minimální (11).

Prevalence - demografický ukazatel, který udává poměr počtu nemocných k počtu obyvatel (12).

Incidence - demografický ukazatel, který udává počet nových onemocnění k počtu obyvatel, neboli nemocnost (13).

Sexuálně přenosné choroby - STD (sexually transmitted diseases), STI (sexually transmitted infections) - zahrnují skupinu nemocí, jejichž šíření se děje výhradně pohlavním stykem, nebo pohlavní styk a sexuální praktiky pacienta jsou možným způsobem přenosu. Některé mohou být přenášeny také pomocí krevních produktů a transplantovanými tkáněmi a také během těhotenství a porodu z matky na dítě (14).

Problematika sexuálně přenosných chorob je velmi dynamická a nelze ji omezovat pouze na klasické pohlavní choroby, kterými jsou syfilis, kapavka, lymphogranulom, měkký vřed a inguinální granulom. Diagnostické metody ukázaly během posledních desetiletí další infekce rozličných patologických agens.

Šíření nákazy v populaci je velice nehomogenní. Přesto existují rizikové skupiny ve kterých nákaza cirkuluje. Pro STD je typické jejich sdružování a vytváření smíšených infekcí s odlišnou inkubační dobou a odlišným klinickým obrazem. Často probíhají také asymptomaticky a k jejich léčbě je nutné použít netypických terapeutických postupů. Výzkumy prokazují taktéž vzájemnou interakci mezi sexuálně přenosnými chorobami a HIV infekcí. Zvýšenou pozornost je třeba věnovat zdravotním rizikům, zvláště u mladých žen. Tyto jsou často zranitelnější než muži a nákaza probíhá častěji asymptomaticky. Ženy se tak stávají nevědomým zdrojem infekce (15).

Klasifikace STD - podle způsobu přenosu a dle patogenů je možné rozdělení na:

Infekce šířené téměř výhradně pohlavním stykem:

- bakteriální - kapavka (gonorea), syfilis (lues, příjice), měkký vřed (ulcus molle), čtvrtá pohlavní nemoc (lymphogranuloma venereum), pátá pohlavní nemoc (granuloma inguinale).

Infekce šířené převážně pohlavním stykem:

- bakteriální infekce – urogenitální chlamydiové infekce, urogenitální nekapavčité infekce
- infekce virové – HIV, herpes virus, lidský papilloma virus, virus hepatitidy B, C, cytomegalovirus
- infekce vyvolané prvoky – trichomoniáza
- infekce ektoparazitární – svrab, veš ohambí
- infekce vyvolané L-organismy - mycoplasma hominis, ureaplasma urealyticum (14).

Prevence – pojem zahrnující opatření směřující k předcházení vzniku, k eradikaci či eliminaci nemoci, anebo alespoň opatření směřující k minimalizaci následků nemoci či poruchy zdraví, či k prevenci určitého rizikového chování. Zpravidla je rozdělována podle času na prevenci primární, sekundární a terciární (16).

Primární prevence - má za úkol ochránit a posílit zdraví a zabránit vzniku onemocnění. Opatření jsou orientována na prosazování zdravého životního stylu (tzv. nespecifická prevence) i na konkrétní zdravotní opatření (např. očkování). Skládá se z opatření a činností na úseku veřejného zdraví a výchovy ke zdraví (17). Primární prevence rizikového chování je soubor jakýchkoli zdravotních, sociálních, výchovných či jiných intervencí a opatření směřujících k předcházení výskytu rizikového chování, zamezujících jeho další progresi, zmírňujících již existující formy a projevy rizikového chování nebo pomáhajících řešit jeho důsledky (18).

Sekundární prevence - jedná se o časné rozpoznání nemoci a zahájení účinné léčby. Snahou je zabránit nežádoucímu průběhu onemocnění a zabránit komplikacím. Lze sem zařadit i screening, jehož smyslem je diagnostikovat rané stádium nemoci (např. gynekologické prohlídky) (19).

Terciární prevence - Zaměřuje se na prevenci následků nemoci (vad, dysfunkcí, handicapů). Cílem je v co největší míře omezit následky onemocnění i s jejich sociálními a pracovními důsledky a udržet co nejdéle kvalitu života (19).

1.4 Primární prevence STD

Primární prevence sexuálně přenosných chorob si klade za cíl, aby se zdravý jedinec neinfikoval sexuálně přenosnou chorobou. Před rokem 1989 nelze hovořit o primární prevenci rizikového chování jako o jednotném systému či koncepčním přístupu. Existovaly samozřejmě sporadické aktivity spojené s náhodnou realizací různých informačních kampaní. Důraz byl však kladen na alkohol a na tabák, výjimečně na nelegální návykové látky. Od roku 1989 prošla primární prevence výraznými změnami. O stabilizaci a systematické lze však hovořit až v posledních deseti letech. Rizikové chování je soubor aktivit, jejichž existenci a důsledky je možné podrobit vědeckému zkoumání a které lze ovlivňovat preventivními a léčebnými intervencemi (5).

1.4.1 Legislativa v oblasti školské primární prevence STD

Základním legislativním dokumentem, který upravuje povinnost primární prevence ve školách a školských zařízeních, je zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším a jiném vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů, který ukládá povinnost vytvářet vhodné podmínky pro zdravý vývoj dětí, žáků a studentů a pro předcházení rizikového chování (20).

Klíčová pro činnost metodika prevence je vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, ve znění vyhlášky č. 116/2011 Sb. Pro školy vyplývá jednoznačná povinnost v rámci školních řádů vydefinovat rizikové aspekty a deklarovat systém výchovných opatření.

Školy vypracovávají v rámci školních vzdělávacích programů dokument, který popisuje realizaci primární prevence z hlediska cílů a priorit – minimální preventivní program (MPP). Je však zapotřebí zmínit, že neexistuje právně závazný dokument, který školám realizaci minimálních preventivních programů nařizuje (21).

O vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných pojednává vyhláška č. 73/2005 Sb., ve znění vyhlášky č. 147/2011 Sb. (22).

Nezbytné předpoklady pro výkon specializovaných činností stanovuje vyhláška č. 317/2005 Sb. o dalším vzdělávání pedagogických pracovníků, akreditační komisi a kariérním systému pedagogických pracovníků, ve znění pozdějších předpisů (23).

Aktivity k boji proti HIV/AIDS zahrnuje Usnesení vlády České republiky ze dne 20. prosince 2012 č. 956 k Národnímu programu řešení problematiky HIV/AIDS v České republice v období let 2013 – 2017 (24).

1.4.2 Dělení primární prevence STD

Prevenci lze rozdělit na tzv. specifickou a nespecifickou formu. Za nespecifickou prevenci lze považovat například tvorbu a nabídku volnočasových aktivit. Za specifickou prevenci považujeme takové aktivity, které jsou úzce zaměřeny na některou konkrétní formu rizikového chování (25).

Specifickou primární prevenci lze rozdělit do celkem tří úrovní provádění prevence:

Všeobecná primární prevence – zaměřuje se na běžnou populaci dětí a mládeže. Zohledňuje pouze její věkové složení a případná specifika daná sociálními nebo jinými faktory. Jedná se o programy pro větší počet osob, např. třída. Je to úroveň prevence, kterou ve většině případů dostatečně zajišťuje školní metodik prevence.

Selektivní primární prevence – prováděna u menší skupiny osob, ve které jsou ve zvýšené míře přítomny rizikové faktory pro vznik a vývoj různých forem rizikového

chování. Je kladen větší důraz na vzdělání preventisty (speciální pedagogika, adiktologie apod.).

Indikovaná primární prevence – je zaměřena na jedince, kteří jsou vystaveni působení výrazně rizikových faktorů, nebo u kterých se již projevy vyskytly. Snahou je včasné podchycení problému, vyhodnocení potřebných intervencí a jejich uskutečnění. Tato prevence již bezpodmínečně vyžaduje odborné vzdělání (speciální pedagogika, psychologie apod.) (5).

1.4.3 Opatření vedoucí k zamezení šíření STD

Aktivitami vedoucími k zamezení šíření STD jsou tyto tři skupiny opatření:

Výchovná opatření – jejich záměrem je zvýšení míry znalostí a změna postojů, s cílem pomoci lidem chránit se před infekcemi. Jedná se o činnosti směřující k podpoře zdraví, zvýšení informovanosti, vedoucí ke snížení promiskuitního chování, motivace ke zvýšenému používání kondomů, apod.

Strukturální opatření - jsou opatření zaměřená na širší společenské a ekonomické otázky, které ovlivňují šíření pohlavních chorob. Jsou jimi například právní normy.

Biomedicínská opatření – tedy např. vývoj a propagace ochranných pomůcek (kondomy), či vývoj vakcín proti některým sexuálně přenosným chorobám.

V oblasti primární prevence ovšem hraje zásadní a neodmyslitelnou roli postoj jedince, který může snížit, nebo naopak zvýšit riziko nákazy STD svým chováním. My se pouze můžeme pokusit tento postoj včas ovlivnit. Mezi pozitivní chování jedince, neboli zásady bezpečného sexu, patří:

- sexuální abstinence
- výběr partnera s „bezpečnou“ sexuální minulostí i současností
- vztah s jedním, nejlépe otestovaným, sexuálním partnerem

- snižování počtu sexuálních partnerů
- důsledné používání bariérové antikoncepce - kondom vždy a se všemi partnery
- při jakémkoli podezření či obtížích vyhledat lékaře
- léčit i všechny své sexuální partnery (26).

1.5 Preventivní programy

Pro minimalizaci šíření závažných chorob je snaha vytvářet preventivní programy. Prevence je totiž nejlepší léčbou. Preventivní program (PP) je intervence realizovaná především ve školním prostředí s ohledem na charakteristiku cílové skupiny, rizikovost vrstevnického prostředí či regionu a respektující zásady poskytování PP dle Standardů primární prevence (27).

Na programy primární prevence je kladeno několik základních požadavků:

- přímý a jasně daný vztah k určité konkrétní formě rizikového chování a tématům s ním spojených
- jasná časová a prostorová ohraničenost realizace - od zmapování potřeb, plánu programu a jeho přípravu, uskutečnění a zhodnocení programu a jeho návaznost
- zacílení na jasně definovanou cílovou skupinu a zdůvodnění zařazení dané skupiny k určitému typu programu.

Každý program má svou jasně definovanou cílovou skupinu, kterou lze popsat podle základních znaků, jako jsou například věk, pohlaví, vzdělání, příslušnost k nějaké sociální skupině, dle projevů rizikového chování atd. Realizátor programu musí též uvést kapacitu programu a důvod, proč je daný program vhodný právě pro tuto konkrétní skupinu (28).

1.5.1 Metody programů primární prevence

Při realizaci neexistuje univerzální nejúspěšnější metoda, existuje pouze široké spektrum možností k dosažení stanovených cílů programů a požadovaného obsahu. Dle toho jsou vybírány vhodné metody a jejich vzájemné kombinace. Z praxe vyplývá, že

pouhé použití slovní metody (např. výkladu), bez dalších typů metod není úspěšné. Proto je podporována aktivita, samostatnost a tvořivost účastníků PP (29).

Rozlišujeme 4 skupiny metod:

Metody slovní (verbální) – jsou založeny na vnímání slovního projevu lektora. Metoda monologická, vyprávění, přednáška, vysvětlování. Doporučují se používat pouze s ostatními metodami.

Metody slovní dialogické – dochází při nich k výměně názorů mezi lektorem a žáky, nebo mezi žáky vzájemně. Jde o rozhovor, práci s textem (studium literatury, vyhledávání v časopisech, internetu apod., napodobování). Ve skupinách jsou tyto metody velmi efektivní.

Metody aktivizační - vytvářejí příznivé klima ve skupině, rozvíjejí klíčové kompetence, jsou zajímavé a přitažlivé, avšak náročné na přípravu a čas, udržení pozornosti a kázně. Důraz je kladen na myšlení a řešení problémů. Patří sem diskuze, řešení problému (tvořivé myšlení), metoda situační (angažované úsilí na hledání řešení), metoda inscenační (předvádění modelové situace). V PP mají zásadní roli.

Metody komplexní: Jedná se o skupinovou a kooperační práci, metodu v PP využívanou a velmi doporučovanou. Můžeme sem zařadit brainstorming (co nejvíce nápadů a následné zhodnocení jejich užitečnosti) a mediální technologie (audiovizuální programy a počítačová podpora výuky). Při využití technologií je nutná kombinace s metodami aktivizačními.

V efektivních programech primární prevence se metody střídají, optimálně se využívá všech cest, které máme k dispozici k dosažení požadovaného cíle (30).

1.5.2 Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže

Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2013 – 2018 je základním koncepčním dokumentem MŠMT v oblasti primární prevence rizikového chování dětí a mládeže pro následující šestileté, dnes již necelé pětileté období. Je v souladu se současným vědeckým poznáním a dobrou praxí v primární prevenci.

Strategie vychází ze závěrů pravidelného jednání s koordinátory prevence a metodiky prevence v krajích, z dlouhodobých cílů a ze zkušeností s naplňováním předchozích koncepcí prevence zneužívání návykových látek a dalšími rizikovými projevy chování u dětí a mládeže z předchozích období. Hlavním cílem strategie je minimalizovat vznik a snížit míru rizikového chování u dětí a mládeže. Výchovou předcházet, minimalizovat či oddálit rizikové projevy chování, vést ke zdravému životnímu stylu, k rozvoji pozitivního sociálního chování a rozvoji psychosociálních dovedností. Taktéž ke zvládnání zátěžových situací, případně motivovat k opuštění rizikového chování v případě, že již nastalo a chránit před jeho dopady.

Jednotlivé formy rizikového chování dětí a mládeže jsou spojeny se specifickými projevy. Některé mohou být totožné, ale nemusí. Současně existují různé situační, ekonomické a další souvislosti, které ovlivňují průběh chování. MPP by v sobě měl integrovat dílčí programy pro všechny typy rizikového chování a měl by je mít seřazené dle věkových možností s ohledem na vlastnosti cílové skupiny (5).

1.5.3 Minimální preventivní program

Základním principem prevence rizikového chování u dětí a mládeže ve školství je výchova žáků ke zdravému životnímu stylu, k osvojení zdravých sociálních návyků a chování a zachování integrity osobnosti (31).

Základní nástroj prevence v rezortu školství, mládeže a tělovýchovy představuje tzv. Minimální preventivní program. Představuje komplexní systémový prvek v realizaci preventivních aktivit na základních školách, středních školách a speciálních

školách, ve školských zařízeních pro výchovu mimo vyučování a školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy a preventivní péče. Realizace je pro každou školu či výše uvedené zařízení závazná a podléhá kontrole České školní inspekce. Mezi hlavní aktivity školských zařízení v rámci minimálního preventivního programu patří: odpovědnost za adekvátní vzdělávání pracovníků v metodikách preventivní výchovy a v řešení problémových situací, zavádění etické a právní výchovy, výchovy ke zdravému životnímu stylu a jiných oblastí preventivní výchovy do výuky jednotlivých předmětů, podpora rozvoje osobnosti a sociálního chování dětí a mládeže, vytváření podmínek smysluplného využití volného času dětí a mládeže, spolupráce s rodiči a osvětová činnost pro rodiče, sledování situace ve škole či školském zařízení z hlediska rizik výskytu sociálně patologických jevů, uplatnění prevence v rizikových skupinách, poskytování preventivních služeb (32).

Minimální preventivní program sestavuje sama škola či školské zařízení, resp. metodik školní prevence. Ten také koordinuje realizaci a participuje na realizaci aktivit školy zaměřených na prevenci různých forem rizikového chování (33).

1.5.4 Rámcový vzdělávací program

Rámcové vzdělávací programy (RVP) jsou programové dokumenty, které konkretizují obecné cíle vzdělávání, specifikují klíčové kompetence důležité pro rozvoj osobnosti žáků, vymezují konkrétní oblasti vzdělávání a jejich obsahy. Jsou v nich zahrnuty očekávané výsledky vzdělávání a stanovují rámce a pravidla pro tvorbu školních vzdělávacích programů, včetně učebních plánů. Na základě RVP si jednotlivé školy vytvářejí své realizační programové dokumenty – školní vzdělávací programy. Dosud byly vydány rámcové vzdělávací programy pro předškolní vzdělávání, pro základní vzdělávání (včetně programu pro základní školu speciální), pro 284 oborů středního vzdělávání, včetně konzervatoří, pro jazykové školy s právem státní jazykové zkoušky a pro základní umělecké školy (34).

Na podzim roku 2011 byly zahájeny práce na úpravách rámcového vzdělávacího programu pro základní školy. Na základě mnohých jednání byla do RVP začleněna,

dopracována nebo upravena některá z aktuálních a důležitých témat. Mezi nimi je i sexuální a rodinná výchova. Nestátní neziskové organizace i jednotlivci prostřednictvím petic požadovali zdůraznit významnost sexuality a jejího zapojení v kontextu se zdravím, etikou, morálkou i pozitivními životními cíli, pochopení zdrženlivosti v dospívání a uvědomění si důležitosti odpovědného sexuálního chování. Důležitým dokumentem v této oblasti je dokument Zdraví 21, cíl číslo 4 Zdraví mladých, který požaduje vytvoření takových podmínek, aby do roku 2020 mladí lidé byli zdravější a schopnější plnit svou společenskou roli. Dílčím úkolem je pak snížit o třetinu počet těhotenství u dospívajících dívek za pomoci prevence rizikového chování a vhodnost odsunutí začátku sexuálního života v dospívání (35).

1.5.4.1 Sexuální výchova

Sexuální výchova je ve vzdělávacím procesu v ČR pojímána jako tzv. nadpředmětové téma, které není jako samostatný předmět, ale je v RVP ukotvena v konkrétní vzdělávací oblasti. V základním vzdělávání se na prvním stupni jedná o oblast Člověk a jeho svět, na druhém stupni je v oblasti Člověk a zdraví (předmět výchova ke zdraví) nebo Člověk a příroda (předmět přírodopis) nebo v průběhu celého základního studia v oblasti Osobnostní a sociální výchova. Na středních školách se tyto informace prolínají zejména do biologie a společenských věd. O tom, jak bude výuka probíhat rozhoduje sama škola. Otázka, zda sexuální výchovu zavádět do výuky, nebo jí zrušit vyvolává mnoho emocí, diskuzí a rozděluje společnost na dva tábory (36).

Bylo by však nesprávné se domnívat, že sexuální výchova se u nás neučila, že se o ní diskutuje až nyní a že se snad začala rozvíjet až po roce 1989. Osvěta, v podobě „pohlavní výchovy“ fungovala na počátku 20. let, v meziválečném období i v období komunismu, i když za pomoci jiných nástrojů a jiných výchovných trendů. Společným jmenovatelem byla jak osvěta, tak prevence šíření pohlavně přenosných chorob. V roce 2010 byla vedena mediální kampaň ve snaze přesunout sexuální výchovu do prostředí rodiny. Rodiče však většinou nemají objektivní informace. Však ani oni, ve své době, nedostali odpovídající vzdělání. Navíc jim mohou chybět odpovídající dovednosti

k samotnému sdělení. Nejen rodina, ale i škola má zájem o komplexní přípravu žáka do života se vším, co obnáší. Předávání informací tak zůstává stále na škole (37).

1.5.4.2 Výchova ke zdraví

V dnešní moderní době je péče o zdraví základní prioritou každé rozvinuté společnosti. Výchova ke zdraví je nedílnou součástí péče o zdraví, na kterou má nárok každý občan a která je garantovaná státem. Obor využívá řady poznatků z vědních oborů, jakými jsou např. lékařské, sociální, pedagogické či psychologické obory.

Výchova ke zdraví si klade za cíl, bez ohledu na věk, podnítit jednotlivce k péči o své zdraví. Každý jedinec by si měl osvojit dostatek znalostí a dovedností k tomu, aby o své zdraví mohl pečovat. Výchova ke zdraví zahrnuje činnosti, které zvyšují zdravotní povědomí jedince i společnosti, učí zdravému životnímu stylu a odpovědnosti za své zdraví. Cílem činností výchovy ke zdraví je poskytnout lidem dostatek přístupných informací o možnostech předcházení nemocem, zvýšit znalosti, motivaci a ovlivnit postoje a chování vedoucí k posílení zdraví, což může být efektivní pouze jde-li o činnost soustavnou, systematickou a cílenou. Výchova ke zdraví je pro jedince i pro celou společnost nepostradatelná z hlediska základních postojů vůči sobě a svému zdraví, ale i vůči celé společnosti (17).

1.5.5 Národní program řešení problematiky HIV/AIDS v České republice

Cílovou skupinou tohoto programu, na období let 2013 až 2017, je celá populace. Důraz je však zaměřen zejména na rizikové skupiny, tedy i mládež. Konkrétními aktivitami vedoucími k dosažení strategických cílů jsou strategické aktivity zaměřené na zvýšení znalostí o významu bezpečného sexu v prevenci HIV/AIDS a dosažení odpovídající změny sexuálního chování s využitím odborných článků, besed, výchovných akcí, televizních a rozhlasových pořadů, spotů a dalších médií, vytváření a nabídka vrstevnických programů směřujících k omezení dalšího šíření HIV (za přispění moderních technologií a komunikačních kanálů - Twitter, Facebook), vzdělávání zdravotnických, sociálních i dalších pracovníků (např. ve

věžeňství, školství apod.), využívání komunitních programů a poradenských středisek, zmapování rozsahu a realizace primární prevence HIV/AIDS na základních a středních školách, pokračování v realizaci výchovy ke zdravému životnímu stylu, včetně sexuální výchovy, primární prevence HIV/AIDS a uplatnění interaktivních aspektů ve výuce na základních a středních školách (24).

1.5.6 Účinnost preventivních programů

Pouze program, který má jasně definované cíle, je možné hodnotit. Téma účinnosti primární prevence je ale náročné. Účinnost či dopad na cílovou skupinu v sobě zahrnuje množství fenoménů, jakými jsou základní znalosti, dovednosti, názory a postoje nebo různé projevy, typy a vzorce chování. Účinnost lze samozřejmě ověřovat a měřit. Základním požadavkem na kterýkoli preventivní program je proto důkaz o tom, že u dané cílové skupiny způsobuje měřitelný a ověřitelný pozitivní efekt. Zda ovlivnil znalosti, postoje, názory a chování účastníků. Za skutečně účinný lze ale považovat pouze takový program, který prokazatelně ovlivní reálné chování cílové skupiny (5).

Dle průzkumu společnosti Median si většina společnosti myslí, že by informace o sexu měli žáci dostávat až na druhém stupni základních škol. Zároveň převládá názor, že primárně je tato problematika určena rodičům, až poté pedagogům (38). Tak, jak může nastat problém s předáváním informací v rámci rodiny, tak můžeme nalézt nedostatky i v prevenci ve výuce školní. Zejména v podobě hromadné výuky bez ohledu na věk a individuální zvláštnosti jedince a v nedostatečně kvalifikovaných (nebo naopak přehnaně zapálených) učitelích. Úroveň a rozsah témat sexuální výchovy se rovněž liší. Sexuální problematika je permanentní celoživotní záležitostí jedince a je důvodně zahrnuta v rámci primární prevence do školní výuky (37).

Z výše uvedeného bychom mohli dospět k závěru, že edukace dospělého obyvatelstva je z hlediska problematiky pohlavně přenosných chorob již nedůležitá. Přesto počet pohlavně přenosných chorob neklesá. Ba naopak. Nejčastěji se pohlavní nákaza týká věkové skupiny 20 - 39 let (39).

1.6 Vybrané sexuálně přenosné choroby

1.6.1 Chlamydiové infekce

Chlamydiové infekce jsou nevyzpytatelným a často dlouhotrvajícím onemocněním, a to i díky své zaměnitelnosti s mnoha jinými, méně závažnými onemocněními. V současnosti jsou známy čtyři druhy chlamydiových infekcí. *Chlamydia trachomatis*, *chlamydia pneumoniae*, *chlamydia psittaci*, *chlamydia pecorum* (40). Pro účely této práce se budu věnovat pouze druhu *chlamydia trachomatis*.

Klinická charakteristika: průběh onemocnění může být asymptomatický, akutní i vleklý chronický. Uvádí se, že 7 z 8 mužů má asymptomatický průběh. Pokud se projeví, vyskytne se otok nadvarlete, varlete, pálení při močení, febrilní stav s třesavkou. Infekce u žen probíhá taktéž převážně asymptomaticky nebo jen s nepatrnými příznaky. Může se objevit bělavý vaginální výtok, krvácení, mírné abdominální bolesti a erytém (zarudnutí). Při přidružené uretritidě výskyt frekventnější mikce a pálení při močení. O to závažnější jsou komplikace. Obzvláště opakované infekce mohou vést k zánětu pánevní oblasti, mimoděložnímu těhotenství a neplodnosti.

Stejně sérotypy se uplatňují v tropech a subtropích jako původci dalších onemocnění, jako např. očního trachomu (onemocnění očních tkání vedoucí ke zjizvení spojivek, rohovky a následné slepotě), lymphogranuloma venereum (léze na genitální sliznici, následný chronický zánět s obstrukcí lymfatických cév a zbytnění postižené oblasti) či původce perinatální infekce (získané během porodu infikovanými porodními cestami či postnatálně kontaminovanými rukama) (41).

Výskyt: onemocnění se vyskytuje celosvětově. Polovina všech sexuálně přenosných chorob je dle předpokladů chlamydiového původu. Prevalence ani incidence nálezů chlamydiového původu v České republice není znám (42).

Původce: bakterie *Chlamydia trachomatis*. Různé sérotypy vyvolávají různá onemocnění.

Zdroj: výhradně člověk se symptomatickou či asymptomatickou nákazou.

Přenos: sexuálním stykem, kontaminací genitálním sekretem.

Inkubační doba: 7 – 14 dní.

Vnímavost: všeobecná. Po prodělaném onemocnění zanechává imunitu pouze lokální, buněčnou. Reinfekce jsou běžné.

Epidemiologická opatření: zásady bezpečného sexu, vyhledávání, vyšetření, včasná léčba nemocných a jejich sexuálních kontaktů (42).

Diagnostika: přímý důkaz protilátek - MIF test (druhově specifický test), ELISA test (rodově specifický test), přímý průkaz DNA chlamydie trachomatis z tělesných tekutin.

Léčba: tetracykliny, makrolidová antibiotika, fluorované chinolony 2. a 3. generace (43).

1.6.2 Kapavka (gonorhea)

Kapavka je velmi nakažlivá bakteriální nákaza představující jednu z nejčastějších sexuálně přenosných chorob. Latinské označení pochází se slov „gonos“ (semeno) a „rhe“ (téci). Od počátku tedy odráží typický symptom tohoto onemocnění, stejně jako výraz český (44).

Klinická charakteristika: u mužů jsou příznaky nejprve spojené s močením (bodání, pálení, bolest), otokem a zarudnutím ústí močové trubice. Sekrece se vyvíjí od nevýrazné, přes hlenovitou až hustou hnisavou sekreci, někdy s příměsí krve. Po delší době sekrece ustává (45). Neléčená nebo pozdě léčená kapavka u mužů může mít za následek neplodnost v důsledku obstrukce vývodných pohlavních cest (46). U žen mohou být příznaky nenápadné a snadno přehlédnutelné. Onemocnění se projevuje výtokem v důsledku zánětu děložního hrdla s přidruženým zánětem močové trubice (pálení, nutkání na močení). Při přestupu příznaky endometritidy (zánět dělohy - bolest v podbříšku, citlivost dělohy). Často podceňovaným, ale důležitým symptomem je krvácení mimo cyklus. Postihne-li onemocnění vejcovody nebo pánevní pobříšnici, projeví se příznaky systémové infekce a to vzestup leukocytů, sedimentace erytrocytů a C-reaktivního proteinu. Kapavkou může být postiženo i rektum a spojivka. V těhotenství může být gonorea příčinou předčasného porodu či septického potratu. Při

porodu může dojít k infikování a vzniku novorozenecké konjunktivitidy, která může vést až ke slepotě. To bylo v 19. století důvodem k zavedení tzv. kredeizace, tedy aplikace antiseptického přípravku do spojivkového vaku novorozenců (47).

Výskyt: celosvětově rozšířená a velmi častá nákaza s typickým výskytem zejména u mladých dospělých, typicky v kategorii 15 – 19 let (75 % nákaz) (44). Riziko přenosu z jedné vaginální soulože z muže na ženu je asi 50 %, z ženy na muže 20 % (47). Onemocnění podléhá hlášení a v České republice je ročně zaznamenáno okolo 1000 případů. Skutečný počet je však mnohem vyšší. Novorozenecká konjunktivitida je v České republice zaznamenána jen velmi ojediněle (42).

Původce: gram-negativní diplokok *Neisseria gonorrhoe*, krátce nazýván „gonokok“.

Zdroj: výhradně infikovaný člověk. Častější nosičství u žen z důvodu asymptomatické infekce.

Přenos: pohlavním stykem, novorozenci při porodu infikovanými porodními cestami.

Inkubační doba: 3 – 6 dní (výjimečně 1 – 14 dní).

Vnímavost: všeobecná, reinfekce běžné – gonorea nezanechává imunitu (42).

Epidemiologická opatření: zásady bezpečného sexu, povinná, včasná a dostatečná léčba nemocných, vyhledávání nemocných, jejich vyšetření a léčba jejich kontaktů. Screeningová vyšetření těhotných žen na kapavku se dnes neprovádí. Vhodné je zvážit u žen s rizikovým sexuálním chováním (47).

Diagnostika: průkaz bakterie nejčastěji vyšetřením PCR, případně tzv. barvicí test.

Léčba: antibiotika. V současnosti se preferuje jednorázová léčba - Azitromycin, Ofloxacin, Ceftriaxon. Nejúčinnějším lékem je Doxycyklin, který je ovšem nutno užívat po dobu 7 dnů (47).

1.6.3 Trichomoniáza

Původcem trichomoniázy je prvok zvaný bičenka poševní, latinsky *trichomonas vaginalis*. Bičenka patří k typu prvoků zvanému bičíkovci (též flagelanti), kteří se nazývají podle bičíků, kterými se pohybují (48).

Klinická charakteristika: u mužů trichomoniázy obývají močovou trubici, prostatu a semenné vajíčky. Přesto je výskyt téměř vždy bezpříznakový, případně s náznakem zánětu močové trubice. Muž s bezpříznakovým průběhem je častým a stálým zdrojem infekce u ženy (49). U žen se objevuje zelenožlutý zpeněný výtok, svědění s bolestivostí zevních rodidel a hráze. U mužů svědění, bolestivost po pohlavním styku a pálení po močení. Některé ženy mají mírný průběh a bývají skrytými nosiči. Nákaza trichomoniázou se často vyskytuje společně s kapavkou (50). Neléčená může vést ke gynekologickým komplikacím a může způsobit i sterilitu.

Výskyt: jde o kosmopolitně rozšířené onemocnění. Velmi často se vyskytuje u dospívajících a mladých dospělých. Dle odhadů WHO se během života nakazí trichomonádami 20 % žen. Roční výskyt ve světě je odhadován na téměř 200 mil. případů. Přehled o prevalenci a incidenci v České republice chybí (42).

Původce: prvok *Trichomonas vaginalis* – bičíkovec (3 - 5 bičíků). Velmi citlivý na zevní prostředí.

Zdroj: infikovaný člověk s manifestovanou, ale častěji s inaparentní nákazou (muž).

Přenos: výhradně pohlavním stykem.

Inkubační doba: 4 – 20 dnů, nejobvykleji 7 dnů.

Vnímavost: všeobecná, imunita nevzniká, opakovaná nákaza není výjimečná

Epidemiologická opatření: zásady bezpečného sexu. Včasná léčba nemocných, vyhledávání a vyšetřování nakažených a léčba jejich sexuálních partnerů (42).

Diagnostika: mikroskopická, důkaz živých trichomonád ve vzorku sekretu. Lze prokázat i kultivací.

Léčba: Metronidazol v jedné dávce – účinný až u 95 % žen. U mužů jednorázová léčba nejistá, proto 7 denní léčba. Zdržení se pohlavního života do ukončení léčby (51).

1.6.4 Syfilis (lues, příjice)

Není tomu tak dávno, kdy nejobávanější pohlavně přenosnou chorobou byl právě syfilis. Například v době renesance počtem úmrtí překonal obávaný mor. Během prvotní epidemie si vyžádal pět milionů mrtvých. K jeho šíření docházelo velice často od zahraničních námořníků. Zlom nastal objevením původce onemocnění a nasazením

léků na bázi arzeniku. Průlomovým ovšem bylo jeho nahrazení mnohem účinnějším penicilinem ve 40. letech (52).

Klinická charakteristika: průběh nemoci má tři typická stádia. První stádium (primární syfilis): v místě vniknutí infekce do organismu se objeví tvrdý nebolestivý vřed. Posléze se samovolně vyhojí. Po 6ti týdnech dochází ke zduření okolních lymfatických uzlin (malá pánev, třísla). Druhé stádium (sekundární syfilis): za 9 týdnů od nákazy se objeví vyrážka po celém těle. Skvrny či puchýře hnědočervené barvy, syfilitická angína s typickými projevy, vysoce infekční condylomata lata (macerované papuly) okolo konečníku. Třetí stádium (terciární): vzniká 5 až 30 let po nákaze. Tvoří se nekrotická ložiska (granulomy – gummata) na vulvě a pochvě. Rozpadající uvolňují sekret. Bývá postižen nervový a kardiovaskulární systém (53). Postižení nervového systému se vyvíjí pomalu. Po dlouhou dobu je nakažený bez viditelných příznaků, následně se objevují poruchy rovnováhy, bolesti dolních končetin a změny zornic. Časem se ale u neléčených vyskytnou poruchy chování, podrážděnost, mánie, nespolečenské hrubé chování, megalomanské bludy až vývoj demence. Onemocnění končí rozpadem osobnosti (54). Choroba je nebezpečná nejen pro dospělé osobu, ale i pro vyvíjející se plod. Otěhotní-li žena nakažená syfilisem a nedojde-li k včasné léčbě, končí těhotenství potratem či porodem odumřelého plodu. V dřívějších dobách nešlo o nic výjimečného. Dnes se tomu předchází vyšetřením v prenatální poradně, kdy již při první návštěvě je odebrána krev na vyšetření. Nakazí-li se žena během těhotenství, narodil by se novorozenec živý, ale těžce postižený (55).

Výskyt: celosvětový. V České republice je ročně hlášeno několik set případů primární syfilis, několik desítek sekundární syfilis. Vrozené případy se u nás vyskytují velmi výjimečně (7).

Původce: Spirocheta Treponema pallidum.

Zdroj: výhradně infikovaný člověk včetně prvních latentních let (42).

Přenos: pohlavním stykem (90 %), v kontaktu s lézí lze i líbáním, transplacentárně, infikovaným předmětem (tetovací jehla, narkomani) v rozvojových zemích transfúzí nevyšetřené krve.

Inkubační doba: 9 – 90 dní, zpravidla 3 týdny (15).

Vnímavost: všeobecná, imunita po onemocnění pouze částečná, při včasné léčbě se dostatečně nerozvine.

Epidemiologická opatření: uplatňování zásad bezpečného sexu, sérologické vyšetřování těhotných žen, povinné hlášení, vyšetřování a léčení nakažených a jejich kontaktů (42).

Diagnostika: mikroskopická – tzv. mikroskopie v zástinu, sérologické testy, PCR cca 4 týdny po vzniku vředu (15).

Léčba: antibiotika – Penicilin. Při alergiích na penicilin je použit Tetracyklin. Doba je závislá na stádiu onemocnění (52).

1.6.5 Hepatitidy

Hepatitida, neboli žloutenka je zánět jater, způsobený nejčastěji virovou infekcí. Existuje 5 hlavních typů hepatitidy označovaných jako typ A, B, C, D a E. Těchto pět typů vyvolává největší obavy, protože se jedná o vážná onemocnění s rizikem pro vypuknutí a šíření epidemie, způsobující smrt. Zejména typy B a C vedou k chronickým onemocněním u milionů lidí. Jsou nejčastější příčinou jaterní cirhózy a rakoviny (56).

1.6.5.1 Hepatitida B

Hepatitida B je důležitým globálním problémem ve zdravotnictví. Může způsobit chronické onemocnění jater a chronické infekce. Jde o potenciálně život ohrožující onemocnění jater v důsledku cirhózy jater a rakoviny jater.

Klinická charakteristika: většina nakažených nemá žádné příznaky. Během akutní fáze se mohou objevit příznaky včetně zežloutnutí kůže a očí (žloutenka), tmavé moči, extrémní únavy, nevolnosti, zvracení a bolestí břicha, trvající po několik týdnů. Více než 90 % zdravých dospělých, nakažených virem hepatitidy B se zcela zotaví a zbaví viru do šesti měsíců. U některých lidí však virus způsobí chronické jaterní infekce, které se později mohou vyvinout do jaterní cirhózy nebo v rakovinu jater. U dítěte mladšího 6ti let se pravděpodobně vyvine chronicky. Nejpravděpodobněji u dítěte do jednoho

roku věku (57).

Výskyt: celosvětově. V současnosti ve světě počet nakažených činí 240 milionů lidí. V ČR se díky očkování počet nově nakažených snižuje. V posledních letech ročně cca 200 osob. Nejvíce případů ve skupině 25 - 35 let. Počet nosičů cca 50.000 (58). Nejvíce hepatitidy B se vyskytuje v subsaharské Africe a východní Asii.

Původce: virus hepatitidy B – hepadnavirus, k nákaze stačí mikroskopické množství.

Zdroj: výhradně nemocný člověk nebo nosič.

Přenos: prostřednictvím kontaktu s tělními tekutinami infikované osoby (v menším množství se vyskytuje i v potu, slzách, moči a mateřském mléce) či kontaminovanými předměty. Vstupní branou bývají oděrky na kůži a sliznici.

Způsoby přenosu:

- během sexuálního kontaktu – v ČR nejčastěji
- uživatelé drog použitím kontaminovaných jehel
- v důsledku profesionální expozice (poranění jehlou)
- krví (krevní transfúze, operační výkony, zubní ošetření)
- použitím cizích hygienických potřeb (ručník, kartáček na zuby, holení, apod.)
- ve vysoce endemických oblastech z matky na dítě při porodu a v raném dětství z člověka na člověka (57).

Inkubační doba: 30 až 180 dnů, průměrně 75.

Vnímavost: všeobecná. Po prodělané infekci zanechává doživotní imunitu (58).

Epidemiologická opatření: vakcína proti hepatitidě B je k dispozici od roku 1982. Účinná je v 95 % případů (57). V ČR – děti starší 3 měsíců v rámci plošného očkování a vybrané skupiny obyvatel vysoce ohrožených rizikem nákazy virem hepatitidy B (59).

Diagnostika: krevní testy - detekce povrchového antigenu hepatitidy B - HBsAg.

Léčba: specifická léčba neexistuje. Péče v akutní fázi zaměřena na klid na lůžku a dietní opatření včetně pitného režimu. V chronické fázi jsou někdy podávána antivirotika zpomalující progresi cirhózy. U cirhózy možnost transplantace jater (57).

1.6.5.2 Hepatitida C

Virus žloutenky typu C byl objeven až koncem osmdesátých let 20. století, kdy se začaly množit případy žloutenek u pacientů po krevní transfuzi, které nebyly způsobeny žloutenkou typu A ani B. Virus je nebezpečný tím, že může dlouho probíhat skrytě (58).

Klinická charakteristika: virus hepatitidy C může způsobit akutní i chronické infekce v rozsahu trvání několika týdnů i celoživotní onemocnění. Akutní infekce je obvykle asymptomatická a jen velmi zřídka ohrožuje jedince na životě. Pokud se projeví, objeví se horečka, únava, snížená chuť k jídlu, nevolnost, zvracení, bolesti břicha, tmavá moč, světlá stolice, bolesti kloubů a žluté zbarvení kůže. 15 - 40 % osob se spontánně vyléčí do šesti měsíců bez jakékoli léčby. U zbývajících částí se vyvine chronická infekce. Riziko výskytu cirhózy jater je 15 - 30 %.

Výskyt: celosvětově. Asi 130 až 150 milionů lidí na celém světě trpí chronickou hepatitidou C. Nejvíce postiženými regiony jsou severní Afrika a střední a východní Asie (60). V ČR diagnostikováno ročně zhruba 800 nových případů. Po prodělaném onemocnění není imunita (58).

Původce: virus hepatitidy C–flavivirus.

Zdroj: výhradně infikovaný člověk.

Přenos: parenterálně především přímým kontaktem s lidskou krví. Hepatitida C se nešíří do mateřského mléka, potravin nebo vody, nelze přenést běžným kontaktem.

Způsoby přenosu:

- během sexuálního kontaktu
- z matky na dítě
- injekční užívání drog prostřednictvím sdílení pomůcek
- nesterilně provedené tetování nebo piercing
- v některých zemích prostřednictvím nevyšetřené krve a krevních produktů (u nás do roku 1992)
- ve zdr. zařízeních nedostatečnou sterilizací, prostřednictvím pomůcek (60).

Inkubační doba: 14 dnů až 6 měsíců (59).

Vnímavost: všeobecná. Onemocnět lze opakovaně.

Epidemiologická opatření: účinná vakcína doposud neexistuje. Prevencí je zamezení kontaktu s lidskou krví, vyšetřování krve a krevních produktů, zásady bezpečného sexu, protidrogová opatření, atd.

Diagnostika: serologické vyšetření krve – na anti-HCV protilátky, následně test nukleové kyseliny HCV RNA, jež potvrdí chronickou infekci. Následné zhodnocení stupně poškození jater.

Léčba: trvá cca rok, je úspěšná u okolo 60 % pacientů. Podává se interferon či ribavirin a léky podporující jaterní funkce. Při poškození jater se zvažuje transplantace (60).

1.6.6 HIV/AIDS

Virus HIV pravděpodobně vznikl ve 20-30 letech minulého století, kdy došlo k přenosu viru (SIV) ve východní Africe z šimpanze na člověka. Nejstarší průkaz HIV pozitivity se datuje do roku 1959, místem Kinshasa (Zair, Demokratická republika Kongo). Od prvního popsání onemocnění AIDS v roce 1981 neexistuje žádná země, která by nebyla zasažena (61). Virus lidské imunodeficiency je podobný virům, které způsobují např. obyčejnou chřipku. Rozdíl je v tom, že s virem HIV si imunitní systém neumí poradit. Virus napadá T buňky, nebo CD4 buňky, které tělo využívá v boji proti infekcím a onemocněním, a ničí je. Když jich zničí virus HIV dostatek, nemůže organismus bojovat s infekcemi a nákaza virem HIV přejde v onemocnění AIDS. Zkratka znamená Akvizice (lze pouze získat), Immuno (imunitní systém), Deficit (pokud je již imunita nedostatečná), Syndrom (soubor příznaků onemocnění). AIDS je konečné stádium infekce HIV. V této fázi je imunitní systém těžce poškozen a hrozí zde velké riziko oportunních infekcí (62).

Klinická charakteristika: příznaky se liší v závislosti na fázi onemocnění. Během 2-4 týdnů po nákaze infekcí HIV se mohou objevit příznaky podobné chřipce. Jde o prvotní obranou reakci proti infekci HIV. Může se objevit horečka (nejčastěji), zduřelé uzliny, bolest v krku, vyrážka, únava, bolest svalů a kloubů, bolest hlavy. Tento stav se nazývá akutní retrovirální syndrom nebo infekce primární HIV. Ne vždy se takto projeví

a mnozí lidé vůbec netuší, že jsou infikovaní. Po počáteční fázi nastává fáze latence. Latencí se rozumí období, kdy virus žije a vyvíjí se v organismu, aniž by se projevoval. HIV je aktivní, ale reprodukuje se na velmi nízké úrovni. S tímto stádiem lze žít i několik desetiletí za pomoci antiretrovirové terapie (ART). Bez léčby trvá toto období v průměru 10 let, průběh může být i rychlejší. Virus HIV oslabí imunitní systém tak, že latence přejde na AIDS (syndrom získaného selhání imunity). Projeví se těmito příznaky: rychlé hubnutí, opakující se horečka či noční pocení, extrémní nevysvětlitelná únava, dlouhodobé otoky lymfatických uzlin v podpaží, tříslech, na krku, déle než týden trvající průjem, vředy v ústech, na konečníku či pohlavních orgánech, pneumonie, skvrny (červené, hnědé, růžové purpurové) na nebo pod kůží, v ústech, nose, na víčkách, ztráta paměti, změny psychiky, neurologické poruchy. Mnoho příznaků a komplikací se vyskytuje v důsledku oportunních infekcí vlivem poškozené imunity. Onemocnění AIDS končí smrtí následkem neschopnosti organismu čelit infekci. **Výskyt:** celosvětově. Dle posledních odhadů je nakažených 35,3 milionů lidí po celém světě. V ČR cca 2250 osob (7).

Původce: HIV (Human Immunodeficiency Virus), skupina lidských retrovirů. Dva typy. HIV-1 je rozšířen po celém světě, HIV-2 víceméně pouze na africkém kontinentě (61).

Zdroj: výhradně infikovaný člověk.

Přenos: virus HIV se nachází ve velké koncentraci v tělních tekutinách, zejména v krvi, spermatu, vaginálních tekutinách a v mateřském mléce. Zdravotníkům hrozí velké riziko při kontaktu s plodovou vodou, mozkomíšním mokem a synoviálními tekutinami. Ostatní tělní tekutiny (výkaly, hleny, sliny, moč, pot, apod.) neobsahují dostatek viru HIV, který by mohl vést k nákaze. Ovšem v případě, že neobsahují také krev.

Způsoby přenosu:

- během sexuálního kontaktu: vaginální, anální, orální sex s HIV pozitivním partnerem: do krevního oběhu se virus dostane prostřednictvím

mikroskopických trhlin. Mnohem větší riziko nastává, pokud osoba má již jiné STD onemocnění

- během těhotenství, porodu, kojení: neustálý kontakt s tělními tekutinami (plodová voda, krev, porodní cesty, mateřské mléko)
- v důsledku injekčního užívání drog: sdílení jehel
- v důsledku profesionální expozice: zdravotničtí pracovníci, poraněním, ale také vstříknutím tělní tekutiny do očí, úst, otevřené rány
- v důsledku krevní transfúze nakaženou krví, transplantací orgánu: ve vyspělých zemích vzácné díky screeningovým vyšetřením (62).

Inkubační doba: měsíce až roky.

Vnímavost: všeobecná. Vyšší osoby s jinými STI.

Epidemiologická opatření: dle WHO - striktní používání kondomu, osvěta, testování, poradenství v boji proti HIV a sexuálně přenosným chorobám, antiretrovirové léky na bázi prevence, preventivní mužská obřízka, Harm reduction pro injekční uživatele drog, vyloučení přenosu HIV z matky na dítě (63).

Diagnostika: test HIV – test na protilátky proti HIV. S jistotou lze potvrdit či vyvrátit až 3 měsíce po nákaze.

2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

Zjistit účinnost preventivních programů v primární prevenci sexuálně přenosných chorob u studentů Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity.

2.2 Hypotézy

H 1: Mladí lidé získávají více informací o nebezpečí sexuálně přenosných chorob z médií a ze strany vrstevníků než od školy a rodičů.

H 2: Zkušenost s náhodným sexem má čtvrtina respondentů.

H 3: Ženy mají více znalostí o sexuálně přenosných chorobách než muži.

H 4: Ženy dodržují zásady bezpečného sexu spíše než muži.

3 METODIKA

3.1 Popis použité metody

Ke sběru empirických dat byl použit kvantitativní výzkum, metoda dotazování, technika anonymního dotazníku.

Dotazník je formou písemného dotazování, kdy jsou otázky sestavené v předem připraveném formuláři (64). Tato technika umožňuje získání informací od velkého počtu respondentů, na které jsou kladeny vyšší nároky spojené s ochotou dotazovaných odpovídat, a vyplnit všechny předložené otázky (65).

Dotazník byl sestaven dle vlastního uvážení tak, aby sloužil k získání dat vedoucím ke splnění stanoveného cíle. Dotazník obsahuje 36 otázek, z nichž jsou 2 otázky otevřené, 3 otázky polouzavřené a 31 otázek uzavřených. Pouze u jedné otázky bylo možné vybrat více odpovědí (viz Příloha č.1). První otázky jsou zaměřené na identifikační údaje, tedy na pohlaví, věk, studijní obor a ročník. Zbylá část slouží ke zjištění znalostí, zkušeností a zvyklostí (chování) v oblasti sexuálního chování a názorů spojených s prevencí sexuálně přenosných chorob.

3. 2 Charakteristika výzkumného vzorku

Základní soubor byl tvořen studenty Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Za výzkumný soubor byli vybráni studenti všech oborů prezenčního bakalářského studia Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

3. 3 Vlastní realizace výzkumu

Před samotným výzkumem byl proveden předvýzkum u 10ti náhodně vybraných studentů bakalářského studia Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Předvýzkum sloužil k ověření výzkumné techniky, vhodnosti jejího použití, ke zhodnocení formulace otázek a jejich srozumitelnosti pro respondenty.

Vlivem předvýzkumu byly některé otázky upraveny, přeformulovány a u některých otázek byl rozšířen výběr možných odpovědí.

Dotazování proběhlo v období od 10. března do 10. dubna 2014. Dotazník byl vytvořen jako webový formulář, jehož odkaz, URL link, byl s průvodním dopisem rozeslán na ročníkové e-maily všech studijních, prezenčních, bakalářských oborů Zdravotně sociální univerzity. Studenti byli současně poučeni o absolutní anonymitě odpovědí. Ke zvýšení návratnosti jsem po 14 dnech rozeslala urgenci o vyplnění dotazníku. Celkový počet studentů bakalářských prezenčních oborů Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity činil 1047 studentů. Odpovědí, obdržených prostřednictvím vyplněného formuláře, bylo 568. Z tohoto počtu muselo být 37 dotazníků vyřazeno na základě neúplného vyplnění. Řádně vyplněných dotazníků tedy bylo 531. Návratnost činila 51 %.

Pro zpracování dat byly použity grafy výsečové, zachycující příspěvek každé hodnoty k celkovému počtu, skupinové sloupcové a skládané sloupcové grafy, které porovnávají hodnoty pro určité kategorie, graf skupinový pruhový, porovnávající určité kategorie a graf spojnicový, zachycující trend za určitou dobu.

4 VÝSLEDKY

V této části jsou uvedena data získaná z vyplněných dotazníků.

4.1 Popisná statistika

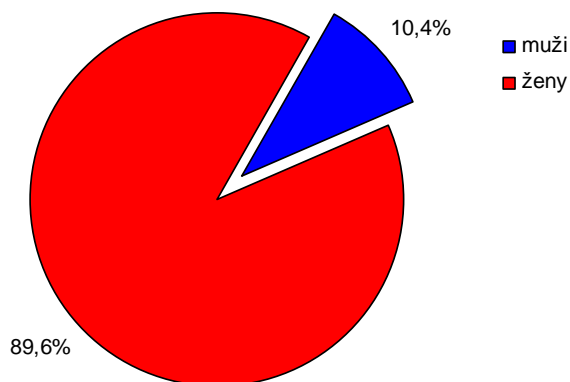
Dosažené výsledky byly nejprve pro přehlednost zobrazeny pomocí tabulek a grafů. Hodnoty byly přepočítány na procenta s přesností na jedno desetinné místo.

Tabulka 1: Pohlaví respondentů

Pohlaví	Počet
muž	55
žena	476
celkem	531

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 1: Respondenti dle pohlaví



Zdroj: vlastní výzkum

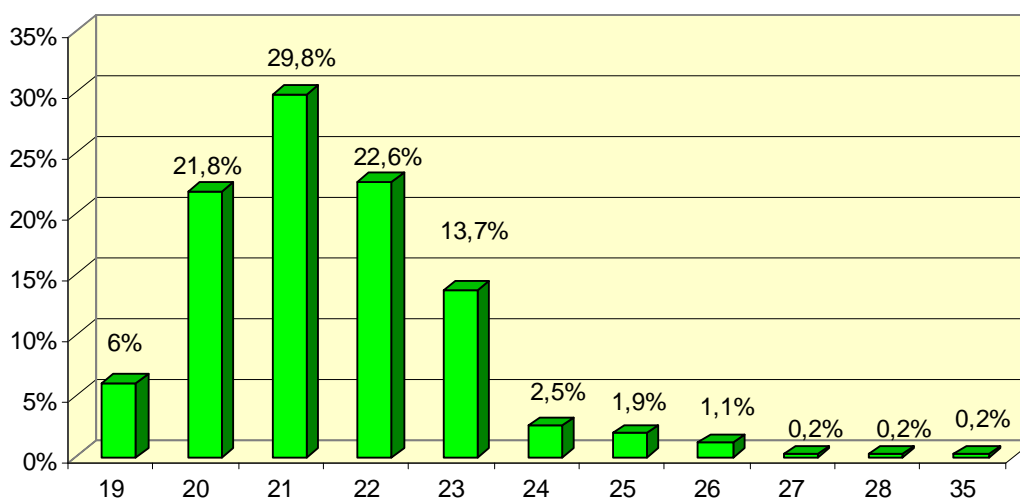
Ve zkoumaném souboru bylo celkem 531 respondentů. Z tohoto počtu bylo 10,4 % (55) mužů a 89,6 % (476) žen.

Tabulka 2: Věk respondentů

Věk	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	35
muži	1	5	14	8	15	5	5	2	0	0	0
ženy	31	111	144	112	58	8	5	4	1	1	1
celkem	32	116	158	120	73	13	10	6	1	1	1

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 2: Respondenti dle věkového zastoupení



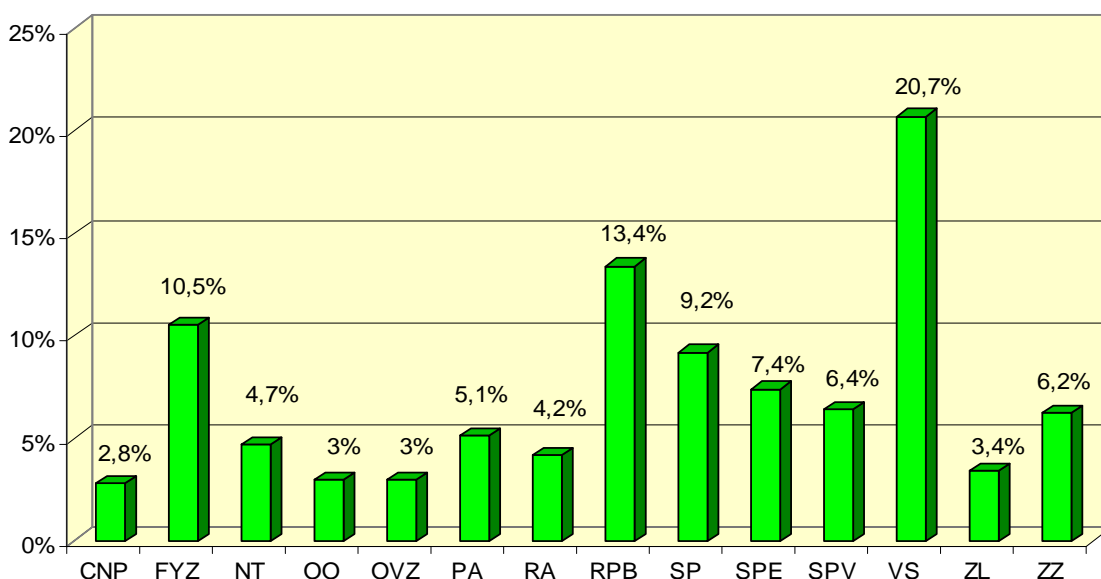
Zdroj: vlastní výzkum

Soubor tvoří 32 studentů (6 %) ve věku 19 let, 116 studentů (21,8 %) ve věku 20 let, 158 studentů (29,8 %) ve věku 21 let, 120 studentů (22,6 %) ve věku 22 let, 73 studentů (13,7 %) ve věku 23 let, 13 studentů (2,5 %) ve věku 24 let, 10 studentů (1,9 %) ve věku 25 let, 6 studentů (1,1 %) ve věku 26 let, ve věkové kategorii 27, 28, 35 let je po jednom studentovi (celkem 0,6 %).

Tabulka 3: Studovaný obor

Obor	CNP	FYZ	NT	OO	OVZ	PA	RA	RPB	SP	SPE	SPV	VS	ZL	ZZ
muži	5	11	1	3	1	0	7	7	2	1	2	2	1	12
ženy	10	45	24	13	15	27	15	64	47	38	32	108	17	21
celkem	15	56	25	16	16	27	22	71	49	39	34	110	18	33

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 3: Respondenti dle studovaného oboru

Zdroj: vlastní výzkum

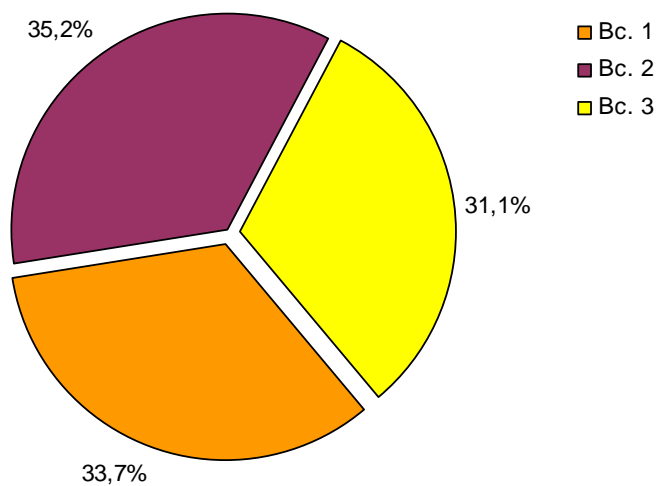
Z celkového počtu je 15 respondentů (2,8 %) z oboru Civilní nouzová připravenost, 56 respondentů (10,5 %) z oboru Fyzioterapie, 25 respondentů (4,7 %) z oboru Nutriční terapeut, 16 osob (3 %) z oboru Ochrana obyvatelstva se zaměřením na CBRNE, 16 osob (3 %) z oboru Ochrana veřejného zdraví. 27 respondentů (5,1 %) z oboru Porodní asistentka, 22 respondentů (4,2 %) s oboru Radiologický asistent, 71 osob (13,4 %) z oboru Rehabilitační psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory, 49 respondentů (9,2 %) z oboru Sociální práce, 39 respondentů (7,4 %) z oboru Speciální pedagogika a 34 osob (6,4 %) z oboru Sociální pedagogika a vychovatelství. 110 osob (20,7 %) je z oboru Všeobecná sestra. Z oboru Zdravotnický laborant odpovědělo 18 respondentů (3,4 %) a z oboru Zdravotnický záchranář 33 osob (6,2 %).

Tabulka 4: Studovaný ročník

Ročník	Bc. 1	Bc.2	Bc. 3
muži	9	28	18
ženy	170	159	147
celkem	179	187	165

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 4: Respondenti dle studovaného ročníku



Zdroj: vlastní výzkum

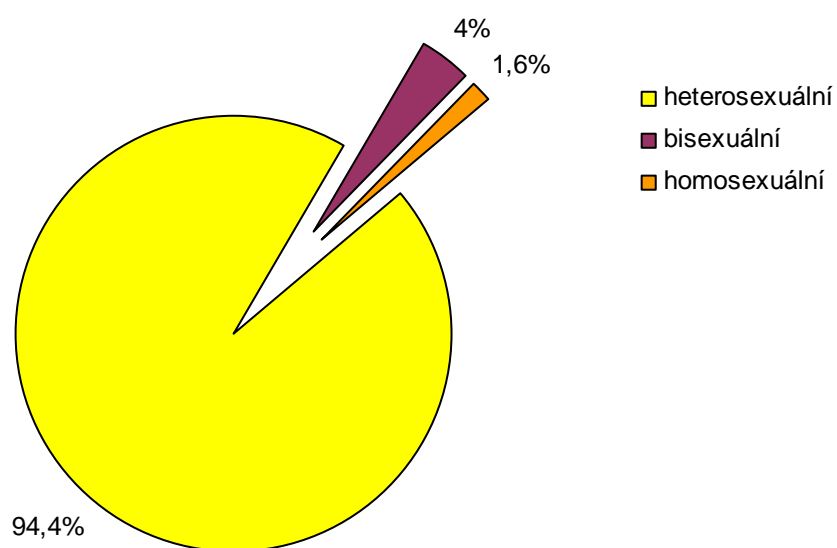
Z celkového počtu bylo 179 osob (33,7 %) z prvního ročníku bakalářského studia, 187 respondentů (35,2 %) z druhého ročníku bakalářského studia a 165 respondentů (31,1 %) z třetích ročníků bakalářského studia.

Tabulka 5: Sexuální orientace

Sexuální orientace	Heterosexuální	Bisexuální	Homosexuální
muži	49	4	2
ženy	452	17	7
celkem	501	21	9

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 5: Respondenti dle sexuální orientace



Zdroj: vlastní výzkum

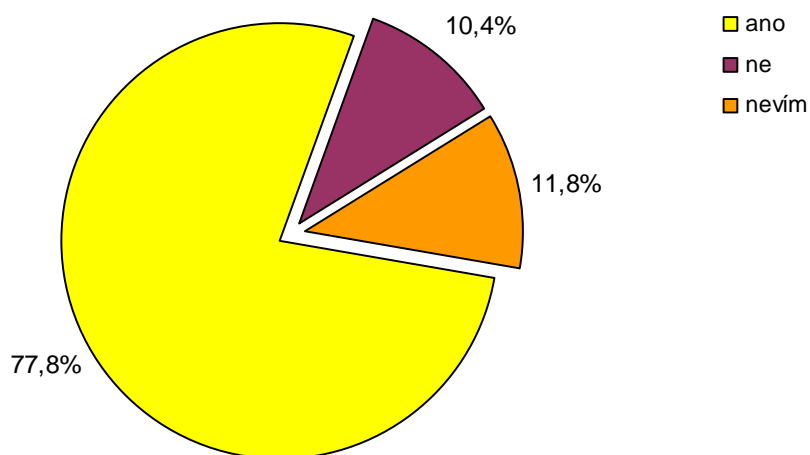
Z 531 respondentů je 501 respondentů (94,4 %) heterosexuálních, 21 respondentů (4 %) bisexuálních a 9 respondentů (1,6 %) uvedlo orientaci homosexuální.

Tabulka 6: Subjektivní informovanost respondentů

Informovanost	Ano	Ne	Nevím
muži	44	4	7
ženy	369	51	56
celkem	413	55	63

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 6: Respondenti dle subjektivní informovanosti



Zdroj: vlastní výzkum

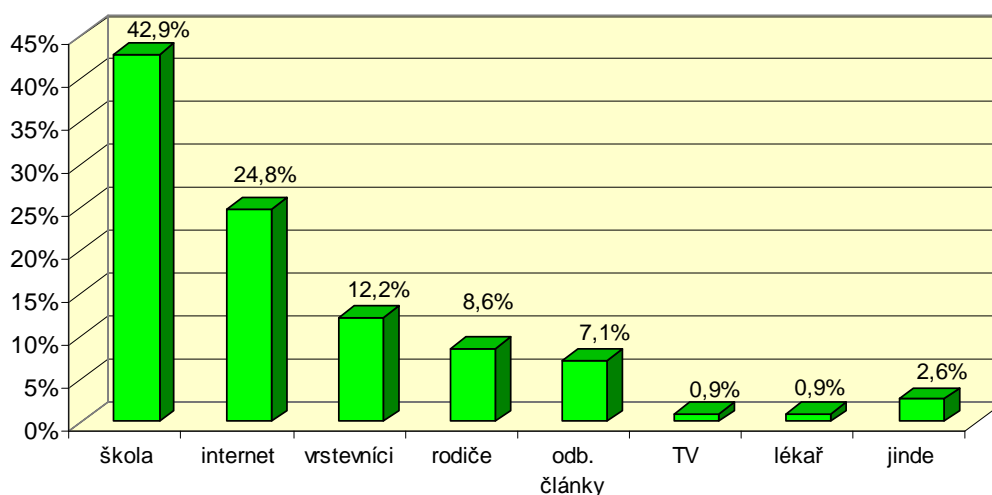
Z celkového počtu 531 respondentů se 413 respondentů (77,8 %) domnívá, že má dostatek informací z oblasti reprodukčního zdraví a sexuálně přenosných chorob, 55 respondentů (10,4 %) uvedlo, že nemá dostatek informací, 63 respondentů (11,8 %) neví, zda má dostatečné informace o sexuálně přenosných chorobách a reprodukčním zdraví.

Tabulka 7: Zdroj informací

Zdroj	Škola	Internet	Vrstevníci	Rodiče	Odb. články	TV	Lékař	Jiný zdroj				
								více	odb. knihy	sestra	praxe	seminář ČČK
muži	21	18	7	2	4	1	0	2	0	0	0	0
ženy	206	113	58	44	34	4	5	6	3	1	1	1
celkem	227	131	65	46	38	5	5	8	3	1	1	1

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 7: Respondenti dle zdroje informací



Zdroj: vlastní výzkum

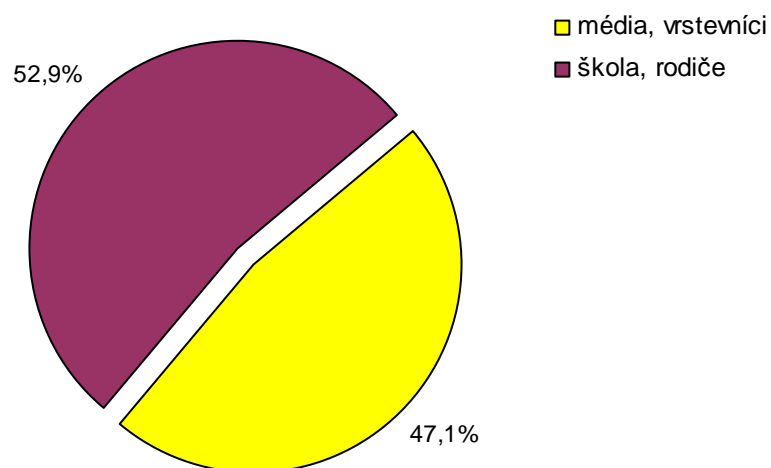
Z celkového počtu se 227 respondentů (42,9 %) dozvědělo nejvíce informací ohledně sexuálního života a sexuálně přenosných chorob při školní výuce. 131 (24,8 %) respondentů z internetu, 65 respondentů (12,2 %) při hovorech s vrstevníky, 46 respondentů (8,6 %) má informace od rodičů, 38 osob (7,1 %) má informace z odborných článků v časopisech a novinách, 5 respondentů (0,9 %) má informace z televize, stejný počet získalo nejvíce informací od svého lékaře. 14 respondentů (2,6 %) uvedlo jinou možnost - 8 respondentů má informace z více zdrojů, z odborných knih získali informace 3 respondenti, 1 respondent uvedl jako hlavní zdroj informací svou starší sestru, 1 respondent uvedl informace získané vlastní praxí, 1 seminář.

Tabulka 8: Respondenti dle informací - od rodičů a školy / z médií a od vrstevníků

Zdroj	Škola	Rodiče	Média				Vrstevníci
			internet	odborné články	TV	odborné knihy	
muži	21	2	18	4	1	0	7
ženy	206	44	113	34	4	3	58
celkem	273		242				

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 8: Respondenti dle zdroje informací – rodiče a škola / média a vrstevníci



Zdroj: vlastní výzkum

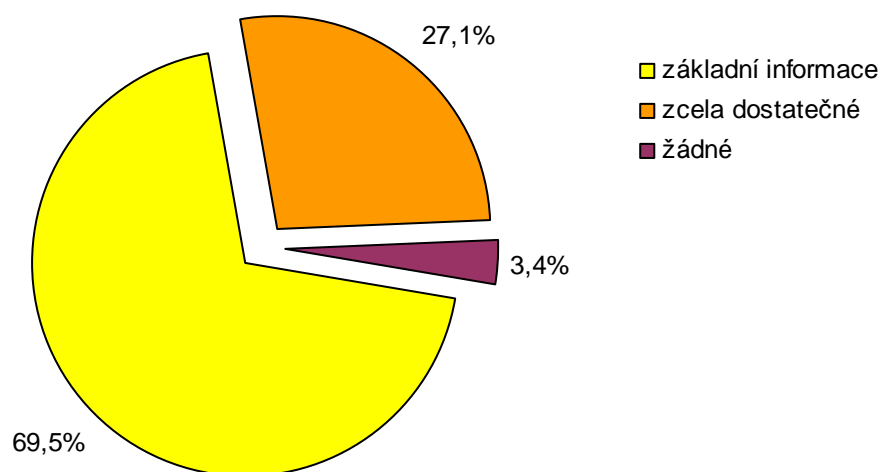
Škola a rodiče byly hlavním zdrojem informací u 273 respondentů (52,9 %). 242 respondentů (47,1 %) uvedlo jako hlavní zdroj informací média a vrstevníky.

Tabulka 9: Kvalita informací získaných při školní výuce

Kvalita informací	Základní informace	Zcela dostatečné	Žádné
muži	42	11	2
ženy	327	133	16
celkem	369	144	18

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 9: Respondenti dle kvality informací získaných při školní výuce



Zdroj: vlastní výzkum

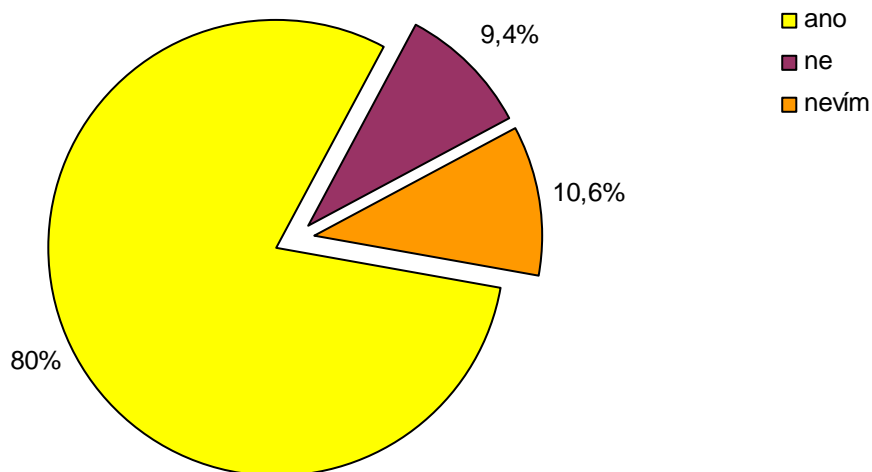
Z celkového počtu 531 respondentů uvedlo 369 z nich (69,5 %), že škola jim poskytla základní informace. 144 respondentů (27,1 %) uvedlo, že škola jim poskytla veškeré informace, které potřebovali, 18 respondentů (3,4 %) se ve škole nedozvěděli žádné informace ohledně sexuálně přenosných chorob.

Tabulka 10: Názor na rozšíření výuky k danému tématu

Rozšíření školní výuky	Ano	Ne	Nevím
muži	40	6	9
ženy	385	44	47
celkem	425	50	56

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 10: Respondenti dle názoru na rozšíření výuky



Zdroj: vlastní výzkum

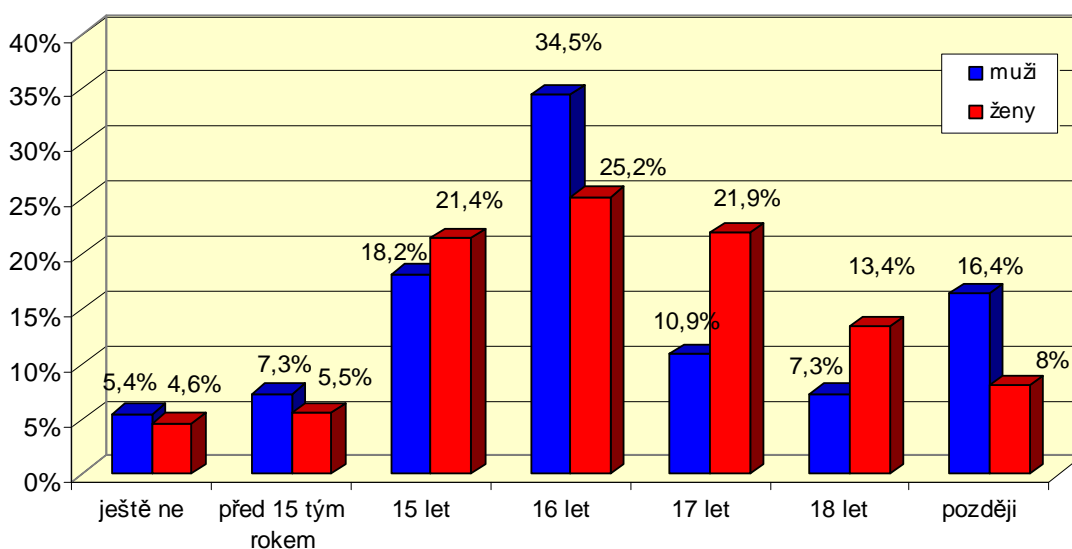
425 respondentů (80 %) si myslí, že by se mělo při školní výuce věnovat více času reprodukčnímu zdraví a sexuálně přenosným chorobám. 50 respondentů (9,4 %) se domnívá, že se při školní výuce není třeba více věnovat výuce výše uvedeného. 56 osob (10,6 %) neví, zda by bylo vhodné věnovat více času výuce výše uvedeného.

Tabulka 11: Věk prvního pohlavního styku

Věk	15	16	17	18	Později	Před 15	Ještě ne
muži	10	19	6	4	9	4	3
ženy	102	120	104	64	38	26	22
celkem	112	139	110	68	47	30	25

Zdroj: vlastní výzkum

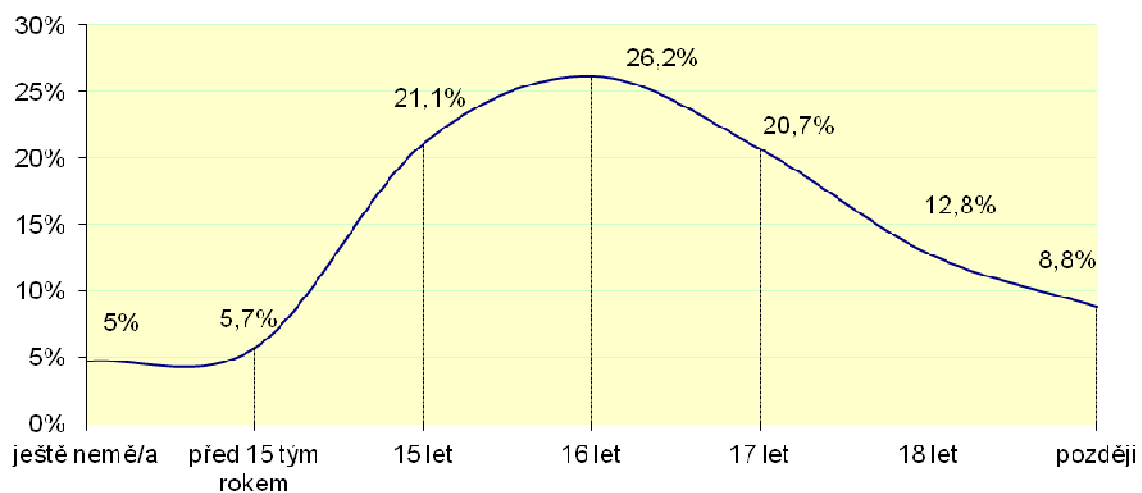
Graf 11: Respondenti dle pohlaví a věku – první pohlavní styk



Zdroj: vlastní výzkum

Pohlavní styk ještě nemělo 10 mužů (5,4 %) a 22 žen (4,6 %). Před patnáctým rokem souložili 4 muži (7,3 %) a 26 žen (5,5 %), v patnácti letech 10 mužů (18,2 %) a 102 žen (21,4 %), v šestnácti 19 mužů (34,5 %) a 120 žen (25,2 %), v sedmnácti letech 6 mužů (10,9 %) a 104 žen (21,9 %), v osmnácti letech 4 muži (7,3 %) a 64 žen (13,4 %). Později mělo svůj první pohlavní styk 9 mužů (16,4 %) a 38 žen (8 %).

Graf 11.1: Respondenti dle věku prvního pohlavního styku



Zdroj: vlastní výzkum

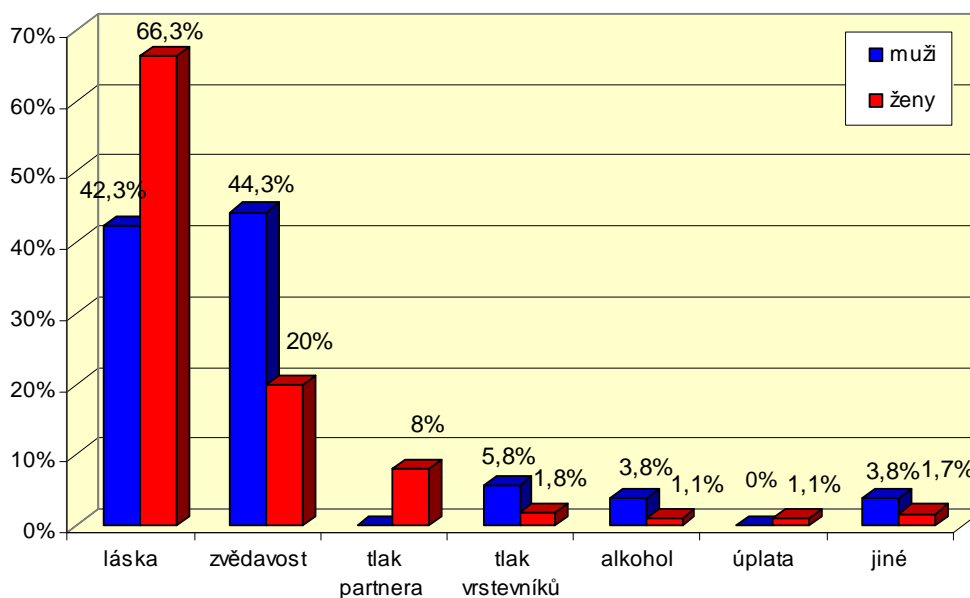
Před zákonem stanovenou hranicí mělo pohlavní styk 5,7 % respondentů, 21,1 % respondentů mělo pohlavní styk v 15 letech, 26,3 % respondentů v 16 letech, 20,7 % respondentů v 17 letech, 12,8 % respondentů v 18 letech a 8,8 % později. 5 % respondentů ještě nemělo pohlavní styk.

Tabulka 12: Důvod prvního pohlavního styku

Důvod	Láska	Zvědavost	Tlak partnera	Tlak vrstevníků	Za úplatu	Jiný důvod					
						vliv alkoholu	sázka	aby se mnou zůstal	dobrá příležitost	znásilnění	nechce uvést
muži	22	23	0	3	0	2	0	0	2	0	0
ženy	301	91	36	8	5	5	2	1	0	1	4
celkem	323	114	36	11	5	7	2	1	2	1	4

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 12: Respondenti dle pohlaví – důvod prvního pohlavního styku



Zdroj: vlastní výzkum

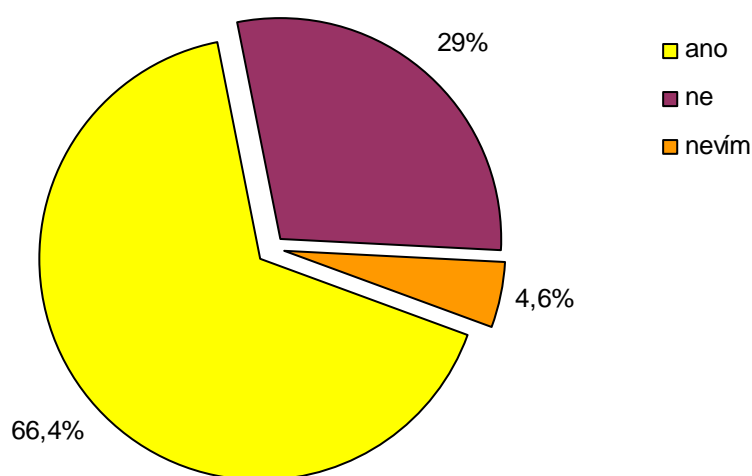
Důvodem prvního sexuálního styku byla pro 301 dívek (66,3 %) a 22 mužů (42,3 %) láska, pro 91 žen (20 %) a pro 23 mužů (44,3 %) zvědavost, tlak partnera hrál roli u 36 žen (8 %), tlak vrstevníků měl vliv u 8 žen (1,8 %) a 3 mužů (5,8 %). Vlivem alkoholu souložilo poprvé 5 dívek (1,1 %) a 2 muži (3,8 %). Pohlavní styk za úplatu uvedlo 5 dívek (1,1 %). Jiné důvody uvedli 2 chlapci (3,8 %). Důvodem byla příležitost ve formě seznámení v klubu a sexu se dvěma spolužačkami. Dívky uvedly jiný důvod v 8 případech (1,7 %). 2 dívky kvůli sázce, 1 dívka chtěla, aby s ní chlapec zůstal, 4 důvod neuvedly. 1 dívka uvedla, že se jednalo o znásilnění.

Tabulka 13: Použití kondomu při prvním pohlavním styku

Kondom	Ano	Ne	Nevím
muži	36	15	1
ženy	300	132	22
celkem	336	147	23

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 13: Respondenti dle použití kondomu při prvním pohlavním styku



Zdroj: vlastní výzkum

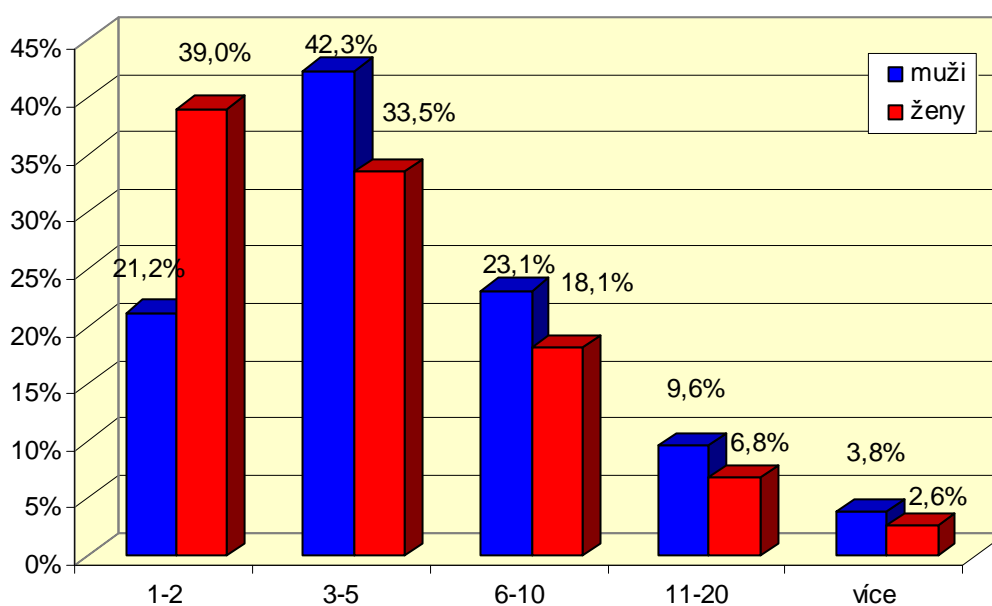
Kondom při prvním pohlavním styku použilo 336 respondentů (66,4 %) respondentů, nepoužilo 147 respondentů (29 %). Zda kondom použilo neví 4,6 % dotázaných.

Tabulka 14: Počet sexuálních partnerů

Počet sexuálních partnerů	1-2	3-5	6-10	11-20	Více
muži	11	22	12	5	2
ženy	177	152	82	31	12
celkem	188	174	94	36	14

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 14: Respondenti dle pohlaví - počet sexuálních partnerů



Zdroj: vlastní výzkum

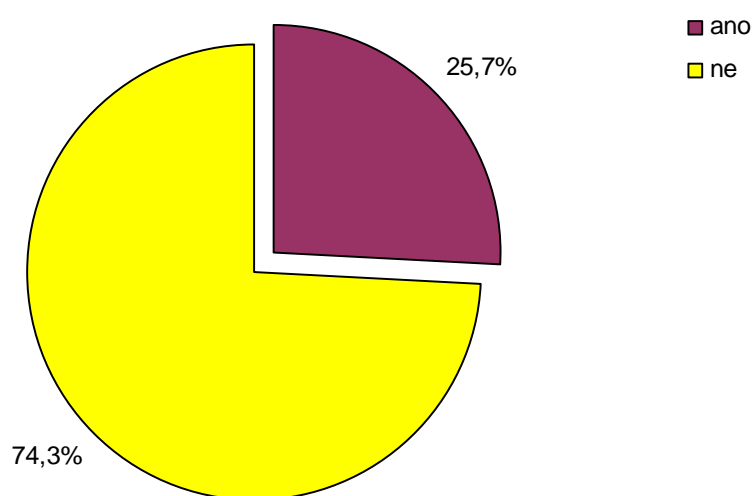
1-2 sexuální partnery mělo doposud 39 % žen (177) a 21,2 % mužů (11). 3-5 partnerů mělo 33,5 % žen (152) a 42,4 % mužů (22). 6-10 partnerů mělo 18,1 % žen (82) a 23,1 % mužů (12). Mezi 11 a 20 sexuálními partnery mělo 6,8 % žen (31) a 9,6 % mužů (5). Více než 20 partnerů mělo 2,6 % žen (12) a 3,8 % mužů (2).

Tabulka 15: Nevěra respondentů

Nevěra	Ano	Ne
muži	12	40
ženy	118	336
celkem	130	376

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 15: Respondenti dle věrnosti



Zdroj: vlastní výzkum

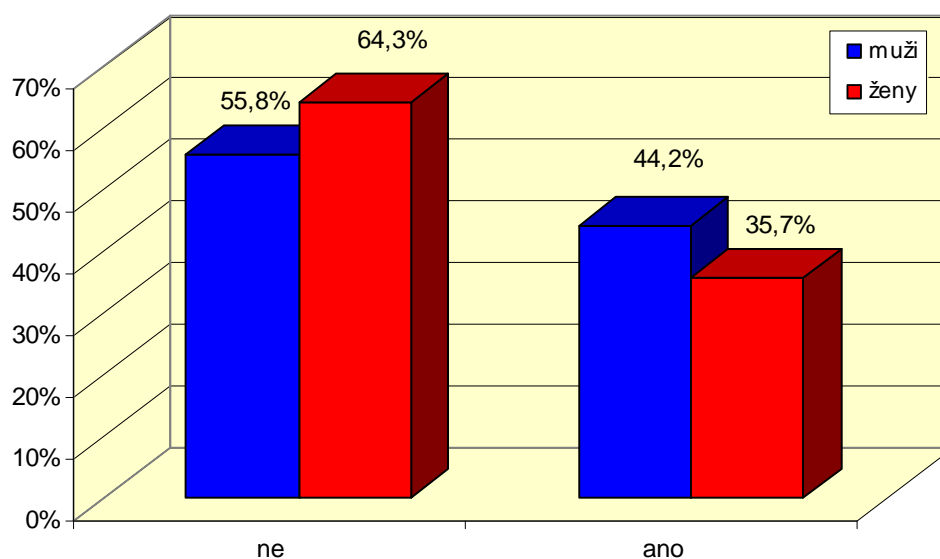
Svému partnerovi či partnerce bylo v životě nevěrných 130 respondentů (25,7 %). 376 respondentů (74,3 %) svému partnerovi/partnerce bylo věrných.

Tabulka 16: Náhodný pohlavní styk

Náhodný pohlavní styk	Ano	Ne
muži	23	29
ženy	162	292
celkem	185	321

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 16: Respondenti dle pohlaví - náhodný pohlavní styk



Zdroj: vlastní výzkum

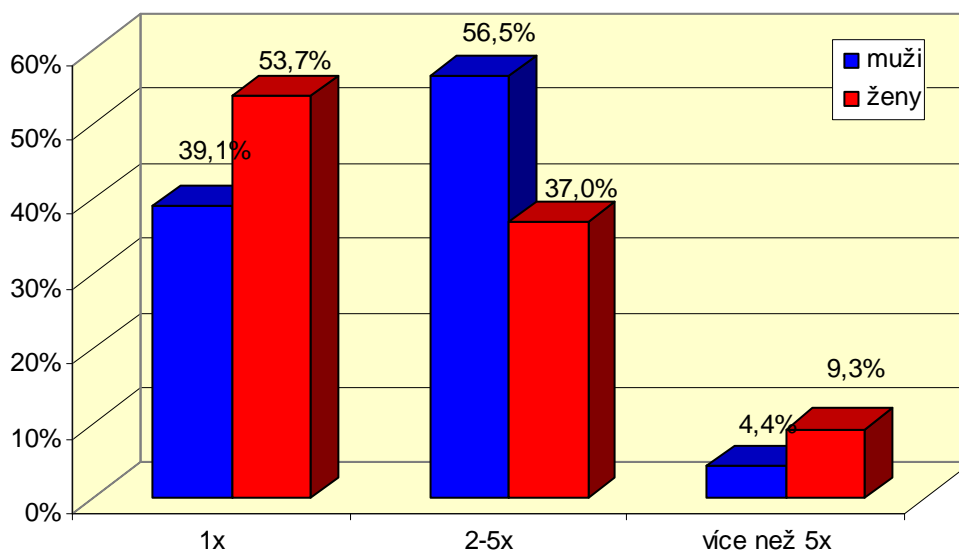
Náhodný pohlavní styk někdy ve svém životě mělo 44,2 % mužů (23) a 35,7 % žen (162). Náhodný pohlavní styk nikdy nemělo 55,8 % mužů (29) a 64,3 % žen (292).

Tabulka 17: Počet náhodných pohlavních styků

Náhodný pohlavní styk	1x	2-5x	Více než 5x
muži	9	13	1
ženy	87	60	15
celkem	96	73	16

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 17: Respondenti dle pohlaví - počet náhodných pohlavních styků



Zdroj: vlastní výzkum

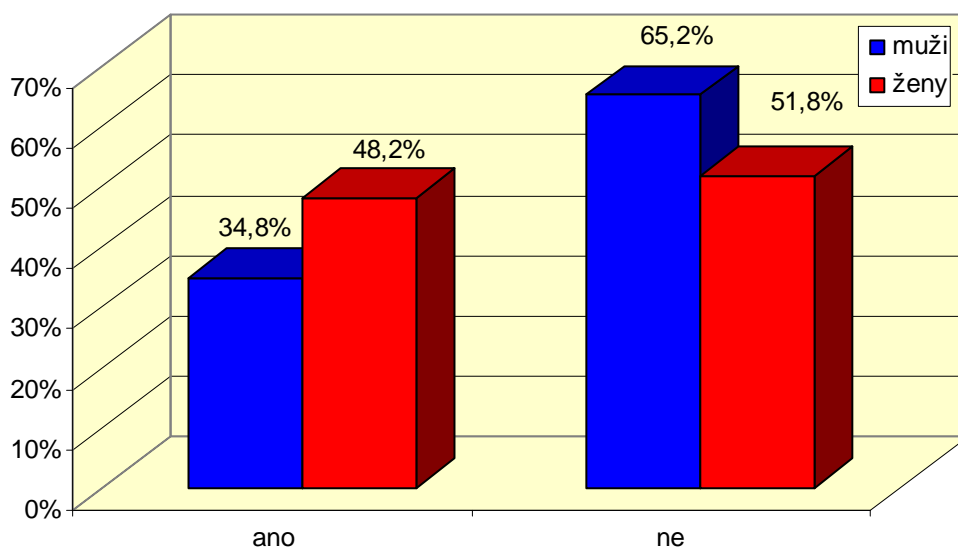
Muži, kteří měli ve svém životě náhodný pohlavní styk, mají ve 39,1 % (9) pouze jednu zkušenost, v 56,5 % měli muži (13) tuto zkušenost 2-5 krát, Ve 4,4 % (1) více než 5 zkušeností. Ženy, které měly ve svém životě náhodný pohlavní styk, mají v 53,7 % (87) pouze jednu zkušenost, ve 37 % zkušenosti 2-5 (60). 9,3 % žen (15) mělo náhodný pohlavní styk vícekrát než 5x.

Tabulka 18: Kondom při náhodném pohlavním styku

Kondom při náhodném pohlavním styku	Ano	Ne
muži	8	15
ženy	78	84
celkem	86	99

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 18: Respondenti dle pohlaví - použití kondomu při náhodném pohlavním styku



Zdroj: vlastní výzkum

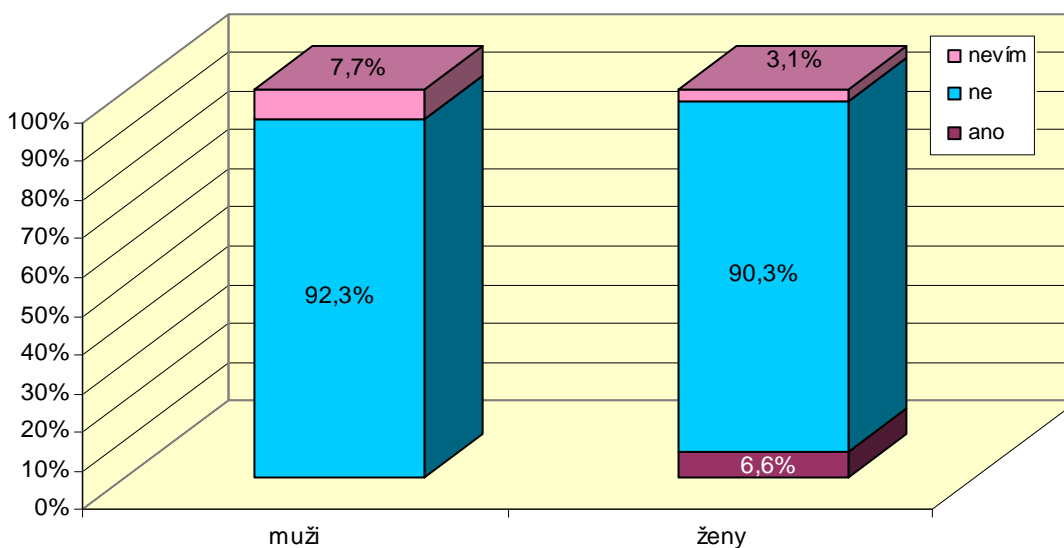
34,8 % mužů (8), použilo při náhodném pohlavním styku kondom. 65,2 % mužů (15) kondom nepoužilo. 48,2 % žen (78) při náhodném pohlavním styku kondom použilo a 51,8 % (84) kondom nepoužilo.

Tabulka 19: Nákaza pohlavní chorobou

Nákaza	Ano	Ne	Nevím
muži	0	48	4
ženy	30	410	15
celkem	30	458	19

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 19: Respondenti dle pohlaví - nákaza pohlavní chorobou



Zdroj: vlastní výzkum

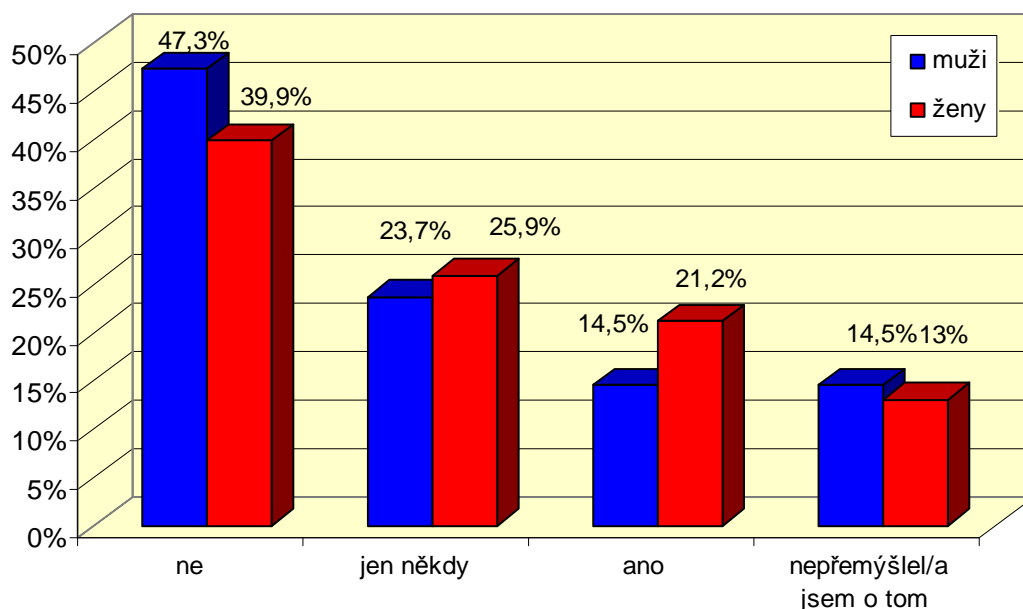
Z dotazovaných žen uvedlo 6,6 % (30), že se někdy v životě nakazilo pohlavně přenosnou chorobou. 3,1 % žen uvedlo (15) že neví, zda se někdy nakazily a 90,3 % žen (410) uvedlo, že se nikdy pohlavně přenosnou chorobou nenakazily. Ani jeden muž neuvedl, že by se nakazil sexuálně přenosnou chorobou. 92,3 % mužů (48) se domnívá, že se nikdy nenakazili pohlavní chorobou, 7,7 % (4) neví, zda se někdy nakazili.

Tabulka 20: Obavy z nákazy STD

Obavy	Ano	Ne	Jen někdy	Nepřemýšlel/a jsem o tom
muži	8	26	13	8
ženy	101	190	123	62
celkem	109	216	136	70

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 20: Respondenti dle pohlaví - obavy z nákazy STD



Zdroj: vlastní výzkum

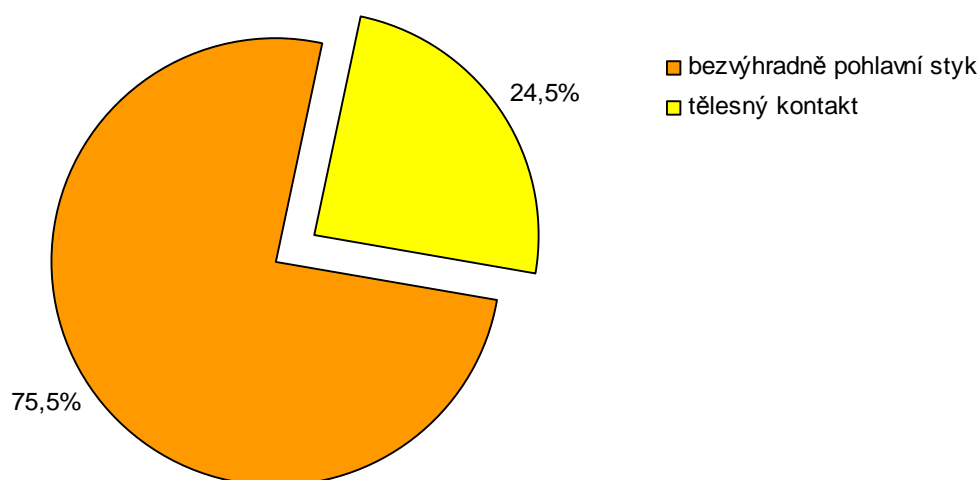
Obavy ze sexuálně přenosných chorob nemá 47,3 % mužů (26) a 39,9 % žen (190). Jen někdy má strach 23,7 % mužů (13) a 25,9 % žen (123). Strach z nákazy má 14,5 % mužů (8) a 21,2 % žen (101). O tom, že by se mohli nakazit nepřemýšlelo 14,5 % mužů (8) a 13 % žen (62).

Tabulka 21: Charakteristika STD dle způsobu přenosu

Přenos	Bezvýhradně pohlavním stykem s nakaženou osobou	Při tělesném kontaktu s nakaženou osobou	Nekontaktním stykem
muži	43	12	0
ženy	358	118	0
celkem	401	130	0

Zdroj: vlastní výzkum

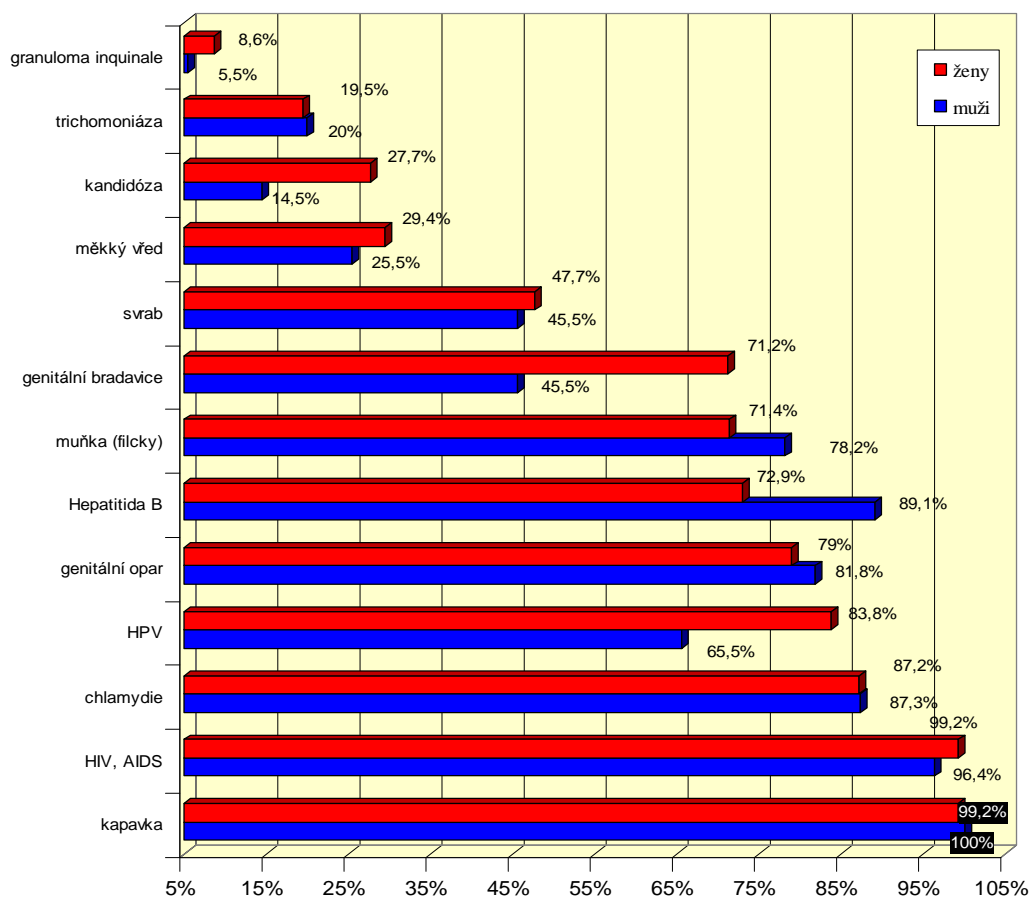
Graf 21: Respondenti dle znalosti přenosu STD



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu se 401 respondentů (75,5 %) domnívá, že sexuálně přenosné choroby jsou infekční onemocnění přenášená bezvýhradně pohlavním stykem s nakaženou osobou. 130 respondentů (24,5 %) si myslí, že se jedná o infekční onemocnění přenášená při tělesném kontaktu s nakaženou osobou. Ani jeden z respondentů si nemyslí, že by se jednalo o infekční onemocnění, jež jsou přenášená nekontaktním stykem (např. vodou, vzduchem, potravinami, apod.).

Graf 22: Respondenti dle pohlaví - znalost druhů pohlavně přenosných chorob



Zdroj: vlastní výzkum

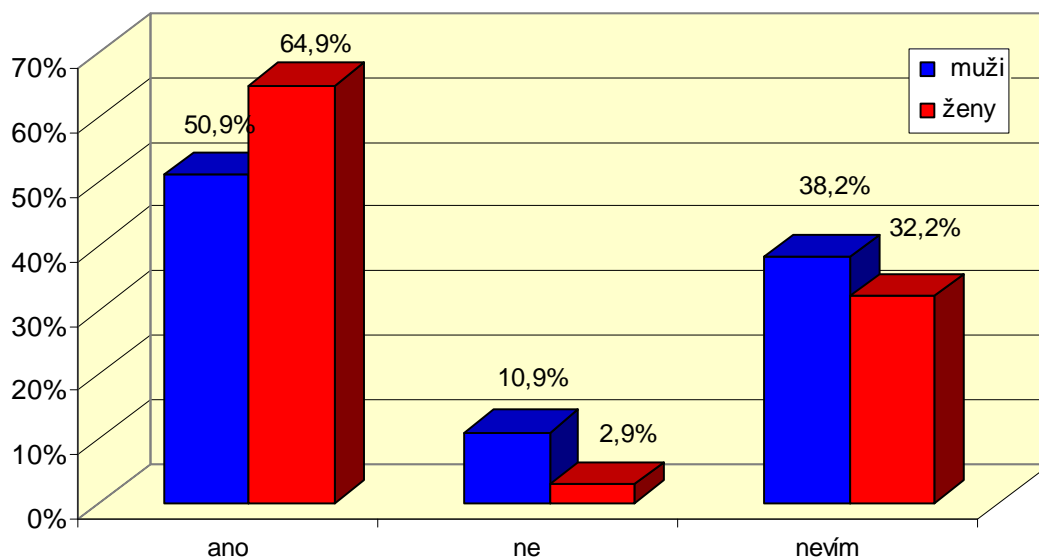
Kapavku zná 100 % mužů (55) a 99,2 % žen (472). HIV/AIDS zná 96,4 % mužů (52) a 99,2 % žen (472), Chlamydiové infekce 87,3 % mužů (48) a 87,2 % žen (415), HPV virus 65,5 % mužů (36) a 83,8 % žen (399), genitální opar 81,8 % mužů (45) a 79 % žen (379), hepatitidu B 89,1 % mužů (49) a 72,9 % žen (347). Tzv. muňky (filcky) zná 78,2 % mužů (43) a 71,4 % žen (340), genitální bradavice 45,5 % mužů (25) a 71,2 % žen (339). Svrab zná 45,5 % mužů (25) a 47,7 % žen (227). Měkký vřed zná pouze 25,5 % mužů (14) a 29,4 % žen (14%). Co je to kandidóza ví 14,5 % mužů (8) a 27,7 % žen (132). Trichomoniázu zná pouze 20 % mužů (11) a 19,5 % žen (93). Co je to Granuloma inguinale má povědomí pouze 5,5 % mužů (3) a 8,6 % žen (41).

Tabulka 22: Imunita po prodělané kapavce

Imunita gonorhea	Ano	Ne	Nevím
muži	28	6	21
ženy	309	14	153
celkem	337	20	174

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 23: Respondenti dle pohlaví – znalost imunity po prodělané kapavce



Zdroj: vlastní výzkum

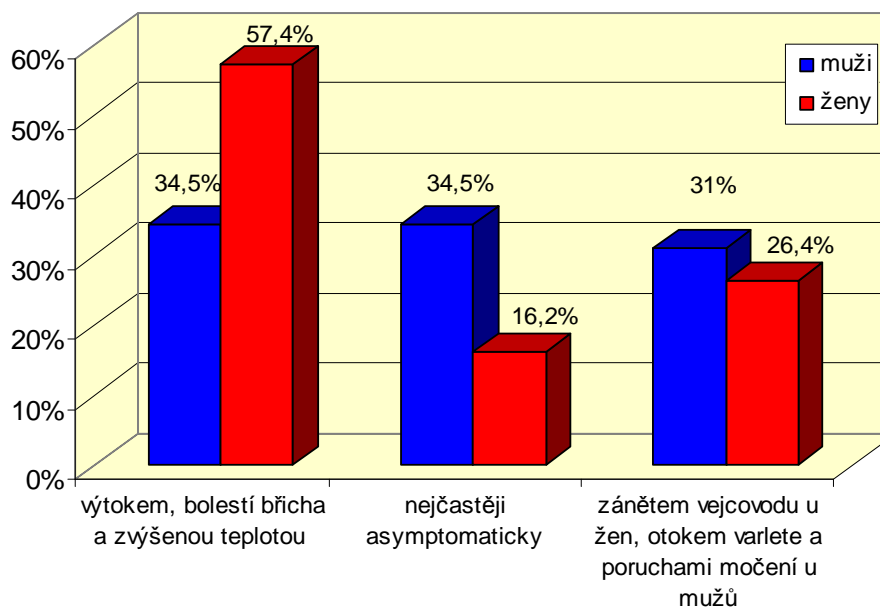
Z celkového počtu se 50,9 % mužů (28) a 64,9 % žen (309) domnívá, že po proděláním a vyléčení kapavky se může člověk znovu nakazit. 10,9 % mužů (6) a 2,9 % žen (14) se domnívá, že po nákaze kapavkou již zůstává imunita a opakovaná nákaza není možná. 38,2 % mužů (21) a 32,2 % žen (153) neví, zda je opakovaná nákaza možná.

Tabulka 23: Projevy nákazy chlamydiemi

Chlamydie	Nejčastěji asymptomaticky	Výtokem, bolestí břicha a zvýšenou teplotou	Zánětem vejcovodu u žen, otokem varlete a poruchami močení u mužů
muži	19	19	17
ženy	77	273	126
celkem	96	292	143

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 24: Respondenti dle pohlaví - znalost projevů nákazy chlamydiemi



Zdroj: vlastní výzkum

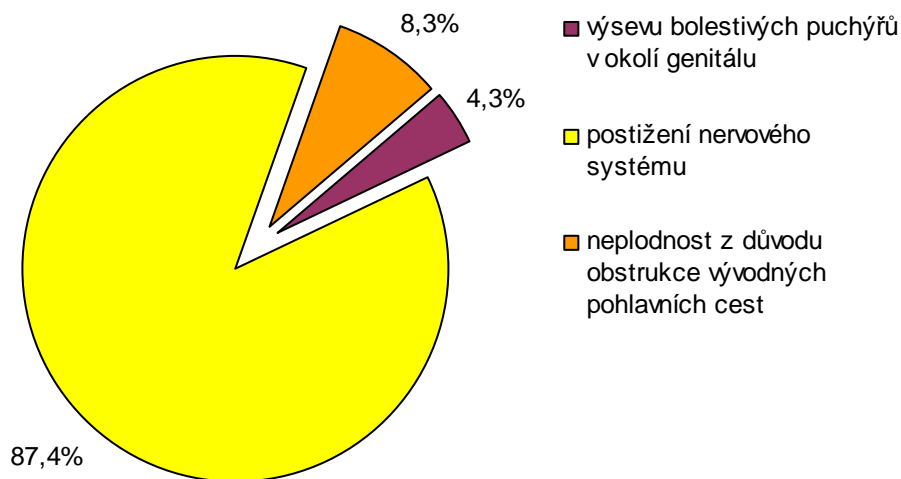
Muži ve 34,5 % (19) a ženy v 57,4 % (273) odpověděli, že nákaza chlamydiemi se projevuje výtokem, bolestí břicha a zvýšenou teplotou. Asymptomatický průběh odpovědělo 34,5 % mužů (19) a 16,2 % žen (77). Zánět vejcovodu u žen, otok varlete a poruchy u mužů jako příznaky nákazy chlamydiemi určilo 31 % mužů (17) a 26,4 % žen (126).

Tabulka 24: Neléčený syfilis

Neléčený syfilis	Výsevu bolestivých puchýřů v okolí genitálu	Postižení nervového systému	Neplodnost z důvodu obstrukce vývodných pohlavních cest
muži	3	48	4
ženy	20	416	40
celkem	23	464	44

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 25: Respondenti dle znalosti projevu neléčené syfilis



Zdroj: vlastní výzkum

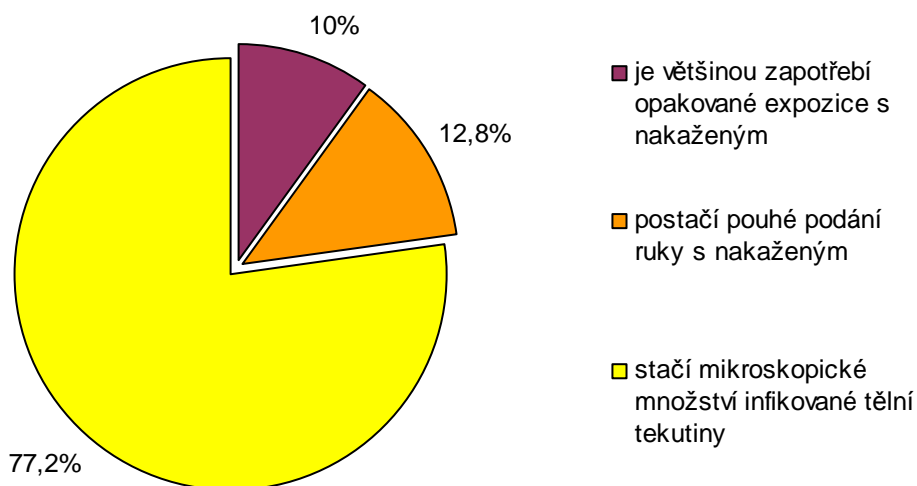
Odpověď, že neléčený syfilis způsobuje postižení nervového systému zvolilo 87,4 % respondentů (464). Příznaky, jakými jsou neplodnost z důvodu obstrukce vývodných pohlavních cest zvolilo 8,3 % (44). Možnost výsev bolestivých puchýřů v okolí genitálu uvedlo 4,3 % (23) respondentů.

Tabulka 25: Přenos hepatitidy B

Přenos Hepatitidy B	Je většinou zapotřebí opakované expozice s nakaženým	Postačí pouhé podání ruky s nakaženým	Stačí mikroskopické množství infikované tělní tekutiny
muži	4	7	44
ženy	49	61	366
celkem	53	68	410

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 26: Respondenti dle znalosti možností přenosu hepatitidy B



Zdroj: vlastní výzkum

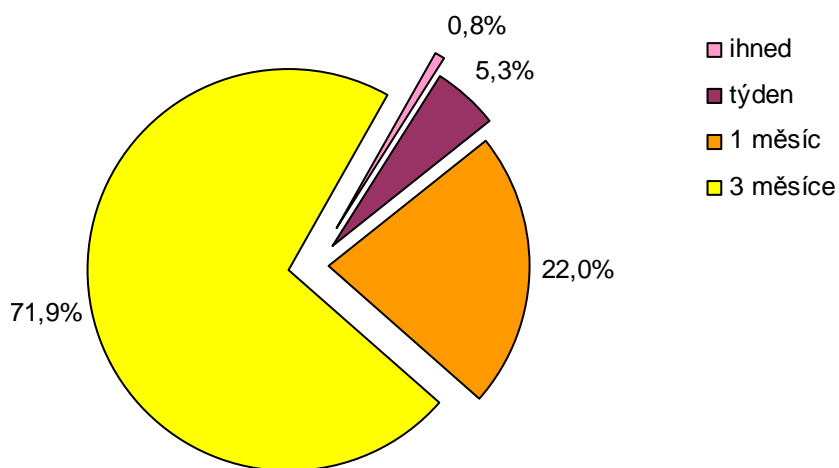
Odpověď, že k nákaze stačí mikroskopické množství infikované tělní tekutiny 77,2 % respondentů (410). Nákazu po pouhém podání ruky s nakaženým uvedlo 12,8 % respondentů (68) a opakovanou expozici s nakaženým odpovědělo 10 % dotázaných (53).

Tabulka 26: Průkaznost testu HIV

Průkaznost testu HIV	Ihned	Týden	1 měsíc	3 měsíce
muži	0	2	12	41
ženy	4	26	105	341
celkem	4	28	117	382

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 27: Respondenti dle znalosti doby prokazatelnosti testu HIV



Zdroj: vlastní výzkum

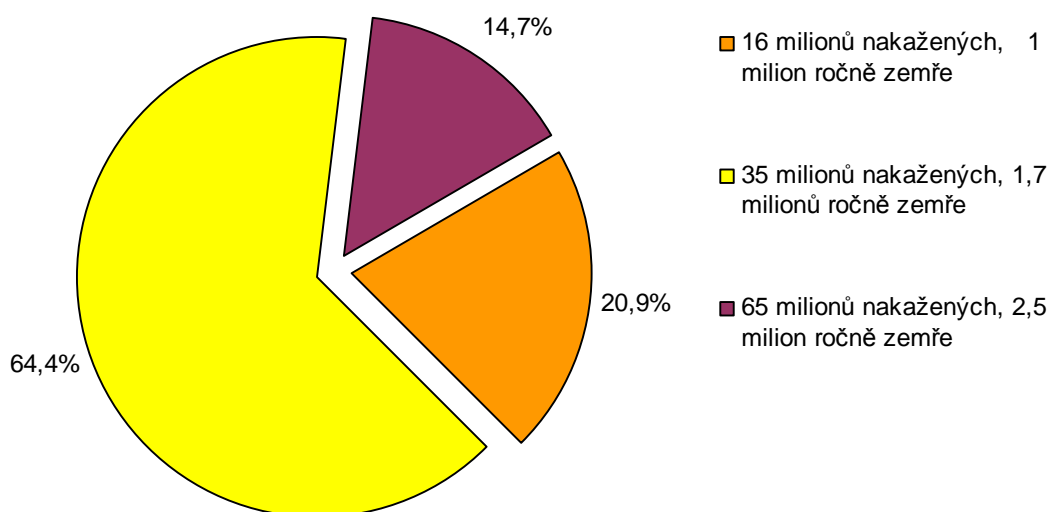
Z celkového počtu 71,9 % respondentů (382) uvedlo, že spolehlivě lze nákazu virem HIV prokázat či vyvrátit po 3 měsících po předpokládané nákaze. 1 měsíc uvedlo 22 % respondentů (117). Týden uvedlo 5,3 % dotázaných (28). Odpověď ihned uvedlo 0,8 % respondentů (4).

Tabulka 27: Počet nakažených virem HIV, úmrtnost na AIDS ve světě

Počet HIV/Svět	16 milionů nakažených 1 milion ročně zemře	35 milionů nakažených 1,7 milionů ročně zemře	65 milionů nakažených 2,5 milion ročně zemře
muži	6	37	12
ženy	105	305	66
celkem	111	342	78

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 28: Respondenti dle znalosti počtu nakažených virem HIV a úmrtnosti na AIDS ve světě



Zdroj: vlastní výzkum

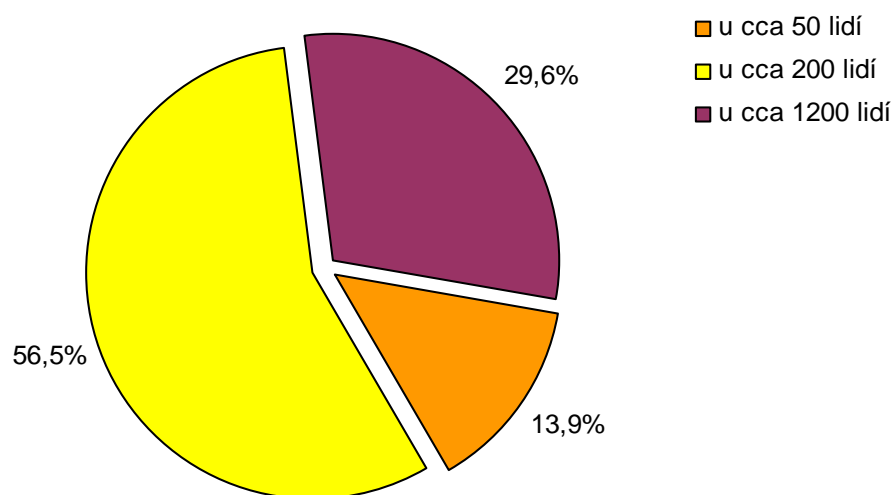
Odpověď, že se ročně nakazí 16 milionů osob a 1 milion na onemocnění zemře uvedlo 111 respondentů (20,9 %). 35 milionů nakažených a 1,7 úmrtí ročně na onemocnění virem HIV uvedlo 342 respondentů (64,4 %). 65 milionů nakažených a 2,5 milionů úmrtí uvedlo 78 respondentů (14,7 %).

Tabulka 28: Počet nákazy virem HIV ročně v ČR

Počet HIV/ČR	U cca 50 lidí	U cca 200 lidí	U cca 1200 lidí
muži	7	30	18
ženy	67	270	139
celkem	74	300	157

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 29: Respondenti dle znalosti počtu nákazy virem HIV v ČR za rok



Zdroj: vlastní výzkum

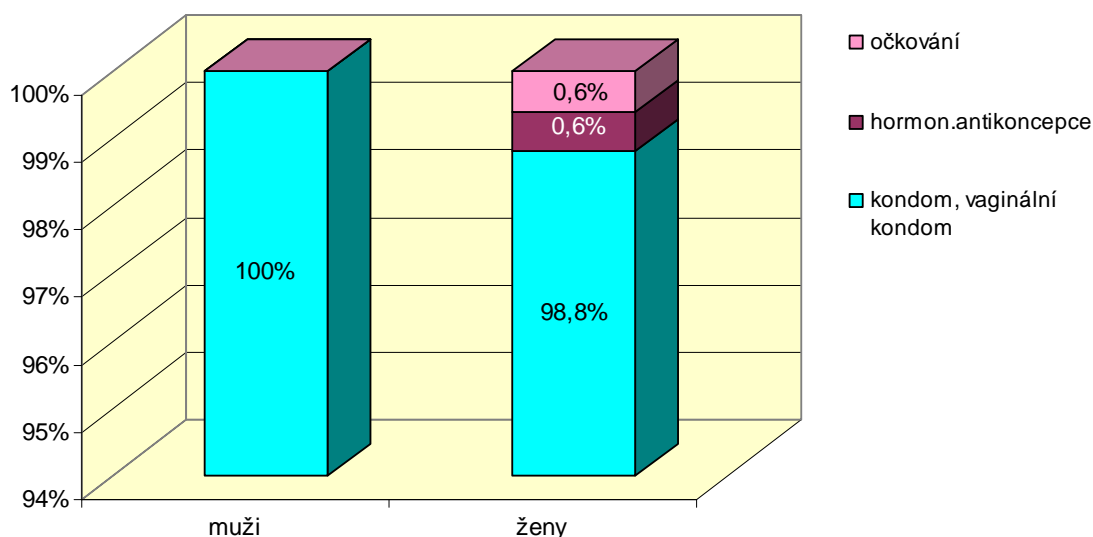
Z celkového počtu uvedlo 74 respondentů (13,9 %), že v České republice se nakazí ročně okolo 50 lidí. 300 respondentů (56,5 %) uvedlo, že se ročně nakazí v České republice asi 200 lidí. 157 respondentů (29,6 %) odpovědělo, že se v České republice nakazí ročně okolo 1200 osob virem HIV.

Tabulka 29: Nejúčinnější ochrana proti sexuálně přenosným chorobám

Nejúčinnější ochrana	Očkování	Kondom, vaginální kondom	Hormonální antikoncepce	Přerušovaná soulož
muži	0	55	0	0
ženy	3	470	3	0
celkem	3	525	3	0

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 30: Respondenti dle pohlaví - znalost nejúčinnější ochrany proti sexuálně přenosným chorobám



Zdroj: vlastní výzkum

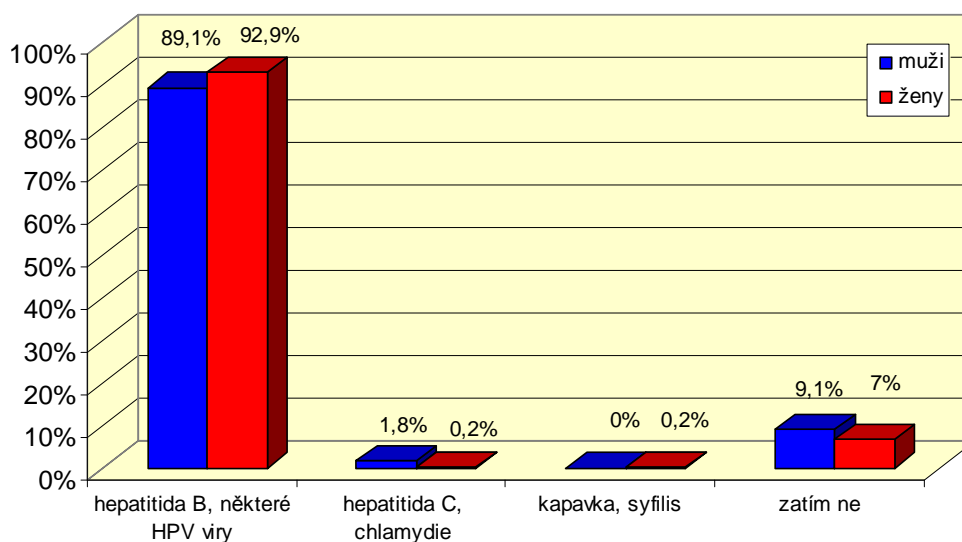
100 % mužů (55) uvedlo, že nejúčinnější ochranou proti nákaze sexuálně přenosnou chorobou je kondom, nebo vaginální kondom. Stejnou odpověď zvolilo také 98,8 % žen (470). Jako nejúčinnější ochranu očkováním zvolilo 0,6 % žen (3) a možnost ochrany pomocí hormonální antikoncepce uvedlo taktéž 0,6 % žen (6).

Tabulka 30: Očkování proti sexuálně přenosným chorobám

Očkování	Hepatitida B, některé HPV viry	Hepatitida C, chlamydie	Kapavka, syfilis	Zatím ne
muži	49	1	0	5
ženy	442	1	1	32
celkem	491	2	1	37

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 31: Respondenti dle pohlaví – znalost možnosti očkování



Zdroj: vlastní výzkum

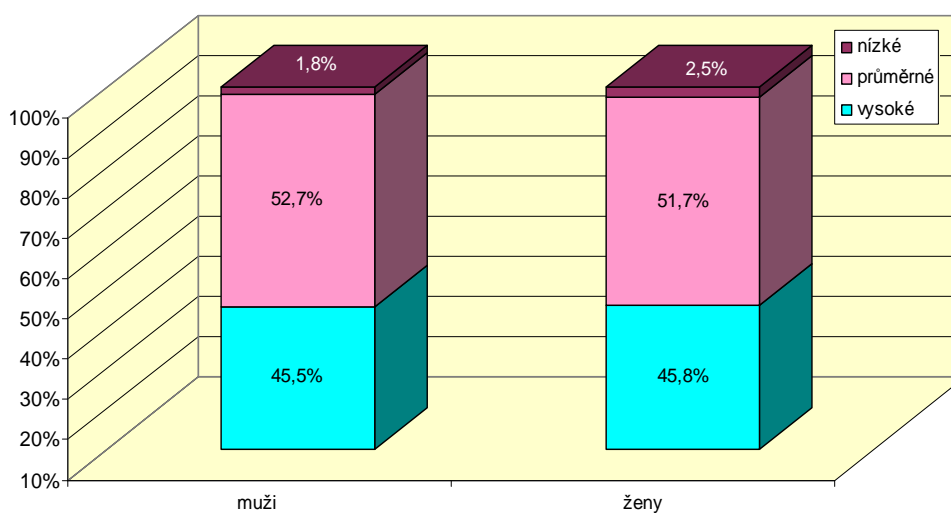
Možnost očkování proti hepatitidě B a některým HPV virům uvedlo 89,1 % mužů (49) a 92,9 % žen (442). Možnost nechat se očkovat proti hepatitidě C a chlamydiím uvedl 1 muž (1,8 %) a 1 žena (0,2 %). Dostupnost očkování proti kapavce a syfilisu uvedla také 1 žena (0,2 %). Odpověď, že prozatím neexistuje žádné očkování proti sexuálně přenosným chorobám zvolilo 9,1 % mužů (5) a 7 % žen (32).

Tabulka 31: Znalosti respondentů o sexuálně přenosných chorobách

Znalosti	Nízké znalosti				Průměrné znalosti					Vysoké znalosti			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
muži	0	0	0	1	3	3	5	5	13	13	8	4	0
ženy	0	0	2	10	13	28	71	37	97	114	66	38	0
celkem	0	0	2	11	16	31	76	42	110	127	74	42	0

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 32: Respondenti dle pohlaví – znalosti v oblasti STD



Zdroj: vlastní výzkum

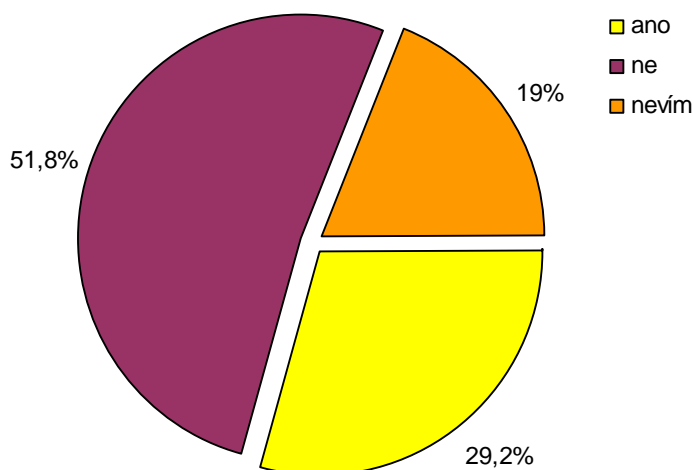
Nízké znalosti v oblasti STD má 1,8 % mužů (1) a 2,5 % žen (12). Průměrné znalosti má 52,7 % mužů (29) a 51,7 % žen (246). Vysoké znalosti má 45,5 % mužů (25) a 45,8 % žen (218).

Tabulka 32: Preventivní program proti STD v ČR

Preventivní programy	Ano	Ne	Nevím
muži	14	30	11
ženy	141	245	90
celkem	155	275	101

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 33: Respondenti dle povědomí o preventivních programech proti STD v ČR



Zdroj: vlastní výzkum

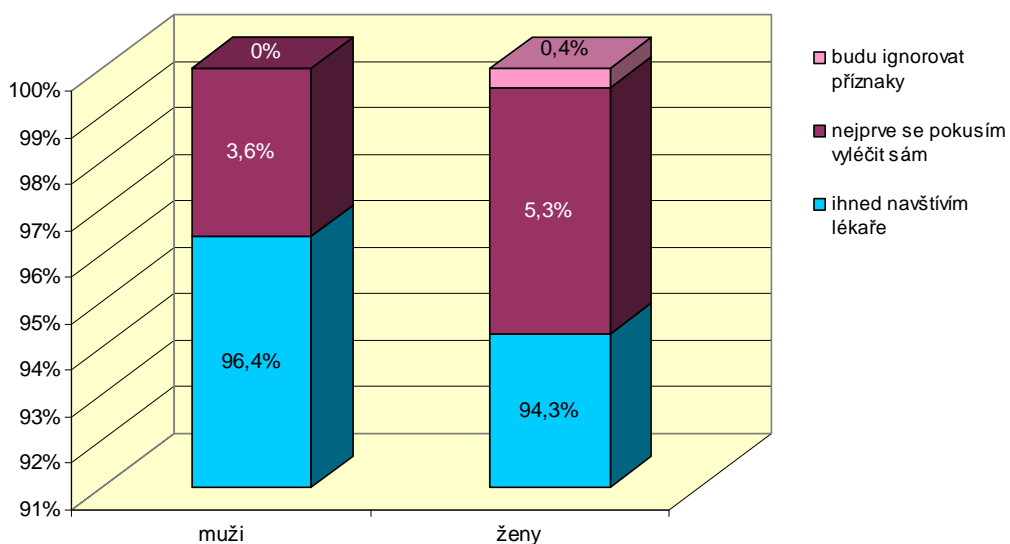
155 respondentů (29,2 %) se domnívá, že v České republice momentálně probíhá nějaký program proti STD. Naopak 275 (51,8 %) si myslí, že žádný program v ČR proti STD neprobíhá. 101 respondentů (19 %) neví, zda nějaký program je.

Tabulka 33: Chování při podezření z nákazy STD

Podezření z nákazy	Ihned navštívím lékaře	Nejprve se pokusím vyléčit sám	Budu ignorovat příznaky
muži	53	2	0
ženy	449	25	2
celkem	502	27	2

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 34: Respondenti dle pohlaví - chování při podezření z nákazy STD



Zdroj: vlastní výzkum

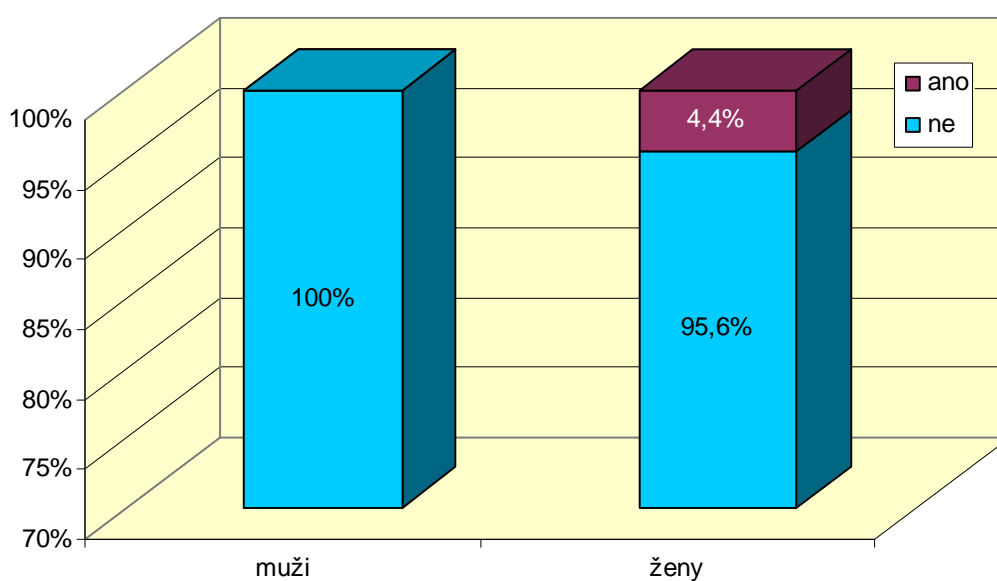
Při podezření z nákazy STD 96,4 % mužů (53) a 94,3 % žen (449) ihned navštíví lékaře. Samoléčbu nejprve vyzkouší 3,6 % mužů (2) a 5,3 % žen (25). Příznaky budou ignorovat 0,4 % žen (2).

Tabulka 34: Nechtěné početí

Nechtěné početí	Ano	Ne
muži	0	55
ženy	21	455
celkem	21	510

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 35: Respondenti dle pohlaví - zkušenosti s nechtěným početím



Zdroj: vlastní výzkum

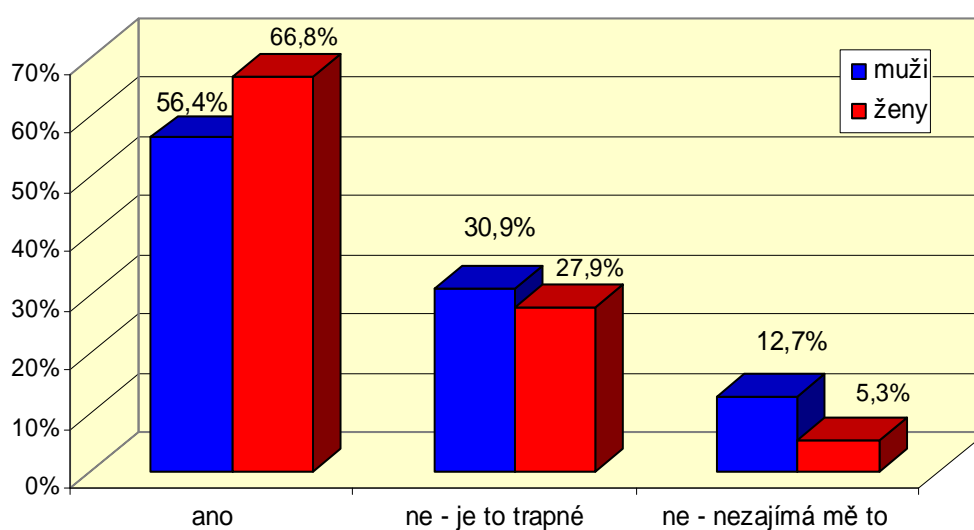
Nechtěné početí partnerky ve svém životě nemusel řešit ani jeden muž, nechtěné početí nemuselo řešit 95,6 % žen (455). Nechtěné početí muselo řešit 4,4 % žen (21).

Tabulka 35: Nový partner a STD

Nový partner	Ano	Ne - je to trapné	Ne - nezajímá mě to
muži	31	17	7
ženy	318	133	25
celkem	349	150	32

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 36: Respondenti dle pohlaví - zjišťování informací o STD u nového partnera



Zdroj: vlastní výzkum

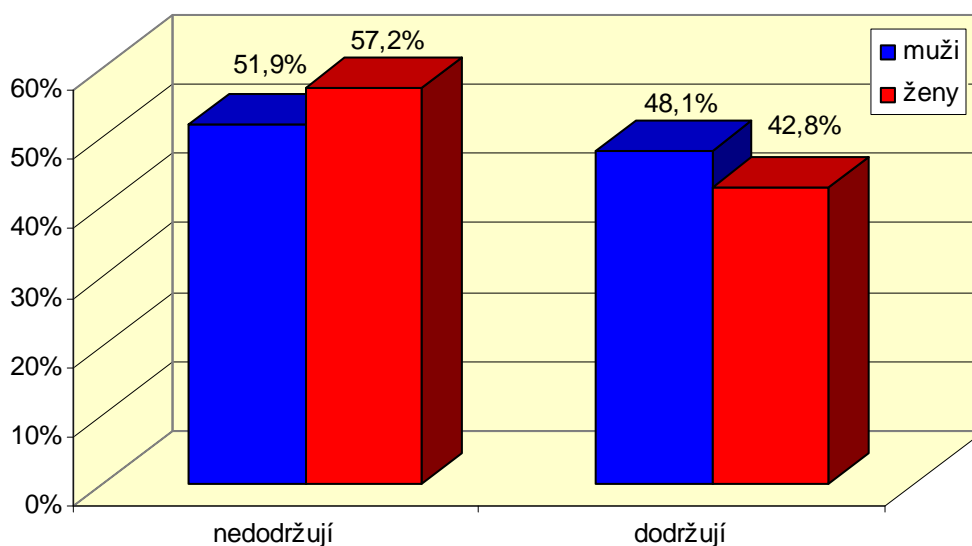
V případě, že budou mít nového partnera, bude chtít probrat téma sexuálně přenosných chorob 56,4 % mužů (31) a 66,8 % žen (133). Rádo by tuto tematiku řešilo 30,9 % mužů (17) a 27,9 % žen (133), ale je jim to trapné, tedy řešit nebudou. 12,7 % mužů (7) a 5,3 % žen (25) toto téma s novým partnerem řešit nebude, protože je to nezajímá.

Tabulka 36: Dodržování zásad bezpečného sexu

Zásady bezpečného sexu	Nedodržují					Dodržují	
	0	1	2	3	4	5	6
muži	0	0	3	10	14	9	16
ženy	0	0	46	84	130	58	136
celkem	0	0	49	94	144	67	152

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 37: Respondenti dle pohlaví – dodržování zásad bezpečného sexu



Zdroj: vlastní výzkum

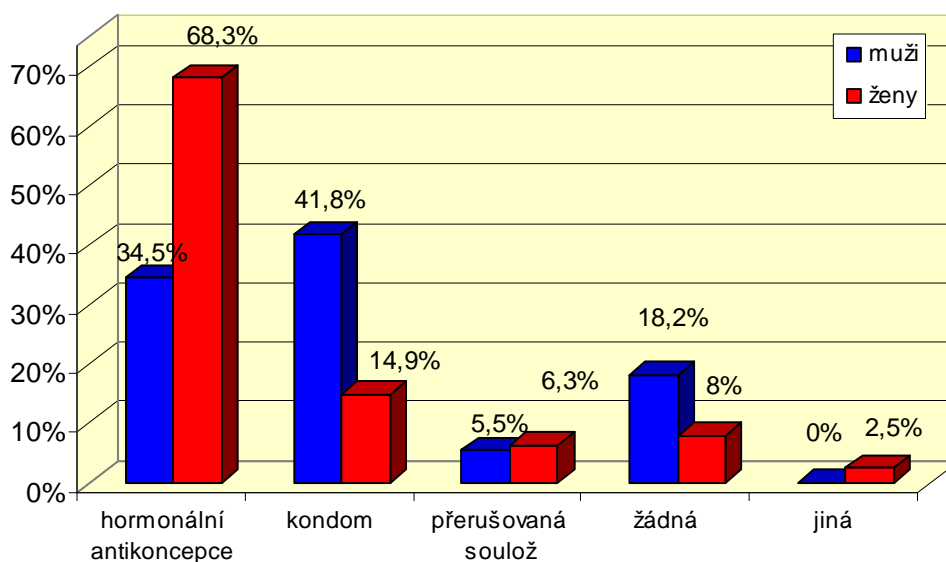
Zásady bezpečného sexu dodržuje 48,1 % mužů (25) a 42,8 % žen (194). Zásady nedodržuje, nebo je v minulosti porušilo 51,9 % mužů (27) a 57,2 % žen (260).

Tabulka 37: Obvyklý způsob antikoncepce

Antikoncepce	Hormonální	Kondom	Přerušovaná soulož	Žádná	Jiná
muži	19	23	3	10	0
ženy	325	71	30	38	12
celkem	344	94	33	48	12

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 38: Respondenti dle pohlaví – obvyklý způsob antikoncepce



Zdroj: vlastní výzkum

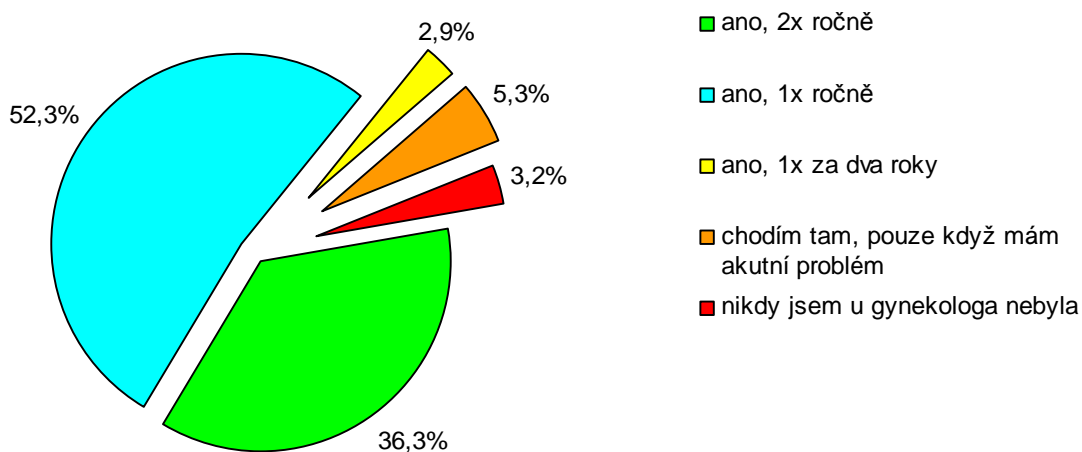
Hormonální antikoncepci v jakékoli formě používají partnerky 34,5 % mužů (19) a používá ji 68,3 % žen (325). Kondom používá 41,8 % mužů (23) a partneri 14,9 % žen (71). Přerušovanou soulož používá 5,5 % mužů (3) a 6,3 % žen (30), žádnou antikoncepci nepoužívá 18,2 % mužů (10) a 8 % žen (38). Jiné metody používá 2,5 % žen. Jedná se v 6 případech (1,3 %) o kombinaci kondomu s hormonální antikoncepcí, ve 2 případech (0,4 %) o spermicidní vaginální globule, 1 krát o pesar (0,2 %), 1 krát o nitroděložní tělíčko (0,2 %), 1 krát o vaginální kroužek (0,2 %). V jednom případě (0,2 %) je kombinován spermicidní krém s přerušovanou souloží.

Tabulka 38: Gynekologické prohlídky

Návštěva gynekologa	2x ročně	1x ročně	1x za 2 roky	Při akutním problému	Nikdy jsem u gynekologa nebyla	Celkem
ženy	173	249	14	25	15	476

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 39: Respondentky dle návštěv gynekologa



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu žen chodí 36,3 % respondentek (173) na gynekologickou prohlídku 2x ročně. 1x ročně chodí na prohlídku 52,3 % respondentek (249). 1x za 2 roky jde ke gynekologovi 2,9 % žen (14), lékaře pouze při akutním problému navštíví 5,3 % žen (25). U gynekologa ještě nikdy nebylo 3,2 % žen (15).

4.2 Statistické testování hypotéz

Výzkum dále pokračoval statistickým testováním hypotéz.

Hypotéza 1 zní: Mladí lidé získávají více informací o nebezpečí sexuálně přenosných chorob z médií a ze strany vrstevníků než od školy a rodičů. V dotazníku se jedná o otázku číslo 6, která se táže: „Jakým způsobem jsi získal/a nejvíce informací ohledně sexuálního života a sexuálně přenosných chorob?“ Vzorek byl očištěn o nevýznamnou část dat. Do testu byly zahrnuty pouze odpovědi studentů, kteří získali informace z médií, od vrstevníků, ve škole nebo od rodičů. K výpočtu tzv. testového kritéria byl použit vzorec chí kvadrátu:

$$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

H0: Odpovědi respondentů je v obou skupinách stejný počet.

H1: Odpovědi respondentů není v obou skupinách stejný počet.

Tabulka 39: Výpočet testového kritéria otázky č. 6

Zdroj informací	Pozorované četnosti (O)	Očekávané četnosti (E)	χ^2
média, vrstevníci	243	258	0,872
škola, rodiče	273	258	0,872
celkem	516	516	1,744

Zdroj: vlastní výzkum

Hodnotu testového kritéria srovnáváme s tzv. kritickou hodnotou, kterou lze nalézt ve statistických tabulkách. Kritickou hodnotu hledáme podle hladiny významnosti a počtu stupňů volnosti. Nejčastější hladina významnosti je 0,05 nebo 0,01. Stupeň volnosti závisí na počtu řádků tabulky mínus jedna.

Kritická hodnota je v tomto případě: $\chi^2_{0,05(1)} = 3,841$

Vypočítaná hodnota testového kritéria $\chi^2 = 1,744$ je nižší než kritická hodnota $\chi^2_{0,05(1)} = 3,841$ a proto se první hypotéza, že jedna skupina je četnější než druhá, nepotvrdila. Dospívající dostávají informace statisticky ve stejném poměru z obou skupin zdrojů.

Hypotéza 2 zní: Zkušenost s náhodným sexem má čtvrtina respondentů. V dotazníku se jedná o otázku číslo 14, která se táže: „Měl/a jsi někdy náhodný pohlavní styk?“ K výpočtu tzv. testového kritéria byl taktéž použit vzorec chí kvadrátu.

Tabulka 40: Výpočet testového kritéria otázky č. 14

Náhodný pohlavní styk	Pozorované četnosti (O)	Očekávané četnosti (E)	χ^2
ano	185	126,5	27,053
ne	321	379,5	9,018
celkem	506	506	36,071

Zdroj: vlastní výzkum

Kritická hodnota je v tomto případě: $\chi^2_{0,05(1)} = 3,841$

H0: Podíl respondentů, kteří odpověděli „ano“ a „ne“ je 1:3.

H1: Podíl respondentů není 1:3.

Vypočítaná hodnota testového kritéria $\chi^2 = 36,071$ je vyšší než kritická hodnota $\chi^2_{0,05(1)} = 3,841$, proto hypotéza platí. Odpověď ANO uvedlo ještě více než očekávaná čtvrtina respondentů.

Hypotéza 3 zní: Ženy mají více znalostí o sexuálně přenosných chorobách než muži. V dotazníku se k hypotéze vztahují vědomostní otázky č. 20 - 30, týkající se znalostí ohledně pohlavně přenosných chorob. Jednotlivé odpovědi byly obodovány. Jedním respondentem mohlo být dosaženo maxima 13 bodů.

Tabulka 41: Získané počty bodů – otázky č. 20-30

Znalosti	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
muži	0	0	0	1	3	3	5	5	13	13	8	4	0
ženy	0	0	2	10	13	28	71	37	97	114	66	38	0
celkem	0	0	2	11	16	31	76	42	110	127	74	42	0

Zdroj: vlastní výzkum

K testování rozdílu středních hodnot byl použit dvouvýběrový studentův t-test, vzorec:

$$t_{(N)} = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sqrt{SE_{x_1}^2 + SE_{x_2}^2}}$$

Vypočtenou hodnotu t porovnááme s kritickou hodnotou, dle zvolené hladiny významnosti a počtu stupňů volnosti.

H0: Ženy a muži mají stejné průměrné znalosti.

H1: Průměrné znalosti žen jsou vyšší než průměrné znalosti mužů (tzv. jednostranná varianta hypotézy).

Kritická hodnota pro hladinu významnosti 0,05 a 529 stupňů volnosti [(n₁-1)+(n₂-1) = (55-1)+(476-1)] v jednostranném uspořádání je 1,964.

Vypočítaná hodnota testového kritéria **t = 0,128** nepřekročila kritickou hodnotu. To znamená, že soubory (průměry souborů) se statisticky významně neliší. Ženy i muži mají statisticky totožné znalosti o sexuálně přenosných chorobách. Má třetí hypotéza, že ženy mají vyšší znalosti byla tímto důkazem vyvrácena.

Hypotéza 4 zní: Ženy dodržují zásady bezpečného sexu spíše než muži.

V dotazníku se k hypotéze vztahují otázky č. 12, 13, 14, 15 a 34, týkající se dodržování zásad bezpečného sexu. Jednotlivé otázky byly bodovány. Maximální počet dosažených bodů činil 6.

Tabulka 42: Získané počty bodů – otázky č. 12, 13, 14, 15 a 34

Bezpečný sex	0	1	2	3	4	5	6
muži	0	0	3	10	14	9	16
ženy	0	0	46	84	130	58	136
celkem	0	0	49	94	144	67	152

Zdroj: vlastní výzkum

K testování rozdílu středních hodnot byl použit dvouvýběrový studentův t- test.

Vypočtenou hodnotu t porovnááme s kritickou hodnotou, dle zvolené hladiny významnosti a počtu stupňů volnosti.

H₀: Ženy dodržují zásady bezpečného sexu průměrně stejně jako muži.

H₁: Ženy dodržují zásady bezpečného sexu průměrně více než muži.

Kritická hodnota pro hladinu významnosti 0,05 a 504 stupňů volnosti $[(n_1-1)+(n_2-1) = (52-1)+(454-1)]$ v jednostranném uspořádání je 1,965.

Vypočítaná hladina testového kritéria $t = 0,723$ nepřekročila kritickou hodnotu. To znamená, že soubory se statisticky významně neliší. Ženy i muži dodržují zásady bezpečného sexu statisticky stejně. Má čtvrtá hypotéza, že ženy dodržují zásady bezpečného sexu spíše než muži, se tímto nepotvrdila.

5 DISKUZE

Ve své diplomové práci jsem se zaměřila na zjišťování účinnosti preventivních programů v primární prevenci sexuálně přenosných chorob u studentů Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity. Domnívám se, že nestačí pouze ověřit, zda studenti mají patřičné znalosti, ale že záleží na tom, jestli se vědomosti získané během jejich života promítají i do jejich reálného chování. Dotazována byla cílová skupina studentů prezenčního bakalářského studia Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity. Výzkum jsem prováděla pomocí elektronického dotazníku. Vzhledem k citlivosti tématu považuji tuto metodu za nejvhodnější. E-mail s odkazem na dotazník byl rozeslán vždy na ročníkový e-mail.

Elektronický dotazník má velkou výhodu v minimalizaci finančních a časových nákladů. I zpracování je rychlejší, protože veškerá data jsou již uložena v elektronické podobě a též riziko chybovosti způsobené zadáváním dat do počítače je odstraněno. K velkým nevýhodám však patří nízká návratnost dotazníků, což se projevilo i v mém výzkumu. Po odeslání prvních e-mailů s prosbou o vyplnění dotazníků byla návratnost kolem 33 %. Z tohoto důvodu jsem po uplynutí 14ti dnů dotazník rozeslala ještě jednou. Po této opakované prosbě se návratnost dotazníků zvýšila na 51 %. Návratnost okolo 50 % je u elektronického dotazování považována za úspěch (66).

Odborníci na kvalitu výzkumných šetření se shodují, že dlouhodobě dochází k nepříznivému vývoji návratnosti a že tato skutečnost je jedním z nejzávažnějších problémů současného kvantitativního výzkumu. Nejčastěji jsou uváděny jako důvody poklesu návratnosti především tzv. „přezkoumanost“ respondentů a s tím související neochota na cokoli odpovídat a také obtížná zastihnutelnost respondenta (67). Ač návratnost 51 % není nikterak vysoká, považuji ji, s ohledem na použitou metodu a značnou citlivost tématu, za úspěch.

V diskuzi se zamýšlím nad výsledky vlastního výzkumu, porovnávám je s teoretickými poznatky a se svým názorem.

Otázka číslo 1 zjišťovala pohlaví respondentů. Výzkumu se zúčastnilo 531 osob, přičemž výzkumný soubor tvořilo 90 % žen a 10 % mužů. Vzhledem k zaměření studijních oborů pro mě nebyl tento poměr nikterak překvapivý.

Otázka číslo 2 měla za úkol zjistit, jaký je věk respondentů. Věkové rozmezí respondentů bylo 19 – 35 let. Pomineme-li na okamžik jednoho respondenta ve věku 35 let, získáme soubor ve věkovém rozpětí 19 – 28 let, což bylo záměrem. Celosvětově jsou sexuálně aktivní dospívající ve věku 15 – 19 let a mladí dospělí ve věku 20 - 24 let nejvíce ohroženi získáním pohlavně přenosných chorob (68). Studenti prezenčních bakalářských oborů ZSF JCU byli, z hlediska věkového složení, ideální cílovou skupinou. Ve věku 19 let (počátek studia) se již dá předpokládat sexuální aktivita respondentů a s ní spojených zkušeností, návyků a znalostí, a dá se též předpokládat, že prezenčního studia se účastní hlavně kategorie mladých dospělých. Do kategorie 19 - 24 let spadá 96 % respondentů.

Otázka číslo 3 zjišťovala studovaný obor. Dotazník byl rozeslán na ročníkové e-maily všech bakalářských studijních prezenčních oborů. Nestalo se, že by některý obor neměl zástupce. Výzkumu se zúčastnili studenti všech poptaných studijních oborů.

Otázka číslo 4 zjišťovala studovaný ročník. Studenti prvního, druhého a třetího ročníku bakalářského studia byli ve zkoumaném vzorku zastoupeni téměř rovnoměrně.

Otázka číslo 5 se zaměřila na sexuální orientaci respondentů. 94,4 % respondentů uvedlo jako svou orientaci orientaci heterosexuální, 4 % bisexuální a 1,6 % respondentů homosexuální. Různé výzkumy v závislosti na použité metodologii docházejí k různým odlišným odhadům o zastoupení homosexuální orientace v populaci. Williamsův institut při Kalifornské univerzitě provedl v roce 2011 srovnání několika průzkumů, ze kterých je patrný podíl homosexuální a bisexuální menšiny. Průměrně z výzkumů ze zkoumaných zemí (USA, Kanada, Austrálie, Norsko, UK) vychází, že k homosexualitě se hlásí pouze 1,1 % a k bisexualitě 0,9 % populace (69). V České republice byl proveden výzkum sexuology Weissem a Zvěřinou v roce 1994. K homosexualitě se tehdy přihlásilo pouze 0,4 % mužů a 0,3 % žen (70). V té době se však jednalo o poměrně tabuizované téma, což jistě mohlo výsledky ovlivnit. Legendární 4 % homosexuální menšiny uvedl v povědomí vědec Alfred Kinsley. Jeho

výzkumy publikované roku 1948 a 1953 byly však mnohokrát zpochybněny a on sám je považován mnohými spíše za podvodníka. Přesto teorie o oněch 4 % stále „žije“.

O bisexualitě se vede mezi sexuology mnoho sporů. Např. sexuologové Brzek a Pondělíčková-Mašlová došli k přesvědčení, že bisexuálové nejsou v jedné a té samé době přitahováni oběma pohlavími a že tento stav bývá obvykle pouze přechodnou vývojovou fází, která vyústí k přiklonění k jedné ze dvou sexuálních orientací (71). Domnívám se, že procenta, jež vyplynula z mého výzkumu, jsou reálná a že 4 % respondentů, kteří uvedli bisexuální orientaci možná pouze ještě nemají jasno ve své orientaci na stejné nebo opačné pohlaví.

Otázka číslo 6 zkoumala, zda mají, dle subjektivního pocitu, respondenti dostatečné množství informací z oblasti reprodukčního zdraví a sexuálně přenosných chorob. Studenti v 78 % uvedli, že mají dostatečné množství informací z oblasti reprodukčního zdraví a sexuálně přenosných chorob. Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu realizovala výzkum, ze kterého vyplývá, že mladí lidé se o informace na téma sexuality a pohlavního dospívání zajímají. Zájem se vyvíjí v průběhu času s ohledem na aktuální životní situaci (partnerství, zahájení sexuálního života, plánované početí, apod.) Výzkum také ukázal, že mladí lidé jsou si svými znalostmi poměrně jistí (72). Sex a vše co se jej týká, dnes již není tabu. Existuje nepřehledné množství zdrojů, ze kterých je možné veškeré informace načerpat. Záleží pouze na zájmu respondentů. Neméně důležitá je však kvalita zdroje, který si zvolí za zdroj svých informací.

Otázka číslo 7 zjišťuje, jakým způsobem respondenti získali nejvíce informací ohledně sexuálního života a sexuálně přenosných chorob. Hlavním zdrojem získávání informací v dané tématice byla škola, a to ve 42,9 %, druhým nejdůležitějším zdrojem internet ve 24,8 % a třetím vrstevníci 12,2 %. Teprve po nich následují rodiče v 8,6 % a zdroje další. Dle výzkumu sexuálního chování v ČR z roku 2008 vyplývá, že hlavním zdrojem informací jsou pro mladé dospělé kamarádi (cca 35 %) a poté knihy (14 %). Škola je hlavním zdrojem informací pouze pro 9 % respondentů a okolo 8 % jsou to rodiče (73). **H:1** Porovnáme-li školu a rodiče jako hlavní zdroj informací, získáme 53% oproti 47 % respondentů, kteří uvedli jako hlavní zdroj informací média a vrstevníky.

Médii rozumíme veškeré kanály, které přenášejí informace. V tradičním pojetí televizi, rozhlas, internet a tisk (74). Výsledek, že škola je hlavním zdrojem informací pro téměř 43 % žáků, mě velice překvapil. Utvrdil mě ale také v tom, že je potřeba tématice sexuálního života a všem tématům s ním spojených věnovat ve školských zařízeních dostatečný prostor, aby mohly být předány kvalitní a dostatečné informace. 8 % rodičů, coby kvalitního informačního zdroje, považují za selhání rodiny jako elementárního informačního zdroje.

Otázka číslo 8 zkoumala, jaké informace na téma sexuálního života a sexuálně přenosných chorob respondentům škola poskytla. Základní informace uvedlo 70 % a dostatečné informace dostalo 27 % respondentů. Do koncepce RVP v ČR není dosud zařazena sexuální výchova jako samostatný předmět. Jde o nadpředmětové téma zasahující do jiných předmětů (36). Je tedy výhradně na konkrétním učiteli, nakolik se bude problematice sexuálního života zabývat a jaké informace žákům poskytne. To, že ve škole dostalo 97 % respondentů základní, nebo dokonce zcela dostatečné informace, považují za velký úspěch.

Otázka číslo 9 zjišťovala, jestli by se z pohledu respondentů mělo při školní výuce věnovat více času reprodukčnímu zdraví a pohlavně přenosným chorobám. 80 % dotazovaných odpovědělo, že ano. Samotné téma sexuální výchovy ve školách vzbuzuje ve společnosti rozporuplné emoce. Existuje mnoho příznivců Sexuální výchovy, ale také mnoho odpůrců. Příznivci argumentují tím, že v rodinách se často o tomto tématu rodiče s dětmi nebaví, nebo pokusy o podobné rozhovory končí neúspěchem a informace ve školském zařízení z úst pedagoga mají větší váhu. Odpůrci naopak tvrdí, že toto téma je výlučně záležitostí rodiny, protože pedagog nemusí mluvit pravdu, zaobalí informaci dle svého přesvědčení, hromadná výuka je nesmyslná a rodinné prostředí je pro sdělování těchto informací ideální. Pokud se ovšem podívám na výzkumnou otázku číslo 7, kdy zdrojem informací pro dítě byl především rodič zjistím, že se jednalo pouze o 8,6 % případů. Logicky tedy docházím k závěru, že zde něco nehraje. Dle mého názoru sexuální výchova do školy patří a informace k této problematice patří k základnímu vzdělání. Každý vzdělaný člověk musí, podle mého názoru, uznat, že sexuální výchova ve školském zařízení není prezentována za účelem

navádění k předčasnému sexuálnímu životu, promiskuitě a k rizikovým sexuálními praktikám, ba naopak, že má za úkol děti chránit. Je zajímavé, že čtyři pětiny respondentů považují za vhodné stávající výuku rozšířit. Nabízí se otázka, jestli rodiče nebojují za něco, o co jejich děti vlastně vůbec nestojí.

V kolika letech měli respondenti první pohlavní styk zjišťovala **otázka číslo 10**. Před dosažením zákonem stanovené hranice mělo pohlavní styk 5,7 % respondentů. V patnácti letech asi 21 % respondentů. Nejčastěji uváděli respondenti věk 16 let (26 %). Ve věku 17 let mělo první pohlavní styk necelých 21 % respondentů. Ve věku 18 a více let 20,6 % respondentů. Dosud pohlavní styk nemělo 5 % dotazovaných. Ve většině severoamerických a evropských států platí, že mladí lidé mají svůj první pohlavní styk obvykle mezi 14 až 20 lety, průměrně okolo 17. roku (75). Podle výzkumu v ČR z roku 2008 a z předchozích let, se průměrný věk prvního pohlavního styku dlouhodobě držel na hranici 18 let (73). Obdobný výzkum z roku 2013 již hovoří o věku 17 let (76). V porovnání s posledním výzkumem mají respondenti mého výzkumu první pohlavní styk o něco dříve. Domnívám se, že tento rozdíl je způsoben neustálým trendem snižování věku prvního sexuálního styku v současné mladé populaci, což dokazuje poslední průzkum. S tímto souvisí také mnoho diskutované téma snížení trestní odpovědnosti z 15 na 14 let. Jen ve 14ti evropských státech je trestní odpovědnost stanovena pod hranicí 15 let. Domnívám se, že věková hranice 15 let je naprosto v pořádku, což naznačuje i minimum respondentů majících pohlavní styk již před tímto věkem.

Důvod, z jakého k prvnímu styku došlo, zkoumala **otázka číslo 11**. Hlavním důvodem prvního pohlavního styku byla u respondentů v první řadě láska a poté zvědavost. Nutno říci, že v kategorii pohlavního styku z lásky převládalo o 24 % žen nad muži a shodné procento mužů převládalo v kategorii zvědavosti nad ženami. Dle Zvěřiny existuje mnoho rozdílů v sexuálními chování mužů a žen. Nejsou to jen kulturní a ekonomické rozdíly, nýbrž také biologické faktory. Žena vyprodukuje za život jen několik stovek zralých vajíček a za příznivých okolností, ač bude mít více partnerů, může porodit za život maximálně pár desítek dětí. Muž vyprodukuje denně desítky miliónů spermií a pokud bude snaživý a dosáhne kopulace s více partnerkami, může být

jeho potomstvo značně početné. Plyne z toho biologická dispozice mužů k vyšší promiskuitě, přičemž nemusí být přítomna citová vazba. Žena je oproti tomu selektivnější a její sexuální chování více závisí na kvalitě partnera (potenciálního otce jejich dětí) a celého vztahu (77).

U dívek se také vyskytuje tlak partnera (8 %), což se u mužů neděje. Dívky zřejmě nechtějí o své partnery přijít a tak na sex přistoupí, aniž by byly psychicky připraveny. Pět dívek uvedlo, že poprvé poskytlo sex za úplatu a jedna dívka uvedla, že první sex měla vlivem znásilnění. Z již pátého výzkumu sexuálního chování Čechů Sexuologického ústavu Všeobecné fakultní nemocnice v Praze vyplývá, že 8 % žen alespoň jednou za život zažilo znásilnění, 3/4 ze strany svého partnera. 7 % žen poskytlo ve svém životě sex za peníze (76). Tato čísla mi přijdou velmi vysoká.

Otázka číslo 12 zjišťovala, zda respondenti při prvním sexu použili kondom. 66,4 % kondom použilo. Dle již výše zmiňovaného výzkumu z roku 2013 uvedlo 42 % respondentů (tázání byli jen muži), použití kondomu. O pět let dříve to bylo pouze 35 % mužů (76). Od počátku provádění výzkumu je možno pozorovat narůstající tendenci, přičemž např. v roce 1993 se jednalo pouze o 19 % (73). Výsledek 66,4 % je tedy uspokojivý, a přesto nedostatečný.

Otázka číslo 13 zjišťovala, kolik sexuálních partnerů ve svém životě doposud respondenti měli. Méně než šest partnerů mělo 71 % respondentů. 6-10 partnerů mělo 18,6 % respondentů. Více než 11 partnerů pak mělo 9,7 % respondentů. Z mého výzkumu vyplývá, že ženy mají méně sexuálních partnerů, než muži partnerek. Jak uvádí sexuolog Weiss, momentálně připadá na jednoho muže průměrně 10 partnerek a na jednu ženu 6 partnerů. Obě pohlaví ale zřejmě lžou. Muži se klasicky nadhodnocují a ženy si ubírají kvůli postoji společnosti (76). Sama jsem měla možnost přihlížet debatě, kdy muž, jenž měl mnoho sexuálních partnerek, byl považován, především mezi jinými „pány tvorstva“, za schopného. Naopak žena, která se dozná k více partnerům, než je společností považováno za normu, bývá označena, slušně řečeno, za ženu lehčích mravů. Není proto divu, že ženy raději pravdivý počet partnerů nepřiznají a muži si raději realitu přikrášlí. Je tedy otázkou, jak moc pravdivá získaná data jsou.

Otázka číslo 14 zjišťovala, zda respondenti byli někdy svému partnerovi nevěrní. Nevěru přiznalo zhruba 26 % respondentů, přičemž podíl mužů a žen se významně nelišil. Názor na to, co již nevěra je a co není, se různí. Pod pojmem nevěra, pod starším pojmem též cizoložství, je považován převážně milostný poměr s partnerem, partnerkou, mimo dlouhodobě trvající vážný vztah. V roce 2008 přiznalo nevěru 34 % žen a 55 % mužů v manželském svazku (73). Naopak výzkum Jaké chování je pro nás morálně přijatelné Centra výzkumu veřejného mínění (CVVM) z roku 2012 zjistil, že nevěra je nepřijatelná pro 41 % respondentů (78).

Nižší procento v mém výzkumu je, dle mého názoru, způsobeno nižším věkem. S narůstajícím věkem, zkušenostmi a příležitostmi bude procento nevěrných stoupat.

Otázky číslo 15 a 17 zkoumaly, zda respondenti ve svém životě někdy měli náhodný pohlavní styk a zda se při něm chránili kondomem. **H2:** Náhodný sex doposud zažilo 185 respondentů (36 %), přičemž vyšší procento bylo mužů. Náhodný sex je pro mnohé přitažlivý právě onou spontánností a vědomím, že se nikdy nebude opakovat. Žádná telefonní čísla, schůzky nebo výčitky. Jenom příjemná vzpomínka. Jenže při nepříznivých okolnostech se může stát vzpomínkou na celý život, ve formě nákazy, ať již virem HIV, nebo jinou „banálnější“ pohlavní chorobou. Riziko přenosu zvyšují sami respondenti. Osob, které měly náhodný pohlavní styk a nechránily se kondomem je více než 53 %. Společnost Art for Live nechala v roce 2011 zpracovat výzkum, ze kterého vyplývá, že při náhodném styku se nechrání kondomem třetina respondentů. Dalších 13 % se k otázce nechtělo vyjádřit (79). Tato čísla považuji za vysoce varovná. Je třeba si uvědomit, že pokud náhodně vybraný partner svolí k sexu s „neznámou“ osobou, je dost pravděpodobné, že takto nečiní poprvé nebo že takto neučiní pouze jednou.

Což také potvrzuje výzkumná **otázka číslo 16**, která zjišťovala počet zkušeností s náhodným sexem. Náhodný sex opakovaně mělo 48 % respondentů. Muži, kteří uvedli náhodný sex měli tento nejméně jednou v téměř 61 %, u žen se opakovaně jednalo o 46 % případů. Nejspolehlivějším způsobem, jak se vyvarovat nákaze a přenosu STD, pokud pomineme sexuální abstinenci, je dlouhodobý monogamní vztah a zdržení se nechráněného pohlavního styku, natož s neznámým partnerem. Použití kondomu v dnešní době není třeba ani připomínat, jak dokazuje i výzkumná otázka číslo 29.

Ač jsou tyto skutečnosti všeobecně známé, je, zdá se, nemožné, toto vysoce rizikové chování změnit.

Otázka číslo 18 zjišťovala, zda se respondenti někdy nakazili sexuálně přenosnou chorobou. Odpověď ano byla zaznamenána pouze u žen a to u 6,6 %, zda se někdy nakazili, neví 3,5 % respondentů. Výsledky přičítám tomu, že mnoho pohlavních chorob má asymptomatický průběh, a to především u mužů. Muži navíc nenavštěvují lékaře, který by případně mohl pohlavní chorobu odhalit. To může být důvodem, proč neuvedl ani jeden muž nákazu. Ovšem vyloučit, že se pohlavní chorobou respondenti nenakazili, samozřejmě nelze. I tak lze důvodně předpokládat, že počet nakažených bude vyšší, a to jak u mužů, tak u žen, které mohly nákazu STI záměrně zatajit, nebo o nákaze vůbec neví. Znalost svého zdravotního stavu by mělo být prioritou každého.

Na **otázku číslo 19**, která zjišťovala obavy z nákazy STD, odpověděla jednoznačně ano jen pětina respondentů. Téměř 41 % se nákazy neobává, čtvrtina respondentů se obává jen někdy a 13 % respondentů ani nenapadlo zamyslet se nad možným nakažením. Z tohoto výsledku lze usuzovat, že 4/5 respondentů se pohlavních chorob neobávají a ta část z nich, která se obává jen občas jsou možná právě ti, kteří mají nechráněný náhodný pohlavní styk, kde je riziko přenosu STD poměrně vysoké. Výsledek je velmi znepokojující.

Otázky číslo 20 - 30 zkoumají, zda respondenti mají znalosti o STD.

Otázka číslo 20 se tázala, co jsou to sexuálně přenosné choroby a jakým způsobem se přenášejí. Správnou odpověď, že se jedná o infekční onemocnění přenášená při tělesném kontaktu s nakaženou osobou, uvedla pouze čtvrtina respondentů. Nejvíce respondentů uvedlo, že se STD šíří „bezvýhradně“ pohlavním stykem. Skupina STD infekcí zahrnuje choroby, které se šíří pohlavním stykem, ovšem ne bezvýhradně. Možným způsobem přenosu může být, mimo jiné, i tělesný kontakt s nakaženým a sexuální praktiky nezahrnující přímo pohlavní spojení (14). Vzhledem k nízkému počtu správných odpovědí mám pochybnosti, zda byla otázka položena zcela jasně a zda respondenti otázku správně pochopili.

Otázka číslo 21 se dotazuje na znalost druhů sexuálně přenosných chorob. Respondenti měli na výběr 14 sexuálně přenosných chorob, přičemž mohli označit

libovolný počet z nich. Ukázalo se, že alespoň 8 z uvedených chorob zná přes 83 % respondentů. Mezi poměrně známé choroby pro respondenty lze zařadit kapavku, HIV/AIDS, chlamydie, HPV virus, genitální opar, hepatitidu B, muňky a genitální bradavice. Mezi méně známé pak patřily granuloma inguinale, trichomoniáza, kandidóza, měkký vřed a svrab. Domnívám se, že výsledek odpovídá všeobecnému povědomí o pohlavně přenosných chorobách a že se na předních příčkách umístila ta onemocnění, o kterých se nejvíce mluví v souvislostech s prevencí.

Otázka číslo 22 se týkala reinfekce kapavkou. Na otázku, zda se člověk může po prodělání a vyléčení kapavky nakazit znovu, odpovědělo správně bezmála 64 % respondentů. Počet případů nákazy kapavkou se rok od roku zvyšuje. Nejvyšší výskyt onemocnění se vyskytuje ve věkové skupině 20 - 24 let. Domnívám se, že tato znalost by měla být základní vědomostí mladého člověka, jenž je potenciálně nakažen touto chorobou nejvíce ohrožen. Proto je pro mne 36 % nevědomých stále ještě vysoké číslo.

Otázka číslo 23 zjišťovala, zda respondenti vědí, jak se nejčastěji projevuje onemocnění chlamydiemi. Zde respondenti absolutně selhali. Správnou odpověď, že nákaza se nejčastěji projevuje asymptomaticky, uvedlo pouze 18 % respondentů. Ač nákaza probíhá často skrytě, o to závažnější jsou její komplikace. Opakované infekce mohou vést k zánětu pánevní oblasti, mimoděložnímu těhotenství a také, a hlavně, k neplodnosti. Jak u žen tak u mužů. Chlamydiová onemocnění jsou přenášena jak symptomatickým, tak asymptomatickým nosičem. Je proto mnoho nakažených, kteří šíří onemocnění dále pomocí nechráněného pohlavního styku, a ani o tom nevědí.

Otázka číslo 24 se týkala onemocnění syfilis, které neléčené, ve třetím stádiu, vede k postižení nervového systému s fatálními následky. Správnou odpověď znalo bezmála 88 % respondentů. Nákaza syfilis je jednou ze čtyř povinně hlášených onemocnění v ČR. V roce 2012 tvořilo onemocnění syfilis 37,5 % nahlášených STD. Je důležité, aby lidé znali následky onemocnění, pokud jim nebudou předcházet a nebudou se podrobovat vyšetřením a léčbě. 88 % považují za příznivé číslo.

Otázka číslo 25 zjišťovala, zda respondenti vědí, jaká expozice patologickým agens je třeba k přenosu žloutenky typu B. Správnou odpověď, tedy že k naze stačí mikroskopické množství infikované tekutiny, uvedlo 77 % respondentů. Onemocnění

hepatitidou B je důležitým globálním problémem. Ač většina nakažených nemá žádné příznaky, onemocnění může způsobit trvalé onemocnění jater a chronické infekce. Znalost o riziku přenosu by mělo mít více respondentů.

Po jak dlouhé době po nákaze je možné spolehlivě prokázat či vyvrátit nákazu virem HIV zkoumala **otázka číslo 26**. Správnou odpověď, že spolehlivě testovat lze až po 3 měsících po předpokládané nákaze, uvedlo pouze 72 % respondentů. Na českém trhu již několik let existují testy, které mohou nákazu virem HIV odhalit i doma z malého množství krve během jedné minuty. Testy, od tří výrobců, lze zakoupit na běžných internetových prodejních portálech v ČR od cca 330 Kč. Jistě, toto je pokrok. Avšak nic není tak dokonalé, jak se zdá. Součástí příbalových informací těchto produktů je informace, že se sadou by měli pracovat jen kvalifikovaní zdravotničtí pracovníci, test má sloužit jen informativně a výsledek má být konzultován s lékařem. Test je směrodatný až 2-3 měsíce po nákaze, a proto je důležité, jestli lidé mají povědomí o tom, kdy je vhodné nechat se testovat. Dřívější provedení testu by mohlo být falešně negativní a virus HIV by se šířil s nevědomostí dále. Vzhledem k tomu, že nákaza virem HIV a onemocnění AIDS je nejčastější téma v oblasti prevence STD a vzhledem k riziku při nedodržení doby testování, považují 72 % za negativní výsledek.

Otázka číslo 27 zjišťovala povědomí respondentů o počtech nákazy virem HIV a úmrtí na onemocnění AIDS ve světě. Správný údaj, že ve světě žije přes 35 milionů nakažených virem HIV a ročně zemře 1,7 milionů lidí na AIDS uvedlo necelých 65 % respondentů. Že se jedná pouze o polovinu nakažených a 1 milion úmrtí ročně se domnívala celá pětina respondentů. Svědčí to o nevědomosti a neuvědomování si, o jak závažnou pandemii se jedná.

Otázka číslo 28 se tázala, kolik osob se ročně nakazí virem HIV v České republice. Správný údaj o počtu, tedy okolo 200 případů, uvedlo necelých 57 % respondentů. Téměř 30 % respondentů se domnívalo, že se jedná o 1200 případů. Dle průzkumu CVVM z května 2013 se nákazy virem HIV rozhodně neobává 41 % a spíše neobává 39% respondentů (80). Z výše uvedených otázek je zřejmé, že v informacích

ohledně onemocnění virem HIV mají respondenti nedostatky, což deklaruje, že jejich obavy z nákazy tímto onemocněním nebudou vysoké.

Otázka číslo 29 testovala vědomosti respondentů ohledně nejúčinnější ochrany proti sexuálně přenosným chorobám. Správnou odpověď, dle očekávání, uvedlo 99 % respondentů. Ač tuto elementární znalost má drtivá většina respondentů, vraťme se k otázce číslo 12 a otázce číslo 17. 35 % respondentů při prvním pohlavním styku a 53 % respondentů, kteří měli náhodný pohlavní styk, nepoužili kondom. Je tedy na místě položit si otázku, co bylo důvodem. O toto téma by bylo vhodné průzkum rozšířit.

Poslední otázka věnující se znalostem STD je **otázka číslo 30**, zda existuje očkování proti sexuálně přenosným chorobám. Momentálně existuje očkování proti hepatitidě B a některým HPV virům, což správně uvedlo 89 % mužů a téměř 93 % žen. Vzhledem k mediální kampani, která byla vedena na téma očkování proti karcinomu děložního čípku, je povědomí respondentů vysoké. Mile mne překvapila znalost mužů, u kterých jsem znalost této problematiky podceňovala.

H3: Odpovědi respondentů na otázky 20 - 30 byly bodovány. Maximální počet bodů byl 13. Tohoto počtu nedosáhl ani jeden z respondentů. Respondenti s 0-5 bodů byly zařazeni do kategorie nízké znalosti, 6-9 bodů do kategorie průměrné znalosti a 10 a více bodů do kategorie vysoké znalosti. Vysoké znalosti dosáhlo okolo 45 %, střední znalosti prokázalo přibližně 52 % respondentů. Domnívám se, že tato čísla přesto nejsou uspokojivá a v kategorii 10 a více bodů by se mělo umístit mnohem více respondentů. Bohužel, ani dostatek znalostí mnohdy nekoreluje s reálným chováním.

Otázka číslo 31 zjišťovala, zda mají respondenti pocit, že by v současnosti probíhal v ČR nějaký program proti sexuálně přenosným chorobám. Odpověď ano uvedlo pouze okolo 29 % respondentů. Přes polovinu respondentů odpovědělo razantně ne. Průzkum názorů veřejného mínění z roku 2013 uvádí, že na otázku, jak se příslušné instituce v České republice zabývají problematikou onemocnění AIDS, zvolilo možnost „přiměřeně“ 58 % a možnost „příliš mnoho“ dokonce 4 % respondentů (80).

Dříve byly kampaně postaveny na podporování strachu z STD a vedly k vylučování HIV pozitivních ze společnosti. Současné preventivní kampaně mají racionálně ukazovat pravidla „bezpečného sexu“. Osobně se mi velice líbí kampaň

německé nadace Michaela Sticha. Pro příklad... Billboard znázorňuje situaci v ložnici, kdy téměř nahá žena v titěrném spodním prádle, s botami na jehlovém podpatku, klečí před mužem na podlaze a provádí orální sex. Výjev je tak realistický, že si pozorovatel v prvotní chvíli ani neuvědomí skutečnost, že to, co žena drží v ústech, je hlaveň střelné zbraně. Obraz umocňuje komentář, který hlásá, že „Život od smrti dělí pouze 0,003 milimetru latexu“. Nebo fotografie kojence, s poznámkou „Bradou má po dědečkovi, oči po otci, HIV po matce“. Takovéhle plošné kampaně jsou vidět a takové mají smysl (81).

Otázka číslo 32 zjišťuje, jak respondenti naloží s podezřením, že se nakazili sexuálně přenosnou chorobou. Lékaře okamžitě navštíví 94,5 % respondentů, 5 % se pokusí nejprve vyléčit samo a 0,5 % bude příznaky ignorovat, dokud to půjde. Při podezření z nákazy je nutné neprodleně navštívit lékaře, ženy gynekologa, muži venerologa a samozřejmě sexuálně abstinovat do doby, než je podezření z nákazy vyvráceno. Čím dříve bude objasněna příčina a zahájena léčba, tím dříve se předejde následkům a riziku přenosu na další osoby. Výzkum ukázal vysoké procento respondentů, kteří neprodleně navštíví lékaře. Jsem přesvědčena, že toto číslo je nepravdivé. Jedná se o natolik citlivou a intimní záležitost, že mnoho lidí bude mít obavy navštívit specialistu. Na trhu navíc existuje mnoho volně prodejných léčiv proti některým druhům pohlavních infekcí. Domnívám se, že respondenti, resp. respondentky, v některých případech nejprve sáhnou po těchto preparátech a teprve poté, není-li samoléčba úspěšná, navštíví lékaře. Otálením s návštěvou specialisty však může dojít k vymizení příznaků, přičemž nositel zůstává nadále infekčním.

Otázka číslo 33 měla za úkol zjistit, zda respondentky někdy musely řešit nechtěné početí, respondenti početí partnerky. Kladně odpovědělo 21 žen (4,4 %). Otázkou je, z jakého důvodu se tak stalo? Jednalo se o nedostatečnou znalost antikoncepce? Její nesprávné použití, selhání metody nebo nebyla použita vůbec? K odpovědi bychom potřebovali doplňujících otázek, které nebyly zahrnuty v dotazníku.

Na **otázku číslo 34**, zda by v případě, že by respondenti měli nového sexuálního partnera, měli zájem probírat problematiku týkající se pohlavně přenosných chorob odpovědělo kladně necelých 66 % respondentů, přičemž určitě by se otázalo o 12 %

více žen než mužů. 28 % by toto téma rádo diskutovalo, ale z důvodu trapnosti to neudělá. Toto téma vůbec nezajímá téměř 12 % mužů a přes 5 % žen. Z výzkumu vyplývá, že ženy o tuto problematiku jeví větší zájem než muži. Třetina respondentů, která by na toto téma, ať z důvodu nezájmu nebo z trapnosti okamžiku, řeč nezavedla, mi přijde jako vysoký a rizikový počet.

H4: Otázky číslo 12, 13, 14, 15 a 34 zkoumaly, zda respondenti dodržují zásady bezpečného sexu. Mezi tyto zásady patří, mimo jiné, bariérová ochrana při pohlavním styku, nestřídání sexuálních partnerů, věrnost stálému partnerovi, vyvarování se náhodného sexu a řešení otázek spojených s bezpečným sexem u potencionálního sexuálního partnera. Otázky byly bodované a maximální počet, kterého respondenti mohli dosáhnout byl 6. Pro vyhodnocení jsem tolerovala jedno porušení zásady bezpečného chování v sexu. Z výzkumu vyplynulo, že zásady bezpečného sexu nedodržuje, nebo v minulosti porušilo 52 % mužů a 57 % žen. Nižší procento mužů mě upřímně překvapilo. Celkový výsledek dodržování zásad je ovšem kritický.

Jakou antikoncepci respondenti používají zkoumala **otázka číslo 35**. Nejvíce respondentů se spoléhá na hormonální antikoncepci a kondom. Hormonální antikoncepci v jakékoli formě používá 68 % žen a partnerky téměř 35 % mužů. Kondom používá téměř 18 % respondentů, vyšší procento mužů (42 %) než partneři tázaných žen (15 %). Jako antikoncepční metodu 6 % respondentů používá přerušovanou soulož. Žádnou antikoncepční metodu nepoužívá 9 % respondentů. Hormonální antikoncepce je v současnosti nejrozšířenější a nejspolehlivější metodou ochrany proti početí. Existuje mnoho druhů preparátů a některé navíc mají pozitivní vliv i na jiné procesy ženského těla (upravení menstruace, zlepšení pleti, apod.) Bohužel však neposkytuje ochranu před pohlavně přenosnými chorobami. Tu představuje pouze kondom, který pravidelně používá pouze 18 % respondentů a jak deklarují již výše uvedené výsledky průzkumu, příliš v módě není. Přerušovaná soulož je metoda velmi nespolehlivá a odpovídá za většinu neplánovaných těhotenství v ČR (82).

Doplňujících otázek k tomuto tématu by bylo zapotřebí mnoho. Mají respondenti stálé partnery, z jakého důvodu používají či nepoužívají ten který druh antikoncepce, nezastávají pouze přirozené metody k zabránění početí, nebo nesnaží se o početí?

Pohledů a názorů na antikoncepci je nepřehledně. Téma antikoncepce by vydalo na samostatný výzkum.

Poslední **otázka číslo 36** byla určená pouze ženám. Tázala se, zda respondentky chodí pravidelně na gynekologické prohlídky. Alespoň 1x ročně chodí na prohlídku téměř 89 % respondentek, z toho 36 % 2 x do roka. Návštěva gynekologa je důležitá, i když žena nemá akutní gynekologické problémy. Lékař může odhalit infekční onemocnění, odebrá stěry na vyšetření, ale především může včas odhalit rakovinu děložního čípku. Lidský papilomavirus (HPV) se přenáší v 99,9 % pohlavním stykem. Nejohroženější jsou mladé dívky, kterým v období hledání stálého partnera a s počtem přibývajících sexuálních partnerů hrozí největší riziko nákazy. Prekancerózy se neprojevují žádnými zdravotními obtížemi. Odhalit tyto změny lze pouze cytologickým vyšetřením. Lze je úspěšně léčit, ale musí být včas odhaleny. V České republice je ročně diagnostikováno okolo 1100 případů a přibližně jedna žena na toto onemocnění každý den zemře. Pojišťovny platí návštěvu gynekologa 1x za rok. Alespoň toto by měl být standard každé ženy (83).

6 ZÁVĚR

Sexuálně přenosná onemocnění představují závažný problém naší společnosti. Ačkoli boj proti jejich šíření trvá již mnoho let, každým rokem dochází k nárůstu počtu nových onemocnění, která sebou přinášejí neblahé dopady nejen na jednotlivce, ale i na celou společnost. Největší rizikovou skupinu, z hlediska nákazy, představují mladí lidé, kteří při výběru trvalého partnera prochází nejrůznějšími vztahy. Je proto důležité, aby byli dostatečně a včas informováni o rizicích spojených se sexuálním životem, znali způsob, jak se účinně chránit proti pohlavním chorobám a především, aby tyto znalosti uplatňovali v praxi. K boji, proti sexuálně přenosným chorobám, slouží především primární prevence, neboť jen ta jediná může zabránit vzniku nových případů nákazy.

Primární prevence sexuálně přenosných chorob má smysl především u těch, kteří ještě nezačali žít sexuálním životem. Právě z tohoto důvodu je primární prevence často realizována ve školských zařízeních, ve formě preventivních programů. Z tohoto důvodu jsem svou diplomovou práci zaměřila právě tímto směrem.

Cílem práce bylo zjistit účinnost preventivních programů v primární prevenci sexuálně přenosných chorob u studentů Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity. Za účelem naplnění cíle byl realizován výzkum, metodou anonymního dotazování u studentů prezenčních bakalářských oborů Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity.

Na základě výše uvedeného cíle byly stanoveny 4 hypotézy.

Hypotéza 1: Mladí lidé získávají více informací o nebezpečí sexuálně přenosných chorob z médií a ze strany vrstevníků, než od školy a rodičů. Hypotéza byla statisticky vyhodnocena a vyvrácena. Respondenti získávají informace z obou skupin statisticky stejnou měrou.

Hypotéza 2: Zkušenost s náhodným sexem má čtvrtina respondentů. Hypotéza byla na základě statistického testu potvrzena. Zkušenost s náhodným sexem má více než třetina respondentů.

Hypotéza 3: Ženy mají více znalostí o sexuálně přenosných chorobách než muži. Hypotéza byla statisticky testována a následkem testu vyvrácena. Ženy svými znalostmi muže statisticky významně nepřevyšují.

Hypotéza 4: Ženy dodržují zásady bezpečného sexu spíše než muži. I tato hypotéza byla na základě statistického testu vyvrácena. Neexistují statisticky významné rozdíly mezi chováním žen a mužů v oblasti prevence STD.

Jak z výzkumu vyplývá, nemůžeme se divit, že počet sexuálně přenosných chorob rok od roku narůstá. Lidé se domnívají, že mají dostatek znalostí v oblasti STD a reprodukčního zdraví, což ve vědomostní části průzkumu neprokázali. Přidáme-li k tomu fakt, že respondenti studují zdravotně zaměřenou školu, na základě čehož lze očekávat určitý, pravděpodobně i nadprůměrný přehled, sebejistota zde není vůbec na místě. Mladí lidé získávají nejvíce informací o reprodukčním zdraví ve škole, a to i přes to, že sexuální výchova dosud není zakomponována v rámcovém vzdělávacím plánu jako povinný předmět a nemá stanovenou učební osnovu, ani časovou dotaci. Realita sexuálního života mladých dospělých je alarmující. Jak průzkum ukázal, mladí lidé nemají obavy z nákazy sexuálně přenosnými chorobami, což se odráží v jejich chování. Nedodržují základní zásady, nechraň se, dokonce mají nechráněné pohlavní styky s neznámými osobami, a to opakovaně. Bylo by zázrakem, kdyby se pohlavně přenosným chorobám v České republice nedařilo.

Preventivní programy primární prevence sexuálně přenosných chorob v České republice nejsou, dle dosažených výsledků a mého názoru, zcela dostatečné a nelze hovořit o jejich prokazatelné účinnosti. Lze ovšem říci, že poskytují alespoň určité povědomí o rizicích spojených s pohlavním životem.

Jakým způsobem dosáhnout zvýšení účinnosti programů primární prevence je otázkou. Na základě teoretických poznatků, výsledků této práce a výše uvedených skutečností navrhuji zaměřit pozornost zejména na vytvoření přesné podoby učební osnovy a začlenění sexuální výchovy do rámcového vzdělávacího programu jako samostatného předmětu, a to jak ve školských zařízeních základních, tak středních. Snažit se o nalezení kompromisu s rodiči a zahrnout jejich představy do podoby učebních osnov. Realizovat primární preventivní programy, s ohledem na věkové

zvláštnosti, již od prvního stupně, a neúnavně vytrvávat až do plnoletosti jedince. Dále je důležitá propagace bariérové antikoncepce. Zapojení rodičů do procesu primární prevence, prostřednictvím zvyšování jejich informovanosti a schopností získané informace předávat. A v neposlední řadě zavedení plošných preventivních programů v boji proti sexuálně přenosným chorobám.

Tato práce může sloužit jako ukazatel účinnosti primárních preventivních programů v oblasti sexuálně přenosných chorob. Práce může být návodem pro metodiky školní prevence a podkladem pro zvýšení účinnosti primární prevence ve školských zařízeních, za účelem vyšší informovanosti studentů a jejich motivace k zodpovědnému chování v oblasti ochrany svého zdraví.

Sexuální chování dnešní mladé generace už ovlivnit nestihneme. Pokusme se ovlivnit alespoň generaci následující.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 978-802-4609-560
2. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006, 368 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9
3. HAMANOVÁ, Jana a Pavla Hellerová, *Syndrom rizikového chování v dospívání* (1.část). Čes.-slov. Pediatrie, 2000, roč. 55, č. 6, s 380-387. ISSN 0069-2328
4. ZUCKERMAN, Marvin, Monte S. BUCHSBAUM a Dennis L. MURPHY. Sensation seeking and its biological correlates. *Psychological Bulletin*. 1980, vol. 88, issue 1, s. 187-214. DOI: 10.1037/0033-2909.88.1.187.
Dostupné z: <http://content.apa.org/journals/bul/88/1/187>
5. MIOVSKÝ, Michal. et al. *Primární prevence rizikového chování ve školství*. [online]. Praha: Togga, 2010 [cit. 2014-01-02]. ISBN 978-808-7258-477. Dostupné z: http://www.kraj-jihocesky.cz/1363/prevence_rizikoveho_chovani.htm
6. Registr pohlavních nemocí. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. [cit. 2014-02-03]. Dostupné z: www.uzis.cz/registry/organu-ochrany-verejneho-zdravi/registr-pohlavnich-nemoci
7. *Pohlavní nemoci 2012* [online]. Praha, 2013 [cit. 2014-02-03]. ISBN 978-80-7472-085-7. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/pohlavni-nemoci-2012>
8. MATOUŠKOVÁ, Dagmar. *Pohlavní choroby v jihočeském kraji 2013* [Microsoft Excel]. České Budějovice: KHS ČB, 2014

9. Zpráva o výskytu a šíření HIV/AIDS za rok 2013: Prosinec 2013: výskyt a šíření HIV/AIDS v České republice. *Státní zdravotní ústav* [online]. Praha, 2014 [cit. 2014-03-09]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/prevence/zprava-o-vyskytu-a-sireni-hiv-aids-za-rok-2013>
10. Zpráva o výskytu a šíření HIV/AIDS za rok 2014: Únor 2014: výskyt a šíření HIV/AIDS v České republice. *Státní zdravotní ústav* [online]. Praha, 2014 [cit. 2014-03-19]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/prevence/zprava-o-vyskytu-a-sireni-hiv-aids-za-rok-2014>
11. Bariérová antikoncepce. *Gynekologické ordinace* [online]. © 2011-2013 [cit. 2014-03-09]. Dostupné z: <http://www.gynekologickeordinace.cz/barierova-antikoncepce>
12. Prevalence. *Slovník cizích slov ABZ* [online]. © 2005-2014 [cit. 2014-04-09]. Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/prevalence>
13. Incidence. *Slovník cizích slov ABZ* [online]. © 2005-2014 [cit. 2014-04-09]. Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/incidence>
14. Sexually transmitted infections. *World Health Organization Europe* [online]. © 2014 WHO [cit. 2014-03-09]. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/sexually-transmitted-infections/sexually-transmitted-infections>
15. WEISS, Petr. *Sexuologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-802-4724-928.
16. ŠEJDA, Jan, Zdeněk ŠMERHOVSKÝ a Dana GÖPFERTOVIČ. *Výkladový slovník epidemiologické terminologie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2005, 120 s. ISBN 80-247-1068-4
17. ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 126 s. ISBN 978-802-4732-138

18. Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2013-2018. *Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy* [online]. Praha, 2013 [cit. 2014-03-03]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/file/28077>
19. MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 291 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-2715-8
20. Česká republika. Zákon č. 561 ze dne 24.září 2004 o předškolním, základním, středním, vyšším a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2004, částka 190. Dostupné také z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/novy-skolsky-zakon>
21. Česká republika. Vyhláška č. 72 ze dne 9.února 2005 o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. In: *Sbírka předpisů České republiky*, 2005, částka 20.
Dostupné také z: http://www.gymkh.cz/storage/doc/zakony/vyhlaska72_05vp.doc
22. Česká republika. Vyhláška č. 73 ze dne 9.února 2005 o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. In: *Sbírka předpisů České republiky*, 2005, částka 20. Dostupné také z: <http://atre.cz/zakony/page0283.htm>
23. Česká republika. Vyhláška č. 317 ze dne 27. července 2005 o dalším vzdělávání pedagogických pracovníků, akreditačních komisí a kariérním systému pedagogických pracovníků. In: *Sbírka zákonů*, 2005, částka 111. Dostupné také z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-317-2005-sb>
24. Česká republika. Národní program řešení problematiky HIV/AIDS v České republice na období 2013-2017. In: *Věstník vlády pro orgány krajů a orgány obcí*. 2013, roč. 11, 1. Dostupné také z: mvr.cz/soubor/vestnik-vlady-pro-kraje-a-obce-1-2013.aspx

25. Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek 2008. *Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy* [online]. Praha, 2010 [cit. 2014-03-19]. Dostupné také z: <http://www.msmt.cz/file/11704?highlightWords=standardy+odborn%C3%A9+zp%C5%AFsobilosti>
26. ADLER, Michael W. *ABC of sexually transmitted diseases*. 5. vydání. Londýn: BMJ, 2003, 89 s. ISBN 07-279-1761-7
27. Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence rizikového chování. *Národní ústav pro vzdělávání* [online]. Praha, 2013 [cit. 2014-03-23]. Dostupné z: http://www.nuv.cz/uploads/Standardy_PPRCH_FINAL_2013.pdf
28. Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek 2005. *Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy* [online]. Praha, 2005 [cit. 2014-03-22]. Dostupné z: www.msmt.cz/file/1622_1_1
29. MIOVSKÝ, Michal, Lenka MIOVSKÁ a Pavel KUBŮ. (2004). *Evaluace programů primární prevence užívání návykových látek v ČR: základní východiska a aplikační možnosti*. *Adiktologie* 3, 288–305.
30. MAŇÁK, Josef a Vlastimil ŠVEC. *Výukové metody*. Brno: Paido, 2003, 219 s. ISBN 80-731-5039-5
31. Manuál pro tvorbu minimálního preventivního programu. *Pražské centrum primární prevence* [online]. 31 Květen 2010 [cit. 2014-02-28]. Dostupné z: <http://www.prevence-praha.cz/minimalni-preventivni-program/prilohy-k-manualu-mpp/manual-pro-tvorbu-mpp/78-manualmpp>

32. Metodický pokyn ministra školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci sociálně patologických jevů u dětí a mládeže. *Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy* [online]. Praha, 2000 [cit. 2014-02-28]. Dostupné z: http://www.msmt.cz/uploads/soubory/prevence/etodicky_pokyn_k_preveni_socialne_p_atologicky_jevu.doc
33. MIOVSKÝ, Michal et al. *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování*. Vyd. 1. Praha: Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga, 2012, 220 s. ISBN 978-80-87258-89-7. Dostupné z: <http://www.plzensky-kraj.cz/cs/clanek/konference-vzdelavani-v-primarni-preveni-o-krok-dal-vystupy-z-projektu>
34. Rámcové vzdělávací programy. *Národní ústav pro vzdělávání* [online]. © 2011 – 2014 [cit. 2014-03-06]. Dostupné z: <http://www.nuv.cz/ramcove-vzdelavaci-programy>
35. Informace o úpravách Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání. *Národní ústav pro vzdělávání* [online]. © 2011 – 2014 [cit. 2014-03-07]. Dostupné z: <http://www.nuv.cz/ramcove-vzdelavaci-programy/informace-o-upravach-ramcoveho-vzdelavaciho-programu-pro>
36. Sexuální výchova ve školách. *Týdeník Školství* [online]. 2008 [cit. 2014-03-03]. Dostupné z: <http://www.tydenik-skolstvi.cz/archiv-cisel/2010/28/sexualni-vychova-ve-skolach/>
37. Sexuální výchova. *Výchova ke zdraví* [online]. © 2009 [cit. 2014-04-12]. Dostupné z: <http://www.vychovakezdravi.cz/clanky/sexualni-vychova.html>

38. Průzkum potvrdil, že veřejnost má na sexuální výchovu stejný názor jako MŠMT. *Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy* [online]. Praha, 2011 [cit. 2014-03-28]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/ministerstvo/novinar/pruzkum-potvrdil-ze-verejnost-ma-na-sexualni-vychovu-stejny?highlightWords=sexu%C3%A1ln%C3%AD>
39. Zdravotnická ročenka České republiky 2010. *Ústav zdravotnických informací a statistiky* [online]. Praha, 2010 [cit. 2014-03-23]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2010>
40. Chlamydie. *Chlamydie* [online]. [cit. 2014-04-01]. Dostupné z: <http://www.chlamydie-chlamidie.cz>
41. GALSKÝ, Jan. Chlamydie: diagnostika a terapie. [online]. 2011 [cit. 2014-04-07]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/chlamydie-diagnostika-a-terapie-459219>
42. GÖPFERTO VÁ, Dana, Petr PAZDIORA a Jana DÁŇOVÁ. *Epidemiologie infekčních nemocí: učebnice pro lékařské fakulty (bakalářské a magisterské studium)*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003, 230 s. ISBN 80-246-0452-3
43. JANEČKOVÁ, Ljuba. Chlamydiové infekce v kostce. [online]. 2006 [cit. 2014-04-06]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/prevence/chlamydirove-infekce-v-kostce>
44. *Kapavka* [online]. ©2012 [cit. 2014-04-08]. Dostupné z: <http://www.kapavka.info/>
45. NOVÁKOVÁ, Iva. *Ošetřovatelství ve vybraných oborech: dermatovenerologie, ORL, stomatologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 235 s. ISBN 978-802-4734-224
46. ŠRÁMKOVÁ, Taťána. *Poruchy sexuality u somaticky nemocných a jejich léčba*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-802-4744-537

47. ROZTOČIL, Aleš. *Moderní gynekologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-802-4728-322
48. Trichomoniáza: Trichomoniáza příznaky, léčba a informace. *Pohlavní choroby* [online]. ©2008-2014 [cit. 2014-05-06]. Dostupné z: <http://www.pohlavni-choroby.cz/trichomoniaz>
49. SCHINDLER, Jiří. *Mikrobiologie: pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-802-4731-704
50. Trichomoniasis: CDC Fact Sheet. *Centers for Disease Control and Prevention* [online]. 2012 [cit. 2014-04-27].
Dostupné z: <http://www.cdc.gov/std/trichomonas/stdfact-trichomoniasis.htm>
51. Trichomoniasis. *Sexually transmitted diseases guide* [online]. © 2005 [cit. 2014-04-02]. Dostupné z: <http://www.std-gov.org/stds/trichomoniasis.htm>
52. Syfilis. *Syphilis* [online]. [cit. 2014-04-09]. Dostupné z: <http://syphilis.ordinace.biz/>
53. SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 269 s., [8] s. barev. obr. příl. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4733-739
54. SEIDL, Zdeněk. *Neurologie: pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-802-4727-332
55. TRČA, Stanislav. *Plánované rodičovství: nejlepší cesta k narození zdravého dítěte*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 156 s. Pro rodiče. ISBN 978-80-247-2794-3
56. Hepatitis. *World Health Organization* [online]. © WHO 2014 [cit. 2014-04-17].
Dostupné z: <http://www.who.int/csr/disease/hepatitis/en/>

57. Hepatitis B. *World Health Organization* [online]. © WHO 2014 [cit. 2014-04-17]. Dostupné z: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/>
58. *Žloutenky* [online]. Copyright © 2012, 3. 07. 2013 [cit. 2014-04-19]. Dostupné z: <http://www.zloutenky.cz/>
59. VRÁNOVÁ, Dagmar. *Chronická onemocnění a doporučená výživová opatření*. Olomouc: ANAG, 2013, 183 s. ISBN 978-807-2637-881
60. Hepatitis C. *World Health Organization* [online]. © WHO 2014 [cit. 2014-04-17]. Dostupné z: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/en/>
61. HOFFMANN, Christian a Jürgen K. ROCKSTROH. *HIV 2013/2014* [online]. Hamburg: Medizin Fokus Verlag, 2013 [cit. 2014-04-18]. ISBN 978-941727-12-0. Dostupné z: <http://hivbuch.de>
62. HIV/AIDS. *World Health Organization* [online]. © WHO 2014 [cit. 2014-04-21]. Dostupné z: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/en>
63. HIV/AIDS. *World Health Organization* [online]. © WHO 2014 [cit. 2014-04-23]. Dostupné z: <http://www.who.int/immunization/diseases/hiv/en>
64. REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 184 s. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3006-6
65. DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-246-0139-7

66. BÁRTLOVÁ, Sylva a Helena HNILICOVÁ. *Vybrané metody a techniky výzkumu. Zjišťování spokojenosti pacientů*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2000, 118 s. ISBN 80-701-3311-2
67. Problém nízké návratnosti výběrových dotazovacích šetření. *Český sociálněvědní datový archiv: Sociologický ústav AV ČR* [online]. 2006 [cit. 2014-04-26]. Dostupné z: <http://archiv.soc.cas.cz/articles/cz/14/127/-nfo-.2006-.html>
68. Transmitted Diseases Surveillance 2012. *Centers for Disease Control and Prevention* [online]. Atlanta, Georgia, 2014 [cit. 2014-04-23]. Dostupné z: <http://www.cdc.gov/sTD/stats12/default.htm>
69. GATES, Gary, J. How Many People are Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender? *Williams Distinguished Scholar* [online]. 2011 [cit. 2014-04-29]. Dostupné z: <http://williamsinstitute.law.ucla.edu/research/census-lgbt-demographics-studies/how-many-people-are-lesbian-gay-bisexual-and-transgender/>
70. WEISS, Petr a Jaroslav ZVĚŘINA. *Sexuální chování v ČR: situace a trendy*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001, 159 p. ISBN 80-717-8558-X
71. BRZEK, Antonín a Jaroslava PONDĚLÍČKOVÁ-MAŠLOVÁ. *Třetí pohlaví?.* Vyd. 1. Praha: Scientia Medica, 1992, 124 s. ISBN 80-855-2603-4
72. Mladí lidé a informace o sexualitě: Informační potřeby a informační zdroje. *Plánování rodiny* [online]. Praha, © 2001 - 2013 [cit. 2014-05-01]. Dostupné z: http://www.planovanirodiny.cz/storage/tisk/safe_factsheet_final_CZ.pdf

73. WEISS, Petr a Jaroslav ZVĚŘINA. Sexuální chování v ČR. *Mep.zverina* [online]. Sexuologický ústav 1. lékařské fakulty, 2009 [cit. 2014-01-29]. Dostupné z: <http://mep.zverina.cz/files/103-sexualni-chovani-v-cr-srovnani-vy-zkumu-z-let-1993-1998-2003-a-2008.pdf>
74. Médium. *Mediaguru* [online]. Copyright © 2014 [cit. 2014-05-04]. Dostupné z: [http://www.mediaguru.cz/medialni-slovník/medium./](http://www.mediaguru.cz/medialni-slovník/medium/)
75. REASSING, D. Elke. Heather L. ANDRUFF, H., & Jocelyn J. WENTLAND (2012). Looking back: the experience of first sexual intercourse and current sexual adjustment in young heterosexual adults. *Journal Of Sex Research*, 49(1), 27-35. doi:10.1080/00224499.2010.538951
76. Češi a sex: panicové mládnou, partnerů přibývá. *Týden* [online]. Praha [cit. 2014-05-02]. Dostupné z: http://www.tyden.cz/rubriky/zdravi/vztahy/cesi-a-sex-panicove-mladnou-partneru-pribyva_304974.html#.U2zndXwU87a
77. ZVĚŘINA, Jaroslav. Psychofyzologie lidské sexuality. *Wikiskripta* [online]. [cit. 2014-04-21]. Dostupné z: http://www.wikiskripta.eu/index.php/Psychofyzologie_lidsk%C3%A9_sexuality
78. Jaké chování je pro nás přijatelné?. *Centrum pro výzkum veřejného mínění: Sociologický ústav AV ČR* [online]. Praha, 2012 [cit. 2014-05-01]. Dostupné z: http://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c1/a6801/f3/ov120411a.pdf
79. Průzkum. *Art for Life* [online]. 2011 [cit. 2014-05-04]. Dostupné z: <http://www.artforlife.cz/index.php?page=pruzkum>

80. Veřejné mínění o problematice HIV/AIDS: květen 2013. *Centrum pro výzkum veřejného mínění: Sociologický ústav AV ČR* [online]. Praha, 2013 [cit. 2014-05-03].

Dostupné z:

http://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c1/a7049/f3/oz130723.pdf

81. Die aktuelle Anzeigen Kampagne. *Michael Stich Stiftung* [online]. Hamburg [cit. 2014-04-13]. Dostupné z:

<http://www.michael-stich-stiftung.org/praevention/anzeigenkampagne/galerie.html>

82. *Hormonální antikoncepce* [online]. ©2004-2014 [cit. 2014-05-04]. Dostupné z:

<http://www.hormonalni-antikoncepce.cz>

83. Rakovina děložního čípku. *Cervix* [online]. Brno, © 2014 [cit. 2014-05-03].

Dostupné z: <http://www.cervix.cz/index.php?pg=pro-verejnost--rakovina-delozniho-cipku>

8 KLÍČOVÁ SLOVA

Adolescence

AIDS

HIV

Preventivní program

Primární prevence

Rizikové chování

Sexuálně přenosné choroby

Sexuální výchova

9 PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Dotazník

Dotazník

Ahoj, jsem studentkou Jihočeské univerzity a ráda bych Tě poprosila o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé diplomové práce. Jejím cílem je zjistit účinnost preventivních programů v primární prevenci sexuálně přenosných chorob u studentů Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity.

Dotazník je zcela anonymní. Odpověz, prosím, pravdivě. Získaná data budou sloužit pouze pro účely mé diplomové práce. Vyplnění Ti nezabere déle než 10 minut.

Předem děkuji za spolupráci.

Pokud není uvedeno jinak, vyber vždy jen jednu odpověď, případně odpověď uveď do textového pole.

1. Jaké je tvé pohlaví?

- muž
- žena

2. Kolik ti je let?

3. Jaký obor studuješ?

4. Který ročník?

- Bc. 1
- Bc. 2
- Bc. 3

5. Jaká je tvá sexuální orientace?

- heterosexuální
- homosexuální
- bisexuální

6. Domníváš se, že máš dostatečné množství informací z oblasti reprodukčního zdraví a sexuálně přenosných chorob?

- ano
- ne
- nevím

7. Jakým způsobem jsi získal/a nejvíce informací ohledně sexuálního života a sexuálně přenosných chorob?

- od rodičů
- při školní výuce
- při hovorech s vrstevníky (kamarádky, kamarádi)
- z internetu
- z televize
- z odborných článků v časopisech, novinách
- od lékaře
- Jiné:

8. Jak hodnotíš informace, které ti na téma sexuálního života a sexuálně přenosných chorob poskytla škola?

- zcela dostatečně – škola mi poskytla veškeré informace, které jsem potřeboval/a
- základní informace
- žádné informace

9. Mělo by se podle tebe při školní výuce věnovat více času reprodukčnímu zdraví a pohlavně přenosným chorobám?

- ano
- ne
- nevím

10. V kolika letech jsi měl/a první pohlavní styk?

- ještě jsem neměl/a pohlavní styk (pokračuj otázkou č. 18)
- před 15 tím rokem
- 15 let
- 16 let
- 17 let
- 18 let
- později

11. Z jakého důvodu k němu došlo?

- z lásky
- tlak partnera/partnerky
- tlak vrstevníků (byl/a jsem poslední)
- ze zvědavosti
- za úplatu
- Jiné:

12. Použil/a jsi při svém prvním pohlavním styku kondom?

- ano
- ne
- nepamatuji si

13. Kolik sexuálních partnerů si měl/a za svůj život?

- 1-2
- 3-5
- 6-10
- 11-20
- více

14. Byl/a jsi někdy svému partnerovi/partnerce nevěrná?

- ano
- ne

15. Měl/a jsi někdy náhodný pohlavní styk?

- ano
- ne (pokračuj otázkou č. 17)

16. Kolikrát si měl/a náhodný pohlavní styk?

- 1x
- 2 - 5 x
- více než 5x

17. Chráníl/a jsi se při náhodném pohlavním styku kondomem?

- ano
- ne

18. Nakazil/a ses někdy pohlavně přenosnou chorobou?

- ano
- ne
- nevím

19. Máš strach, že se při pohlavním styku nakazíš infekční chorobou?

- ano
- jen někdy
- ne
- nepřemýšlel/a jsem o tom

20. Sexuálně přenosné choroby jsou:

- infekční onemocnění přenášená bezvýhradně pohlavním stykem s nakaženou osobou
- infekční onemocnění přenášená při tělesném kontaktu s nakaženou osobou
- infekční onemocnění přenášená nekontaktním stykem (vodou, vzduchem, potravinami apod.)

21. Označ sexuálně přenosné choroby, které znáš:

- syfilis
- kapavka
- chlamydiové infekce
- kandidóza
- trichomoniáza
- měkký vřed
- granuloma inguinale
- HPV (způsobuje rakovinu děložního čípku)
- genitální opar
- genitální bradavice
- HIV, AIDS
- hepatitida B
- veš muňka (filcky)
- svrab

22. Může se po prodělání a vyléčení kapavky člověk znovu nakazit?

- ano
- ne
- nevím

23. Nákaza chlamydiemi se projevuje:

- výtokem, bolestí břicha a zvýšenou teplotou
- zánětem vejcovodu u žen, otokem varlete a poruchami močení u mužů
- nejčastěji asymptomaticky

24. Neléčený syfilis vede k:

- postižení nervového systému
- výsevu bolestivých puchýřů v okolí genitálu
- neplodnost z důvodu obstrukce vývodných pohlavních cest

25. K přenosu žloutenky typu B:

- stačí mikroskopické množství infikované tělní tekutiny
- je většinou zapotřebí opakované expozice s nakaženým
- postačí pouhé podání ruky s nakaženým

26. Po jak dlouhé době po nákaze lze spolehlivě prokázat/vyvrátit nákazu virem HIV?

- ihned
- týden
- 1 měsíc
- 3 měsíce

27. Jaká celosvětová statistická data jsou podle tebe správná?

- přes 16 milionů osob nakažených virem HIV, ročně zemře 1 milion lidí na AIDS
- přes 35 milionů osob nakažených virem HIV, ročně zemře 1,7 milionu lidí na AIDS
- přes 65 milionů osob nakažených virem HIV, ročně zemřou 2,5 miliony lidí na AIDS

28. V současnosti je ročně v České republice nová nákaza virem HIV prokázána:

- u cca 50 lidí
- u cca 200 lidí
- u cca 1200 lidí

29. Jaký druh ochrany je nejúčinnější proti nákaze přenášené pohlavním stykem?

- očkování
- kondom a vaginální kondom
- hormonální antikoncepce
- přerušovaná soulož

30. Existuje očkování proti sexuálně přenosným chorobám?

- zatím ne
- proti hepatitidě B a některým HPV virům (rakovina děložního čípku)
- proti hepatitidě C a chlamydiím
- proti kapavce a syfilis

31. Zaregistroval/a jsi, že by v současnosti probíhal v ČR nějaký program proti sexuálně přenosným chorobám?

- ano
- ne
- nevím

32. Co uděláš při podezření, že ses nakazil/a sexuálně přenosnou chorobou?

- budu ignorovat příznaky, dokud to půjde
- nejprve se pokusím vyléčit sám
- ihned navštívím lékaře

33. Musel/a jsi někdy řešit nechtěné početí?

- ano
- ne

34. V případě, že bys měl/a nového partnera/partnerku, budeš s ním chtít probrat otázky týkající se pohlavně přenosných chorob?

- ano
- ne - chtěl/a bych, ale je to trapné
- ne - nezajímá mě to

35. Jaký druh antikoncepce běžně používáš?

- hormonální antikoncepci (tabletky, náplast, apod.) / chrání se takto partnerka
- kondom
- přerušovanou soulož
- žádnou
- Jiné:

36. Chodíš pravidelně na preventivní gynekologické prohlídky?

Poslední otázka je pouze pro ženy:

- ano, 2x ročně
- ano, 1x ročně
- ano, 1x za dva roky
- chodím tam, pouze když mám akutní problém
- nikdy jsem u gynekologa nebyla