

Jihočeská universita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Sexuální výchova jako součást výchovy ke zdraví u dospívajících

Bakalářská práce

Mgr. Dita Nováková, DiS, R.N.

2007

Michaela Brychtová

Sexual education as a part of the health education of adolescents

The work deals with the investigation on the level of information of pupils of the prevention of sexually transmitted diseases. I selected the group from 11 to 15 years of age, which are elementary school pupils of 6th to 9th class. Elementary schools were divided into town schools (66 respondents) and village schools (48 respondents). The work is also focused on the development of adolescents and on the puberty, which is the first stage of adolescence. The life style of adolescents, including smoking, nourishment and free time, is also mentioned.

I formulated two hypotheses. The first one, stating that the elementary school pupils from 11 to 15 years of age have no information about sexually transmitted diseases, did not prove true. Even a very young group of 11-12 years old children knew the most frequent venereal diseases and that a condom is a protection from them. It was possible to see that the pupils of the age group 15 and more have more information and perhaps even more experience. Several pupils in each group category responded that they did not know the answer or, more probably, they did not feel like answering.

The second hypothesis stated that the village elementary school pupils have less knowledge on the prevention of sexually transmitted diseases than the town elementary school ones. Neither this hypothesis proved true. I believe that there are no such differences between towns and villages as they used to be. In the past, town children had an access to many different things, while village children stood rather aside. A family and school education also played important roles.

In my opinion, we should tell the truth when a child asks about his or her birth. For this work, I used several books for small children explaining the birth, sex, puberty and also venereal diseases and the protection from them. Parents should not be afraid and should not be ashamed to speak about sexual intercourse with their children. School teachers should give children important information. In natural science children learn or can learn about their body and other information they receive or can receive in civics and family education. However, even when children are given an extensive information, diseases, such as AIDS, are spreading. The question is, where to find the fault.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci na téma „Sexuální výchova jako součást výchovy ke zdraví u dospívajících“ vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne

.....

podpis studentky

Poděkování

Děkuji vedoucí práce Mgr. Ditě Novákové za metodické vedení, cenné rady a trpělivost při psaní této bakalářské práce.

OBSAH

Úvod.....	7
1.Současný stav.....	8
1.1 Historie sexuologie	8
1.2 Historie české sexuologie.....	9
1.3 Výchova ke zdraví.....	10
1.4 Charakteristika období dospívání.....	17
1.5 Pohlavně přenosné choroby.....	25
1.6 Význam STD	26
1.7 Rozdělení STD.....	27
1.7.1 HIV	28
1.7.2 Kapavka (gonorrhoea).....	32
1.7.3 Syfilis (příjice, lues).....	34
1.7.4 Chlamydia trachomatis.....	36
1.7.5 Kandidóza.....	37
1.7.6 Trichomoniáza	38
1.7.7 Svrab (scabies).....	38
1.7.8 Měkký vřed (ulcus molle).....	39
1.7.9 Infekční hepatitis typu B.....	39
1.7.10 Opar zevního pohlavního ústrojí (Herpes genitális).....	40
1.7.11 Condylomata acuminata (říčky, špičaté kondylomy).....	40
1.7.12 Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum.....	41
1.7.13 Lymphogranuloma venerum (Venerický lymfogranulom).....	41
1.7.14 Granuloma inguinale (Donovani).....	42
2. Cíle práce, hypotézy.....	43
2.1 Cíle práce.....	43
2.2 Hypotézy.....	43
3. Metodika.....	44
3.1 Metodika práce.....	44
3.2 Výzkumný soubor.....	44

4. Výsledky.....	45
4.1 Výsledky dotazníkového šetření u žáků základních škol.....	45
5. Diskuze.....	68
6. Závěr.....	74
7. Seznam použitých zdrojů.....	75
8. Klíčová slova.....	78
9. Přílohy.....	79

Úvod

Téma sexuální výchova jako součást výchovy ke zdraví u dospívajících jsem si vybrala, protože mě zajímá jak jsou dnešní dospívající lidé informováni o všem, co se týká sexu a s ním související problematiky včetně pohlavních chorob. Jestli vědí, jak se chránit, či jak se pohlavně přenosné nemoci přenášejí.

Dnešní svět je plný spěchu a tak mě také zajímalo, jestli se rodiče dokáží se svými dětmi posadit a prodiskutovat téma sex. Myslím, že je zde důležité mluvit zcela otevřeně a hlavně se nestydět. Děti se sami stydí zeptat na něco, co je zajímavé a o čem by se chtěly dozvědět něco nového. Jsou velmi zvědavé a chtějí vědět všechno do detailu. A tak je právě na rodičích a na učitelích ve školách, aby jim dokázali zodpovědět všetečné otázky. Ve školách mají nejprve přírodopis, kde se naučí poznávat své vlastní tělo, rozlišovat ho od druhého pohlaví, dozvídají se jak se lidé rozmnožují. A navazuje na to rodinná výchova, která by již měla být zaměřena na to, co to vlastně je sex, co se při něm děje a co s ním všechno souvisí. Děti se stávají nebo snad i chtějí stát dříve dospělými. Ale vlastně vůbec neví, co je v tom světě dospělých čeká.

Pohlavní choroby jsou již dnes u nás tak rozšířené, že je těžké si jich nepovšimnout a děti před nimi ochránit. Děti musí vědět jak se před nimi chránit, jak jim předejít a jak také předcházet dalším věcem souvisejícím s pohlavním stykem.

1. Současný stav

1.1 Historie sexuologie

Sexuologie je obor studující sexualitu. Na lidskou sexualitu lze prohlížet z mnoha stran. Lékařská sexuologie se zabývá lidskou sexualitou v normě i patologii. Předmětem zkoumání, diagnostiky a léčby jsou poruchy potence, erekce, frigidita, poruchy ejakulace, vaginismus, poruchy plodnosti či partnerské problémy, které se odrážejí i v sexuálním životě. Dále se lékařská sexuologie zabývá diagnostikou, léčbou poruch sexuální identifikace, orientace, sexuálními deviacemi. Lékařská sexuologie také věnuje pozornost antikoncepci a programům umělého oplodnění. V neposlední řadě se podílí na sexuální osvětě a sexuální výchově.

V 17. století byly prvně popsány gonády. Můžeme hovořit o položení vědeckých základů lidské sexuality. Lidskou spermii prvně popsal Antony van Leeuwenhoek v polovině 17. století.

V 19. století Arnold A. Berthold položil základy endokrinologie.

30. léta 20. století byla významná, neboť byl chemicky definován estrogen, progesteron a testosteron.

V historii byly vždy snahy „ovládnout“ lidskou sexualitu. Příkladem je křesťanství a jeho důraz na monogamii či zapovězení předmanželského pohlavního styku. Koncem 19. století a počátkem 20. století země Evropy a Spojených států založily organizace, které se věnovaly a rozšiřovaly plánované rodičovství, antikoncepci a sexuální výchovu vůbec.

K lidské sexualitě se váže řada mýtů a můžeme říct i bludů. Některé z nich byly šířeny i v medicíně vzdělanými lidmi. Příkladem je August David Tissot žijící v 18. století, který byl propagátorem škodlivosti onanování. Onanování bylo pokládáno za příčinu duševních poruch.

Sigmund Freud (1856 – 1939) je jedním z těch, kteří se podíleli na odtabuizování sexuálních témat. Freud vytvořil teorii, že lidská sexualita se vyvíjí od primární polymorfní perverze přes orální, anální a genitální stádium. Neprojde-li

jedinec všemi stádii a „zastaví-li“ se v některé z nich, pak dochází k rozvoji sexuálních deviací.

Švýcarský psychiatr a sexuolog A. H. Forel žijící na přelomu 19. a 20. století byl mužem, který zavedl kastraci neklidného a mentálně retardovaného psychiatrického pacienta jako terapeutickou metodu.

V roce 1919 byl v Berlíně založen nejstarší sexuologický ústav. Jeho zakladatelem byl Magnáš Hirschfeld (1868 – 1935) německý lékař a antropolog. Sám patřil k homosexuální menšině a na konci 19. století založil „Vědecko-humanitární výbor“, jehož programem bylo odkriminalizování homosexuality. V roce 1928 byla založena „světová liga pro sexuální reformu“. V tehdejší době šlo o první mezinárodní sexuologickou organizaci celosvětového působení.

Další světově známý sexuologický ústav byl založen v roce 1947 v Bloomingtonu „Institute for Sex Research“. Zakladatelem byl biolog A. C. Kinsey. Tento institut sehrál významnou roli v rozšíření přehledu sexuálních praktik. Mnohé z nich byly do té doby považovány za deviantní (předmanželský, mimomanželský sex, masturbace).

Nelze opominout dva významné představitele výzkumu fyziologie lidského sexuálního chování – William H. Masters, Virginia E. Johnová – jsou to hlavní představitelé sexoterapie zejména v oblasti sexuálních dysfunkcí (24).

1.2 Historie české sexuologie

Také u nás se v období mezi 1. a 2. světovou válkou razil trend plánovaného rodičovství, antikoncepce. O sexuologii se nezajímali jen lékaři, ale také další intelektuálové. Důkazem toho byla Erotická revue Štýrského.

V roce 1921 byl založen „Ústav pro sexuální patologii“ při Lékařské fakultě University Karlovy v Praze. Profesor Josef Hyníe (1900 – 1989) je považován za zakladatele české sexuologické školy. V roce 1940 vydal monografii „Úvod do lékařské sexuologie“. Jeho doménou byla reprodukční medicína a sexuální výchova. Řadí se k zakladatelům české andrologie (nauka o mužském orgasmu). Jeho metoda

vyhodnocování pohyblivosti spermií v ejakulátu je používána dodnes. Též je v běžném užívání jeho přístroj na měření varlat, tzv. testimetr.

Další představitelé české sexuologie jsou prof. Pelnář (1872 – 1964), V. Barták zabývající se andrologií. K. Nedoma (sexuální deviace a sexuální výchova) je autorem „adaptační léčby“ sexuálních deviantů. Prof. J. Raboch vedl Sexuologický ústav v letech 1974 – 1989, byl prezidentem IASR (International Academy of Sex Research). Prof. V. Vondráček byl velkým příznivcem sexuologie.

Prof. K. Freund (1916 – 1997) jako první použil falopletyzmografické vyšetřování k diagnostice sexuální orientace u mužů. Byl autorem první monografie o homosexualitě v Čechách. Zabýval se sexuálními deviacemi a definoval „poruchu namlouvacích fází“ sexuální motivace.

Psycholog A. Kolářský (nar. 1932) publikoval významné práce mimo jiné o tzv. dílčích motivačních stavech, čímž přispěl významnou měrou k pochopení sexuálního chování (24).

1.3 Výchova ke zdraví

Zdraví – slovo, které každý z nás velmi často používá. Chceme-li někomu popřát to nejlepší, přejeme mu co nejvíce zdraví. O zdraví se vůbec často mluví při jakýchkoliv příležitostech. Zeptáte-li se někoho, čemu ve svém životě přisuzuje největší váhu nebo čeho si nejvíce váží, určitě vám odpoví ono kouzelné slovíčko – zdraví.

A tak by se mohlo zdát, že nám všem jde hlavně o zdraví a že si svého zdraví skutečně vážíme. Ale ve skutečnosti je to úplně jinak – v každodenním běžném životě převažují jiné „důležitější“ věci a na své zdraví prostě nemáme dostatek času. Vlastního zdraví si většina z nás začne skutečně vážit až tehdy, když nás nebo někoho z našich blízkých postihne nemoc. Teprve poté zpytujeme své svědomí a zamýšlíme se nad tím, čím skutečně je pro nás naše zdraví a co pro nás znamená. A to je velká škoda a někdy je bohužel i dost pozdě (22).

Definice zdraví

Světová zdravotnická organizace (SZO, World Health Organisation, WHO) definovala v roce 1948 zdraví jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a nikoli pouze nepřítomnost nemoci či vady. Tato širší definice zdraví se promítá i do současné definice zdraví u dospívajících: kromě nepřítomnosti nemoci to znamená i úspěšný přechod do dospělosti a nepřítomnost rizikového chování. (11)

Metody výchovy ke zdraví

Výchova ke zdraví zahrnuje činnosti, jejichž cílem je poskytnout lidem přístupným způsobem dostatek informací o možnostech a způsobech, jak předcházet nemocem, zlepšit znalosti, motivovat, ovlivnit postoje a přivést lidi k aktivnímu zájmu o své zdraví a konečně ke změně chování vedoucí k posílení zdraví. Můžeme rozumět faktorům, které ovlivňují zdraví negativně i pozitivně. Naučit se své zdraví negativně či pozitivně chránit, upevňovat a rozvíjet.

Důležitým úkolem výchovy ke zdraví je také výchova obyvatelstva k poskytování první pomoci.

Výchova ke zdraví je obor, který využívá poznatků z řady vědních oborů, např. lékařských, sociálních, pedagogických a psychologických. Je nedílnou součástí péče o zdraví, na kterou má nárok každý občan a která je garantována státem.

Hlavní zásady:

Výchova ke zdraví může být jen tehdy efektivní, jestliže splňuje řadu nezbytných náležitostí a zásad.

Jde o činnost:

- soustavnou, systematickou, komplexní a důkladně promyšlenou;
- cílenou vzhledem k věku, vzdělání a konkrétním problémům jedince v oblasti zdravotní, psychické, sociální a společenské;
- aktualizovanou nejnovějšími poznatky z oblasti vědy a výzkumu;
- respektující životní prostředí jedince;
- založenou na osobní zainteresovanosti každého jedince – tzn. pochopení osobní zodpovědnosti za vlastní zdraví.

Pro realizaci správného životního stylu je nezbytné, aby každý člověk:

- byl dostatečně informován a motivován, aby chtěl své zdraví šetřit a upevňovat a zároveň eliminovat škodlivé faktory;
- přesně věděl, co je zdraví prospěšné a co mu škodí;
- měl vytvořené podmínky k realizaci zdravého způsobu života.

Výchova ke zdraví je cílena:

- na jedince - zdravé, nemocné nebo ohrožené na zdraví;
- na skupiny obyvatelstva - s ohledem na věkové skupiny (děti, mládež, staří lidé),
 - skupiny pacientů s určitou diagnózou,
 - speciální problematiku žen,
 - lidi pracující či žijící v určitém rizikovém prostředí;
- na komunitu - problematika jednotlivých typů škol,
 - pracovníci v oblasti společného stravování,
 - rady pro představitele měst;
- na celou populaci - využitím celostátních, regionálních a místních veřejných sdělovacích prostředků.

Metody výchovy jsou přizpůsobeny podle specifických cílů:

- upoutání pozornosti k danému problému - velkoplošná reklama, plakáty, televizní spoty, upomínkové předměty;
- sdělení základních informací a rad - letáky, pohlednice, kalendáře, brožury, články v novinách a časopisech, televizní a rozhlasové pořady, ústní informace zdravotnickým pracovníkem;
- sdělení obsažnějších informací, televizní a rozhlasové pořady, obsažnější monotematické brožury, knihy, přednášky a besedy, zprávy do počítačových sítí;
- motivace ke změně chování - soubory doporučení a postupů, receptáře, výstavy, počítačové programy (22).

Peer výchova

Základním principem peer výchovy je aktivní zapojení předem připravených vrstevníků. "Peer" znamená v angličtině nejen vrstevníka, ale člověka ze stejné sociální skupiny nebo profese. Je to v podstatě někdo, s nímž se může cílová populace ztotožnit. Významnou roli zde tedy hraje nejen věk, ale blízké či podobné sociální zázemí či zaměstnání.

Z těchto důvodů jsou peer programy v hojné míře realizovány v řadě zemí. Přenos dovedností a postojů získaných v programu je pro vyškolené peery do běžného života poměrně snadný. Jde o to, že cílová populace se dostává do podobných situací a může se porovnat s nabízenými modely jednání.

"Program WHO Zdraví pro všechny v 21. století"

Světová zdravotnická organizace přijala na svém zasedání v roce 1998 program "Zdraví pro všechny v 21. století". Je to komplexní způsob (strategie), jak dosáhnout v prvních dvou desetiletích 21. století podstatného zlepšení zdraví lidí v evropských státech. Nejde o nařízení, ale o doporučení a návod k dosažení pokroku v úrovni zdraví a zdravotní péče. Program zdůrazňuje tři základní zásady: zdraví jako základní lidské právo, jako rovnost a solidaritu lidí v otázkách zdraví a jako aktivní podíl jednotlivce, skupin, obcí, organizací a státu (22).

Program pokrývá následující tematické skupiny:

1. Rovnost lidí a solidaritu v otázkách zdraví.
2. Dosažení lepšího zdravotního stavu všech lidí v Evropě aktivitou zaměřenou na začátek života, mládí a stárnutí.
3. Snížení výskytu nemocí a úrazů. Jsou rozvedeny způsoby omezování infekčních a neinfekčních nemocí (zejména nemoci srdce a cév, nádorové onemocnění a způsoby zlepšování duševního zdraví).
4. Komplexní strategie k udržitelnému zdraví. Zde jsou popsány cesty k zajištění zdravého prostředí a role zdravého životního stylu včetně omezování alkoholu, drog a kuřáctví.

5. Řízení zdravotnictví na základě dobře připravených plánů vycházejících z odborných rozborů, priorit, s aktivní účastí politiků, profesionálů, občanů i nevládních organizací.

Uvedená témata jsou rozdělena do jednotlivých cílů, jichž je celkem 21. Ke každému patří několik konkrétních úkolů s uvedením způsobu (strategie), jak jich dosáhnout.

Program akcentuje (zdůrazňuje) prevenci a dokonalé řízení jako hlavní cesty k dosažení cílů. Pro realizaci programu v České republice nejsou žádné objektivní překážky. Národní varianta programu by měla mít obdobu s programy regionů, města a organizací, které se mohou zaměřit jen na některé zdravotní priority.

Prevence nejčastěji se vyskytujících neinfekčních onemocnění

1. Nevhodný způsob života zahrnuje následující složky:

- kuřáctví
- energeticky nepřiměřená a nevhodně složená výživa
- nízká pohybová aktivita
- nadměrná psychická zátěž spojená se stresem
- nadměrný konzum alkoholu
- drogové závislosti
- nevhodné sexuální chování, které je příčinou šíření *sexuálně přenosných onemocnění* včetně HIV/AIDS

2. Nesprávná či nevhodně zaměřená lékařská péče, ve které není kladen dostatečný důraz na prevenci ve všech jejích formách.

Pozitivní změny zdravotního stavu lze docílit na základě důsledně aplikovaných preventivních postupů. Podle způsobu, jak je prevence uplatňována, rozeznáváme tři druhy prevence: primární, sekundární a terciální (22).

Primární prevence - je souhrn činností, které mají za cíl snížit počet nových onemocnění, tj. snížit incidenci nemocí.

Primární prevence je jednak specifická, jednak nespecifická. Specifická je zaměřená proti určitým nemocem (např. očkování) nebo proti rizikům. Primární prevence nespecifická znamená aktivity vedoucí k posilování a rozvíjení zdraví zdravotní výchovou či zdravotně žádoucím životním stylem. Na prevenci primární se podílejí zdravotníci, jednotliví občané, komunity, regiony a stát.

Sekundární prevence - se zaměřuje na vyhledávání časných stádií onemocnění, vyhledávání rizikových faktorů vedoucích k onemocnění a vhodné léčení těchto časných stádií. Je záležitostí jednotlivců, komunit a zdravotnických pracovníků.

Terciální prevence - má za cíl minimalizovat škody na zdraví v případě již vzniklého onemocnění. Je záležitostí zdravotnickou (22).

Z hlediska prevence je možné docílit pozitivní změny ve vývoji zdravotního stavu z předpokladu, že dojde k výrazné změně životního stylu. To znamená:

- docílit pozitivních změn ve výživových zvyklostech;
- výrazně snížit prevalenci kuřáctví;
- snížit spotřebu alkoholu;
- zvýšit podíl tělesné aktivity v denním životě;
- dodržovat zásady *správného sexuálního chování*;
- zaměřit se na důslednou prevenci drogových závislostí.

Prevence infekčních nemocí

Cílem prevence infekčních onemocnění je předcházení a zamezování jejich vzniku v populaci, jejich úplná likvidace, potlačování nebo alespoň pozitivní ovlivnění výskytu těchto nemocí. K tomu slouží tzv. epidemiologická opatření. Optimem je snížení výskytu nákazy na minimum, eliminace (vyloučení) či dokonce eradikace (vymýcení) infekce. Zmíněná opatření mohou být zaměřena na vyloučení zdroje nákazy, na přerušení cesty přenosu a na vnímavou osobu (s cílem z vnímavé osoby udělat osobu odolnou). (22)

K opatřením zaměřeným na eliminaci zdroje patří zejména včasná a správná diagnostika nákazy, včasná izolace nemocného doma či v nemocnici. Význam při prevenci šíření nákazy má i správná léčba, nepřímo se uplatňují i včasná hlášení nemocí, podobně jako aktivní vyhledávání dalších nemocných osob a osob z nemocí podezřelých. Zde je cílem pomocí klinických, mikrobiologických a biochemických vyšetření co nejdříve odhalit další potencionální zdroje nákazy. Osoby, které byly ve styku se zdrojem nákazy, jsou vyšetřovány a sledovány lékařem po celou dobu inkubační doby formou tzv. lékařského dohledu.

U infekcí, které se přenáší krví (HIV/AIDS, virová hepatitida B,C), patří k hlavním preventivním zásadám:

- důsledné dodržování hygienicko-epidemiologického režimu ve zdravotnických zařízeních;
- sterilizace a dezinfekce pomůcek, nástrojů, přístrojů, předmětů, ploch;
- bezpečná manipulace s krví a ostatními biologickými materiály, které se vždy považují za potenciálně infekční;
- používání rukavic a ostatních ochranných pomůcek;
- používání jehel, stříkaček a dalších pomůcek na jedno použití;
- vyšetřování dárců krve;
- u narkomanů si drogu nepíchat, v opačném případě používat sterilní jehly a stříkačky;
- tetování, peering, manikúra, pedikúra a kosmetické služby vykonávat sterilními nástroji;
- u virové hepatitidy B očkování, v případě potřeby i pasivní imunizace;
- dodržování preventivních opatření uvedených u nález přenášených pohlavním stykem (22).

Prevence infekcí, které jsou přenášeny téměř výhradně pohlavním stykem (např. kapavka, syfilis, HIV/AIDS), spočívá především v bezpečném sexuální chování. K němu patří sexuální abstinence, vzájemná partnerská věrnost, vyhýbání se promiskuitním osobám, náhodným partnerům a osobám provádějícím prostituci, vyhýbání se rizikovějším praktikám pohlavního styku (např. nechráněného styku do

konečníku). Velký význam má používání kondomu po celou dobu pohlavního styku, který navíc chrání i před nechtěným početím. Nezbytností je správná a včasná sexuální výchova a zdravotní osvěta široké veřejnosti (22).

1.4 Charakteristika období dospívání

Naše tělo se mění od okamžiku narození až do konce života. Mění se, protože vše, co je živé se mění a roste. Mezi 9. a 15. rokem dochází u děvčat a chlapců k nápadnějším změnám než dříve. Z děvčat začínají vyrůstat mladé ženy a z chlapců mladí muži.

Dospívání (adolescence) je přechodnou fází lidského života, kdy člověk přestává být dítětem a ani není ještě dospělý. Je stále ještě jedincem ve vývoji. Dospívání je jedním z rizikových období lidského života: člověk se tu mění v celé své biopsychosociální sféře, a to velice radikálně a přitom rychle. K tomuto rychlému vývoji přistupuje možnost a často i skutečnost samostatného jednání dospívajícího, které nezřídka bývá nesprávné nebo rizikové. Jedinec se stává „složitým“ a přitom v mnoha ohledech zvýšeně zranitelným. Dospívání je proto jedním z nejvíce formujících období lidského života, srovnatelné v tomto směru s nejranějším dětstvím.

Vývoj a zrání člověka v dospívání dnes navíc znesnadňují rychlé proměny okolního světa. Ukazuje se, že dospívání se stalo v moderních technologických společnostech nejrizikovějším vývojovým obdobím na cestě k dosažení zdravé dospělosti – na rozdíl od dřívější doby a od současných společností nerozvinutých, kde nejrizikovějším bylo a je časně dětství. Světová zdravotnická organizace proto na začátku 90. let minulého století stanovila dospívající jako samostatnou rizikovou populační skupinu, pro niž je nutná samostatná a preventivní péče. Zdraví je tu ohroženo zejména riziky v oblasti biologické a rizikovým chováním samotné mládeže (5, 11).

Termín adolescence je odvozen z latinského slova *adolescere* (dorůstat, dospívat, mohutnět). Jako termín označující určité období života člověka bylo toto slovo použito poprvé v 15. století (Muuss, 1989). Přitom označení *adolescenti* (typické pro psychologii) se v českém jazyce volně zaměňuje s označením dospívající či dorost

(typické pro lékařské vědy) a rovněž s širším označením mládež (charakterističtější pro sociologii a pedagogiku) (10).

Toto období zahrnuje věk přibližně od jedenácti do dvaceti let. Nejčastější dělení:

Období pubescence – od 11 do 15 let. Je obdobím rozvoje sebeuvědomění a intenzivnějšího projevu citového vztahu k vlastní osobě. V průběhu sebepozorování a sebehodnocení může vzniknout pocit nejistoty nebo naopak pocit sebeobdivování. Toto období se rozděluje na dvě fáze:

- Prepuberta (první pubertální fáze, 11 – 13 let). Začíná prvními známkami pohlavního dospívání a urychlením v růstové křivce. Končí nástupem menarché u dívek a u chlapců výronem semene, ejakulací.
- Fáze vlastní puberty (druhá pubertální fáze, 13 – 15 let). Nastupuje po dokončení prepuberty a trvá do dosažení reprodukční schopnosti. Toto období můžeme vymezit věkem 13 až 15 let. Začátek puberty je u chlapců a u dívek různý. U dívek začíná puberta asi o 2 roky dříve (1, 8, 9, 11, 21).

Na přelomu puberty a adolescence, okolo 15. roku, začíná období prvních skutečných vztahů, které bývají intenzivně prožívané, avšak nestálé. Dochází k prvním sexuálním kontaktům. Mladí lidé se zajímají o konkrétnější podrobnosti sexu – způsoby milostné předehry, polohy při pohlavním styku či použití a spolehlivost antikoncepce. Často si vyhledávají informace v knihách, tisku, na Internetu apod. (20)

Období adolescence – zahrnuje dobu od 15 do 20 – 22 let. Lidé hodnotí sami sebe na základě úspěšnosti ve škole, výkonnosti v zaměstnání, vnějšího vzhledu a fyzické atraktivity. V tomto období se postupně dosahuje plné reprodukční zralosti a dokončuje se tělesný růst, mění se postavení jedince ve společnosti. Mladí lidé se zabývají plánováním budoucnosti a získáváním ekonomické nezávislosti.

Jednotlivá období nejsou přesně věkově ohraničena, mezi jedinci jsou velké rozdíly ve výšce, vzhledu, ve vývoji sekundárních pohlavních znaků, v sociální i morální zralosti (1, 8, 9, 21).

Legislativně končí dospívání 18. rokem života. Biologické zákony a zákonitosti však tuto hranici nerespektují. V geografických podmínkách střední Evropy dosahují jedinci plné tělesné a duševní dospělosti až kolem 20. - 22. roku věku.

V tomto období se vyskytují rizika nádorů, úrazů (dopravní), psychosomatická onemocnění, otravy (i sebevražedné pokusy).

Dochází k tělesným změnám, které jsou součástí procesu, kterému říkáme pubescence. Psychologické a sociální změny jsou součástí procesu adolescence. Nejedná se o dva zcela oddělené procesy, ba naopak jeden proces ovlivňuje druhý. Hormonální změny se objevují ještě před zjevnými vnějšími projevy sexuálního růstu. U prepubescenta se objevuje mnoho pocitů, od pocitu úzkosti přes rozpaky až po pocit hrdosti (7, 15).

Životní styl dospívajících

Česká republika prošla v posledních letech velkými politickými a sociálními změnami, které se promítají do životního stylu jejích obyvatel. Dosavadní sociální hodnoty a standardy, které platily téměř půl století, jsou často s netrpělivostí odmítány a nové sociálně přitažlivé vzory postojů a zdravého chování dosud chybí. Dospívající, kteří ještě nejsou dostatečně vybaveni životními zkušenostmi a kteří se uvolňují ze sociální závislosti na své rodiče, láká často to, co je líbivé, co obdivují a uznávají jejich vrstevníci nebo co usnadňuje řešení situace bez většího omezení a vynaložení úsilí.

Volný čas - jedním z významných kritérií charakterizujících životní styl je způsob, jakým dospívající tráví svůj volný čas. Mezi aktivitami volného času patří televize, počítače, večírky, diskotéky, ale také kouření, pití alkoholu a užívání drog. Někteří jedinci mají již také intimní partnerský vztah.

Rozdílné aktivity volného času dospívajících odpovídají také rodinnému zázemí a vzdělání rodičů, možnostem, které poskytuje místo bydliště a především zájmům, chování a postojům spolužáků. Na způsob trávení volného času má také vliv typ vzdělání (11).

Výživa - patří mezi jednu ze základních složek životního stylu. Mezi výživou chlapců a dívek existují významné rozdíly. V období dospívání bývá výživa dívek velmi ovlivněna nespokojeností se vzhledem vlastního těla a snahou zhubnout.

Kouření, alkohol a nealkoholové drogy

Na začátku puberty pod vlivem snahy vypadat dospělejší, nezávislejší a napodobovat chování dospělých nebo obdivovaných vrstevníků zkoušejí dospívající kouřit cigarety, protože kouření považují za chování, které jim má pomoci vytvořit úspěšné postavení ve skupině vrstevníků.

Velmi alarmující je vztah adolescentů k alkoholu. Dospívající nejčastěji konzumují pivo, destiláty a vína a nejsou zde rozdíly mezi chlapci a dívkami. V tomto věku dospívající podceňují nebezpečí vzniku závislosti na alkoholu jde také o rizika úrazů v důsledku agresivního chování po požití alkoholu a dopravních nehod při řízení motorového vozidla pod vlivem alkoholu. Konzum alkoholu také ovlivňuje sexuální chování, neboť odstraňuje zábrany.

Nealkoholové drogy představují jeden ze závažných problémů globálních problémů současného světa. Po otevření hranic, od konce roku 1989 po současnost, dostalo šíření drog mezi mládeží charakter exploze.

Marihuana a hašiš jsou mezi dopívacími dostupnou a zdomácnělou drogou. Zneužívání návykových látek – nikotinu, alkoholu a nealkoholových drog – se zpravidla kombinuje. Začíná se kouřením cigaret, později přistupuje požívání alkoholu a v touze zkusit něco dalšího posléze přicházejí drogy (11).

Sexuální chování

V pubertě se postupně vytvářejí biologické předpoklady pro pohlavní život a současně se u části dospívajících rozvíjí touha po něm. Naléhavost této touhy se prosazuje zejména u těch mladistvých, u nichž výchova nevytvořila schopnosti sebeovládání, nevypěstovala smysl pro odpovědnost a nevedla k dostatečnému rozvoji smysluplných zájmů a náplně volného času. Je také posilována společenským tlakem vrstevníků a snahou se jim vyrovnat. Pod jeho vlivem si dospívající osvojují předčasnou

„dospělost“ v oblasti sexuálního života, který nespojuje s citovým vztahem. K ranému sexuálnímu životu přispívá i všeobecná liberalizace sexu a značná rozšířenost sexuálních podnětů (reklama na erotické kluby a erotické služby, inzeráty, pornografické materiály). Zahájení sexuálního života před dosažením dospělosti však přináší četná rizika.

Motivace k zahájení pohlavního života v dospívání je často jiná než v dospělosti. Pozitivní, sociálně přijatelná motivace (s cílem vytvoření stabilního vztahu a eventuálně rodiny), přichází většinou až na konci dospívání. Dříve, a to zvláště v adolescenci časně, je motivace velmi často nevhodná. Lékaři, kteří mají důvěru dospívajících, velmi dobře vědí, že velmi častou motivací pro první pohlavní styk je tlak vrstevníků, touha se s nimi vyrovnat nebo vyhovět naléhání partnera.

Vliv rodičů na životní styl dospívajících

Je velice důležité, aby rodiče pochopili, proč jejich dospívající potomek dělá to či ono. Může se totiž stát, že rodiče věnují pozornost především svým vlastním potřebám, které přirozeně také mají, a nevědomky opomenou podpořit snahy svého dítěte. Mají-li rodiče dost pochopení pro psychologické problémy, s nimiž se jejich děti snaží vyrovnat, usnadní to vzájemnou komunikaci.

Vliv rodičů na chování a rozhodování jejich dětí v období dospívání klesá. Dospívající se do značné míry cítí již býti dospělými a touží po samostatnosti a pocitu svobody. Bývají nedůtkliví k radám a pokynům rodičů a ostatních dospělých a reagují vzdorem. Jak klesá autorita rodičů, tak stoupá význam vrstevníků. Přesto výchovná úloha rodičů ani v tomto období není bezvýznamná.

Rodiče jsou stále svým dětem především vzorem postojů, hierarchie, hodnot, způsobů chování, které vytvářejí určitý životní styl. Rodiče jsou nezastupitelní jako model všedního, každodenního chování, jak mluví o druhých lidech, čeho si na nich váží, jak se chovají k sobě navzájem, jak se chovají ke svým rodičům, jak mají rádi svou práci, jak prožívají úspěchy a neúspěchy, jak naplňují svůj volný čas, jaký je jejich vztah ke kouření, alkoholu a ostatním návykovým látkám a v celé řadě dalších forem chování a jednání (11, 15).

Kouření se také vyskytuje u těch jedinců, jejichž oba rodiče nebo jeden z nich denně kouří. Sportování rodičů též ovlivňuje sportovní aktivitu jejich dospívajících dětí.

Vytváření správného postoje ke zdraví a zdravému životnímu stylu je dlouhodobý proces, který začíná již v útlém dětství. Významnou roli v něm hrají přiměřené vzory v rodině, mezi vrstevníky a ve společnosti, dále dostatek správných informací, osobní zkušenosti a smysluplné prožívání volného času, v němž není místo pro nudu.

Více než rodiče má však pro dospívajícího význam skupina vrstevníků (ve škole, v internátu, v učebním poměru, v zájmové organizaci), do které jedinec patří. Je velmi důležité, jaké jsou konkrétní životní podmínky této skupiny a jaké má postoje ke zdraví, protože v dospívání významnější roli má konformita s okolím než potřeba aktivní vlastní volby a zodpovědnosti za své zdraví. Přiměřená péče o zdraví, realizace zdravých aktivit neohrožujících způsob života jedince jsou snadněji možné tehdy, když nejsou v rozporu s postoji a chování skupiny. Skupina, která nemá zdravý základ (parta), může volit činnosti společensky negativní, směřující k násilí, předčasným sexuálním zkušenostem, alkoholu, drogám a až ke kriminalitě (11, 15).

Sexuální výchova

O výchově sexuální se v rodinách uvažuje – dnes v době tzv. sexuální revoluce zřejmě ještě více než kdy dříve. Ve školách se proto hledal vhodný název a přišlo se na „výchovu k rodičovství“ nebo na „výchovu k rodinnému životu“. Nový impuls dostaly tyto úvahy, když naše ministerstvo školství nedávno začalo shromažďovat návrhy na zlepšení či prohloubení této výchovy. Vznikla tedy otázka, zdali to má být samostatný předmět, kterému by vyučovali zvlášť k tomu připravení „sexuální pedagogové“, či má – li se poučení o sexuálních věcech rozdělit do více předmětů a být přirozenou součástí školního vzdělání, jež by cílevědomě směřovalo k tzv. zdravému stylu života. (12)

S výukou se dnes většinou už začíná na prvním stupni základních škol a ta většinou pokračuje až na školy střední. Ve čtvrtém nebo v pátém ročníku základní školy se děti mohou seznámit s obecnými aspekty rozmnožování. Ještě dřív se toto téma může

objevit například v souvislosti s porovnáváním rozmnožování živočichů ve srovnání s rozmnožováním člověka.

Na druhém stupni základních škol je sexuální výchova zahrnuta do věd přírodních, a to do hodin přírodopisu, tak i do společenských věd v hodinách rodinné a občanské výchovy. V hodinách rodinné výchovy se sexuální výchově věnuje poměrně hodně vyučovacích hodin, a tak se nahrazuje samostatný předmět sexuální výchova. Velká pozornost je věnována těmto tématům: změny spojené s pubertou, úloha pohlavních orgánů při pohlavním styku, způsoby antikoncepce, vývoj dítěte a porod, nechtěné otěhotnění, interrupce apod. Hodně času se věnuje i pohlavně přenosným nemocem. Ne vždy se přitom jedná o klasické vyučovací hodiny, ale mohou proběhnout formou diskuzí na určitá témata. Učitelé mohou také sáhnout po některé z videokazet, nebo dětem zprostředkovat přednášku nebo rozhovor s osobou, která má bližší vztah s některým z probíraných témat (např. s výchovnou poradkyní, porodní asistentkou).

Na středních školách je to individuální. Zejména na gymnáziích či na středních zdravotnických školách se věnují některým otázkám hlouběji, a to hlavně v hodinách biologie. I na středních školách je někdy možno se pozastavit nad problematikou sexuality v rámci anket, nebo filmů zaměřujících se na problémy mládeže. Samozřejmě mohou se vyskytnout i jiné aktivity zaměřené především na oblast prevence. Jako prevence slouží také automaty na prezervativy instalované v některých středních školách (12, 16).

Mnozí předpokládají, že dospívající mají nedostatečné informace o HIV/AIDS, sexu a kondomech a že poskytnutí informací povede mladé lidi ke správnému rozhodování. Znalosti o infekci HIV posléze AIDS a její prevenci neměly žádný vliv na změnu rizikového chování. Někdy se setkáváme s názorem, že dospívající se v obchodě stydí o kondom požádat a že snadná dostupnost kondomů dokonce přímo na školách a nácvik používání v rámci hodin rodinné výchovy povedou ke zvýšenému používání ochrany. Problém je ovšem to, že přestože u většiny dospívajících myšlenka „bezpečnějšího sexu“ odstraňuje důvody pro odklad zahájení sexuálního života, málokdo z nich je schopen používat kondom správně a důsledně.

Dospívající mohou přestat se sexem a často přestanou z mnoha důvodů. Je však nešťastím, že ti, kteří měli pohlavní styk jednou nebo dvakrát, jsou hned zařazeni do škatulky „sexuálně aktivních“. Negativní dopad předčasného sexu nespočívá pouze v nemocech a těhotenství nezletilých, často dochází k útěkům z domova, užívání marihuany, vyloučení ze školy, osamělosti. Důležité je poradenství v sexuální výchově. Každý rok oddálení začátku pohlavního života významně snižuje riziko nákazy pohlavní nemocí a riziko, že se dívka stane svobodnou matkou, totéž platí i u chlapců.

Je také důležité myslet na riziko nákazy nemocemi jako je HIV/AIDS, kapavka, kandidózy, syfilis apod. Je nutné se zcela skutečně rozhodnout, jestli je vhodné začít si s cizí osobou nebo ne.

„Experti na chorobu AIDS mladým lidem doporučují: Jestliže se dva lidé se „sexuální minulostí“ chtějí navzájem dobře poznat a milovat a chtějí spolu zůstat, měli by po několik měsíců při pohlavním styku používat výhradně kondom a pak se podrobit testu.“

Je třeba učit mladé lidi vnímavosti a empatii k druhým lidem.

Z průzkumu sexuálního chování v posledních letech lze vyvodit některé hlavní obecné trendy v této oblasti:

- posunování zahájení pohlavního života do stále nižších věkových kategorií,
- současné zvyšování věku prvního sňatku,
- s tím související nárůst počtu sexuálních partnerů,
- nárůst předmanželských sexuálních zkušeností,
- sbližování věku prvního styku a částečně i počtu sexuálních partnerů u mužů a žen,
- zvyšování počtu adolescentů zahajujících pohlavní život před věkem zákonným,
- odpovědnější antikoncepční chování a vyšší počet pravidelných uživatelů kondomů u příslušníků mladší generace, a to jak při zahajování pohlavního života, tak i při pravidelných sexuálních stycích (3, 17, 19, 23).

1.5 Pohlavně přenosné nemoci

Než se lidstvo vzpamatuje z toho, že našlo lék na jednu pohlavně přenosnou chorobu, objeví se nová, hroživější, zákeřnější proti níž lék není. Na jedné straně je pokrok medicíny, na druhé straně právě díky pokroku se tyto pohlavně přenosné nemoci šíří. Tím „pokrokem“ je sexuální turistika, ale také migrace obyvatel z chudých zemí do průmyslově vyspělých za vidinou lepšího života.

Pro pohlavně přenosné nemoci se používá zkratka STD z anglického pojmenování Sexually Transmitted Diseases. Novější název je sexually transmitted infections (STI).

Je to velká skupina onemocnění, které se šíří většinou pohlavní cestou. Pouze menší část představují vlastní pohlavní nemoci. Pohlavní nemoci postihují primárně zevní a vnitřní orgány močopohlavního systému, v případě chronického nebo komplikovaného průběhu potom i ostatní systémy – kardiovaskulární, pohybový, zažívací, imunitní, centrálně nervový, zrak, sluch apod. V případě STD je přenosnost pohlavním stykem pravděpodobná a častá, není však vyloučen i přenos běžným kontaktem s infikovanou osobou. V případě pohlavních nemocí je přenos takřka výhradně pohlavním stykem, protože původci onemocnění jsou vysoce citliví na zevní fyzikální a chemické vlivy.

Mezi tzv. klasické pohlavní nemoci patří kapavka, syfilis, měkký vřed (ulcus molle), čtvrtá pohlavní nemoc (lymphogranuloma venereum) a pátá pohlavní nemoc (granuloma inguinale). Nejčastěji se u nás vyskytují kapavka a syfilis. Měkký vřed, čtvrtá a pátá pohlavní nemoc jsou výjimečné a statistický přehled o jejich výskytu (ÚZIS ČR, 2000) neuvádí žádný případ tohoto onemocnění v České republice. Při současném velkém cestovním ruchu a migraci obyvatel se však může stát, že se objeví i zde. Těchto pět pohlavních nemocí se přenáší téměř výhradně pohlavním stykem. Nejpravděpodobnější přenos nastává při styku dvou nahodilých partnerů, ke kterému dochází mnohdy pod vlivem alkoholu, ze zvědavosti, z lehkomyšlnosti, u osob nezdrženlivých, bez morálních zásad. Avšak není nikterak vzácný ani přenos mezi osobami, které nezapadají do shora jmenované charakteristiky. Při značném rozšíření např. chlamydiové infekce nebo kapavky stačí i ve vážně míněné známosti styk

s partnerem, který není zcela vyléčen, případně o své nákaze neví. Při častém střídání sexuálních partnerů stačí v řetězci osob jeden nakažený a infekce se šíří geometrickou řadou. Pohlavními chorobami je na celém světě nejvíce postižena věková skupina 15 - 24 let (6, 11, 24).

1.6 Význam STD

Problematika STD je stále aktuální.

- Zvyšuje se počet pohlavních nemocí rezistentních na penicilin a ostatní běžně používaná antibiotika.
- Vyrůstá počet komplikací: špatnou diagnózou, bez stanovení citlivosti původce na ATB nedostatečnou léčbou, bez kontrol účinnosti léčby, problém samoléčitelství.
- Rozpad sítě venerologických pracovišť, nedostatky ve správné depistáži a dispenzarizaci.
- Snížení věkové hranice infikovaných osob (pod 15 - 18 let).
- Zvýšení výskytu onemocnění ve skupinách homosexuálů a promiskuitních.
- Přidává se riziko AIDS.
- Nové metody průkazu infekce, prognostických a terapeutických závěrů.

Příčiny šíření pohlavních nemocí.

- Všeobecná bezpečnost pohlavních styků (hormonální antikoncepce) nenutí k užívání preservativů.
- Obavy panují pouze před AIDS.
- Komplikace pohlavních nemocí jsou často stejně závažné, úplné vyléčení je možné pouze v případě časných, nekomplikovaných stádií onemocnění. Léčení neznamená automaticky vyléčení.
- Prostituce a její celospolečenské problémy.
- Sexuální turistika (6).

Boj proti pohlavním nemocem.

A: V případě onemocnění, podezření, ohrožení pohlavní nemocí je každý lékař povinen odeslat pacienta k venerologovi. V případě potvrzení onemocnění zde odesláno hlášení pohlavní nemoci, provedena depistáž (aktivní vyhledávání osob nakažených a ohrožených nákazou), dále zajištěna dispenzarizace (léčení, kontroly po léčbě, případně komplexní vyšetření před vyřazením z evidence).

B: Omezení prostituce zákonem či jinou normou.

C: Zdravotnické normy a finanční otázka všech nezbytných úkonů

- vyhledávací reakce syfilis hospitalizovaných pacientů, dárců krve, těhotných žen v první i druhé polovině těhotenství
- kredeizace novorozenců, vyhledávací reakce syfilis z pupečnickové krve
- vyhledávací reakce syfilis u všech nemocných STD (je nutný souhlas pacienta?)
- vyhledávací reakce syfilis z diferenciálně diagnostických důvodů.

1.7 Rozdělení STD

a) dle původce způsobené: 1. bakteriemi

2. viry
3. parazity
4. prvoky
5. houbami

b) dle kliniky: 1. Nejčastější pohlavní nemoci - Syfilis (příjice)

- Gonorrhoea (kapavka)

2. Nejčastější bakteriální STD - způsobené Chlamydia.

3. Nejčastější virové STD - způsobené oparovým virem a virem bradavic.

4. Nejčastější parazitární STD - způsobené zákožkou svrabovou a vší ohanbí.

5. Nejčastější STD infekce prvoky - způsobené bičenkou poševní.

6. Nejčastější STD infekce houbami - způsobené kvasinkou (6).

1.7.1 HIV (Human Immunodeficiency Virus) / AIDS (Acquired immune Deficiency Syndrom)

Zkratka AIDS je odvozena z prvních písmen anglického pojmenování Acquired Immunodeficiency Syndrome, česky syndrom získaného selhání imunity. AIDS je konečným stádiem infekce, způsobené virem HIV (Human Immunodeficiency Virus, virus lidského imunodeficitu). (11)

Vliv viru HIV na imunitní systém: Virus HIV 1, 2 je RNA virus patřící do skupiny retrovirů. Napadá a ničí T4 lymfocyty, čímž narušuje odolnost proti nákazám.

Po vniknutí do krve virus napadá lymfocyty nesoucí na svém povrchu receptor CD4. Tento receptor se spojuje s výběžkem viru v můstek, po kterém přejde obsah viru do buňky a zabuduje se do ní genetická informace. Tato buňka sama získává schopnost produkovat viry. V této době může virus přetrvávat v hostitelské buňce řadu měsíců i roků, až je probuzen nějakým podnětem (např. infekcí, těhotenstvím, hormonálními impulsy aj.). Probuzený, aktivovaný virus se začne množit, uvolňuje se do krevního oběhu a napadá další lymfocyty a funkčně je ničí. V krvi tak ubývají lymfocyty a v důsledku toho postupně selhává imunita. Organismus se stává bezbranný vůči jakékoli infekci a nádorovému bujení. (11)

Výskyt a vlastnosti viru HIV: Virus HIV se vyskytuje ve dvou typech, jako HIV-1 a HIV- 2. V Evropě, na americkém a asijském kontinentu se vyskytuje převážně HIV-1, virus HIV-2 zůstává lokalizován na západním pobřeží Afriky.

Virus HIV se vyskytuje prakticky ve všech tělesných tekutinách, avšak nejvíce v krvi, ve spermatu a v poševním sekretu. Je obsažen také v mateřském mléce. Virus byl také zjištěn i ve slinách, slzách, potu a moči. Zde je v množství, které by nemělo být schopno vyvolat infekci.

Virus HIV přežívá mimo organismus velmi špatně a krátkou dobu. Je citlivý na teplo, teplotu 60 °C nepřežije (již za několik minut). Ničí jej běžné fyzikální metody a dezinfekční prostředky, mýdlo a chemické látky obvykle používané k dezinfekci, zejména chlorové preparáty. Neničí jej ultrafialové záření (2, 6, 11, 24).

Přenos viru: Dosud bylo prokázáno, že virus HIV se přenáší pouze těmi tekutinami, v nichž je přítomen ve velkém množství.

Zpočátku epidemie v USA byla infekce vztahována ke čtyřem rizikovým „H“: homosexuálům, heroinistům, hemofilikům a Hait'ánům. Teprve později byla definována riziková chování, která obecně zvyšují pravděpodobnost získání této infekce.

Hlavní způsoby přenosu jsou:

1. Pohlavním stykem (homosexuálním i heterosexuálním): vyšší riziko je z muže na ženu. Období menstruace je nejinfekčnější období. Při orálně – genitálním styku (mezi ústy a pohlavním orgánem) může též dojít k přenosu HIV (jestliže jsou ústa nebo pohlavní orgán poraněna).
2. Krví: při injekční aplikaci drogy (společným používáním injekčních jehel, injekčních stříkaček a roztoku drogy), transfuzí krve či krevních derivátů (dnes v ČR prakticky vyloučeno) eventuálně znečištěním (kontaminace) poraněné kůže nebo sliznice infikovanou krví (pozor při podávání první pomoci neznámým krvácejícím osobám).
3. Z matky infikované virem HIV na plod.

Cesty, kterými se AIDS nepřenáší: Virus má jen malou schopnost přežít mimo lidské tělo, a proto se nepřenáší každodenním kontaktem. Infekce se nešíří například běžným stykem s infikovanou osobou, ani když se dotkneme ručníku nebo záchodové desky, kterou předtím používal infikovaný člověk. Téměř vyloučené je infikování slinami (líbáním a nebo používáním společných příborů) a nebo slzami, ačkoli jsou to tělní tekutiny. I když v nich virus může žít, podle všeho nemůže být jimi přenesen. Nebezpečí nehrozí ani při koupání v bazénech, protože chlorovaná voda virus ničí. Dále se nepřenáší hmyzem, vodou, potravinami, kašláním, kýcháním, podáním ruky (6, 11, 13, 22, 24).

Klinický obraz: podle klinických projevů můžeme průběh HIV infekce rozdělit na tato postupná stadia:

- Akutní HIV infekce,
- Bezpříznakové (asymptomatické) stadium,
- Časné asymptomatické stadium,
- Pozdní symptomatické stadium (rozvinuté onemocnění AIDS).

Hlavní klinické příznaky se mění s tím, jak dochází ke zhoršování imunitních funkcí. Po krátké inkubační době za 3 - 8 týdnů se asi u 50% nakažených objeví netypické příznaky, které vytvářejí obraz akutní infekce HIV. Připomínají chřipkové onemocnění či infekční mononukleózu, někdy s přechodnou vyrážkou, které zpravidla během několika dnů spontánně odezní.

Po této fázi nastává období latence, které je různě dlouhé. Infikovaný člověk nemívá zpravidla žádné obtíže a je bez klinických příznaků. Toto období se nazývá bezpříznakové (asymptomatické) stadium HIV infekce.

Časné symptomatické stadium HIV infekce je doprovázeno výskytem malých oportunních infekcí (vyčkávací na oslabení jedince), jako je opakující se výskyt kvasinkového onemocnění v dutině ústní a nosohltanu (orofaryngeální kandidóza) či kvasinkové infekce zevního pohlavního ústrojí a pochvy ženy (kandidová vulvovaginitis), recidivující záněty děložních adnex (přívěsků), pásový opar, postupné zmenšování předtím zduřelých místních uzlin doprovázené celkovými příznaky, jako jsou únava, horečky, průjemy, nechut' k jídlu a hubnutí.

Při hlubokém poklesu CD4⁺ lymfocytů nastává těžká porucha imunitního systému a infekce HIV přechází do stadia AIDS onemocnění. V důsledku těžké poruchy imunitního systému organismus napadají velké oportunní infekce, recidivující pneumonie, tuberkulóza, cytomegalovirová infekce, salmonelová bakteriémie, objevují se některé vzácnější nádory, postižení nervové soustavy (HIV encefalopatie), demence, těžké hubnutí (kachexie) a wasting syndrom (angl. waste, chřadnout, hynout). Nemocní umírají na některou z komplikací onemocnění (11).

Diagnostika: Stanovení diagnózy HIV infekce může být obtížné. Na HIV infekci může upozornit některý z jejích klinických projevů, popř. některý údaj v anamnéze. K podezřelým okolnostem patří sexuální promiskuita, pohlavně přenosná nemoc, sexuální kontakt s HIV pozitivní osobou, intravenózní toxikomanie. Z laboratorních nálezů bývají nápadné vysoká sedimentace, leukopenie, lymfopenie, mírná anémie a trombocytopenie. (18)

Test na přítomnost protilátek proti viru HIV

Pokud do organismu pronikne virus HIV, začnou se v krvi vytvářet protilátky. Protože se jejich koncentrace zvyšuje postupně, je možné je prokázat nejdříve za 3 týdny od nákazy, s jistotou však až za 2 – 3 měsíce. U každého pozitivního nálezu se zajistí ze stejného vzorku krve ověření tzv. konfirmačními testy, které provádí specializované pracoviště, kterým je Národní referenční laboratoř pro AIDS Státního zdravotního ústavu v Praze. Výsledek testu je znám nejdéle do 14 dnů. Vyšetření s uvedením osobních dat hradí zdravotní pojišťovna.

Člověk je nakažlivý okamžitě po proniknutí viru HIV do krve, a to již v době, kdy testem není ještě prokazatelná pozitivita HIV. Je nakažlivý pak již celý život.

Terapie: Základem léčby HIV infekce je antiretrovirová chemoterapie, profylaxe a léčba oportunních infekcí a ostatních komplikujících stavů, a rovněž péče o správnou výživu a zdravou životosprávu.

Prevence: Hlavním a nejúčinnějším prostředkem prevence infekce HIV je široká zdravotní výchova veřejnosti zaměřená na hlavní cestu přenosu - sexuální styk.

Vyhnout se takovým technikám pohlavního styku, při kterých může dojít k poškození sliznice. Jde především o nechráněný pohlavní styk do konečníku, který vede téměř vždy k drobným poraněním sliznic a kontakt ejakulátu s krví je tím pravidelný.

Národní program HIV/AIDS v České republice staví na mezinárodní zásadě prevence této choroby:

- Abstinence (Abstinence) v dopívání,
- Buď věrný/á (Be monogameous),
- Chraň se kondomem (Condoms) (4, 11, 18, 22).

Výchova ke zdravému životnímu stylu včetně nerizikového sexuálního chování: Toto preventivní opatření je nejdůležitější, neboť přenos pohlavním stykem je u nás nejčastějším způsobem nákazy. Výchova musí být zaměřena na celou populaci. Zvláštní pozornost je třeba věnovat dospívajícím, kteří začínají pohlavní život právě v době, kdy se jejich chování vyznačuje riskováním a odmítáním autorit, a vést je k odpovědnosti za vlastní zdraví a jejich partnera. Výchova má směřovat k přesvědčení, že je vhodné odložit zahájení pohlavního života až do dospělosti.

1.7.2 Kapavka (*gonorrhoea*)

Je jednou z nejčastějších bakteriálních pohlavních nemocí. Je infekčním onemocněním primárně urogenitálního traktu, rekta a vzácně i spojivek, druhotně (metastaticky) může postihovat i kůži a klouby. Je vyvolána gramnegativním diplokokem (*Neisseria gonorrhoeae*). Postihuje především sliznice močového a pohlavního ústrojí.

Přenáší se nejčastěji pohlavním stykem. Bakterie v zevním prostředí rychle hyne, a proto nákaza nepřímou cestou je vzácná a je možná pouze vlhkými předměty potřísněnými kapavčím hnisem, jako žínkou, mycí houbou u žen a malých děvčátek (zde však pozor na sexuální zneužívání!), ručníkem a spodním prádlem.

Kapavka vyvolává akutní hnisavý zánět sliznic močového a pohlavního ústrojí, které se vyvíjí po inkubační době 3 - 7 dní. Pokud se zánět neléčí, přechází akutní stádium po několika týdnech v chronický zánět, který může být příčinou těžkých komplikací. U mužů probíhá zánět poněkud jinak než u žen (11).

Kapavka u mužů

1. akutní přední (GO acuta anterior)

Projevuje se akutní hnisavou uretritidou, svědění až pálení při močení, v přední části močové trubice, s různě silným výtokem, který je nejprve hlenový, čirý, později hnisavý, žlutozelený. Ústí uretery je zarudlé, někdy s otokem. Komplikací je zánět žaluďu a předkožky.

2. akutní zadní (GO acuta posterior)

Nastává při přestupu infekce v uretře za zevní svěrač močového měchýře do ústí exkretorických vývodů prostaty, semenných váčků a též ductus deferens. Ubývá výtoku, infekce se dále šíří na předstojnou žlázu, semenné váčky a nejzávažnější komplikací je zánět nadvarlete, kdy můžou nastat zánětlivé adheze (srůsty), které způsobí neprůchodnost kanálků epididymis (oligo – až azoospermia). Výsledkem je neplodnost.

3. chronická mužská kapavka

Symptomatologie je chudá, pouze v ranních hodinách před vymočením pozorujeme slabý výtok – tzv. „ranní kapavku“. Moč je většinou čirá, obsahuje však tzv. filamenta (fibrinová vlákna z uretrálních záhybů), dále hlen, epitelie a leukocyty, event. diplokoky.

Kapavka u žen

1. akutní forma

Postihuje především sliznici pochvy a děložního hrdla nebo močové trubice. Inkubační doba je 5 - 7 dní s možností přechodu do chronického stádia. Nejčastěji se objevuje vaginální a uretrální výtok, u kterého žena na kapavku hned nepomýšlí a ta bývá diagnostikována až na základě depistáže, při které se vyšetřují sexuální partneři infikovaného muže. Mezi další příznaky patří pálení při močení, zduření a zarudnutí zevního ústí močové trubice. Neléčená přechází ascendentně na sliznici děložní (endometritis), na vejcovody (salpingitis), event. dále na vaječníky (oophoritis). S přestupem do dutiny břišní může vzniknout i peritonitis. Infekcí může být postiženo i zevní pohlavní ústrojí (zánět Bartholiniho žlázy při poševním vchodu) a v chronickém stádiu oboustranném postižení vaječníků – ztráta plodnosti (6, 11, 14).

2. chronická forma

Asymptomatická, představuje nebezpečný zdroj infekce pro sexuální partnery.

Extragenitální kapavka

1. Gonorrhoická conjunctivitis neonatorum

Nakažená žena přenáší během porodu do oka plodu infekci kapavky, která vede v průběhu několika dní po narození k oboustrannému zánětu spojivek novorozence. Komplikací je postižení rohovky vředem způsobující těžké poškození zraku. Aby se

předěšlo této infekci, vykapávají se oči do spojivkového vaku ihned po porodu (kredeizace) Ophtalmo - Septonexem gtt.

2. Rektální kapavka

U žen, homosexuálních mužů při análním styku. Zrudnutí anu, svědění.

3. Gonorrhoeická tonsilitis

Vyskytuje se při urogenitálním styku. Často je symptomatická. Postižení sliznice dutiny ústní a nosohltanu, zarudnutí, otok.

Diagnostika: Nátěr nativního preparátu, kultivace a přímý imunologický důkaz imunofluorescencí nebo ELISA.

Terapie: Léčba probíhá ambulantně při spolupráci pacienta na základě kultivace a výsledků citlivosti na antibiotika. Používají se penicilínová antibiotika. Opět nutná depistáž a dispenzarizace. Úspěšnost léčby potvrdí 3 kultivační kontroly v týdenních intervalech po skončení léčby, u žen musí být jedna kontrola v průběhu menses. Do té doby zákaz pohlavních styků.

Prevence: Důsledné používání preservativu a vyvarovat se rizikovým formám pohlavního styku. Jakékoli projevy výtoků z močopohlavních cest řešit ve spolupráci s lékařem venerologem.

1.7.3 Syphilis (příjice, lues)

Byla velkým zdravotním problémem v minulých stoletích a ještě na počátku 20. století. Po zavedení antibiotik do léčení její výskyt prudce poklesl a na začátku 60. let se tato choroba u nás nově téměř neobjevovala.

Jde o závažnou pohlavní nemoc s chronickým průběhem. Původně postihuje kůži a sliznice, při neléčení se přidává orgánové postižení se závažnými komplikacemi.

Syphilis způsobuje mikrob *Treponoma pallidum*. Syphilis se přenáší z nemocného člověka převážně pohlavním stykem, kontaktem s vysoce infekčními projevy onemocnění nebo přenosem z matky na dítě během těhotenství. Přenos nepřímý – předměty používanými po nakaženém člověku – je sice možný, ale je řídký, protože treponemata jsou citlivá na vzduch, vyschnutí, var a desinfekční prostředky. Dělí se na vrozenou a získanou formu (6, 11, 14, 24).

Získaná (acquisita) syfilis

Probíhá ve 3 stádiích. Inkubační doba trvá asi 3 týdny a po ní nastává první stádium nemoci. Projeví se jako tvrdý vřed (ulcus durum), který se objeví v místě vstupu infekce do organismu. Sekrece tkáňového moku ze spodiny vředu je vysoce infekční, obsah *Treponem*). Primární afekty se vyskytují nejčastěji na zevních pohlavních orgánech, kolem řitního otvoru a v konečníku (homosexuálové), ale i na děložním čípku, kde je skrytý a velkých a malých stydkých pysků. Mimo pohlavní orgány může být umístěn v dutině ústní na rtech, jazyku, patrových mandlích ale může být postižen i dvorec prsní bradavky. Za další 2 týdny dojde k nebolestivému zduření spádových mizních uzlin (lymfadenitis). Tvrdý vřed se zpravidla zahojí sám za 3 - 6 týdnů jizvou.

Při neléčeném onemocnění začíná během 8 - 10 týdne od nákazy druhé stádium je projevem generalizace onemocnění. Typické jsou „chřipkové příznaky“ teplota kolem 38 °C, bledost, bolesti hlavy, svalů, kloubů, škrábání v krku, malátnost, zduření mizních uzlin (generalizovaná lymfadenitis) ve všech lokalizacích je nebolestivé!

Infekce se šíří krevní a lymfatickou cestou a zaplavuje již celý organismus. Na kůži se objevuje vyrážka, která nesvědčí, zejména po stranách hrudníku, horních a dolních končetinách, na dlaních a ploskách nohou. Skvrny se mohou objevit i na sliznici dutiny ústní, mandlích a patrových obloucích (syfilitická angína). V místě vlhké zapáčky (na šourku a přilehlých částech stehen, na velkých stydkých pyscích, na kůži pod prsy, ale i mezi prsty nohou) vznikají ploché výrůstky (kondylomata), které jsou plné *treponem*, a proto velmi infekční. Za 2 roky od nákazy dojde k vymizení všech příznaků onemocnění, které přechází do stadia latence. Nakažená osoba je zevní, nekrevní cestou neinfekční (6, 11, 14).

Třetí stádium vzniká za 10 – 15 let od nákazy (6) Pro toto stádium je charakteristická lokalizace v určitém orgánu, na kůži, v kostech, v okolí kloubů, ve svalech, na jazyku, v játrech, v cévách, v centrální nervové soustavě. Vznikají v nich tvrdé hrboly, které uprostřed měknou a vytéká lepkavá žlutá tekutina (gummata). V konečném stádiu je nemocný otupělý, nedodržuje základní hygienické návyky,

vznikají spontánní zlomeniny kostí, proleženiny (dekubity) a metabolický rozvrat, který končí smrtí.

Vrozená (congenita) syfilis

Vrozený syfilis se může projevit v několika formách. Vzniká přenosem infekce z matky na dítě po 5. měsíci těhotenství po dokončení vývoje placenty. Infekce plodu může vést k jeho potratu, předčasnému porodu nebo porodu mrtvého plodu.

Diagnostika: Mikroskopický průkaz *Treponema pallidum*, TPHA test - průkaz protilátek proti *Treponema pallidum*, FTA - ABS test - fluorescenční absorpční test, VDRL test - průkaz antikardiolipinových protilátek.

Terapie: G penicilin injekční i.m. po dobu 14 dní u časný syfilis nebo 21 dní u pozdní syfilis. Infuzní terapie penicilinem při neurosyfilis.

Nutné léčení syfilitických matek, sledování dětí syfilitických matek. Zákaz pohlavních styků po dobu léčení a dále podle výsledků léčby. Nedílnou součástí je depistáž a dispenzarizace.

Prevence: Důsledné používání preservativů, vyvarování se nitrožilní narkomanie, základní znalost klinického obrazu onemocnění, vyvarovat se zbytečného ostychu a včas navštívit odborného lékaře - venerologa.

1.7.4 Chlamydia trachomatis

Přenosný agens je bakterie *Chlamydia trachomatis*, která žije a rozmnožuje se v buňkách infikovaného člověka a tyto buňky ničí.

Přenáší se pohlavním stykem, v případě sníženého hygienického standartu i nepohlavním způsobem př. vlhkým prádlem, pomocí ručníků. Způsobuje chronické záněty močových a pohlavních cest, které svým průběhem připomínají kapavčitý zánět. Inkubační doba je 10 - 14 dní.

Chlamydia trachomatis se vyskytuje v různých typech. Typy A - C jsou příčinou oční infekce (zánět spojivek), jejímž následkem je trachom. Typy L 1 - 3 jsou původci čtvrté pohlavní nemoci, u nás velmi vzácné. Typy D - L jsou původci chlamydiových pohlavních nemocí (6, 11, 24).

U mužů se objevuje pálení, svědění při močení, velmi slabý, vodnatý, sklovitý nebo mléčně zkalený výtok. Komplikací je zánět předstojné žlázy, nadvarlete s možným ohrožením plodnosti a konečníku, hlavně u homosexuálů, dále zánět kloubů s pestrými kožními projevy.

U žen vyvolává zánět děložního hrdla (cervicitis) a dysuretické potíže. Objevuje se slabý výtok z pochvy, který často léta recidivuje v období těsně před a po menses, zde mnohdy potvrzen přenos od matky. Komplikací je chronický zánět pánevní s nebezpečím ztráty plodnosti, dále zánět pouzdra jaterního. Při průchodu novorozence infikovanými porodními cestami hrozí chlamydiové zápaly plic a záněty spojivek u novorozence.

Diagnostika: Průkaz bakterie ve stěru imunologicky nebo ve tkáňové kultuře.

Terapie: Léčba je ambulantní, podávání antibiotik širšího spektra účinku. Jako u všech STD nutno léčit všechny sexuální partnery.

Prevence: Překážku šíření infekce představuje nepromiskuitní chování a používání preservativů. Vzhledem k velkému rozšíření chlamydiové infekce a velkému riziku ohrožení reprodukčního zdraví, doporučilo Centrum pro kontrolu chorob a prevenci (Centrum for Diseases Kontrol and Prevention) ve Spojených státech amerických vyhledávání (screening) Chlamydia trachomatis u všech sexuálně aktivních žen mladších 20 let, dále u žen nad 20 let alespoň s jedním rizikovým faktorem pro získání této infekce (nový sexuální partner, více sexuálních partnerů, nepoužívání bariérové antikoncepce) a u těhotných žen.

1.7.5 Kandidóza

Je onemocnění způsobené kvasinkami. Původcem je nejčastěji kvasinka rodu Candida, především Candida albicans.

U mužů vzniká zánět žaluďu a předkožky, který se objevuje palčivým svěděním, s tvorbou červených mokvajících ploch s bělavými povlázky. Příznaky zánětu močové trubice.

U žen se onemocnění projevuje svěděním zevního genitálu, zduřením, pálením vulvy a pochvy, hustým bělavým výtokem z pochvy (2, 6, 11, 24).

Diagnostika: Mikroskopický či kultivační průkaz kvasinek.

Terapie: Lokálně i celkově se podávají léky s protikvasinkovým efektem. Nutno léčit všechny sexuální partnery.

Prevence: Náležitou pozornost je třeba věnovat správnému výběru textilií, druhu osobní hygieny a inkriminovaným partiím v případě rizikových skupin osob. Nevhodné je nadměrné používání tělových šampónů, nošení těsných textilií ze syntetického materiálu. U mužů potom napomáhá příliš těsné prádlo.

1.7.6 Trichomoniáza

Jde o onemocnění urogenitálního traktu vyvolané prvokem *Trichomonas vaginalis*. Cesta přenosu je pohlavním stykem, nepohlavní cestou je možnost přenosu plavkami, žínkami, ručníkem. Inkubační doba je 4 - 14 dnů. U žen se projevuje žlutozeleným, zpěněným, páchnoucím výtokem z pochvy, který neustále odkapává. Pálení při močení, svědění rodidel. Muž je často s minimálními potížemi.

Diagnostika: Mikroskopické vyšetření vaginálního nebo uretrálního sekretu nebo kultivační vyšetření.

Terapie: Chemoterapeutika v kombinaci s antibiotiky. Má-li se vyléčit žena, musí se zároveň léčit také její sexuální partner. (2, 6, 11, 14, 24)

1.7.7 Svrab (scabies)

Původcem onemocnění je zákoška svrabová, vyvolávající svrab. Onemocnění se přenáší z člověka na člověka při použití stejného lůžka nebo oděvu, při těsném osobním kontaktu, pohlavním styku.

Inkubační doba svrabu je 4 - 6 týdnů. Onemocnění začíná svěděním těla po zahřátí. Postupně dochází k výsevu dvojic pupenů v místech nejjemnější kůže, tedy mimo jiné i na prstech, hýždích, kolem pasu a na mužském genitálu. Po škrábání kombinace s ekzémem a bakteriální infekcí.

Diagnostika: Průkaz parazitů nebo fragmentů jejich těl nebo vajíček v louhem macerované seškrábnuté drti z povrchní kožní rohové vrstvy.

Terapie: Nutné vyšetření a léčení všech členů rodiny a sexuálních partnerů. Nutné epidemiologické opatření v místě infekce.

Používá se Skabacid nebo Jacutin, které se nanáší na kůži a nechají se působit 12 - 24 hodin. Po celkové koupeli s důkladným vydrhnutím kartáčkem je třeba se ještě jednou důkladně vykoupat a vzít si čisté osobní i ložní prádlo.

Mezi další parazitární STD patří veš ohanbí. (2, 6).

1.7.8 Měkký vřed (*ulcus molle*)

Původcem onemocnění je gramnegativní tyčinka *Haemophilus ducreyi* přenesená pohlavním stykem.

Inkubační doba je několik hodin až 5 dnů, nejčastěji 2 – 3 dny.

Vytváří se drobné papule červené barvy, která rychle (během několika hodin) přechází v pustulu a vřed. Snadno krvácí ze spodiny. Nápadná je bolestivost a mnohočetnost vředů. Nejčastější lokalizace u mužů je glans penis a oblast frenula (uzdičky). Často dochází ke komplikacím pod obrazem fimózy (vrozené nebo získané zúžení předkožkového vaku, které ztěžuje nebo znemožňuje hladké přetažení předkožky přes žalud penisu) a parafimózy (stav, který vzniká stažením předkožky přes žalud penisu a jejím následným uskřinutím). Vřed u žen nacházíme nejčastěji na velkých stydkých pyscích, kolem ústí uretry a v perianální krajině. Extragenitální léze jsou výjimečné (prsty, rty a tonzily).

Dochází ke zduření lymfatických uzlin a zánětlivému zduření kůže.

Diagnostika: Průkaz je při nátěru z okraje vředu a kultivace.

Terapie: Používají se sulfonamidy (14, 24).

1.7.9 Infekční hepatitis typu B

Je akutní virové onemocnění jater způsobené virem hepatitidy B, které asi u 10% nemocných přechází do chronického stádia. Inkubační doba se pohybuje mezi 15 - 180 dny. Přenos infekce je parenterální transfuzemi krve, plazmy, kontaminovanými lékařskými nástroji, injekčními jehlami, dále nástroji pedikérů, holičů, při tetováži, piercingu, slinami, nechráněným pohlavním stykem zejména análním, při manipulaci

s krví nemocných a poranění kontaminovaným nástrojem ve zdravotnických zařízeních, kde může být profesionálním onemocněním. Nebezpečí přenosu z infikované matky na novorozence při porodu.

Akutní jaterní zánět probíhá jako anikterická, ikterická forma a u starších a vyčerpaných jedinců se častěji rozvíjí v jaterní selhání. Již v období inkubace může mít pacient nepříjemné problémy, například bolesti kloubů, vyrážky.

Diagnostika: Potvrzuje se průkazem HbsAg nebo HbeAg popřípadě průkazem protilátek anti HBcAg, anti HbeAg třídy IgM metodou ELISA.

Terapie: Zpravidla symptomaticky dietou, klidem, vitamíny, infúzní terapií. Těžká až fulminantní, což znamená velmi rychlou hepatitida může vést i k transplantaci jater. Chronický aktivní zánět lze léčit. Je užíván interferon a nově i virostatické léky lamivudin.

Prevence: Po expozici infekčním materiálem lze podat lidský imunoglobulin proti viru hepatitidy B a to je pasivní imunizace. Aktivní imunizace u nás se používá rekombinantní očkovací látka Engerix (2, 6, 24).

1.7.10 Opar zevního pohlavního ústrojí (*Herpes genitális*)

Původcem je Herpes simplex virus typu II. Inkubační doba je krátká 2 – 7 dní. Přenáší se pohlavním stykem a může se při porodu přenést i na dítě. Klinicky se projeví manifestací herpetické puchýřnaté erupce na vulvě, perineu, ve vagíně nebo na děložním čípku a u mužů na žaludu pyje. Většinou se zhojí samy, avšak u některých jedinců je vyrážka doprovázena bolestivým zduřením mízních uzlin, horečkou a malátností.

Diagnostika: Je založena na sérologickém průkazu buď HSV-1 nebo HSV-2.

Terapie: Je antivirová a antibakteriální. Při promoinfekci HSV-2 se celkově podává acyklovir (2, 11, 24).

1.7.11 Condylomata acuminata (fíčky, špičaté kondylomy)

Původcem je lidský papilomový virus Human papilloma virus ve zkratce HPV, který se přenáší pohlavním stykem.

Inkubační doba trvá průměrně 2 měsíce, po níž se v místech vlhké zapádky objeví drobné pupínky, které se postupně zvětšují v bradavičnaté až květákovité výrůstky. Na povrchu mokvají a zapáchají. Napadení děložního čípku lidským papilomovým virem vede u mnoha žen k jeho poškození, které se v pozdějším věku může vyvinout v rakovinu děložního hrdla.

Karcinom děložního čípku je po nádorech prsu v celosvětovém měřítku nejčastějším nádorem u žen. Jeho incidence prudce stoupá ve věku kolem 40 let a vrcholí mezi 45 - 55 lety. Největší riziko mají ženy, které začaly pohlavně žít v období dospívání a měly více sexuálních partnerů. Je prokázán také negativní vliv kouření a dlouhodobého užívání perorální antikoncepce. Dále se ukazuje vazba se špatnými socioekonomickými podmínkami a špatnou intimní hygienou mužů i žen (11, 24).

1.7.12 *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*

Jsou vesměs postižení urogenitálního traktu stoupající s aktivitou sexuálního života. Ureaplasma má inkubační dobu 7 - 10 dní, působí mužské gonokokové uretritidy, dysurie, prostatitidy. *Mycoplasma hominis* se šíří ascendentně a dává vznik akutním zánětům pánevním. Přenáší se pohlavním stykem.

Diagnóza: Přímý průkaz ureaplazmat nebo serologickým vyšetřením.

Terapie: Podávají se celkově antibiotika, které je třeba podávat 2 - 3 týdny, jinak by mohlo dojít k relapsu. Je účelné současně přeléčit sexuálního partnera (2, 24).

1.7.13 *Lymphogranuloma venerum* (Venerický lymfogranulom)

Starším názvem Lymphogranulomatosis inguinalis, Morbus Nicolas-Favre (čtvrtá pohlavní nemoc). Je venerickým onemocněním, běžným v tropech a subtropích.

Původcem je chlamydia trachomatis (skupina A chlamydií). Přenos infekce téměř výlučně pohlavním stykem, ojediněle kontaktem při nedostatečné hygieně a nedodržování hygienických předpisů (znečištěným instrumentariem v lékařské ordinaci). Inkubace je 2 - 5 - 7 dnů, maximálně 3 - 5 týdnů. Zpočátku příznaků je necharakteristické eroze napodobující herpetický projev na genitálu, později vředy s podminovaným okrajem. Dochází ke zduření regionálních lymfatických uzlin, nejprve

do velikosti ořechu, s palpační citlivostí. Rozvoj infekce provází zvýšená teplota až horečka s bolestmi hlavy a třesavkou. Uzliny se provalí navenek mnohočetnými píštělemi. Šířením infekce jsou postiženy i uzliny anorektální, ilické a femorální.

Diagnostika: Kultivace na McCoyových buňkách.

Terapie: Antibiotika a chirurgická léčba při rektálních strikturách, píštělích a intestinální (střevní) obstrukci (14, 24).

1.7.14 Granuloma inguinale (Donovani)

Starším názvem granuloma venerum (pátá pohlavní nemoc), je chronické, pomalu progredující onemocnění, postihující kůži a podkoží genitálií a přilehlých oblastí. Epidemicky se vyskytuje hlavně v tropech a subtropích.

Původcem je *Donovania granulomatis* (*Calymmatobacterium granulomatis*, *Klebsiella*). Přenos infekce je sexuální stykem u osob s nízkým stupněm hygieny a vysokou promiskuitou. Inkubační doba je 3 dny až 6 měsíců (v průměru 7 - 30 dnů). Na začátku příznaků je nebolestivá papula nebo vehikula lokalizovaná většinou na zevních genitáliích. Léze se pomalu zvětšuje a během několika dnů se proměňuje v ulcer se zahrnutými nebo převislými okraji. Nehojící se vřed se dále šíří.

Terapie: Antibiotika a u zanedbaných případů se mohou vyskytnout jizevnaté změny, které vyžadují chirurgickou intervenci (14).

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl 1

Zjistit informovanost žáků základních škol (od 11-15let) o prevenci pohlavně přenosných chorob.

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1

Žáci základních škol (od 11-15let) nemají informace o prevenci pohlavně přenosných chorob.

Hypotéza 2

Žáci základních škol, kteří studují na vesnicích mají méně znalostí o prevenci pohlavně přenosných chorob než žáci studující na základní škole ve městě.

3. Metodika

3.1 Metodika práce

K výzkumu na téma „Sexuální výchova jako součást výchovy ke zdraví u dospívajících“ byl použit kvantitativní výzkum s dotazníkovou technikou. V dotazníku pro děti od 11 – 15 let bylo použito 13 otázek, z toho 8 uzavřených a 5 otevřených otázek.

3.2 Výzkumný soubor

Celkem bylo rozdáno 120 dotazníků dětem na základních školách od 11 – 15 let ve vybraných školách ze středních Čech. V průběhu jednoho měsíce (listopad 2006) vyplnilo dotazník 39 žáků ze Základní školy Mutějovice, 9 dotazníků vyplnili žáci ze Základní školy Jesenice a 66 žáků z 1. Základní školy Rakovník. Vráceno jich bylo 114 (114 dotazníků). Návratnost byla 95%, pro zpracování grafů je tedy 100%.

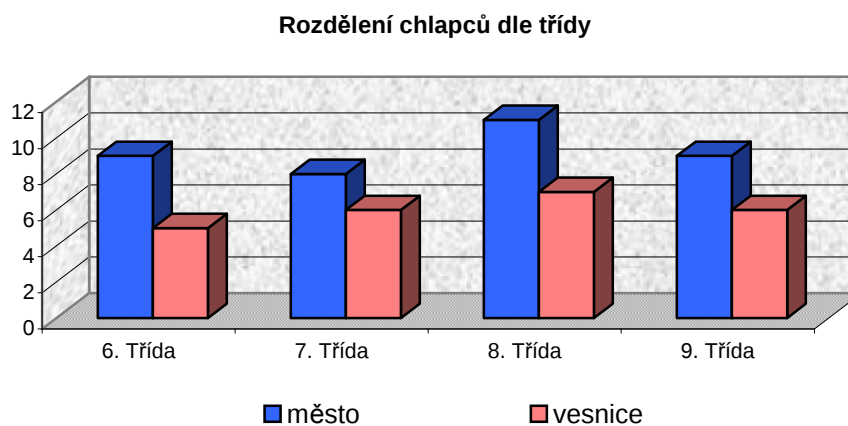
4. Výsledky

4.1 Výsledky dotazníkového šetření u žáků základních škol

Tabulka 1: Pohlaví respondentů - rozdělení dle tříd na základních školách

	Pohlaví	6. třída	7. třída	8. třída	9. třída
město	chlapec	9	8	11	9
	dívka	4	4	13	8
vesnice	chlapec	5	6	7	6
	dívka	4	9	8	3

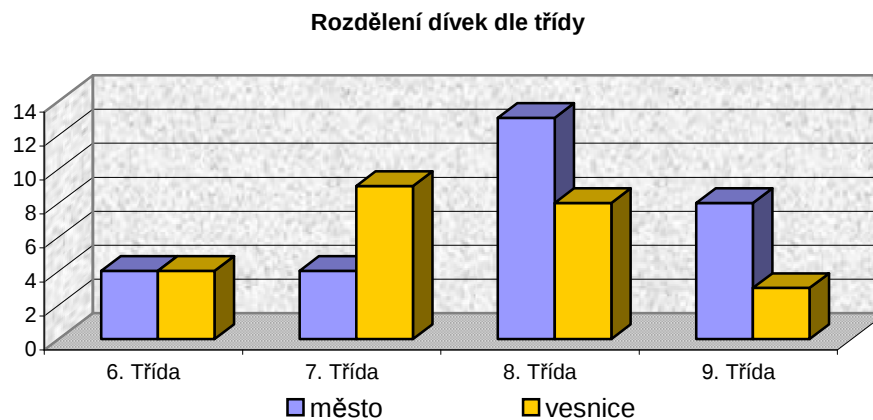
Graf 1



Výzkumu se zúčastnilo celkem 114 respondentů, kteří navštěvují 6. až 9. třídu základní školy.

V souboru dětí docházejících do základní školy ve městě odpovědělo 37 chlapců (z toho jich navštěvuje 6. třídu 9, 7. třídu 8, 8. třídu 11 a 9. třídu 9). Z chlapců docházejících do základní školy na vesnici odpovědělo 24 (z toho 5 chlapců navštěvuje 6. třídu, 7. třídu 6, 8. třídu 7 a 9. třídu 6).

Graf 2



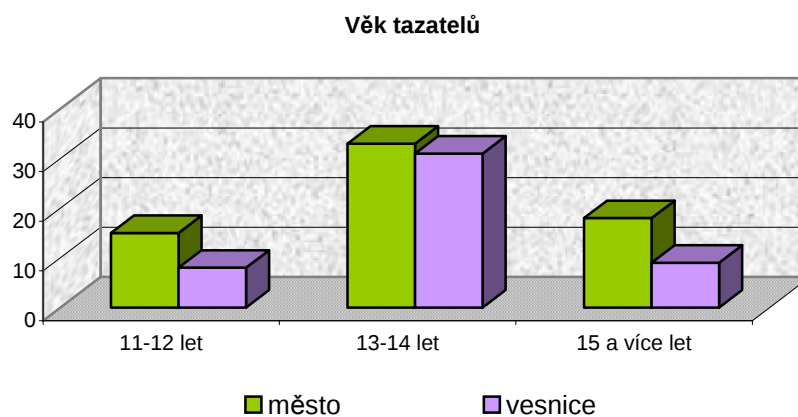
V souboru dětí docházejících do základní školy ve městě odpovídělo 29 dívek (z toho 4 docházejí do 6. třídy, 4 do 7. třídy, 13 do 8. třídy a 8 do 9. třídy).

Ve druhém výzkumném souboru, tj. děti, kteří navštěvují základní školu na vesnici odpovídělo 24 dívek (z toho jich do 6. třídy chodí 4, do 7. třídy 9, do 8. třídy 8 a do 9. třídy 3).

Tabulka 2: Věkové rozdělení respondentů

	město	vesnice
11-12 let	15	8
13-14 let	33	31
15 a více let	18	9

Graf 3

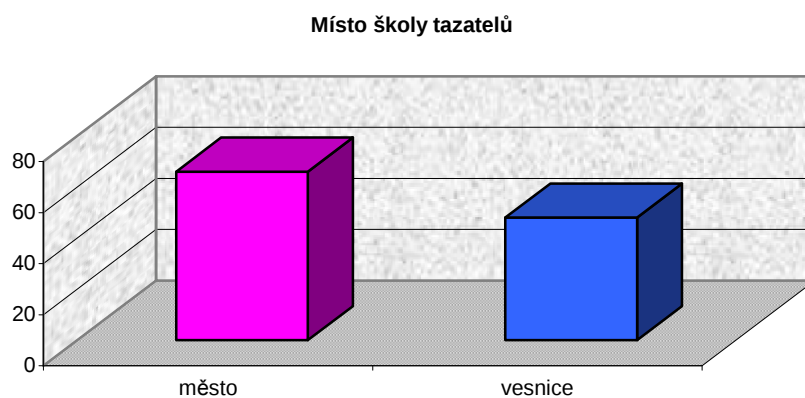


Na výzkumu se podíleli respondenti ze tří věkových kategorií. Z první věkové kategorie, tj. děti ve věku 11 až 12 let, bylo 15 respondentů z městské základní školy a 8 respondentů z vesnické základní školy. Druhá věková kategorie jsou žáci ve věku 13 až 14 let. Na dotazníky odpovědělo 33 dětí docházejících do městské základní školy a 31 dětí docházejících do základní školy na vesnici. Ze třetí věkové kategorie, tj. děti ve věku 15 a více let, odpovědělo 18 respondentů z městské základní školy a 9 respondentů z vesnické základní školy.

Tabulka 3: Místo školy respondentů

Místo školy	Počet respondentů
město	66
vesnice	48

Graf 4

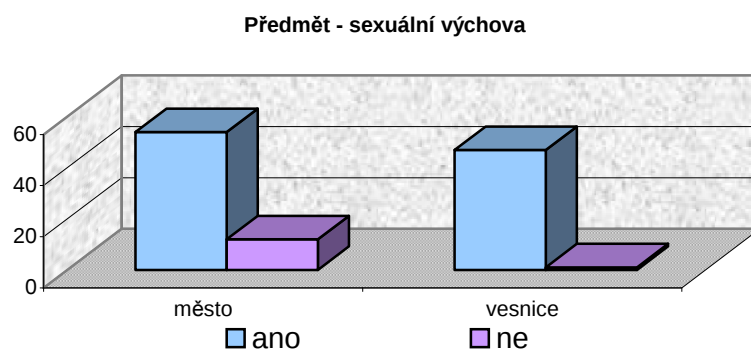


Celkem se výzkumu účastnilo 66 respondentů, kteří navštěvují základní školu ve městě a 48 respondentů navštěvuje vesnickou základní devítiletou školu.

Tabulka 4: Předmět sexuální výchova

	město	vesnice
ano	54	47
ne	12	1

Graf 5

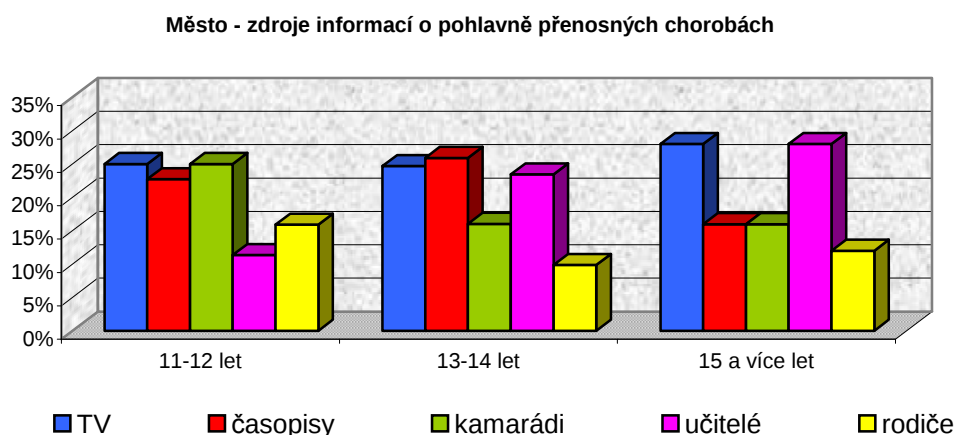


Na otázku zda se na škole, kterou respondenti navštěvují, vyučuje předmět sexuální výchova, odpovědělo kladně 54 žáků z městské základní školy a 47 žáků ze základní školy na vesnici. Záporně zodpovědělo výše uvedenou otázku 12 dětí ze základní školy ve městě a 1 žák ze základní školy na vesnici.

Tabulka 5: Město - zdroje informací o pohlavních nemocech

Zdroj informací	11-12 let	13-14 let	15 a více let
TV	25%	25%	28%
časopisy	23%	26%	16%
kamarádi	25%	16%	16%
učitelé	11%	23%	28%
rodiče	16%	10%	12%

Graf 6



Na otázku - odkud získávají informace o pohlavně přenosných chorobách, mohli dotazovaní odpovědět více možností.

Z grafu 6 vyplývá, že děti z městské základní školy ve věkové kategorii 11 až 12 let mají nejvíce informací o pohlavně přenosných chorobách z televize a od kamarádů (25 %). Dále také z časopisů (23 %) a (16 %) dětí dali informace rodiče. Nejméně jsou o dané problematice informováni od svých učitelů (11 %).

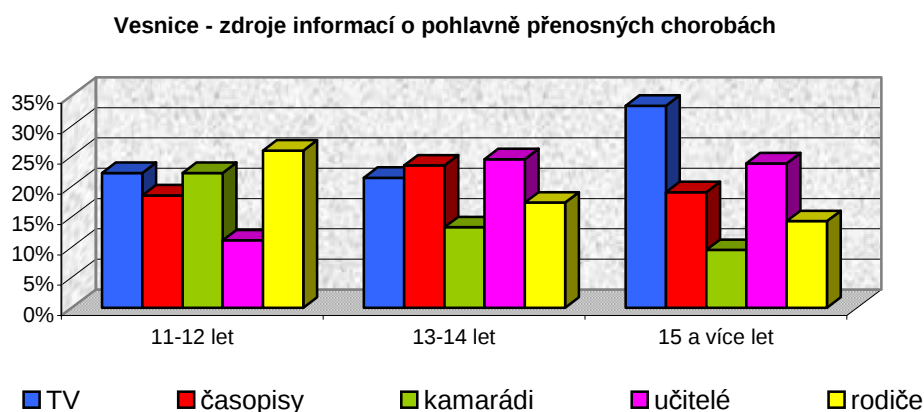
Ve druhé věkové kategorii (13 až 14 let) získávají žáci informace o pohlavních nemocech z časopisů (26 %), dále z televize (25 %) a od učitelů (23 %). 16% je o dané problematice informováno kamarády. Nejméně informací o nemocech získávají od svých rodičů (10 %).

Pro děti ve věku 15 a více let jsou informačními prameny o dané problematice nejvíce televize a učitelé (28 %). 16 % dotazovaných uvedlo, že mají informace z časopisů a od kamarádů. Ze 12-ti % jsou o pohlavních nemocech informováni svými rodiči.

Tabulka 6: Vesnice - zdroje informací o pohlavních nemocech

Zdroj informací	11-12 let	13-14 let	15 a více let
TV	22%	21%	33%
časopisy	19%	23%	19%
kamarádi	22%	13%	10%
učitelé	11%	24%	24%
rodiče	26%	17%	14%

Graf 7



Z grafu 7 vyplývá, že děti navštěvující základní školu na vesnici z věkové skupiny 11 až 12 let jsou o problematice pohlavních nemocí nejvíce informováni svými rodiči (26 %). Z 22-ti % získávají informace z televize a od svých kamarádů. 19 % dotazovaných má informace z časopisů a pouze z 11-ti % mají děti informace od učitelů.

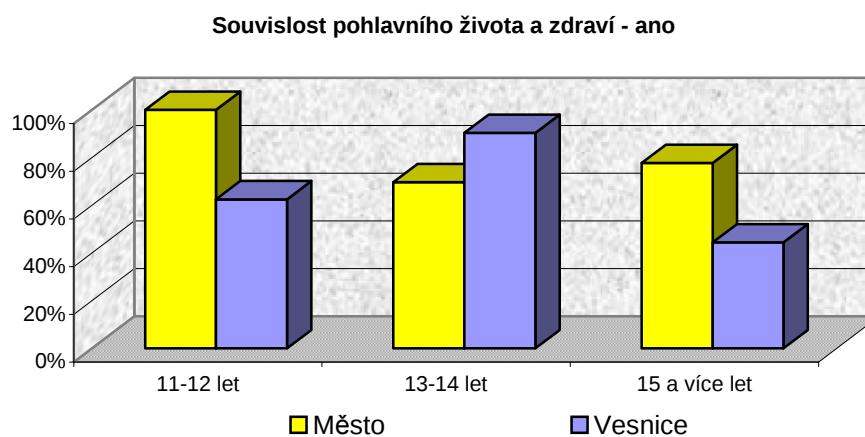
Pro věkovou kategorii 13 - 14 let jsou hlavním zdrojem informací o pohlavních nemocech učitelé (24 %) a časopisy (23 %). Z televize má informace 21 % dotazovaných, od rodičů 17 % žáků a od svých kamarádů 13 % dětí.

Ve třetí věkové kategorii (15 a více let) je jednoznačným zdrojem informací televize (33 %), dalším informačním pramenem jsou učitelé (24 %) a časopisy (19 %). 14 % dotazovaných uvedlo, že informace mají od svých rodičů a z 10-ti % mají informace od kamarádů.

Tabulka 7: Souvislost sexuálního života a zdraví

		11-12 let	13-14 let	15 a více let
Město	ano	100%	70%	78%
	ne	0	30%	22%
Vesnice	ano	63%	90%	44%
	ne	38%	10%	56%

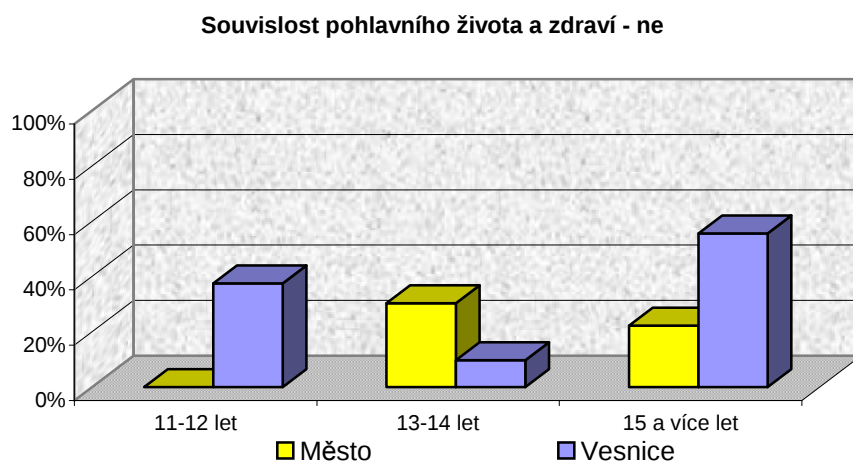
Graf 8



Všechny děti, kteří navštěvují základní školu ve městě a patří do věkové kategorie 11 až 12 let vyjádřily názor, že pohlavní život souvisí se zdravím. Ve druhé věkové kategorii má stejný názor 70 % dětí a ve třetí věkové skupině 78 % žáků.

Z dětí, kteří docházejí do vesnické základní školy, si z první věkové kategorie myslí 63 % dotazovaných, že sexuální život souvisí se zdravím. Děti ve věku 13 až 14 let sdílejí stejný názor z 90-ti % a z věkové kategorie 15 a více let má stejný úsudek 44 % dotazovaných.

Graf 9



Žádný ze žáků, kteří navštěvují základní školu ve městě, kteří patří do první věkové kategorie nesouhlasí s názorem, že sexuální život se zdravím nesouvisí. Naopak 30 % dětí z druhé věkové skupiny a 22 % dětí starších 15-ti let si myslí, že není souvislost mezi sexuálním životem a zdravím.

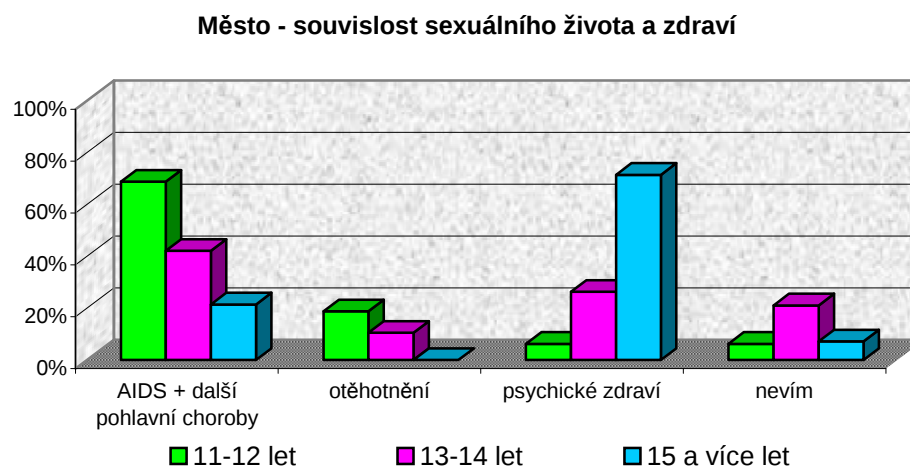
Stejný názor má 38 % dětí, kteří chodí do základní školy ve městě a jsou ve věku 11 až 12 let, dále 10 % žáků ve věku 13 až 14 let a 56 % dětí ve věku 15 a více let.

Tabulka 8: Město - způsob souvislosti mezi sexuálním životem a zdravím

Pokud děti v předchozí otázce zodpověděly kladně, tj. že sexuální život souvisí se zdravím, měli dále uvést konkrétní souvislost.

	11-12 let	13-14 let	15 a více let
AIDS + další pohlavní choroby	69%	42%	21%
otěhotnění	19%	11%	0%
psychické zdraví	6%	26%	71%
nevím	6%	21%	7%

Graf 10



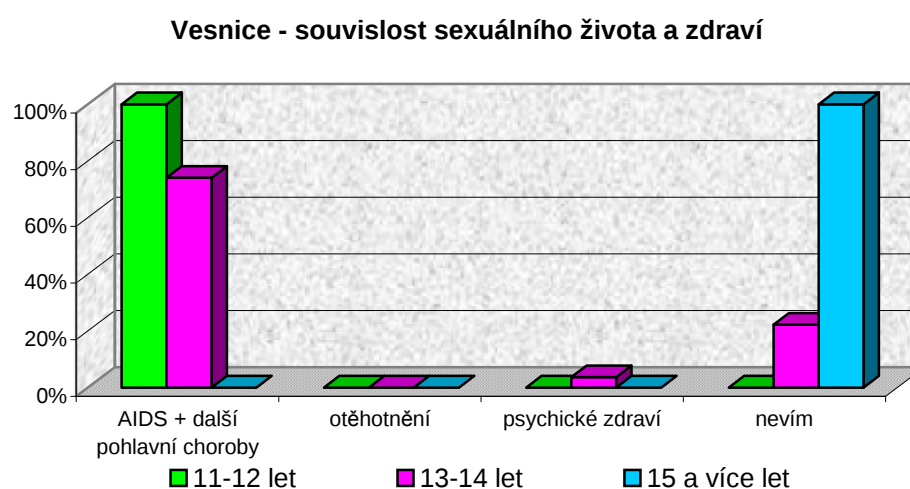
Z grafu 10 vyplývá, že děti ze základních škol ve městě patřících do první věkové kategorie si ze 69-ti % myslí, že se sexuálním životem je také spojena možnost nákazy pohlavní nemocí. Z 19-ti % vyjádřily souvislost v možnosti otěhotnění ženy, 6 % dotazovaných uvedlo, že se sexuálním životem souvisí psychické zdraví a dobrá nálada a 6 % dotazovaných nevědělo, jak na tuto otázku odpovědět.

Ve věkové kategorii 13 až 14 let také převládá názor, že se sexuálním životem jsou spojeny různé pohlavní choroby (42 %). Z 26-ti % uvedly souvislost s psychickým zdravím a pohodou, z 11-ti % s otěhotněním ženy a 21 % dotazovaných neuvedlo konkrétní souvislost. U dětí ve věku 15 let a více převládá názor (71 %), že sexuální život má vliv na psychické zdraví. Dále 21 % dotazovaných uvedlo souvislost s pohlavně přenosnou chorobou a 7 % žáků nevyjádřilo svůj názor.

Tabulka 9: Vesnice - způsob souvislosti mezi sexuálním životem a zdravím

	11-12 let	13-14 let	15 a více let
AIDS + další pohlavní choroby	100%	74%	0%
otěhotnění	0%	0%	0%
psychické zdraví	0%	4%	0%
nevím	0%	22%	100%

Graf 11



Děti, kteří navštěvují základní školu na vesnici a patří do první věkové kategorie ze 100 % uvedly, že pohlavní nemoci mají souvislost se sexuálním životem.

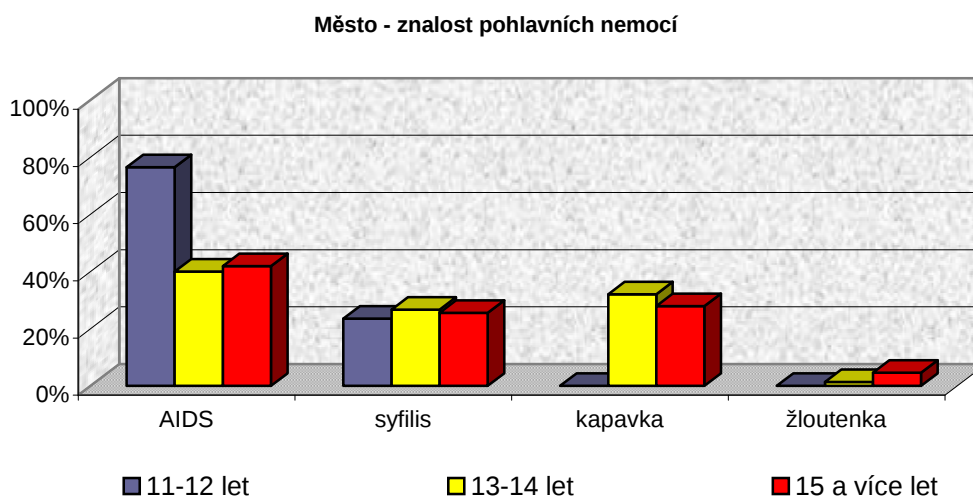
Ve věkové kategorii 13 až 14 let stejný názor sdílí 74 % dětí. Dále uvedly, že sexuální život má vliv také na psychické zdraví (4 %) a 22 % dotazovaných neuvedlo žádnou konkrétní souvislost.

Ze třetí věkové kategorie (15 a více let) nikdo neuvedl konkrétní souvislost mezi sexuálním životem a zdravím.

Tabulka 10: Město - znalost pohlavních nemocí

	11-12 let	13-14 let	15 a více let
AIDS	76%	40%	42%
syfilis	24%	27%	26%
kapavka	0	32%	28%
žloutenka	0	1%	5%

Graf 12



Z grafu 12 vyplývá, že 76 % žáků městských základních škol patřících do první věkové kategorie znají pohlavní nemoc AIDS. 24 % dotazovaných v této kategorii také zná jinou pohlavní nemoc - syfilis.

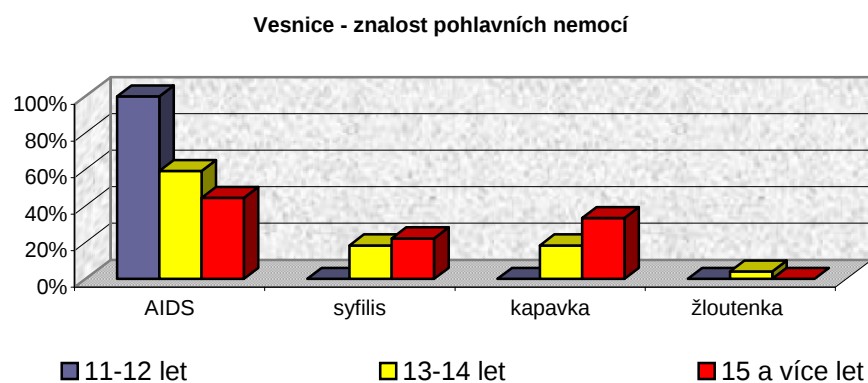
40 % dětí z věkové skupiny 13 až 14 let zná pohlavní nemoc AIDS, 32 % dotazovaných uvedlo jako pohlavní nemoc kapavku, 27 % syfilis a 1 % dětí uvedlo žloutenku.

Ve třetí věkové kategorii 42 % dětí ví, že AIDS je pohlavní nemoc, dále 28 % dotazovaných napsalo jako další pohlavní nemoc kapavku, 26 % syfilis a 5 % žloutenku.

Tabulka 11: Vesnice - znalost pohlavních nemocí

	11-12 let	13-14 let	15 a více let
AIDS	100%	59%	44%
syfilis	0	18%	22%
kapavka	0	18%	33%
žloutenka	0	4%	0

Graf 13



Žáci základních škol na vesnici ve věku 11 až 12 let znají pouze AIDS jako pohlavní nemoc.

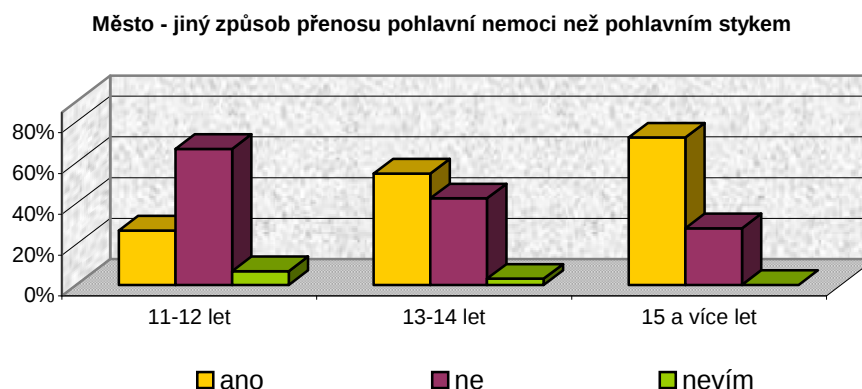
Ze druhé věkové kategorie zná 59 % dotazovaných pohlavní nemoc AIDS, 18 % má povědomí o syfilisu a kapavce a 4 % respondentů uvedlo žloutenku.

44 % dětí ve věku 15 a více let uvedlo znalost pohlavní nemoci AIDS, 33 % dětí uvedlo kapavku a 22 % syfilis.

Tabulka 12: Město - přenos pohlavní nemoci jinak než pohlavním stykem

	11-12 let	13-14 let	15 a více let
ano	27%	55%	72%
ne	67%	42%	28%
nevím	7%	3%	0%

Graf 14



Z dotazníků vyplynulo, že 67 % dětí ve věkové kategorii 11 až 12 let si myslí, že neexistuje jiná možnost přenosu pohlavní nemoci než pohlavním stykem. 27 % dětí nesdílí stejný názor. 7 % dotazovaných nevědělo.

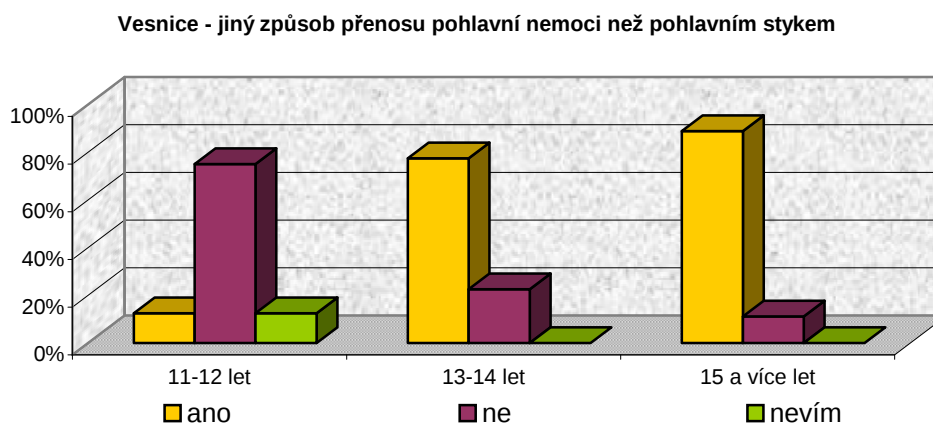
Ve druhé věkové kategorii 55 % dětí ví, že existuje jiná možnost přenosu pohlavní nemoci, naopak 42 % dětí myslí, že jiná možnost neexistuje a 4 % odpovědělo, že neví.

Z nejstarších dětí, tj. kategorie 15 let a více, 72 % respondentů uvedlo možnost přenosu pohlavní nemoci jinak než pohlavním stykem. 28 % dětí si myslí, že není jiný způsob nakažení se pohlavní nemocí.

Tabulka 13: Vesnice - přenosu pohlavní nemoci jinak než pohlavním stykem

	11-12 let	13-14 let	15 a více let
ano	13%	77%	89%
ne	75%	23%	11%
nevím	13%	0%	0%

Graf 15



Z grafu 15 vyplývá, že pouze 13 % dětí ve věku 11 až 12 let, kteří navštěvují základní školu na vesnici, vědí, že pohlavní nemoci lze přenášet i jinak než pohlavním stykem. 75 % dětí uvedlo, že to možné není a 13 % neví.

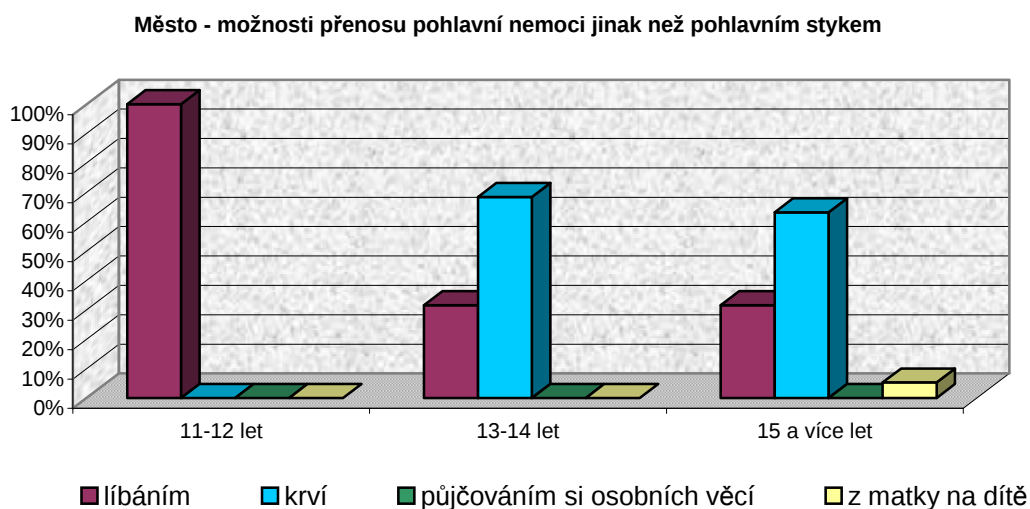
Ve druhé věkové skupině uvedlo 77 % respondentů souhlas s možností přenosu pohlavních nemocí jinak než pohlavním stykem a 23 % dětí si myslí, že to možné není.

Ve třetí věkové kategorii 89 % dotazovaných dětí ve věku 15 let a více ví, že existuje i jiný způsob přenosu pohlavních nemocí. 11 % dotazovaných tento názor nesdílí.

Tabulka 14: Město - možnosti přenosu pohlavních nemocí jinak než pohlavním stykem

	11-12 let	13-14 let	15 a více let
líbáním	100%	32%	32%
krví	0	68%	63%
půjčováním si osobních věcí	0	0%	0%
z matky na dítě	0	0%	5%

Graf 16



Děti ze základních škol z města ve věkové kategorii 11 až 12 uvedly, že pohlavní nemoc lze také přenášet líbáním (100 %).

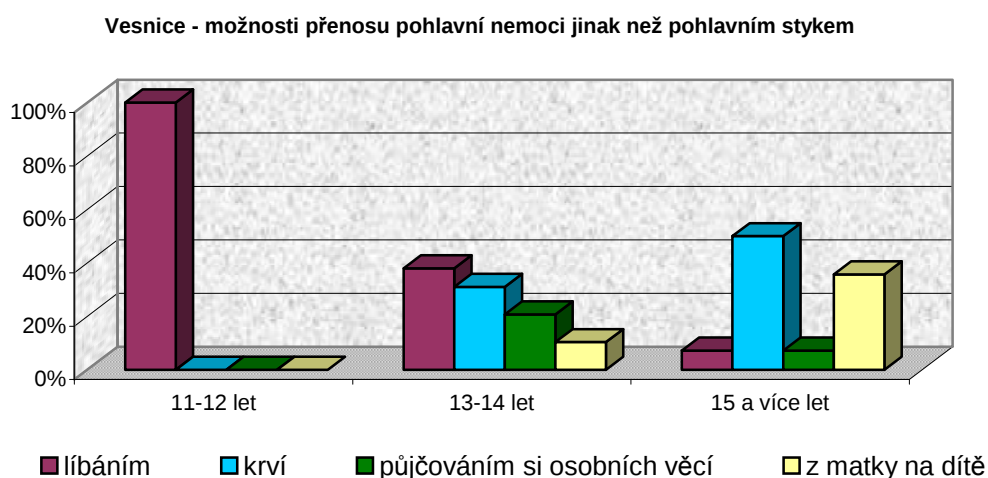
Ve věkové kategorii 13 až 14 let dotazovaní uvedli, že pohlavní nemoc lze také přenášet krví (68 %) a také líbáním (32 %).

Z třetí věkové kategorie, tj. 15 let a více, 63 % respondentů odpovědělo, že přenos pohlavní nemoci je možný krví. Dále děti uvedli, že pohlavní nemoci lze také přenášet líbáním (32 %) a 5 % respondentů odpovědělo, že přenos je možný z matky na dítě.

Tabulka 15: Vesnice - možnosti přenosu pohlavních nemocí jinak než pohlavním stykem

	11-12 let	13-14 let	15 a více let
líbáním	100%	38%	7%
krví	0	31%	50%
půjčováním si osobních věcí	0	21%	7%
z matky na dítě	0	10%	36%

Graf 16



Také děti, kteří navštěvují základní školu na vesnici, ve věku 11 až 12 let si ze 100 % myslí, že se pohlavní nemoci přenášejí líbáním.

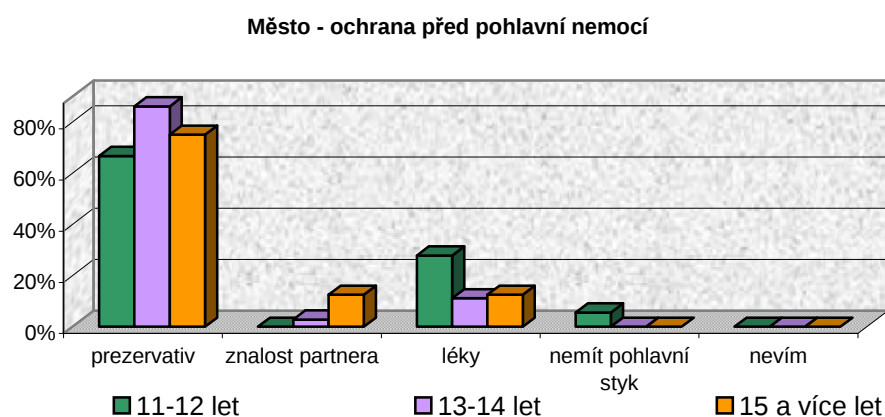
Ve druhé věkové kategorii tento názor sdílí 38 % dětí, dále respondenti uvedli, že se pohlavní nemoci přenášejí krví (31 %), půjčováním si osobních věcí (21 %) a přenosem z matky na dítě (10 %).

Ve třetí věkové skupině si žáci ve věku 15 a více let myslí, že se pohlavní nemoci mohou přenášet krví (50 %), dále také z matky na dítě (36 %). 7 % dotazovaných se domnívá, že přenos je možný půjčováním si osobních věcí a také líbáním.

Tabulka 16: Město - způsob ochrany před pohlavní nemocí

	11-12 let	13-14 let	15 a více let
prezervativ	67%	86%	75%
znalost partnera	0%	3%	13%
léky	28%	11%	13%
nemít pohlavní styk	6%	0%	0%
nevím	0%	0%	0%

Graf 18



Žáci ve věku 11 až 12 let ze základních škol ve městě z 67 % uvedli, že ochranou před pohlavní nemocí je prezervativ. 28 % dotázaných uvedlo, že ochranou jsou léky (např. antikoncepce) a 6 % dotazovaných uvedlo, že ochranou také může být nemít žádný pohlavní styk.

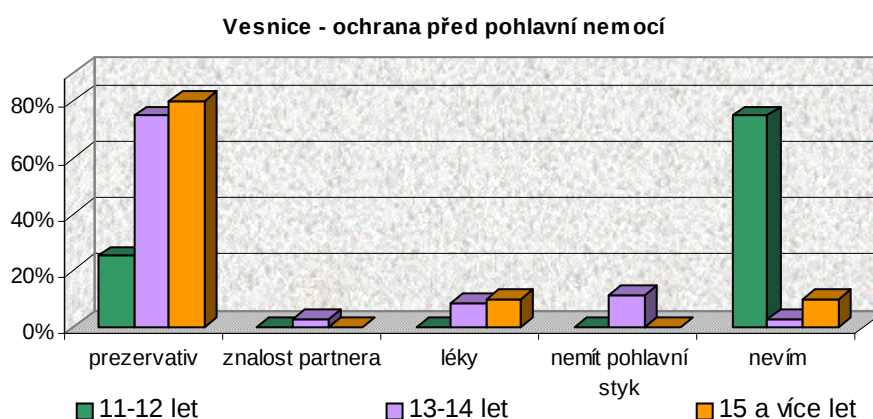
Děti z druhé věkové kategorie uvedly, že ochranou před pohlavní nemocí je prezervativ (86 %), léky (11 %) a znalost partnera (3 %).

Respondenti ve věku 15 a více let uvedli, že způsobem prevence před pohlavně přenosnou chorobou je prezervativ (75 %), znalost partnera a léky (13 %).

Tabulka 17: Vesnice - ochrana před pohlavní nemocí

	11-12 let	13-14 let	15 a více let
prezervativ	25%	75%	80%
znalost partnera	0%	3%	0%
léky	0%	8%	10%
nemít pohlavní styk	0%	11%	0%
nevím	75%	3%	10%

Graf 19



Žáci ve věku 11 až 12 let, kteří navštěvují základní školu na vesnici ze 75-ti % neví, jaká je ochrana před pohlavní chorobou. 25 % tazatelů uvedlo, že ochranou je prezervativ.

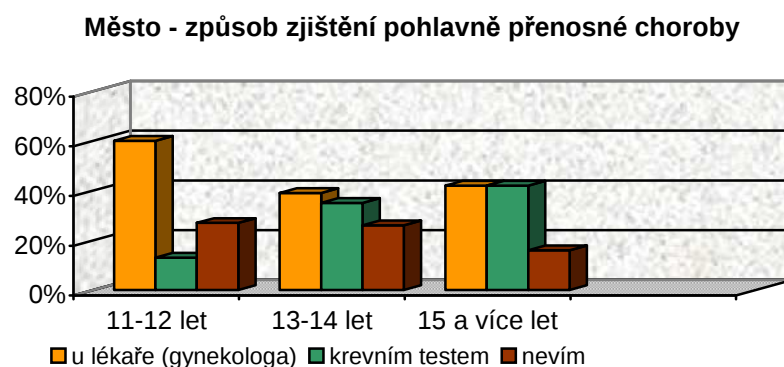
Z druhé věkové kategorie 75 % respondentů odpovědělo, že ochranou je prezervativ, 11 % uvedlo jako ochranu nemít žádný pohlavní styk, 8 % odpovědělo léky (zejména antikoncepce), 3 % znalost partnera a pouze 3 % dotazovaných nevědělo o žádném způsobu ochrany před chorobou.

80 % respondentů z třetí věkové kategorie odpovědělo, že ochranou před pohlavní chorobou je prezervativ, 10 % dětí uvedlo léky a 10 % žáků neví o způsobu prevence.

Tabulka 18: Město - způsob zjištění pohlavně přenosné choroby

	11-12 let	13-14 let	15 a více let
u lékaře (gynekologa)	60%	39%	42%
krevním testem	13%	35%	42%
nevím	27%	26%	16%

Graf 20



Z grafu 20 vyplývá, že 60 % dětí z městské základní školy, kteří jsou ve věku 11 až 12 let, se domnívá, že pohlavní nemoc lze zjistit u lékaře (gynekologa). 13 % dětí uvedlo zjištění krevním testem a 27 % dětí nevědělo.

39 % žáků z druhé věkové kategorie uvedli, že pohlavní nemoc lze zjistit u doktora, 35 % respondentů uvedlo krevním testem a 26 % dětí neví jakým způsobem zjistit pohlavní nemoc.

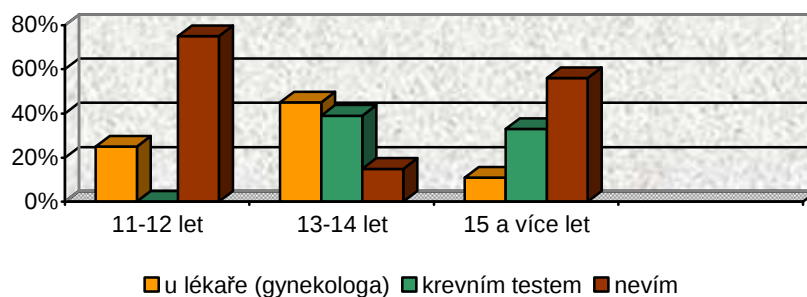
Ve třetí věkové kategorii 42 % dětí uvedlo, že pohlavní nemoc rozpozná lékař nebo krevní test a 16 % dětí způsob zjištění neví.

Tabulka 19: Vesnice - způsob zjištění pohlavně přenosné choroby

	11-12 let	13-14 let	15 a více let
u lékaře (gynekologa)	25%	45%	11%
krevním testem	0%	39%	33%
nevím	75%	15%	56%

Graf 21

Vesnice - způsob zjištění pohlavně přenosné choroby



Graf 21 ukazuje, že 75 % dětí z vesnické základní školy ve věku 11 až 12 let, neví, jakým způsobem lze rozpoznat pohlavní nemoc. Pouze 25 % respondentů uvedlo, že nemoc lze rozpoznat u lékaře (gynekologa).

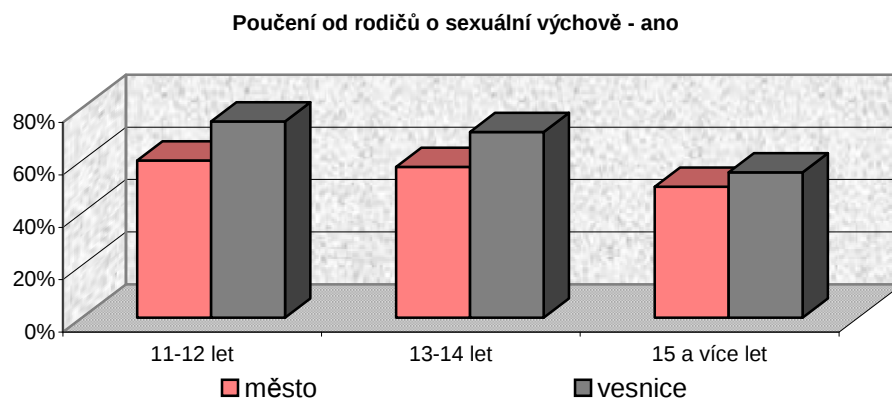
Ve věkové kategorii 13 až 14 let 45 % dotazovaných uvedlo, že pohlavní nemoc rozpozná lékař. 39 % žáků odpovědělo, že nemoc lze zjistit krevním testem a 15 % žáků neví.

Mládež ve věku 15 a více let z 56-ti % odpověděli, že neví způsob zjištění pohlavní nemoci, 33 % dotazovaných uvedlo krevním testem a 11 % dotazovaných neví.

Tabulka 20: Poučení od rodičů o sexuálním životě

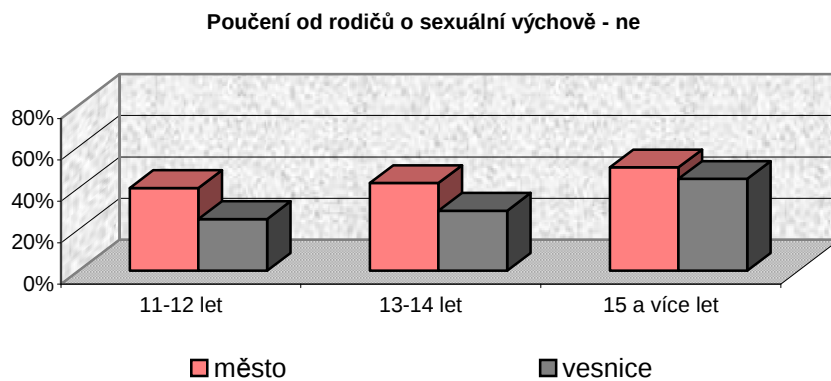
		11-12 let	13-14 let	15 a více let
Město	ano	60%	58%	50%
	ne	40%	42%	50%
Vesnice	ano	75%	71%	56%
	ne	25%	29%	44%

Graf 22



Graf 22 ukazuje, že děti, kteří navštěvují základní školu ve městě jsou ve všech věkových kategoriích (kategorie 11 až 12 let 60 %, 2. věková kategorie 58 % a třetí věková skupina 50 %) méně poučené o sexuálním životě od svých rodičů než děti z vesnické základní školy (první věková skupina 75 %, druhá skupina 70 % a třetí kategorie 56 %).

Graf 23



Děti z městských základních škol ve věku 11 až 12 let nebyly ze 40 % poučeni od svých rodičů o sexuálním životě (na vesnici se stejně vyjádřilo 25 % dětí). Z druhé věkové kategorie nebylo poučeno 42 % (na vesnici 29 %) a děti ve věku 15 a více let nebyly poučeny z 50-ti % (na vesnici ze 44 %).

5. Diskuse

Cílem výzkumu bylo zjistit informovanost žáků na druhém stupni základních škol o prevenci pohlavně přenosných chorob a srovnat rozdíly ve znalostech mezi dětmi navštěvujícími základní školu ve městě a na vesnici.

K výzkumu byla použita dotazníková technika. Dotazník obsahoval celkem 13 otázek, 8 bylo otevřených a 5 otázek uzavřených. Celkem bylo rozdáno 120 dotazníků, z nichž se jich vrátilo ke zpracování 114. V jedné základní škole, kde jsem děti požádala o vyplnění, mě ředitelka požádala o vyrozumění o výsledcích mého výzkumu.

První otázka se týkala pohlaví respondentů. Ze základní školy ve městě se výzkumu účastnilo 37 chlapců a 29 dívek. Z vesnické základní školy odpovídalo 24 chlapců a 24 dívek.

Na 2. otázku – kolik je ti let – odpovědělo 15 respondentů ve věku 11 až 12 let z městské základní školy a 8 jich bylo z vesnické základní školy. U druhé věkové skupiny 13 až 14 let bylo 33 žáků docházejících do městské základní školy a 31 dětí do základní školy na vesnici. Poslední věkové kategorii 15 a více let bylo 18 žáků z městské základní školy a 9 žáků z vesnické základní školy.

Důležitou třetí otázkou pro můj výzkum bylo místo školy respondentů. Celkem se výzkumu účastnilo 66 respondentů ze základní školy ve městě a 48 respondentů z vesnické devítileté základní školy.

Na otázku, jestli si v jejich škole vyučuje předmět, který by se zabýval sexuální výchovou, odpověděla více než polovina respondentů ve městě kladně. Na vesnici na tuto otázku odpovědělo kladně méně než polovina dotazovaných. Záporně odpovědělo minimálně tazatelů z města a z vesnice. Právě zde je důležitá výchova jak ta rodičovská tak sexuální. Sexuální výchova by měla zahrnovat vše, co se týká pohlavního života. Myslím si, že děti by měly mít v těchto hodinách prostor pro svoje dotazy týkajících se věcí, které je zajímají. Vyučující by měl být schopen vysvětlit látku tak, aby byla pochopitelná už od mladšího věku. Naopak pro nás bylo moc přínosné, když za námi přišla slečna, která byla HIV pozitivní a diskutovala s námi o tomto problému.

Na otázku č. 5 – z jakých zdrojů získávají informace o pohlavně přenosných chorobách, si mohli žáci vybrat z několika možností. Děti ve věku 11 až 12 let

z městské základní školy odpověděly na tuto otázku v následujícím pořadí: televize a kamarádi, časopisy, rodiče a nejméně jsou informováni od svých učitelů. Sama si pamatují ze základní školy, že učitelé k tomuto tématu měli ostych. Ve druhé věkové kategorii 13 až 14 let odpověděly nejčastěji z televize, časopisů a učitelů. Nejméně mají informace od svých rodičů. Žáci ve věku 15 a více let uvedli, že byli o dané problematice informováni nejvíce z televize a od učitelů, poté následovaly časopisy a kamarádi a nejméně od svých rodičů.

Děti studující na vesnici z věkové kategorie 11 až 12 let jsou nejvíce informováni svými rodiči, dále informace čerpají z televize a od svých kamarádů. S minimálním rozdílem mají informace z časopisů a nejméně od učitelů. Pro věkovou kategorii 13 až 14 let jsou hlavním zdrojem informací učitelé, časopisy a televize, dále také rodiče a na posledním místě se vyskytují kamarádi. V poslední věkové kategorii 15 a více let má největší zastoupení televize, následují učitelé a časopisy. Nejméně informací mají od rodičů a od kamarádů. Z dalších informačních zdrojů se nejvíce objevoval internet a přednášky. Myslím si, že i když se pořád nacházejí učitelé a rodiče, kteří se stydí o tomto problému se svými dětmi hovořit, děti získávají informace z médií (zejména z televize, internetu), časopisů, které jsou určené spíše dívkám, ale chlapci se o věci týkající sexu také zajímají.

S následující otázkou, jestli sexuální život souvisí se zdravím, souhlasily dvě třetiny dotázaných z druhé a třetí věkové kategorie. Ve věkové skupině 11 až 12 odpověděli všichni jednoznačně ano. U věkových kategoriích na vesnici je nejvíce přesvědčena, že sexuální život souvisí se zdravím, věková skupina 13 až 14 let. Nejméně přesvědčena je pak nejstarší věková kategorie, kde si více než polovina myslí, že sexuální život nesouvisí se zdravím. Ve všech věkových kategoriích odpovídali negativně zejména chlapci.

Pokud respondenti v předcházející otázce odpověděli kladně, tj., že sexuální život souvisí se zdravím, měli v následující otázce uvést konkrétní souvislost. Z odpovědí dětí ve městě ve věkové kategorii 11 až 12 let si převážná většina myslí, že se sexuálním životem je spojená možnost nákazy pohlavními nemocemi, menší část dotázaných uvedlo otěhotnění ženy. Někteří respondenti nedokázali na tuto otázku

vůbec odpovědět. Ve věkové kategorii 13 až 14 let žáci odpověděli, že se sexuálním životem jsou spojeny různé pohlavní choroby, avšak menší část než u minulé věkové kategorie. Dále pak uvedli souvislost s psychickým zdravím a také s otěhotněním ženy. Mnohem více dotázaných v této věkové kategorii neumělo na otázku odpovědět. U poslední věkové kategorie ve městě převládá většinový názor, že sexuální život má vliv na psychické zdraví. Dále si pak mnoho žáků myslí, že sexuální život souvisí s pohlavně přenosnou chorobou. Minimum žáků na tuto otázku neodpovědělo.

Ve věkové kategorii 11 až 12 let na vesnici všichni z dotázaných odpověděli, že s pohlavním životem jsou spojeny přenosné choroby (AIDS). V další věkové kategorii 13 až 14 také většina odpověděla, že se sexuálním životem souvisí pohlavní nemoci. Menší počet respondentů uvedl vliv na psychické zdraví. Stejně jako u věkové kategorie 13 až 14 let ve městě, také na vesnici nikdo na tuto otázku neodpověděl. V poslední věkové kategorii na vesnici k této otázce všichni uvedli, že neví. Dle mého názoru se respondenti stydí o tomto tématu hovořit.

Na otázku č. 8 jaké znáš nemoci přenášející se pohlavním stykem odpověděli žáci z městské základní školy 11 až 12 let nejvíce AIDS, dále také uvedli syfilis. U věkové kategorie 13 až 14 znají více pohlavních chorob. Nejčastěji byla zodpovězena nemoc AIDS, dále kapavka, syfilis a žloutenka. U věkové kategorie 15 a více jsou odpovědi velice totožné. Je vidět, že s věkem stoupá informovanost o více pohlavních chorobách.

Respondenti ve věku 11 až 12 let na vesnici jsou opět jednotní a odpověděli, že znají pouze pohlavně přenosnou chorobu AIDS. Žáci věkové kategorie 13 až 14 let znají více pohlavních chorob. Také zde převládá odpověď AIDS, následuje syfilis, kapavka a žloutenka. U poslední věkové kategorie 15 a více let převládá odpověď AIDS, ale ne s takovým počtem odpovědí jako u prvních dvou kategorií. Jako další pohlavní choroby uvedli kapavku a syfilis.

Na otázku, zda si myslí, jestli se dají pohlavně přenosné choroby přenášet i jiným způsobem než pohlavním stykem ve věkové kategorii 11 až 12 let na základní škole ve městě většina odpověděla, že neexistuje jiná možnost přenosu nákazy než pohlavním stykem. Někteří žáci se myslí, že tato možnost existuje. Někteří tazatelé

nedokázali na tuto otázku odpovědět. Přibližně polovina žáků ve věku 13 – 14 let se domnívá, že existuje jiná možnost přenosu pohlavní nemoci a druhá polovina je opačného názoru. Také v této věkové skupině 4% žáků neodpověděli, ale je to méně než předchozího věku. U kategorie 15 a více let je znát jejich znalost, protože převážná většina odpověděla, že může dojít k přenosu pohlavní nemoci jinak než pohlavním stykem. Zbytek je opačného názoru.

Také u respondentů na vesnici ve věku 11 až 12 let převládá totožný názor jako u stejné věkové kategorie ve městě. Většina si myslí, že pohlavní nemoci nelze přenášet jinak než pohlavním stykem. Ale i zde se najdou odpovědi, které tuto možnost připouštějí. U následující věkové kategorie projevila svůj souhlas s touto otázkou většina dotázaných. Ve třetí věkové kategorii projevilo svůj souhlas, že lze pohlavní nemoci přenášet jiným způsobem, nejvíce dotázaných ve všech věkových kategoriích jak z města tak z vesnice. I zde bylo minimum jedinců, kteří nesdílí názor většiny. Další důležitou otázkou pro mé hodnocení bylo, jestli respondenti vědí o jiném způsobu přenosu pohlavní nemoci. Nejmladší věková kategorie z města odpověděla jednoznačně přenos líbáním. V kategorii 13 – 14 let se také objevil názor, že pohlavní nemoc lze přenášet líbáním, ale většina dotázaných uvedla přenos krví. V nejstarší věkové kategorii odpověděl zhruba stejný počet žáků jako u předešlého věku, že přenos pohlavní nemoci je možný krví, dále také líbáním. Jako jediní žáci z města mají již znalosti o přenosu pohlavní nemoci z matky na dítě.

Věková kategorie 11 – 12 z vesnice má naprosto stejný názor jako děti ze stejné kategorie z města. Věk 13 – 14 let je první kategorií, kde se poprvé objevil názor, že pohlavní nemoc se přenáší půjčováním osobních věcí, dále pak již zmiňovaným přenosem z matky na dítě, ale nejčastější byla odpověď líbáním a krví. Polovina dotázaných ve třetí věkové skupině si myslí, že se také pohlavní nemoc přenáší krví. Další nejčastější odpověď je přenos z matky na dítě. V této věkové skupině se objevilo nejméně odpovědí, že se pohlavní nemoci přenáší půjčováním si osobních věcí a líbáním.

V další otázce jsem se ptala, jestli studenti vědí jak se před pohlavní nemocí mohou chránit. Nejmladší skupina ze základní školy ve městě by se podle většiny

odpovědí chránila prezervativem, dále se pak mylně domnívají, že ochranou mohou být léky (antikoncepce). Tato odpověď mě překvapila zejména u starších věkových skupin. Jako jediná kategorie odpověděly, že ochranou může být sexuální abstinence. Většinová odpověď respondentů ve věku 13 až 14 let byla, že před pohlavními nemocemi je ochráněno prezervativem. I zde se mylně domnívají, že je před pohlavními nemocemi ochráněno léky. Pro poslední věkovou skupinu 15 a více let je podle odpovědí nejčastější ochranou prezervativ. Minimum odpovědí byla ochrana léky a znalost partnera. Z těchto odpovědí jsem dospěla k názoru, že by měla být větší informovanost žáků. Měli by být dostatečně poučeni jak se opravdu bezpečně chránit. Někteří respondenti podle mého názoru již v tomto věku měli pohlavní styk a tak mě zaujala odpověď, že se budou chránit léky. Nejspíše si otázku spletli s ochranou proti otěhotnění.

Machová: K šíření pohlavních nemocí pak přispívá velmi časný začátek pohlavního života již v časně adolescenci, střídání sexuálních partnerů, nahodilé známosti, prostituce, nevhodné sexuální praktiky spojené s poraněním a nepoužíváním kondomu při rizikovém chování (Machová 2002, s. 77). Myslím si, že dnešní mládež chce vyzkoušet vše, co nejdříve, aby se jim ostatní děti nesmály. A proto snad ani pohlavní styk nechtějí, ale jen aby dokázali ostatním, že už „to také mají za sebou“ tak pro styk svolí.

Skupina žáků ve věku 11 až 12 let na vesnici mne poprvé svými odpověďmi překvapila. Po celou dobu odpovídali celkem správně až na tuto otázku dvě třetiny odpověděly, že neví jak se chránit. Zbytek odpověděl správně, prezervativem. Ale už ve druhé věkové kategorii 13 až 14 se objevují většinové správné odpovědi a to, že ochranou je prezervativ. Další odpovědí je nemít žádný pohlavní styk. Dále žáci uvádějí, že je důležitá znalost partnera a zbytek respondentů způsob ochrany neuvedlo. Zdá se, že nejvíce informováni jsou žáci ve věku 15 a více, kteří skoro všichni uvádějí, že ochranou před pohlavními chorobami je prezervativ. Mezi další odpovědi patří léky a dále neví.

Mezi další otázky, které mě zajímaly u těchto věkových skupin bylo, jestli žáci vědí, jakým způsobem se pohlavní nemoc zjišťuje. První věková kategorie ze základní školy ve městě odpověděla, tak jako další věkové skupiny, 2 hlavní vyšetření.

Nejčastější odpovědí bylo, že lze zjistit u lékaře (gynekologa) dále pak zjištění krevním testem. 27% žáků na tuto otázku neopovědělo. Dvě poslední věkové skupiny, které odpovídaly, mají velmi podobné názory. Jako první uvedly lékaře, poté krevní test a další nevěděly.

Bohužel i z těchto odpovědí ve věkové kategorii 11 až 12 let se potvrzuje mé přesvědčení, že jsou děti málo informované. Většina dětí nezná způsob zjištění pohlavní nemoci. Ti, co odpověděli jinak, než že neví, uvedli u lékaře. U věkové kategorie 13 až 14 se téměř polovina domnívá, že pohlavní nemoc rozpozná lékař. Další častou odpovědí je, že lze nemoc zjistit krevním testem a dále neví. U věku 15 a více let mě udivuje, že spíše neví a nebo se jim tato otázka nechtěla vyplňovat. Ti, co chtěli odpovídat, odpověděli krevním testem a u lékaře.

Z odpovědí na poslední otázku vyplývá, že žáci na vesnici jsou od rodičů více informováni a se stoupajícím věkem jejich informovanost klesá. Je to asi dané tím, že děti si myslí, že vše znají a nepotřebují výchovné rady. Další možností je ta, že rodiče se stydí o tomto problému hovořit. V neposlední řadě záleží na tom jak pravdivě respondenti na moje otázky odpovídali.

Podle uvedené hypotézy, ve které jsem se domnívala, že žáci ve věku 11 až 15 let nemají informace o pohlavně přenosných chorobách jsem se mýlila. Hypotéza se nepotvrdila. Žáci v tomto věku mají přehled o nejčastěji u nás se vyskytujících pohlavních nemocech a také vědí, že kondom se používá jako ochrana nejen před otěhotněním, ale také před nákazou STD.

Druhá hypotéza se zabývala tím, zda žáci na vesnicích mají méně znalostí o pohlavních chorobách než žáci na vesnici. Hypotéza se mi také nepotvrdila. Tato skutečnost nevyvrací tvrzení, které uvádí Machová: Matějček s Dytrychem ve svých výzkumných studiích věnovali pozornost sexuálnímu životu nezletilých a zjistili, že ve velkoměstech je sexuální styk dospívajících podstatně častější, než je tomu v malých městech či na vesnicích. Je to tím, že v malých lokalitách se lidé více znají a pozorují, kdežto ve velkých městech tato společenská kontrola nefunguje a vztahy zůstávají v anonymitě (Machová 2002, s. 16).

6. Závěr

Můj cíl v práci na téma Sexuální výchova jako součást výchovy ke zdraví u dospívajících byl zjistit informovanost žáků na základních školách ve věku 11 až 15 let.

Hypotéza 1

Žáci základních škol (od 11-15let) nemají informace o prevenci pohlavně přenosných chorob. Dnešní žáci již mají alespoň základní znalosti o této problematice. Znájí nejznámější pohlavní choroby jako je AIDS, kapavka, syfilis a vědí nejdůležitější ochranu před nimi.

Hypotéza 2

Žáci základních škol, kteří studují na vesnicích mají méně znalostí o prevenci pohlavně přenosných chorob než žáci studující na základní škole ve městě. Dnes již není doba, že by byl nějaký rozdíl mezi vesnicí a městem. Již v mnoha médiích se s touto problematikou zabývají a děti to slýchávají ze všech stran. Vytyčené hypotézy se mi nepotvrdily.

Tato práce pro mne byla velkým přínosem. Ze základní školy již jsme delší dobu a sama si už ani neuvědomuji jaké jsme měli znalosti my. Dnešní doba je zase o něco dále a děti mají možnost získávat informace z více veřejných prostředků.

Poznatky z tohoto výzkumu budou použity v manuálu k edukaci pro základní školy. Výsledky budou sloužit ke zlepšení prevence pohlavně přenosných chorob a ke zjištění znalostí žáků ve věku 11 až 15 let na základních školách.

Problematika přenosných chorob ve světě, ale i u nás byla, bude a je diskutovaným problémem. Záleží na osvětě jak děti a vůbec lidi zasvětit do tohoto problému a jak my se k tomu postavíme.

7. Seznam použitých zdrojů

1. ČECHOVÁ, V.; MELLANOVÁ, A.; ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie*. 3. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. 173 s. ISBN 80-7013-342-2.
2. ČERNÝ, Z. *Infekční nemoci*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997. 211 s. ISBN 80-7013-241-8.
3. ELLINGHOVENOVÁ, R. *Příliš mladí na sex?* 1. vyd. Banská Bystrica: Euromedia Group, 2001. 141 s. ISBN 80-7202-804-9.
4. GOPFERTO VÁ, D.; JANOVSKÁ, D.; DOHNAL, K.; MELICHERČÍKOVÁ, V. *Mikrobiologie, imunologie, epidemiologie, hygiena*. 3. vyd. Praha: Triton, 2002. 150 s. ISBN 80-7254-223-0.
5. HARRISOVÁ, R., H. *Pojďme si povídat o sexu*. 1. české vyd. Bratislava: Vydavateľstvo INA, 1995. 89 s. ISBN 80-85680-23-8.
6. HORAŽDOVSKÝ, J. *Přenosné choroby*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta, 2001. 82 s. ISBN 80-7040-496-5.
7. KLÍMA, J.; PAJEREK, J. *Pediatric*. 1. vyd. Praha: Scientia medica, 1996. 72 s. ISBN 80-85526-58-1.
8. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIERIOVÁ, R. *Ošetrovatelstvo*. 1. přel. A. Křišková, M. Musilová, V. Závodná. 1. vyd. Martin: Osvěta, 1995. 836 s. Přel z: *Fundamentals of Nursing: Concept, Process and Practice*. ISBN 80-217-0528-0.

9. LANGMEIER, J; KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 344 s. ISBN 80-7169-195-X.
10. MACEK, P. *Adolescence*. 2. upravené vyd. Praha: Portál, 2003. 141 s. ISBN 80-7178-747-7.
11. MACHOVÁ, J.; HAMANOVÁ, J. *Reprodukční zdraví v dospívání*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství H a H Vyšehradská, 2002. 197 s. ISBN 80-86022-94-3.
12. MATĚJČEK, Z. *Co, kdy a jak ve výchově dětí*. 3. vyd. Praha: Portál, 1996. 143 s. ISBN 80-7178-494-X.
13. MEREDITHOVÁ, S. *Dospievanie a sex*. 1. vyd. Bratislava: Mladé léta, 1992. 48 s. ISBN 80-06-00498-6.
14. NOŽIČKOVÁ, M.; SALAVEC, M.; ETTLER, K. *Pohlavní choroby diagnostika a léčba*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. 45 s. ISBN 80-7184-136-97.
15. ORVIN, G., H. *Dospívání kniha pro rodiče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 180 s. ISBN 80-247-0124-3.
16. POULAINOVÁ, A. *Sexuální výchova* [online]. © 2007 [cit. 2007-4-10]. Dostupné z: <<http://www.sexus.cz/clanek/1203-skola-a-sexualni-vychova.html>>.
17. ROZEHNALOVÁ, M. Sex, láska a hodnoty. In: *Rizikové chování dospívajících a jeho prevence*. Praha: Free Teens Press, 2001, s. 128.
18. ROZSYPAL, H. *AIDS klinický obraz a léčba*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 1998. 236 s. ISBN 80-85800-92-6.

19. SCHNEIDEROVÁ, S. *Na co se ptají chlapci*. 1. vyd. Praha: Knižní klub, k.s., ve spolupráci s nakladatelstvím Pragma, 1996. 194 s. ISBN
20. ŠILEROVÁ, L. *Sexuální výchova*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 104 s. ISBN 80-247-0291-6.
21. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů 2004. s. 186. ISBN 80 – 7013 – 324 – 4.
22. WASSERBAUER, S. a kol. *Výchova ke zdraví*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 1999. 47 s. ISBN 80-7071-129-9.
23. WEISS, P.; ZVĚŘINA, J. *Sexuální chování v ČR – situace a trendy*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 160 s. ISBN 80-7178-558-X.
24. ZEMKOVÁ, P. *Nástin sexuologie*. 1. vyd. Praha: Manus, 2001. 111 s. ISBN 80-902318-7-X.

8. Klíčová slova

Sexuologie

Sexuální výchova

Období dospívání

Pohlavně přenosné choroby

AIDS

9. Přílohy

9.1 Seznam příloh

Příloha 1 Dotazník pro žáky základních škol ve věku 11 – 15 let

Příloha 2 Svrab - obrázek

Příloha 3 Začátek puberty

Příloha 1 – Dotazník pro žáky základních škol

Dobrý den studente, studentko!

Jmenuji se Michaela Brychtová a jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, obor všeobecná sestra. Tento dotazník je anonymní a výsledky budou použity ke zpracování bakalářské práce na téma: Sexuální výchova jako součást výchovy ke zdraví u dospívajících. Vyplněné dotazníky odevzdejte prosím svým třídním učitelům.

Tímto Vás prosím o vyplnění následujících otázek.

Děkuji za čas, který věnujete vyplňováním tohoto dotazníku.

1. Jaké je Tvoje pohlaví?

- a) chlapec
- b) dívka

2. Věk

- a) 11 – 12
- b) 13 – 14
- c) 15 a více

3. Kde se nachází Tvoje škola?

- a) město
- b) vesnice

4. Máte ve škole předmět, který se zabývá sexuální výchovou?

- a) Ano
- b) Ne

5. Z jakých zdrojů máš informace o nemocech přenášejících se pohlavním stykem?

(možnost zaškrtnutí více odpovědí)

- a) TV
- b) Časopisy
- c) Kamarádi
- d) Učitelé ve škole
- e) Rodiče
- f) Jiné

6. Myslíš si, že sexuální život souvisí se zdravím?

- a) Ano
- b) Ne

7. Jestliže jsi odpověděl(a) na předcházející otázku ANO, tak jak jsi myslíš, že se zdravím souvisí? (vyjmenuj)

.....

8. Jaké znáš nemoci přenášející se pohlavním stykem? (vyjmenuj)

.....

9. Myslíš si, že se dají tyto nemoci, které jsi vyjmenoval(a) v předcházející otázce, přenášet i jiným způsobem než pohlavním stykem?

- a) Ano
- b) Ne

10. Jestliže jsi na předcházející otázku odpověděl(a) ANO, tak jakým způsobem?

.....

11. Co použiješ, aby ses ochránil(a) před přenosem pohlavních chorob? (vyjmenuj)

.....

12. Jak se dá vyšetřit (zjistit) přenosná choroba? (vyjmenuj)

.....

13. Už jsi byl(a) poučen(a) od rodičů o sexuální výchově?

a) Ano

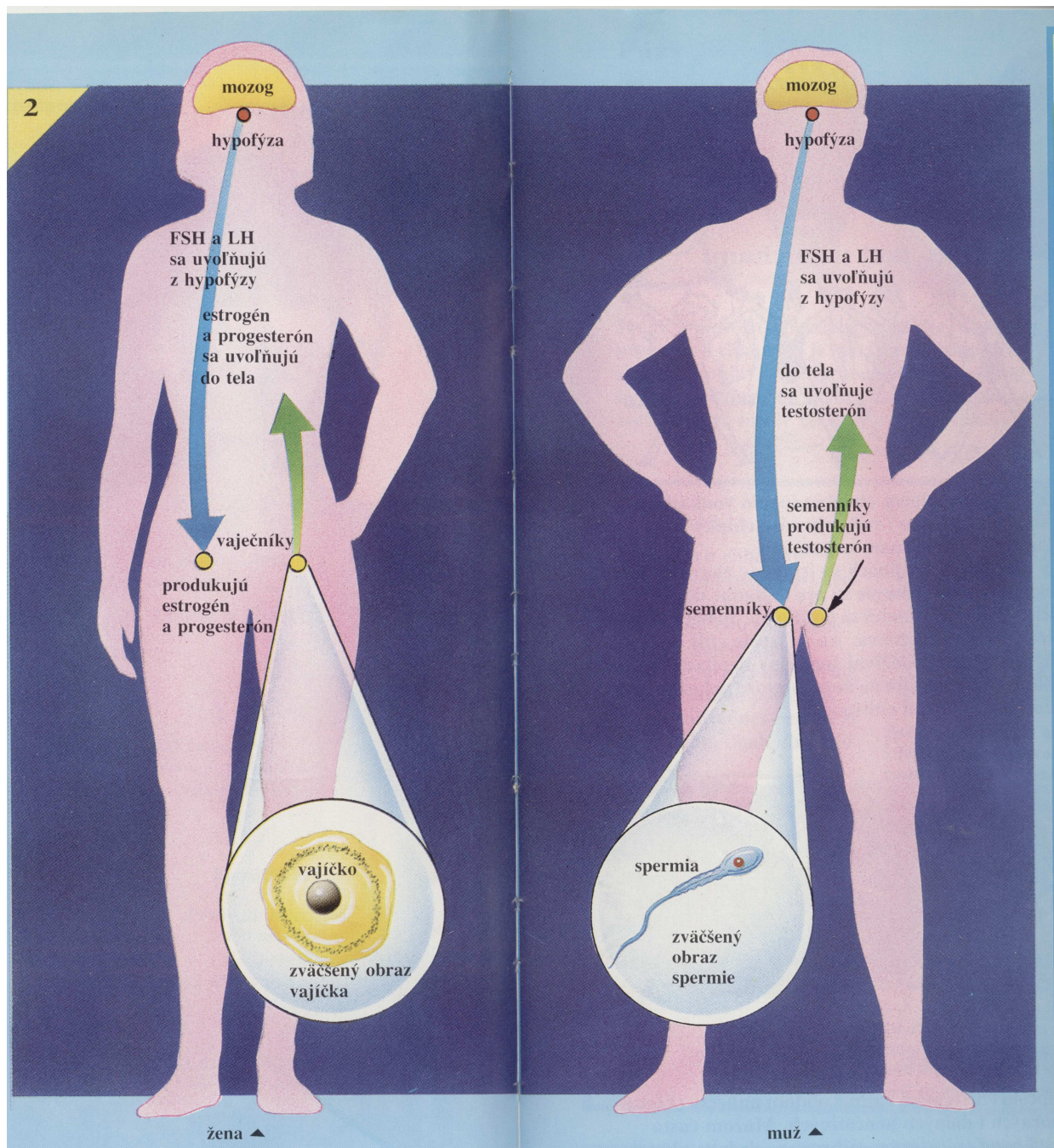
b) Ne

Příloha 2 – Svrab - obrázek



Zdroj: ARENBERGER, P. *Dermatologie*. 1. vyd. Praha: Victoria Publishnig, 1995.
83 s. ISBN 80-85865-75-0.
Strana – 72.

Příloha 3 – Začátek puberty



Zdroj: MEREDITHOVÁ, S. *Dospievanie a sex*. 1. vyd. Bratislava: Mladé lété, 1992.

48 s. ISBN 80-06-00498-6.

Strana – 10.

