

**UNIVERZITA KARLOVA  
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ  
ÚSTAV NELÉKAŘSKÝCH STUDIÍ**

**INFORMOVANOST VEŘEJNOSTI O SEXUÁLNĚ  
PŘENOSNÝCH CHOROBÁCH**

Bakalářská práce

Autor práce: **Tereza Daruová**

Vedoucí práce: **Mgr. Eva Vachková, Ph.D.**

2025

**CHARLES UNIVERSITY**  
**FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ**  
DEPARTMENT OF NON – MEDICAL STUDIES

**PUBLIC AWARENESS OF SEXUALLY  
TRANSMITTED DISEASES**

Bachelor's thesis

Author: **Tereza Daruová**  
Supervisor: **Mgr. Eva Vachková, Ph.D.**

2025

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval(a) samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal(a), v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové .....

(podpis)

## **Poděkování**

Ráda bych touto cestou poděkovala Mgr. Evě Vachkové, Ph.D. za cenné rady, trpělivost a odborné vedení bakalářské práce, zároveň za její čas a ochotu pomoci. Dále bych chtěla poděkovat respondentům, kteří se podíleli na výzkumu. A poslední poděkování patří také mé rodině a nejbližším za trpělivost a podporu během celého studia

# Obsah

Úvod .....	7
Teoretická část.....	8
1. Sexuálně přenosné choroby .....	8
1.1 Historie sexuálně přenosných chorob.....	8
1.2 Prevence sexuálně přenosných chorob .....	9
1.2.1 Primární prevence .....	9
1.2.2 Sekundární prevence.....	10
1.2.3 Terciální prevence.....	10
1.3 Zdravotní gramotnost .....	10
1.4 Rizikové faktory a rizikové skupiny u sexuálně přenosných chorob.....	11
1.5 Komplikace a následky sexuálně přenosných chorob.....	12
1.6 Rozdělení sexuálně přenosných chorob.....	12
2. Vybrané sexuálně přenosné choroby .....	13
2.1 Syfilis .....	13
2.1.1 Etiologie a symptomatologie onemocnění.....	13
2.1.2 Diagnostika a léčba.....	15
2.2 Gonorrhoea .....	16
2.2.1 Etiologie a symptomatologie onemocnění.....	17
2.2.2 Diagnostika a léčba.....	18
2.3 Ulcus molle .....	18
2.3.1 Etiologie a symptomatologie onemocnění.....	19
2.3.2 Diagnostika a léčba.....	19
2.4 Lymfogranuloma venereum.....	20
2.4.1 Etiologie a symptomatologie onemocnění.....	20
2.4.2 Diagnostika a léčba.....	21
2.5 Acquired Immune Deficiency Syndrome .....	22
2.5.1 Etiologie a symptomatologie onemocnění.....	23
2.5.2 Diagnostika a léčba.....	24
2.6 Hepatitis B.....	24
2.6.1 Etiologie a symptomatologie onemocnění.....	25
2.6.2 Diagnostika a léčba.....	26
2.7 Human Papilloma Virus .....	26
2.7.1 Etiologie a symptomatologie onemocnění.....	27
2.7.2 Diagnostika a léčba.....	27

2.8	Chlamydia trachomatis .....	28
2.8.1	Etiologie a symptomatologie onemocnění.....	29
2.8.2	Diagnostika a léčba.....	30
2.9	Herpes genitalis .....	30
2.9.1	Etiologie a symptomatologie onemocnění.....	31
2.9.2	Diagnostika a léčba.....	32
2.10	Trichomoniasis .....	32
2.10.1	Etiologie a symptomatologie onemocnění .....	33
2.10.2	Diagnostika a léčba .....	33
3.	Mladá a střední dospělost.....	35
3.1	Mladá dospělost .....	35
3.1.1	Tělesné změny .....	35
3.1.2	Psychosociální změny .....	35
3.2	Střední dospělost.....	36
3.2.1	Tělesné změny .....	36
3.2.2	Psychosociálních změny .....	37
	Empirická část .....	38
4.	Cíle výzkumného šetření .....	38
5.	Metodika výzkumu .....	39
5.1	Charakteristika výzkumného souboru .....	39
5.2	Zpracování získaných dat .....	39
6.	Výsledky výzkumu .....	40
7.	Diskuze .....	67
	Závěr.....	78
	Abstrakt.....	80
	Seznam použité literatury .....	82
	Seznam zkratk .....	87
	Seznam grafů.....	88
	Seznam tabulek.....	90
	Seznam příloh.....	91
	Přílohy .....	92

# Úvod

Téma mé bakalářské práce „Informovanost veřejnosti o sexuálně přenosných chorobách“ jsem si zvolila, jelikož si myslím, že se o sexuálně přenosných chorobách mluví nedostatečně. Situace přetrvává i navzdory tomu, že některé z chorob jsou bohužel stále na vzestupu. Zajímalo mě, zda je populace dostatečně informovaná na toto téma a zda mají tyto informace vliv na jejich sexuální chování. Nedílnou součástí této práce je prevence a zdravotní gramotnost, neboť si myslím, že je důležité, aby měli lidé o této oblasti dostatečné povědomí a aplikovali poznatky do svých životů. Zvolené téma mi přišlo velice zajímavé a z mé strany ještě nedostatečně prozkoumané. A proto jsem chtěla prohloubit své znalosti o vybraných sexuálně přenosných chorobách, jejich etiologii, symptomatologii, diagnostice a léčbě. Práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část.

Teoretická část pojednává o pojmech jako je historie a prevence sexuálně přenosných chorob. Dále se zabývá zdravotní gramotností, rizikovými faktory a rizikovými skupinami u sexuálně přenosných chorob. Teoretická část také zahrnuje komplikace a následky těchto chorob. Poté se zaměřuje na vybrané sexuálně přenosné choroby a na jejich etiologii, symptomatologii, diagnostiku a léčbu.

Empirická část se věnuje kvantitativnímu výzkumu zaměřenému na informovanost veřejnosti. Cílem výzkumu bylo zjistit informovanost a postoj dospělých osob k pohlavním nemocem, k jejich prevenci, znalosti přenosu a rizikového chování. Dotazníkovým šetřením například zjišťujeme, zda lidé vědí, jaké sexuálně přenosné choroby existují, jakými způsoby se mohou nemoci přenášet, zda znají typické příznaky vybraných chorob a zda vědí, jaká je prevence před samotnými nákazami.

Motivací k tomuto tématu mi bylo to, že se často potýkám s dotazy ohledně ochrany a prevence u sexuálně přenosných chorob. Dle mého názoru, jako budoucí všeobecná sestra bych měla mít o této problematice dostatečný přehled a umět se v ní orientovat. Nejen pro zdravotnický personál, ale i pro veřejnost je důležité, aby byla společnost s tímto tématem seznámena, vyhýbala se rizikovému chování a mohla nabyté informace aplikovat do svých životů a předávat je dalším generacím.

# **Teoretická část**

## **1. Sexuálně přenosné choroby**

Jedná se o onemocnění, která se přenáší převážně sexuálním kontaktem mezi lidmi. Konkrétně nechráněným pohlavním stykem, a to vaginálním, análním či orálním. Přenos infekce či nákaza může být bez viditelných známek choroby. Další možnou cestou šíření nákazy je opakované používání injekčních stříkaček a jehel při aplikaci intravenózních drog, dále poranění o již použitou jehlu od infikované osoby nebo taktéž přímý kontakt s infikovanou krví. Další způsob nákazy může být přímo z matky na dítě, a to konkrétně intranatálně skrz placentu matky. Také se může novorozenec nakazit při průchodu porodními cestami či později při kojení. Dříve bylo riziko přenosu rovněž při podávání transfuzních přípravků, dnes jsou tyto přípravky pečlivě kontrolovány a k tomuto přenosu již běžně nedochází. Sexuálně přenosné choroby zasahují nejen pohlavní orgány, ale mohou se týkat i očí, úst a konečníku. Většina pacientů s těmito onemocněními pociťuje zdravotní, psychologický, ale i sociální diskomfort (Slezáková a kolektiv, 2017; Koliba, Weiss, Němec, Dibonová, 2019; Pilka a kolektiv, 2022).

### **1.1 Historie sexuálně přenosných chorob**

Sexuálně přenosné choroby mají velmi bohatou historii. Nejstarší zmínky o chorobách sahají až do období před pěti tisíci lety. Historické popisy onemocnění můžeme najít v dochovaných čínských sbírkách či bibli. V minulosti byly pohlavní choroby diagnostikovány pouze podle klinických příznaků. Až na konci 19. století začaly být prokazovány patogeny jednotlivých pohlavních chorob a některé patogeny byly objeveny teprve na konci minulého století. Velký podíl na zmírnění či vymýcení šíření sexuálně přenosných chorob má objev antibiotik z počátku 20. století.

Největší povědomí o první pohlavní nemoci, konkrétně o syfilis, spadá na konec 15. století. Je popisována v souvislosti s Kolumbovým návratem z Ameriky. Jiné zdroje zmiňují syfilis jako tzv. francouzskou nemoc již kolem roku 1472. Nejprve epidemie syfilis postihla Evropu, kdy následně velmi rychle vyústila v pandemii. Tato choroba byla pro populaci velmi obávaná a měla vysokou úmrtnost.

Druhá pohlavní nemoc, kapavka, nenese jasné historické zmínky, a to z toho důvodu, že byla často považována jako příznak syfilidy. Choroba byla definována francouzským lékařem až v roce 1838 (Záhumenský, Jilich, Vaňousová, 2015).

## **1.2 Prevence sexuálně přenosných chorob**

U každého jedince by měla být dodržována ochrana při každém pohlavním styku, ať už vaginálním, orálním nebo análním. Mezi správnou ochranu řadíme použití kondomu při každém provozovaném pohlavním styku. Podstatnou částí prevence je stálost a věrnost partnerů. Vzhledem k možnému přenosu pohlavních nemocí také krví jsou používány ochranné pomůcky, například rukavice. Dalším bodem ochrany před šířením nemoci je využívání jednorázových pomůcek, například jehel, nástrojů a dalších. Mimo nemocnice existují konkrétní centra, která narkomanům nabízejí výměnu injekčních stříkaček a jehel zdarma. Za další možnou ochranu můžeme považovat hlášení lékařů o pohlavní nemoci na krajskou hygienickou stanici. Ta má na starost obeznámit sexuální partnery pacienta v případě těžké pohlavní nemoci, což je například syfilis, kapavka a jiné. Pokud někdo vědomě přenáší jakoukoliv pohlavní chorobu u nás v České republice, je to bráno jako trestný čin (Koliba, Weiss, Němec, Dibonová, 2019).

### **1.2.1 Primární prevence**

Jedná se o soubor preventivních opatření, která mají ochránit a posílit zdraví, ale také zabránit vzniku nemoci. Primární prevence je cílena na obecnou a zdravou populaci. Zaměřuje se na ochranu zdravých životních a pracovních podmínek, na prosazování zdravého životního stylu i na konkrétní zdravotní opatření (Čeledová, Čevela, 2010; Hamplová, 2019).

Mezi primární prevenci řadíme právě informovanost veřejnosti o sexuálně přenosných chorobách. Je dokázáno, že správně a důkladně informovaní lidé jsou nakaženi méně. Neodmyslitelnou složkou primární prevence je také očkování. V České republice se lze nechat očkovat proti některým typům HPV (Lidský papilomavirus). Velmi důležitou prevencí je ochrana při pohlavním styku (Koliba, Weiss, Němec, Dibonová, 2019).

### **1.2.2 Sekundární prevence**

Sekundární prevence se zaměřuje na vyhledávání počátečních příznaků onemocnění, jejíž součástí je soubor léčebných opatření, kterými se předchází komplikacím během onemocnění i zhoršení prvotních projevů nemoci. Řadíme sem preventivní prohlídky a screeningové programy, kam patří například screening karcinomu děložního hrdla, stanovení hladiny sérových protilátek v rámci vyšetření na HIV pozitivitu v rizikových souborech populace a další. Taktéž je znám screening pohlavních chorob, který je prováděn například u těhotných žen či u dárců krve a orgánů. Do sekundární prevence můžeme zahrnout také, jako prevenci nákazy chlamydiemi, kapavkou a trichomoniázou, jednorázové užití antimikrobiálních látek po daném pohlavním styku. Tyto látky jsou podávány především obětem sexuálního násilí nebo vysoce rizikovým skupinám, a to například jedincům s oslabenou imunitou (Záhumenský, Jilich, Vaňousová, 2015; Hamplová, 2019; Koliba, Weiss, Němec, Dibonová, 2019).

### **1.2.3 Terciální prevence**

Tato fáze prevence zahrnuje opatření směřující k předcházení recidivám nemoci nebo zabránění devastujícímu působení onemocnění s cílem zachovat kvalitu života. Nedílnou součástí terciální prevence je rehabilitace, kterou dělíme na rehabilitaci léčebnou, pracovní, pedagogickou a sociální. V případě sexuálně přenosných chorob jde právě o zkvalitnění života infikovaných jedinců (Čeledová, Čevela, 2010; Hamplová, 2019).

## **1.3 Zdravotní gramotnost**

Zdravotní gramotnost definujeme jako soubor kognitivních a sociálních schopností určujících motivaci a způsobilost osob získat přístup k potřebným informacím, porozumět jim a využívat je způsobem, který podporuje a udržuje dobré zdraví. Podstatou zdravotní gramotnosti je schopnost porozumění, vyhledávání a používání informací, nástrojů či služeb, které jsou úzce spjaty se zdravím. Dále sem patří schopnost převzít kontrolu nad svým zdravím, a to za využití všech těchto informací. Zdravotně gramotný člověk je schopen o svém zdraví rozhodovat, čerpat ze získaných vědomostí ve prospěch svého zdraví a nést díl zodpovědnosti za vlastní zdraví. Zdravotní gramotnost se týká jednotlivců, komunit i celé populace a na vzdělávání se podílejí zdravotníci, učitelé a další. Nízká zdravotní gramotnost může být závažným zdravotně rizikovým faktorem, jejichž příčinou může být plýtvání

v systému zdravotní péče. Tato nízká úroveň vede taktéž k výskytu preventabilních nemocí, jelikož lidé nevědí, jak jim předcházet. Pacienti s nízkou zdravotní gramotností špatně spolupracují se zdravotníky a nejeví dostatečný zájem o podíl na své léčbě. Naopak vyšší zdravotní gramotnost přispívá ke zdraví. Například zdravotně gramotné děti bývají zdravější a lépe prospívají ve studiu. Zdravotní gramotnost je ovlivnitelnou determinantou zdraví a k jejímu zvyšování musí docházet během celého života. Hlavním determinantem zdraví je životní styl jedince, který z velké části ovlivňuje jeho zdravotní stav. Životní styl zahrnuje formy dobrovolného chování v daných životních situacích a je spojováno s výchovou k odpovědnosti za vlastní zdraví, které je nejvíce poškozováno rizikovými faktory. Mezi tyto faktory řadíme i rizikové sexuální chování. Jelikož rizikové faktory působí ve vazbě na jiné faktory životního stylu, jeho pozitivní působení se uplatňuje jen při komplexním dodržování správných zásad. Hlavní náplní zdravého chování populace jsou otázky bezpečného sexu, uvědomění si nebezpečí pohlavních chorob, seznámení s jejich dopady, způsoby šíření a výběrem vhodné léčby. Do zdravého životního stylu řadíme taktéž povědomí o možnostech ochrany, jako je kondom, stálost sexuálního partnera, pohlavní zdrženlivost a další. Je důležité veřejnost informovat o daných onemocněních, jejich přenosu, rizicích, možných komplikacích a případné léčbě. Koncem roku 2020 proběhlo šetření zdravotní gramotnosti, kde Česká republika obsadila průměrnou, dostatečnou a uspokojivou úroveň (Čeledová, Čevela, 2010; Hamplová, 2019; Koliba, Weiss, Němec, Dibonová, 2019; Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2019-2020; NZIP, 2024).

#### **1.4 Rizikové faktory a rizikové skupiny u sexuálně přenosných chorob**

Rizikové faktory mohou představovat způsoby chování, které se podílejí na zvyšování rizik nákazy sexuálně přenosných chorob a jsou úzce spjaty se sexuálním životem jedince. Jedním z rizikových faktorů je rizikové sexuální chování, které má za následek nárůst zdravotních, sociálních a dalších typů rizik. Riziková chování se mohou kombinovat, jako například užívání návykových látek a rizikového sexu pod názvem chemsex. Pro chemsex je typické užívání drog během pohlavního styku s cílem jeho zpříjemnění. Je zde riziko jak drogové závislosti, tak šíření sexuálně přenosných chorob. Dále mezi rizikové faktory řadíme například promiskuitu a pohlavní styk s partnerem, který má či měl pohlavní chorobu. Také sem spadají sexuální služby, prostituční chování a absence kondomu u pohlavního styku. Neposledním z rizikových faktorů je časný začátek sexuálního života, který souvisí s nedostatečnou zralostí zdravotní gramotnosti a nezodpovědným chováním jedinců.

Mezi rizikové skupiny řadíme osoby mající sexuálně přenosné choroby již v anamnéze, nedostatečně informované a nezodpovědné dospívající, homosexuály s nestálým sexuálním partnerem a osoby s HIV infekcí. Dále sem spadají infikované těhotné ženy, a to kvůli přenosu infekce transplacentární cestou na plod či přenosem na dítě během porodu (Slezáková a kolektiv, 2017; Koliba, Weiss, Němec, Dibonová, 2019; Hamplová, 2019; Hamplová, 2020).

## **1.5 Komplikace a následky sexuálně přenosných chorob**

Neléčené či bezpříznakové sexuálně přenosné choroby mohou mít na infikovaného jedince negativní až závažný dopad. Jednou z velmi závažných komplikací je sterilita, ke které může dojít při neprůchodnosti vejcovodů díky tvorbě srůstů či jejich slepení. Neplodným se může stát i muž z důvodu zánětlivých procesů v jeho pohlavních orgánech. Některé sexuálně přenosné choroby mohou být nebezpečné i pro těhotné ženy. Proto vyšetřujeme těhotné na sexuálně přenosné choroby. Komplikací těhotných žen mohou být samovolné potraty či předčasné porody. Mezi další komplikace se řadí přenos infekce na další orgány až hluboký pánevní zánět. Tento zánět není zcela přesně definované onemocnění, může se týkat kteréhokoliv orgánu, případně všech orgánů malé pánve. Řadíme sem infekci endometria (endometritida), vejcovodů a vaječnicků (adnexitida), stěny děložní (myometritida), děložní serózy a širokého vazů (parametritida) a pánevního peritonea (peritonitida). Následkem neléčených či nedostatečně léčených jedinců může být v krajním případě až smrt. Jako dalším následkem těchto chorob je možný psychosociální dopad, kdy jedinec může pociťovat deprese, úzkost, pocit studu a viny (Slezáková a kolektiv, 2017; Koliba, Weiss, Němec, Dibonová, 2019; Pilka a kolektiv, 2022).

## **1.6 Rozdělení sexuálně přenosných chorob**

Sexuálně přenosné choroby je možné dělit dle několika aspektů. Prvním způsobem je dělení infekcí na bakteriální, virové, prvokové, mykotické, ektoparazitární a infekce vyvolané L-organismy. Pod další možnost spadá dělení na infekce šířené téměř výhradně pohlavním stykem, které podléhají povinnému epidemiologickému hlášení, a infekce šířené převážně pohlavním stykem, jež epidemiologickému hlášení nepodléhají (Slezáková a kolektiv, 2017; Koliba, Weiss, Němec, Dibonová, 2019).

## 2. Vybrané sexuálně přenosné choroby

### 2.1 Syfilis

Mezi pět nejvíce ohrožujících sexuálně přenosných chorob spadá syfilis, která se řadí do systémových infekčních onemocnění. Podléhá povinnému hlášení příslušné Krajské hygienické stanice, která poté vloží data do Národního registru pohlavních nemocí. U neléčené infekce je riziko poškození několika různých orgánů, zejména oka a kůže. Dále také postižení centrálního nervového, muskuloskeletálního a kardiovaskulárního systému. Získání infekce je možné pouze přímým kontaktem se syfilitickou lézí, krví a transplacentárně, kde plod může být infikován přes placentu. Mezi nejčastější přenos onemocnění se řadí nechráněný vaginální, orální či anální pohlavní styk. Je možná opakovaná nákaza onemocněním syfilis vzhledem k tomu, že si tělo nevytváří trvalé protilátky. Onemocnění probíhá ve třech stádiích, což jsou primární, sekundární a terciální. Dále se může u novorozenců vyskytovat i vrozená syfilis v rámci transplacentárního přenosu (Záhumenský, Jilich, Vaňousová, 2015).

Choroba syfilis se zde vyskytuje více než 500 let a je celosvětově rozšířená. Během 20. století došlo k poklesu incidence nákazy, zlomovým okamžikem bylo zahájení léčby penicilinem od roku 1940. Poté opět došlo k vzestupu, a to v 80. letech. Hlavním důvodem bylo rozšíření intravenózních drog a promiskuity, velký podíl měla i zvýšená migrace. Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) se odhadem ročně vyskytuje přibližně 12 milionů nakažených, z toho jich je nejvíce v rozvojových zemích. Syfilis bývá diagnostikována často a počty nálezů stále rostou. V Česku záchyt onemocnění dynamicky stoupá (Záhumenský, Jilich, Vaňousová, 2015; Pilka a kolektiv, 2022; NZIP, 2024).

#### 2.1.1 Etiologie a symptomatologie onemocnění

Syfilis způsobuje bakterie spirocheta *Treponema pallidum*. Změna teploty, vyschnutí, změna pH a hladiny  $O_2$  jsou nepříznivé vnější podmínky, vůči kterým je tento mikrob velmi citlivý. Tato bakterie je specifická dlouhým poločasem dělení a také tím, že ji nelze kultivovat. K přenosu dochází průnikem spirochet skrze slizniční membrány a poraněné epiteliální povrchy. Inkubační doba této infekce se pohybuje mezi 10-90 dny, nejčastěji se první příznaky

objevují po třech týdnech od nákazy (Záhumenský, Jilich, Vaňousová, 2015; Pilka a kolektiv, 2022).

Pro primární stadium je typický vznik nebolestivého tvrdého vředu, také nazývaný *ulcus durum*, který vzniká v místě infekce. Vřed vzniká nejčastěji tři týdny od nákazy. U žen se vřed vyskytuje zejména v pochvě nebo na děložním čípku. U mužů je typický nález na penisu, v perianální krajině či v rektu. Vřed je vzhledem k jeho nebolestivosti lehce přehlédnutelný. Defekt se vyskytuje většinou pouze jeden, ale může dojít i ke vzniku více defektů zároveň. V 5.-6. týdnu od nákazy dochází k jednostrannému zduření lymfatických uzlin, které jsou nebolestivé a tuhé. V případě výskytu vředu v rektu či pochvě dochází k lymfadenopatii v malé pánvi, kterou lze diagnostikovat pouze pomocí zobrazovacích metod. Ať už dochází k léčbě infekce či ne, spontánní zhojení vředu nastává mezi 3. až 12. týdnem a postupuje do dalšího stádia. V primárním stádiu je onemocnění velmi nakažlivé (Záhumenský, Jilich, Vaňousová, 2015; Mašata a kolektiv, 2017; Dubová, Zikán, 2022; NZIP, 2024).

V sekundárním stádiu dochází k rozsevu infekce, a to krevním oběhem. Toto stadium je velice rozmanité. Projevuje se rozsáhlým nesvědivým makulopapulárním exantémem, který se vyskytuje na sliznicích a kůži po celém těle. Nejčastěji se však objevuje především na ploskách nohou a dlaních. Často je vyrážka doprovázena dalšími příznaky, jako je například subfebrilie, únava, bolesti kloubů a svalů s povšechnou lymfadenopatií. Všechny příznaky jsou právě reakcí organismu na systémový rozsev spirochet. V místech vlhké zapáčky může docházet ke vzniku infekčních bradavičnatých výrůstků, tzv. *condylomata lata*, které se nejčastěji objevují v oblasti genitální a perianální. Mezi další typický projev choroby spadá vypadávání vlasů neboli alopecie areata, která způsobuje ložiskové ztráty vlasů. Mezi méně časté projevy může patřit i postižení očního nervu či hluchota. Člověk ve druhém stádiu je pro své sexuální partnery velice infekční. Po dvou letech od infekce přechází onemocnění do stádia latence, kdy člověk již není infekční a má po prodělané infekci protilátky v krvi (Záhumenský, Jilich, Vaňousová, 2015; Mašata a kolektiv, 2017; Pilka a kolektiv, 2022; Dubová, Zikán, 2022; NZIP, 2024).

Terciální stadium nastává u 20 % neléčených. Projevem tohoto stádia jsou tuhé hrboly na kůži a vnitřních orgánech, tzv. *gummata*, které se hojí depigmentovanou jizvou. Má dopad hlavně na kardiovaskulární systém a centrální nervovou soustavu. Častým problémem kardiovaskulárního systému je aneurysma aorty s insuficiencí aortální chlopně.

Postižení CNS lze nazývat jako neurosyfilis a je možno ho dělit na tabes dorsalis a paralysis progressiva. Tabes dorsalis vzniká postižením zadních míšních provazců a kořenů, kdy nemocný trpí výraznými bolestmi. Dochází také ke ztrátě reflexů, poruše hybnosti a stability. Paralysis progressiva je postižení mozkové tkáně a projevuje se psychiatrickými a neurologickými problémy, jako je například změna osobnosti, vznik demence, poruchy řeči, epilepsie a další. Terciální stadium může končit i smrtí, vše závisí na možnosti postupné paralýzy (Záhumenský, Jilich, Vaňousová, 2015; Mašata a kolektiv, 2017; Dubová, Zikán, 2022; NZIP, 2024).

Vrozená syfilis postihuje novorozence, u kterých došlo k transplacentárnímu přenosu infekce. Rozsah postižení novorozence závisí na tom, ve kterém stádiu nemoci se matka pohybuje. Příznaky jsou převážně neurologického typu. Výskyt vrozené syfilis je v současnosti ojedinělý, vzhledem k těhotenskému screeningu (Mašata a kolektiv, 2017; Pilka a kolektiv, 2022; NZIP, 2024).

### **2.1.2 Diagnostika a léčba**

V současnosti se k diagnostice syfilis využívá nejčastěji a primárně sérologické vyšetření, které je schopné potvrdit infekci od 3.-5. týdne trvání nemoci. Sérologické testy dělíme na dvě skupiny, a to nespecifické a specifické. Je nutné provést oba testy, jelikož nespecifický test může prokázat falešnou pozitivitu, například u SLE (systémový lupus erythematoses) či u antifosfolipidového syndromu. Nespecifické neboli flokulační testy prokazují protilátky proti kardiolipinu (fosfolipidový antigen). Řadíme mezi ně VLDR (Venereal Disease Research Laboratory test) a RRR (rychlá reaginová reakce). Specifické testy prokazují protilátky proti *Treponema pallidum* a pozitivní zůstanou po celý život. Mezi tyto testy patří *Treponema* hemaglutinační test TPHA a *Treponema* imobilizační test TPI. U těhotných žen, novorozenců, dárců krve, tkání a orgánů je testování z krve dokonce povinné. Tyto testy jsou schopny zachytit i bezpříznakové infekce. U přítomných kožních či slizničních lézí lze infekci diagnostikovat imunofluorescenční metodou nebo mikroskopickým šetřením v zástinu. Spirochety můžeme takto pozorovat u primárního a sekundárního stádia a také u vrozené syfilis. Pokud je přítomné podezření na neurosyfilis, provádí se lumbální punkce a je možné pomocí specifických protilátek v mozkomíšním moku infekci potvrdit (Záhumenský, Jilich, Vaňousová, 2015; Mašata a kolektiv, 2017; Dubová, Zikán, 2022; Pilka a kolektiv, 2022; NZIP, 2024).

Léčba syfilis spadá do rukou dermatovenerologa. Lékem první volby je penicilin, a to buď Prokain penicilin po dobu 10 dnů nebo jednorázově použitý Penicilin G. V případě přítomnosti alergie na penicilin se používá doxycyklin, a to po dobu 14 dnů. Po zahájení léčby se může vyskytnout Jarischova-Herxheimerova reakce, což je odezva organismu na uvolněné endotoxiny z rozpadlých spirochet. Zatím nebyla zjištěna rezistence treponem na penicilin. Nejlepší reakci na léčbu vykazuje primární a sekundární stadium nemoci. Pozdní stádia vyžadují už poněkud delší léčbu. Pokud dojde k rizikovému styku s infikovanou osobou, je možné aplikovat 2 400 000 j (4 ampulky) Pendeponu, která se používá jako prevence, kdy poté nedochází ani k objevení protilátek (Mašata a kolektiv, 2017; Pilka a kolektiv, 2022; Dubová, Zikán, 2022).

## 2.2 Gonorrhoea

Gonorrhoea neboli kapavka je onemocnění, kterému se připisuje vysoká nakažlivost a také patří mezi pět nejzávažnějších sexuálně přenosných chorob. Její název vychází od hnisavé kapky gonoroické uretritidy z penisu po močení. Patří do nejčastěji hlášených infekcí a často probíhá asymptomaticky, zejména u žen. Přenáší se pohlavním stykem, ale může být přenesena i během porodu z matčina genitálu na novorozence. Největší výskyt je u mladých a sexuálně aktivních lidí, kdy ale po 25. roku života prevalence klesá. Často se vyskytuje s jinými sexuálně přenosnými chorobami zároveň, jako je například syfilis. Nejčastěji dochází k infekci urogenitálního traktu, rekta, orofaryngu a očních spojivek. Postižení očních spojivek se objevuje jak u dospělých, tak i u novorozenců, u kterých k tomu dochází právě při porodu. U kapavky může docházet až k rozvoji hlubokého pánevnímu zánětu u žen a epididymito-orchitidy u mužů. Vzácnou komplikací kapavky je hematogenní diseminace (Záhumenský, Jilich, Vaňousová, 2015; Mašata a kolektiv, 2017; Dubová, Zikán, 2022).

Výskyt kapavky je celosvětový a dle WHO z roku 2020 si připisuje odhadem 82,4 milionů případů ročně. Výskyt infekce výrazně klesl od roku 1970, a to všeobecně v moderních západních zemích. Momentálně v posledních letech počet nakažených opět vzrůstá. K roku 2022 bylo v ČR hlášeno 1986 případů. Vzhledem k bezpříznakovému průběhu nemoci u vysokého počtu populace neodpovídá počet hlášených případů skutečnému počtu infikovaných lidí (Pilka a kolektiv, 2022; WHO, 2024; NZIP, 2024).

### 2.2.1 Etiologie a symptomatologie onemocnění

Kapavka je choroba vyvolaná lidským patogenem, gramnegativním aerobním diplokokem *Neisseria gonorrhoeae*. Napadá hlavně cylindrický, dlaždicovitý a přechodný epitel. *Neisseria* je vysoce citlivá vůči zevnímu prostředí a mimo lidský organismus rychle zahyne. Pouhých 15 minut trvá poločas dělení tohoto patogenu. Gonokok se uchytlí na slizniční hostitelské buňce a během 24-48 hodin dochází k jeho proniknutí skrze buňky, nebo mezi nimi, a to do subepiteliálního prostoru. Inkubační doba nemoci se pohybuje mezi 2-8 dny (Záhumenský, Jilich, Vaňousová, 2015; Pilka a kolektiv, 2022).

Muži mají výraznější příznaky než ženy, u žen probíhá onemocnění často asymptomaticky. U mužů se kapavka projevuje uretritidou, kterou doprovází pálení a řezání při močení a u níž je možné častější nutkání na močení. *Neisseria gonorrhoeae* se nemnoží v moči a neprogreduje do močového měchýře. Hlavní symptomy uretritidy jsou dysurie, zarudlá uretra a z ní hnisavý výtok, který může být různého charakteru. Většinou má nažloutlou barvu, občas s příměsí krve a může být mírný až masivní. Postupně dochází k jeho umírnění a infekce se jeví tzv. ranní kapkou, kdy je ale pacient nadále nakažlivý. U uretritidy jsou možné i lokální komplikace, mezi které nejčastěji řadíme balanitidu neboli zánět žaludu a předkožky, také otok předkožky s fimózou čili zúžení předkožky. Neléčená infekce u mužů vede až k infertilitě (Záhumenský, Jilich, Vaňousová, 2015; Dubová, Zikán, 2022; NZIP, 2024).

U žen se rozvíjí uretritida a cervicitida. Pro cervicitidu je typický hojný výtok, často hustý a bílý, z hrdla, které je edematózní a zarudlé. Infekce se může také projevovat mírnou bolestí v podbřišku, intermenstruačním krvácením a menoragií. Příznaky uretritidy a cervicitidy jsou často nevýrazné a mohou být přehlédnuty nebo přiřazovány jiné etiologii. Dále se může infikovat i Bartholiniho žláza na labiích, kde dochází k zánětu. Vzhledem k asymptomatologii a špatnému rozpoznání nemoci může infekce přestoupit do malé pánve a progredovat do zánětlivé pánevní nemoci neboli PID (pelvic inflammatory disease), která se projevuje výraznými bolestmi podbřišku, horečkou a zvracením. Příčinou neléčené choroby může být infertilita, ektopická gravidita a chronická bolest břicha. Mezi další projevy nemoci řadíme zánět spojivek, jenž se může projevovat i u novorozenců, kteří se nakazí při porodu od infikované matky. Zánět spojivek se jeví bolestí očí, zarudnutím a hnisavou sekrecí. V rámci profylaxe kapavky v ČR se každému novorozenci po porodu kape do spojivkového vaku antiseptický přípravek. Bez včasné diagnostiky a léčby je možná perforace rohovky a až úplná ztráta zraku. Vzácností u dospělých žen je vulvovaginitida. Závažná je ovšem

u prepubertálních dětí, kde je nutné myslet na případné zneužívání, a u žen v postmenopauze. Vzácně také probíhá faryngitida a tonzilitida. Neléčená infekce může hematogenně diseminovat. Ve většině případů se vyskytuje triáda příznaků, a to polyartralgie (bolest více kloubů), tenosynovitida (onemocnění šlachových obalů) a dermatitida. Nejčastěji bývají postižena kolena, dále méně často hlezna, prsty a zápěstí (Záhumenský, Jilich, Vaňousová, 2015; Mašata a kolektiv, 2017; Pilka a kolektiv, 2022; Dubová, Zikán, 2022; NZIP, 2024).

### **2.2.2 Diagnostika a léčba**

Základní diagnostikou kapavky je mikroskopické a kulturační vyšetření, kde provádíme stěr z míst infekce. Díky kulturačnímu vyšetření zjistíme též informace o citlivosti mikroba k antibiotikům. Provádí se taktéž i přímý průkaz mikroba, a to metodou PCR (polymerázová řetězová reakce). Pokud máme podezření na diseminovanou gonokokovou infekci, provádíme hemokultivaci (Záhumenský, Jilich, Vaňousová, 2015; Dubová, Zikán, 2022; Pilka a kolektiv, 2022).

Léčba, jíž se zabývá dermatovenerolog, závisí na formě onemocnění. Léčba kapavky je povinná pro všechny infikované sexuální partnery. Nekomplikovaná gonokoková infekce se vzhledem k rychlému poločasu dělení gonokoka léčí jednou dávkou antibiotik cefalosporinové řady, jako je například ceftriaxon a cefixim. Aplikujeme je intramuskulárně. Dále se také používají tetracykliny, a to konkrétně doxycyklin. Dříve byla používána penicilinová antibiotika, ale vzhledem k nárůstu rezistence se v současnosti penicilin ponechává na léčbu choroby syfilis (Mašata a kolektiv, 2017; Pilka a kolektiv, 2022; Dubová, Zikán, 2022).

## **2.3 Ulcus molle**

Ulcus molle neboli měkký vřed je infekční onemocnění, které se projevuje jedním či více bolestivými měkkými vředy na genitálu. Podléhá povinnému hlášení příslušné krajské hygienické stanici. Při výskytu měkkého vředu je zvýšené riziko, že dojde i k získání infekce HIV. Diagnostika bývá častější u mužů. Hlavní způsob přenosu je nechráněný pohlavní styk s infikovanou osobou. Prognóza této choroby je obecně příznivá (Záhumenský, Jilich, Vaňousová, 2015; Mašata a kolektiv, 2017).

Infekce je rozšířená celosvětově. Tradiční výskyt je převážně v tropických a subtropických oblastech, a to například v Africe a jihovýchodní Asii. U nás a obecně ve vyspělých zemích se vyskytuje velmi zřídka. Co se týče počtu případů infikovaných osob ve světě, tak počet nakažených touto chorobou dlouhodobě klesá (Záhumenský, Jilich, Vaňousová, 2015; Pilka a kolektiv, 2022; Dubová, Zikán, 2022).

### **2.3.1 Etiologie a symptomatologie onemocnění**

Ulcus molle je způsobený malou gramnegativní tyčkou, fakultativně anaerobní bakterií *Haemophilus ducreyi*, která je producentem cytocidního toxinu. Doba inkubace je poměrně krátká, a to 3-7 dní (Záhumenský, Jilich, Vaňousová, 2015; Pilka a kolektiv, 2022).

Pod typické začátky choroby řadíme výskyt malých zánětlivých papul červené barvy v místě infekce. U žen se nejčastěji objevuje na vulvě či cervixu, u mužů na penisu. U obou pohlaví se může vyskytovat i v okolí anu. V následujících několika dnech papula praská a vytváří hluboké bolestivé ulcerace. Vřed má v tento okamžik neostré a často podminované okraje a na spodině se objevuje mírná hnisavá sekrece. U některých infikovaných může docházet k mnohočetnému výskytu vředů. U více než poloviny případů je měkký vřed doprovázen unilaterální lymfadenopatií, která se vyskytuje v třísele. Při neléčených lézích mohou zvětšené uzliny neboli buba nekrotizovat, kdy dochází ke spontánnímu provalení kolikvovaného obsahu a vytváří nehojící se vředy. Ženy s vředy na vulvě, v pochvě či na děložním čípku doprovází dysurie (obtížné a bolestivé močení) s dyspareunií (bolest při pohlavním styku). U žen se ulcus molle těžko odlišuje od genitálního herpesu (Záhumenský, Jilich, Vaňousová, 2015; Mašata a kolektiv, 2017; Pilka a kolektiv, 2022; Dubová, Zikán, 2022).

### **2.3.2 Diagnostika a léčba**

Za zlatý standard považujeme kultivační vyšetření. Provádíme ho stěrem ze spodiny vředového ložiska. Mezi méně často používanou metodu řadíme detekci antigenů *H. ducreyi*, který využívá monoklonální protilátku. Probíhá zde polymerázová řetězcová reakce a nepřímá imunofluorescence. Tato metoda má vysokou senzitivitu i specificitu, ale není všude dostupná či používaná (Záhumenský, Jilich, Vaňousová, 2015; Pilka a kolektiv, 2022; Dubová, Zikán, 2022).

Vhodnou léčbou je celková aplikace antibiotik. Komplikací léčby často bývá rozdílná citlivost původce onemocnění. Lékem první volby je ceftriaxon, který se podává jednorázově a intramuskulárně. Další volbou je azithromycin podávaný perorálně nebo erythromycin, který se podává po dobu 7 dnů každých 6 až 8 hodin. Všichni sexuální partneři infikované osoby by měli být cíleně vyšetřeni a залечeni (Záhumenský, Jilich, Vaňousová, 2015; Mašata a kolektiv, 2017; Pilka a kolektiv, 2022).

## **2.4 Lymfogranuloma venereum**

Lymfogranuloma venereum spadá pod pět nejzávažnějších sexuálně přenosných chorob a podléhá povinnému hlášení. K získání infekce dochází přímým kontaktem s kůží či sliznicí infikované osoby, kdy se po nakažení objevuje defekt v oblasti genitálu. U žen se projevuje často asymptomaticky. Diagnostika lymfogranuloma venereum bývá častější u mužů, nosiči infekce jsou většinou homosexuální muži. Pokud onemocnění zachytíme a léčíme včas, tak je prognóza dobrá (Záhumenský, Jilich, Vaňousová, 2015; Pilka a kolektiv, 2022; Dubová, Zikán, 2022).

Vysoká prevalence je hlavně v subtropických a tropických oblastech, jako je například Afrika, Asie a Jižní Amerika. V Evropě se vyskytuje zřídka. Výskyt je ovšem bohužel zjištěn i na území ČR, kdy byl první potvrzený případ hlášen v roce 2010 u muže a v roce 2015 i u žen (Záhumenský, Jilich, Vaňousová, 2015; Mašata a kolektiv, 2017; Dubová, Zikán, 2022).

### **2.4.1 Etiologie a symptomatologie onemocnění**

Původcem této choroby je obligátní intracelulární bakterie *Chlamydia trachomatis*. Tuto chorobu způsobují pouze tři její sérotypy, a to L1, L2 a L3, které jsou oproti ostatním virulentnější a invazivnější a mají za následek vyšší zánětlivou odpověď. Při proniknutí bakterie do organismu dochází k napadení lymfocytů a makrofágů, bakterie přecházejí skrze lymfatické cesty a šíří se do regionálních uzlin a vyvolávají systémové onemocnění. První příznaky choroby se objevují většinou po 2-6 týdnech (Záhumenský, Jilich, Vaňousová, 2015; Pilka a kolektiv, 2022; Dubová, Zikán, 2022).

Průběh onemocnění můžeme dělit do třech stádií. V primárním stádiu dochází k vytvoření léze v místech infekce, a to nejčastěji v oblasti genitálu a perianální oblasti.

Projevuje se papulou či pustulou a je nebolestivá. Tato léze se často brzy zhojí a ve většině případů tak uniká pozornosti. U žen je toto stadium většinou asymptomatické (Záhumenský, Jilich, Vaňousová, 2015; Pilka a kolektiv, 2022).

Pro druhé stadium je typická velice bolestivá tříselná lymfadenopatie, která nejčastěji propukne v odstavu 2-6 týdnů od vzniku primární léze. Jde o uzliny, které drenují místo primární infekce. Často dochází ke zhnisání uzlin, jež poté perforují a vznikají mnohočetné chronické píštěle. V tomto stádiu se mohou projevovat systémové příznaky, jako jsou horečky, bolesti kloubů či svalů. I toto stadium probíhá ve většině případů u žen asymptomaticky.

K třetímu stádiu dochází při neléčené infekci. Toto stadium je charakterizováno rozsáhlým destrukčním zánětem genitálu a konečníku, kdy poté dochází ke zjizvení. Vzhledem k asymptomatickému průběhu u většiny žen toto stadium častěji postihuje právě ženy a může se projevit až za několik let po primární infekci. Dochází ke vzniku proktitidy až proktokolitidy, kdy vznikají píštěle a srůsty, a je doprovázena krvavými průjmy. Dlouhodobě neléčená infekce může vést až k destrukci lymfatických uzlin (Záhumenský, Jilich, Vaňousová, 2015; Mašata a kolektiv, 2017; Pilka a kolektiv, 2022; Dubová, Zikán, 2022).

#### **2.4.2 Diagnostika a léčba**

Pro průkaz sérotypů *Chlamydia trachomatis* se nejčastěji užívá molekulárně biologická metoda, a to PCR (polymerázová řetězová reakce). Pro tuto metodu je potřebný stěr ze spodiny defektu. Diagnostika u této choroby je založena na klinických nálezech (Záhumenský, Jilich, Vaňousová, 2015; Pilka a kolektiv, 2022).

Lymfogranuloma venereum ve většině případů vyžaduje dlouhodobou antibiotickou terapii. Lékem první volby je doxycyklin, který se užívá po dobu třech týdnů, a další možností je také erythromycin. Dále se často provádí drenáž infikovaných uzlin (Záhumenský, Jilich, Vaňousová, 2015; Mašata a kolektiv, 2017; Pilka a kolektiv, 2022).

## 2.5 Acquired Immune Deficiency Syndrome

AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) neboli syndrom získané imunodeficiencie je závažné onemocnění s dlouhou inkubační dobou. AIDS je definováno jako stav, kdy počet CD4+ buněk je nižší než 200 lymfocytů/mm<sup>3</sup>. Vyskytuje se v tom nejpokročilejším stádiu infekce, a to až když je imunitní systém natolik napaden virem lidské imunodeficiencie neboli virem HIV. Dochází tak k projevu oportunní infekce. Průměrná doba mezi počáteční fází infekce a progresí do AIDS je přibližně 8-10 let. Pokud se infekce rozvine až do stádia AIDS, doba přežití u neléčených osob je obvykle kratší než dva roky. Klinicky se infekce HIV projevuje ve třech stádiích, a to akutní sérokonverze, asymptomatická infekce a poté AIDS. Co se týče přenosu onemocnění, tak celosvětově dlouhodobě vede přenos sexuální cestou. Dále je možný přenos intravenózně a vertikálně, kdy se infekce může přenést během těhotenství, v průběhu porodu, ale také během kojení. V rozvojových zemích je především velkým problémem přenos vertikální vzhledem k vysoké prevalenci HIV. V ČR je prakticky každé těhotné ženě odebrán vzorek krve na diagnostiku přítomnosti protilátek proti HIV. Do rizikových skupin řadíme například osoby provozující nechráněný pohlavní styk s více partnery. Jako další sem spadají narkomani užívající drogy intravenózně, kteří sdílí použité jehly se stříkačkami, nebo osoby, které poskytují sexuální služby. U včasné diagnostikovaných a spolupracujících pacientů je prognóza v současné době velmi příznivá a délka života nemusí být výrazně zkrácena. Nákaza HIV také podléhá povinnému hlášení (Záhumenský, Jilich, Vaňousová, 2015; Mašata a kolektiv, 2017; Pilka a kolektiv, 2022; Dubová, Zikán, 2022; Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2023).

Výskyt je celosvětový. Česká republika je v rámci Evropy země s nízkou úrovní infekce HIV/AIDS. Do roku 2016 docházelo k postupnému nárůstu infikovaných osob, poté došlo k výraznému poklesu a v současné době je virus HIV opět na vzestupu. Za rok 2022 bylo v ČR potvrzeno 292 nových případů, z toho 126 se připisuje českým obyvatelům a 166 cizincům s dlouhodobým či trvalým pobytem. U 50 infikovaných osob virem HIV bylo potvrzeno onemocnění AIDS. Z hlediska regionů v ČR je nejvíce případů jednoznačně v Praze. Ve světě dle Světové zdravotnické organizace (WHO) bylo odhadem za rok 2023 nově nakaženo 1,3 milionů osob. K roku 2023 bylo celkově sečteno ve světě 39,9 milionů osob již nakažených virem HIV, z nichž 65 % se nacházelo v Africe (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2023; SZÚ, 2023; WHO, 2024).

### 2.5.1 Etiologie a symptomatologie onemocnění

Infekce HIV je způsobena virem lidské imunodeficiencie (HIV – human immunodeficiency virus), kdy první zmínka spadá do roku 1981. Jedná se o RNA virus, který se řadí mezi retroviry. Jsou nám známy dva subtypy, a to HIV-1 a HIV-2. Jelikož virus přednostně napadá buněčnou imunitu, tak infekce nebývají bakteriální. Virus má tendenci začleňovat se do oblastí aktivní transkripce, což činí pravděpodobně kvůli snadnější dostupnosti DNA. Při rozvoji onemocnění, které vede k AIDS, specificky poklesnou CD4+ buňky (pomocné T lymfocyty). Ty vedou k převrácení normálního poměru CD4/CD8 a k narušení regulace produkce protilátek B buňkami. Inkubační doba je 2-6 týdnů od nákazy, kdy se projeví první nespecifické příznaky (Dubová, Zikán, 2022; Pilka a kolektiv, 2022; Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2023; SZÚ, 2023).

Nejdříve se objevuje fáze akutní sérokonverze. Projevují se nespecifické příznaky, a to tzv. flu-like symptoms, což je označení příznaků připomínající chřipkové onemocnění. Tyto příznaky zahrnují například subfebrilii, infekci horních cest dýchacích a bolest svalů a kloubů. V rámci této fáze dochází k infekci organismu a vzniká provirový rezervoár obsahující typicky infikované makrofágy, které viry pouští ven. Délka této fáze může být v rámci několika týdnů až měsíců. Tato fáze může také proběhnout zcela asymptomaticky, ale přibližně 70 % osob provází symptomy. Jelikož obtíže přetrvávají krátce a poté kompletně ustoupí, tak infikovaná osoba často nemá za potřebí vyhledávat lékařskou pomoc.

Po ústupu fáze akutní sérokonverze přechází onemocnění do asymptomatické fáze HIV infekce. V této fázi postupně progreduje deficit buněčné imunity. Během této fáze dochází k pokračování virové replikace, kdy imunitní odpověď proti viru je efektivní a aktivní. Tato asymptomatická fáze probíhá převážně 8-10 let. U některých pacientů se projevuje generalizované nebolestivé zvětšení lymfatických uzlin. Mohou se vyskytovat i nespecifické příznaky, jakou je únava, nechutenství, noční pocení, horečka a úbytek hmotnosti.

Při nadměrném poškození imunitního systému se začínají projevovat oportunní infekce a onemocnění je nazýváno jako AIDS. Za oportunní infekci můžeme považovat *Pneumocystis jirovecii* neboli pneumocystovou pneumonii. Dále projev tuberkulózní a netuberkulózní infekce způsobené mykobakteriemi. Je možné sem řadit i některé malignity, jako je například agresivní Kaposiho sarkom, což je maligní mezenchymální nádor

z endotelů cév (Záhumenský, Jilich, Vaňousová, 2015; Pilka a kolektiv, 2022; Dubová, Zikán, 2022; WHO, 2024).

### **2.5.2 Diagnostika a léčba**

Diagnostiku HIV infekce provádíme laboratorně. K diagnostice užíváme sérologické vyšetření, a to průkaz protilátek anti HIV-1 nebo HIV-2, který provádíme pomocí metody ELISA. K jejich prokázání dochází až po 4-6 týdnech od doby infekce. ELISA je vysoce senzitivní a je doporučena pro screening. S vyšetřením protilátek se v poslední době často využívá i průkaz antigenu p24, u kterého dochází k objevení v krvi 7-10 dnů před průkazem protilátek.

Léčba potlačuje přirozený průběh HIV infekce. Závisí na stádiu onemocnění a projevení oportunní infekce. V současné době je žádoucí použít kombinovanou antiretrovirální terapii, kterou rozhodujeme dle aktuální hladiny CD4+ buněk. Řadíme sem inhibitory reverzní transkriptázy, pod které spadá například Zidovudin a Didanozin, a inhibitory proteázy. Principem je utlumení virové replikace a zastavení progresu imunodeficitu. U této léčby většinou nedocházíme k jejímu přerušení. Pokud pacient nedůsledně a špatně užívá antiretrovirotika, tak je možný vznik rezistence a možná ztráta účinku léku. Onemocnění je prozatím nadále nevléčitelné, ale při včasné diagnostice je léčitelné (Záhumenský, Jilich, Vaňousová, 2015; Pilka a kolektiv, 2022; Dubová, Zikán, 2022).

V rámci prevence v ČR provádíme u těhotných žen povinný screening. U gravidních v prvním trimestru testujeme protilátky proti HIV. Mezi další preventivní opatření, a to už u infikovaných žen, řadíme provedení elektivního císařského řezu. Tím snížíme riziko přenosu infekce na novorozence. Těhotné infikované ženy by neměly kojit vzhledem k vylučování viru do mateřského mléka (Záhumenský, Jilich, Vaňousová, 2015; Dubová, Zikán, 2022).

## **2.6 Hepatitis B**

Hepatitis B se řadí do velmi závažných virových onemocnění člověka. Pokud známky virové infekce přetrvávají déle než 6 měsíců, hovoříme o chronické fázi hepatitidy B, ke které dochází u 5 až 10 % infikovaných. Chronická fáze může vyústit v jaterní fibrózu,

cirhózu či jaterní selhání. Pacienti v chronickém stádiu jsou vystaveni vyššímu riziku vzniku hepatocelulárního karcinomu. K přenosu dochází při setkání krve s porušenou kůží, pohlavním stykem a také z matky na dítě. Přenos je častý u narkomanů, kteří používají při aplikaci intravenózních drog stejné jehly a stříkačky. U některých případů může hepatitida B probíhat asymptomaticky.

Akutní i chronická fáze onemocnění se vyskytuje po celém světě. K roku 2022 Světová zdravotnická organizace (WHO) udává ročně odhadem 254 milionů infikovaných. Z tohoto počtu bylo hlášeno úmrtí u přibližně 1,1 milionu nakažených, a to hlavně kvůli cirhóze a hepatocelulárnímu karcinomu. Česká republika je oblastí s nízkou prevalencí, kde je od roku 2015 hlášeno každoročně pod 100 případů. Dlouhodobě dochází k poklesu nákazy v důsledku vakcinace (Záhumenský, Jilich, Vaňousová, 2015; WHO, 2024; NZIP, 2024).

### **2.6.1 Etiologie a symptomatologie onemocnění**

Hepatitidu B vyvolává virus, který je znám od roku 1965. Jde o drobný obalený DNA virus, jenž spadá do čeledi Hepadnaviridae. Virus se objevuje ve všech tělních tekutinách, kde mezi hlavní složky pro přenos patří krev a sekrety pohlavních cest, jako je sperma a poševní sekret. Inkubační doba je obvykle poměrně dlouhá, a to okolo 40-180 dnů.

Projev příznaků je postupný a začátek se projevuje prodromálními příznaky. Nejčastěji se objevují gastrointestinální symptomy, které se projevují nechutenstvím, nauzeou, zvracením, bolestmi břicha a průjmy. Dochází také k únavě a bolesti kloubů, tyto příznaky nejsou typické u ostatních hepatitid. Přibližně po 1-2 týdnech od prodromálních symptomů se začíná rozvíjet ikterus, který má za následek žluté zbarvení kůže, sliznic a například i očních sklér. Ikterus je způsoben zvýšenou koncentrací žlučového barviva bilirubinu v krvi. Předchází tomu i vylučování tmavé moči a světlé acholické stolice, což jsou známky porušené funkce jater. Ikterická fáze hepatitidy B většinou trvá 1-3 měsíce. Po šesti měsících stálého trvání příznaků virové infekce přechází onemocnění do chronicity (Záhumenský, Jilich, Vaňousová, 2015; NZIP, 2024).

### 2.6.2 Diagnostika a léčba

Mezi nejvíce používané metody v diagnostice hepatitidy B řadíme laboratorní biochemické vyšetření krve a sérologické vyšetření. V biochemickém vyšetření nás zajímají jaterní testy, u kterých dochází k výraznému nárůstu jaterních enzymů (ALT, AST) a bilirubinu. V sérologii stanovuje protilátky, u hepatitidy B konkrétně HBsAg. U chronické fáze infekce se také využívá detekce DNA metodou PCR (polymerázová řetězová reakce), kde se stanovuje tzv. virová nálož. Stanovuje se tím aktivita virového množení v objemu.

Léčba akutní hepatitidy B je spíše podpůrná, neexistuje žádná specifická léčba. Doporučuje se klidový režim a přísně stanovená dieta včetně alkoholové abstinence. Klade se důraz na dostatečné pití tekutin, aby nedocházelo k možné dehydrataci, která může být způsobena zvracením a průjmy. U chronické hepatitidy B se užívají antivirotika, jako je například Lamivudin, Entecavir a další.

V rámci prevence je možnost imunizace pomocí vakcíny. Až u 95 % osob přetrvává dostatečná a dlouhodobá protilátková odpověď proti infekci. Momentálně se využívá vakcína Engerix B, která se podává intramuskulárně ve třech dávkách v cyklu 0, 1 a 6 měsíců. V ČR se od roku 1998 novorozencům HBsAg pozitivních matek aplikuje vakcína krátce po narození do stehenního svalu, což má za následek snížení počtu nakažených dětí. V ČR od roku 2001 dochází k plošnému očkování všech kojenců (Záhumenský, Jilich, Vaňousová, 2015; WHO, 2024, NZIP, 2024).

## 2.7 Human Papilloma Virus

Lidský papilomavirus (Human Papilloma Virus) spadá mezi velmi časté sexuálně přenosné choroby. Jde o klinické projevy na povrchu pokožky. Přenáší se pohlavním stykem, kde dochází k přenosu kontaktem s porušenou sliznicí a kůží. Jako další možný způsob přenosu je z matky na dítě, ať už transplacentárně či peripartálně, kde je riziko přenosu opravdu nízké. HPV může vyvolat genitální bradavice, karcinom děložního hrdla a další maligní či benigní postižení u obou pohlaví. Mezi podpůrné faktory ke vzniku choroby řadíme například první pohlavní styk před 17. rokem života, více než pět sexuálních partnerů v průběhu pěti let a kouření. S infekcí se setká až 80 % populace, kde až u 80 % infikovaných dochází ke spontánnímu zhojení. Je známo více než 200 typů HPV, kdy se jich přibližně 30 podílí na postižení genitálu. U žen se objevují nejčastěji na vulvě, ale mohou se objevovat i perianálně. U mužů se nejčastěji nachází v oblasti glans penis a sulcus coronarius, ale je

možný i perianální výskyt (Záhumenský, Jilich, Vaňousová, 2015; Mašata a kolektiv, 2017; Pilka a kolektiv, 2022; WHO, 2024; NZIP, 2024).

Promořenost HPV je velmi vysoká. Každý rok je v Evropě hlášeno přibližně 33 tisíc nakažených a z toho 15 tisíc úmrtí. V roce 2019 způsobil ve světě HPV odhadem 620 000 případů rakoviny u žen a 70 000 případů rakoviny u mužů (Záhumenský, Jilich, Vaňousová, 2015; WHO, 2024; NZIP, 2024).

### **2.7.1 Etiologie a symptomatologie onemocnění**

Papilomaviry jsou opravdu malé viry, které obsahují dvouvláknovou DNA. Jsou rozšířeny v celé živočišné říši a jsou velmi specifické pro hostitele. Je potvrzeno, že k vývinu papilomaviru dochází soužitím s hostitelem. HPV napadá bazální epitelální vrstvu, kde dochází k replikaci. Z hlediska maligního potenciálu je dělíme na HPV-HR (high risk), které jsou onkogenní a HPV-LR (low risk), které jsou neonkogenní. Doba inkubace je přibližně 3-12 měsíců. U nízkorizikových HPV, jako jsou například bradavice, se doba inkubace pohybuje okolo 2-3 měsíců. U vysoce rizikových nelze přesně inkubační dobu určit (Záhumenský, Jilich, Vaňousová, 2015; Mašata a kolektiv, 2017; Pilka a kolektiv, 2022; WHO, 2024).

Infekce způsobená HPV má typické projevy. Anogenitální bradavice jsou často malé papuly nebo ploché hladké, květákovité či špičaté útvary. Ploché kondylomy jsou typické u děložního čípku. Barvu mohou mít jak bílou, tak růžovou. Mohou být měkké, či vytvářet drsný až rohovitý povrch. U lézí je možná bolestivost, svědivost nebo krvácivost. U většiny populace probíhá HPV asymptomaticky. Léze se nejčastěji do 6 měsíců spontánně zhojí, ale přibližně u 30 % může dojít k opětovnému výskytu (Záhumenský, Jilich, Vaňousová, 2015; WHO, 2024; NZIP, 2024).

### **2.7.2 Diagnostika a léčba**

Většina genitálních bradavic je na zevním genitálu rozpoznatelná pohledem. Diagnostika HPV zahrnuje také kolposkopii a odběr onkologické cytologie. Provádí se také HPV testace, která prokazuje virové DNA (Pilka a kolektiv, 2022).

Léčba závisí na rozsahu onemocnění a lokalizaci lézí. Pod léčbu HPV řadíme snesení anogenitálních lézí, na které se užívají antimitotika, jako je například Podofilox. Dále

můžeme použít i cytotoxické prostředky, které způsobují nekrózu bradavičnaté léze. Může docházet také k chirurgické ablaci, kryoterapii či elektrokauterizaci. Další možný způsob je kyretáž a tangenciální excize (Záhumenský, Jilich, Vaňousová, 2015; Pilka a kolektiv, 2022).

V rámci prevence se užívá HPV vakcína, která je k dispozici od roku 2006. Indikace vakcíny je u jedinců od devíti let výše. Je doporučena kompletní imunizace ve třech dávkách, a to v 0, 2 a 6 měsících. Gardasil a Cervarix jsou možné vakcíny proti HPV. Vakcína prokazuje až 99% účinnost a účinek je dlouhodobý. V současné době je ideální dokončit vakcinaci ještě před zahájením sexuálního života (Záhumenský, Jilich, Vaňousová, 2015; Pilka a kolektiv, 2022; WHO, 2024; NZIP, 2024).

## **2.8 Chlamydia trachomatis**

Chlamydiová infekce se řadí mezi nejčastější sexuálně přenosné choroby, a to jak u nás, tak i ve světě. Pro chlamydia trachomatis je typický výskyt v několika sérovarech, které vyvolávají více možných infekcí. Sérovary, které jsou sexuálně přenášeny a vyskytují se v ČR, jsou sérovary D-K. Nejčastěji vyvolávají urogenitální obtíže. Chlamydie můžeme objevit v buňkách sliznice urogenitálního traktu, děložním hrdle a konečníku. Dále se mohou vyskytovat také ve faryngu a očních spojivkách, kde zapříčiňují zánět. K přenosu dochází při nechráněném pohlavním styku, sdílením sexuálních pomůcek a autoinokulací na oční spojivku. Přenos je možný také během porodu z matky na dítě. Mezi partnery je riziko přenosu až 75 %. Mezi rizikové faktory řadíme například adolescentní věk, více sexuálních partnerů v krátkém časovém intervalu, promiskuitní chování či časté nechráněné pohlavní styky. Až u 70 % populace probíhá infekce asymptomaticky a má tendenci k perzistenci. Chlamydiová infekce zvyšuje riziko vzniku infekce HIV. Neléčená infekce může vést až ke sterilitě (Záhumenský, Jilich, Vaňousová, 2015; Dubová, Zikán, 2022; Mašata a kolektiv, 2017).

Výskyt onemocnění je celosvětový a stále stoupá. Odhadem bylo k roku 2020 dle Světové zdravotnické organizace (WHO) hlášeno 128,5 milionů infikovaných osob. Přesný počet infikovaných osob v ČR nelze určit, jelikož je onemocnění velmi zřídka hlášené, což se děje vzhledem k asymptomatickému průběhu (Záhumenský, Jilich, Vaňousová, 2015; WHO, 2024).

### 2.8.1 Etiologie a symptomatologie onemocnění

*Chlamydia trachomatis* je obligatorní intracelulární bakterie. Patří do čeledi Chlamydiaceae, která obsahuje jediný rod *Chlamydia*. Mikrob v závislosti na růstovém cyklu existuje ve dvou rozdílných morfologických formách. První formou je drobné infekční elementární tělíčko, které je metabolicky inaktivní a u něhož není možná replikace. Druhou formou je větší neinfekční retikulární tělíčko. Růstový cyklus se odráží od typu hostitelské buňky, od které mikrob využívá ATP ke svému dělení. Inkubační doba se pohybuje mezi 7 až 20 dny (Záhumenský, Jilich, Vaňousová, 2015; Pilka a kolektiv, 2022).

Komplikace se mohou objevit až po několika letech od nákazy. Jedním ze symptomů infekce u mužů je uretritida, projevující se čirým či zkaleným až nažloutlým výtokem, který se objevuje nejčastěji ráno. Výtok doprovází dysurie, pro kterou je typické obtížné močení provázené pálivou a řezavou bolestí. Neléčená infekce se může ascendentně šířit a způsobovat zánět semenných váčků, prostaty či nadvarlat. Může docházet ke vzniku vazivových srůstů v nadvarlotech, jejichž důsledkem je poté sterilita (Záhumenský, Jilich, Vaňousová, 2015).

U žen je onemocnění doprovázeno cervicitidou, pro niž je typický mukopurulentní výtok. U cervicitidy může docházet k erytému a edému hrdla, jenž má vysokou tendenci k cervikálnímu krvácení. Mezi další symptomy řadíme uretritidu, která je doprovázena dysurickými obtížemi. Dále je pro uretritidu typický výtok z pochvy, bolesti v podbřišku a dyspareunie. U neléčené infekce dochází k ascendentnímu šíření a může zapříčinit endometritidu, salpingitidu či PID (hluboký pánevní zánět). U 15 % žen, které prodělaly PID, se dlouhodobě objevuje bolest břicha. Je možný vznik vazivových srůstů v malé pánvi, konkrétně ve vejcovodech, kde důsledkem je riziko mimoděložního těhotenství či tubární infertilita. Adhezivním procesem v dutině břišní nazýváme Fitz-Hughův-Curtisův syndrom (Záhumenský, Jilich, Vaňousová, 2015; Mašata a kolektiv, 2017; Pilka a kolektiv, 2022; Dubová, Zikán, 2022).

U obou pohlaví může vznikat onemocnění zvané proktitida, pro které je typické perianální svědění, anorektální bolestivost a průjmy. Zanesením infekce do oka infikovanými prsty může způsobit zánět spojivek, který se projevuje slzením a pálením oka. Po čtyřech týdnech po chlamydiové infekci se může u mladých mužů rozvinout Reiterův syndrom, který je doprovázen triádou onemocnění. Mezi triádu řadíme neinfekční artritidu, uretritidu a konjunktivitidu. U novorozenců se chlamydiová infekce projeví konjunktivitidou

či chlamydiovou pneumonií (Záhumenský, Jilich, Vaňousová, 2015; Mašata a kolektiv, 2017; Dubová, Zikán, 2022).

### **2.8.2 Diagnostika a léčba**

Pro průkaz *Chlamydia trachomatis* sérovaru D-K se užívá molekulárně genetické metody (PCR, hybridizace), kde prokazujeme antigeny či nukleové kyseliny. Vzorek odebíráme z první porce moči či stěrem z hrdla po předchozím odstranění hlenu (Záhumenský, Jilich, Vaňousová, 2015; Dubová, Zikán, 2022).

Při nákaze léčíme všechny sexuální partnery infikované osoby. Lékem volby chlamydiové infekce jsou antibiotika. Užívá se per os azitromycin a doxycyklin. Při selhání léčby lze použít také chinolony. Léčba by měla být delší, a to minimálně 14 dní. Efektivitu antibiotik může zlepšit systémová enzymoterapie (Záhumenský, Jilich, Vaňousová, 2015; Pilka a kolektiv, 2022; Dubová, Zikán, 2022).

## **2.9 Herpes genitalis**

Herpes genitalis se řadí mezi nejčastější opětovně se vracející infekční genitální onemocnění. Jeho důsledkem jsou závažné lokální, celkové a možné psychosexuální následky. Častěji způsobuje subklinické infekce než manifestní. Více než 80 % infekcí probíhá asymptomaticky. U imunitně oslabeného jedince může infekce zapříčinit život ohrožující komplikace. Infekce herpes genitalis se váže s nervovými kořeny ganglií S2-S5 v křížové oblasti. Nejčastěji dochází k přenosu přímým kontaktem, kdy lidé vylučují sekret z úst a genitálu. Přenos kapénkovou nákazou je již méně pravděpodobný. Virus po prodělaném onemocnění přetrvává ve stádiu latence v nervových gangliích hostitele po celý život. K aktivaci dochází například při menses, lokálním traumatu, poruše imunity a emočním stresem (Mašata a kolektiv, 2017; Záhumenský, Jilich, Vaňousová, 2015; Pilka a kolektiv, 2022; Dubová, Zikán, 2022).

Výskyt onemocnění je celosvětový. Odhadem se dle Světové zdravotnické organizace (WHO) za rok 2020 setkala se symptomatickým průběhem infekce až 205 milionu lidí (WHO, 2024).

### 2.9.1 Etiologie a symptomatologie onemocnění

Původci herpes genitalis jsou herpetické viry typu 1 (HSV-1) a 2 (HSV-2). Patří do čeledi Herpesviridae a jedná se o dvouvláknové DNA viry. HSV-1 je tradičně spojován s orofaciálním onemocněním a HSV-2 s postižením genitálu, ale v posledních letech až 50 % genitálních herpesů je způsobeno HSV-1. Vždy v oblasti ganglií dochází k reaktivaci a replikaci latentního HSV. U HSV-1 je mnohem nižší počet rekurencí než u HSV-2, kde se pohybuje až okolo 60-88 %. Protilátky proti HSV-1 se tvoří nejčastěji v dětství a protilátky proti HSV-2 obvykle v pubertě, což je spojováno se zahájením sexuálního života. U dospělých jedinců se prevalence protilátek proti HSV-1 pohybuje v rozmezí 15-70 %, kdežto proti HSV-2 okolo 20 %. Inkubační doba primárního genitálního herpesu se pohybuje mezi 3-7 dny (Záhumenský, Jilich, Vaňousová, 2015; Mašata a kolektiv, 2017; Dubová, Zikán, 2022).

Primární genitální herpes se může projevovat asymptomaticky. Celkové příznaky zahrnují teplotu, nevolnost a bolest hlavy a svalů. Pro 1/3 infikovaných osob je typická fotofobie s bolestí hlavy a tuhou šíjí, která je doprovázená nálezem aseptické meningitidy v likvoru. Mezi lokální projevy řadíme zarudnutí, svědění a bolest, která se projevuje typicky 1-2 dny před výsevem vyrážky. Objevuje se herpetická léze, která se nachází hlavně na zevním genitálu, lábiích, v poševním vestibulu a introitu. U mužů se objevuje nejčastěji na glans penis. Jedná se o bolestivé puchýřky později se měnící na pustuly s rudým okrajem, ze kterých poté vznikají krusty a hojí se jizvou. Poševní sliznice je postihnuta zarudnutím a mírným edémem. Až u 90 % pacientek dochází k postižení cervixu, který je pokryt puchýřky a doprovázen mukopurulentním výtokem. Může také docházet k projevu nekrotické sliznice. Mezi další příznaky spadá dysurie, která může být velmi vážná a může způsobit i retenci moči. Komplikací u mužů je fimóza či parafimóza. Dále se u žen může objevovat vaginální a uretrální výtok. Léze se zhojí během tří týdnů a u 75 % pacientek se nová léze vyskytne v průběhu nemoci. Vylučování viru trvá 12 dní až 3 týdny (Záhumenský, Jilich, Vaňousová, 2015; Mašata a kolektiv, 2017; Dubová, Zikán, 2022; Pilka a kolektiv, 2022).

Pro rekurentní genitální herpes je typická mírnější fáze. Neobjevují se celkové příznaky a lokální léze se hojí rychleji, a to okolo 7 dnů. Virus se taktéž vylučuje rychleji, a to okolo 4 dnů. Až 90 % infikovaných osob má rekurenci léze do jednoho roku, čtvrtina osob má pět a více epizod ročně. U žen bývají symptomy výraznější než u mužů. Klinický obraz je symptomatický. Objevují se místní projevy nemoci, které jsou doprovázeny brněním a

bolestí. Přibližně u 50 % pacientek se objeví kožní projev nemoci (Záhumenský, Jilich, Vaňousová, 2015; Mašata a kolektiv, 2017; Dubová, Zikán, 2022).

### **2.9.2 Diagnostika a léčba**

Až u poloviny žen ve fázi primárního herpetického výsevu dochází zejména v počátcích ke špatné diagnostice onemocnění a často se léčí jako rozsáhlá mykotická vulvitida. U typického průběhu je diagnostika stavěna na klinickém obraze. Infekci virem herpes genitalis můžeme potvrdit izolací virů, a to v tkáňové kultuře. Metodou první volby je v posledních letech PCR, která umožňuje přesnou typizaci viru a kvantifikaci jeho vylučování. Pro metodu PCR provádíme stěr ze spodiny vezikuly nebo ulcerace. Pro průkaz protilátek užíváme sérologické vyšetření, které už nebývá pro diagnostiku tolik přínosné, a to vzhledem k vysoké prevalenci protilátek v populaci (Záhumenský, Jilich, Vaňousová, 2015; Mašata a kolektiv, 2017; Dubová, Zikán, 2022).

Pro léčbu je důležitá konzultace s dermatologem. Lékem volby u primární infekce jsou antivirotika, jako je například Aciklovir. Ten se užívá 5x denně per os, u závažnějších průběhů se podává intravenózně. Mezi další možné léky řadíme Penciklovir a Valaciclovir. U antivirové léčby dochází ke zkrácení doby hojení a vylučování viru. Délka léčby by měla být v rozsahu minimálně pěti dnů (Záhumenský, Jilich, Vaňousová, 2015; Mašata a kolektiv, 2017; Dubová, Zikán, 2022; Pilka a kolektiv, 2022).

U rekurentní fáze se podávají antivirotika jen při závažnějším průběhu, u nichž je velký rozsah lokálního postižení. Co nejdříve podáváme Aciklovir, který je dávkován stejně jako u primární infekce. Léky je nutné podat do 24 hodin od prvních projevů symptomů a léčba by neměla přesahovat 3 dny. U opakovaných epizod genitálního herpesu, ke kterým dochází více než 6x za rok, je možné podání dlouhodobé supresivní léčby. Pomocí ní frekvence epizod klesne o 70-90 % (Záhumenský, Jilich, Vaňousová, 2015; Mašata a kolektiv, 2017; Dubová, Zikán, 2022).

## **2.10 Trichomoniasis**

Trichomoniáza spadá mezi nejčastější vyléčitelné sexuálně přenosné choroby. Řadí se mezi tři hlavní příčiny vzniku zánětu pochvy. K přenosu dochází nechráněným pohlavním stykem, a to častěji z muže na ženu. Vzhledem k velmi krátké době přežití trichomonády

ve vlhkém prostředí je přenos ze záchodového prkénka či bazénu velmi nepravděpodobný. U žen se průběh nemoci může pohybovat od asymptomatického až k závažnému zánětlivému pánevnímu onemocnění. U mužů často probíhá asymptomaticky a je možné spontánní vymizení infekce. Může se objevovat současná infekce i s jinými sexuálně přenosnými chorobami. Často je spojovaná s přítomností kapavky a chlamydií. Trichomoniáza je také spojena se zvýšeným rizikem získání HIV. U žen se trichomoniáza objevuje v pochvě, cervixu a močovém měchýři. Dále může postihovat uretru, Bartholiniho a Skeneho žlázy (Záhumenský, Jilich, Vaňousová, 2015; Mašata a kolektiv, 2017; Dubová, Zikán, 2022; Pilka a kolektiv, 2022).

Trichomoniáza se vyskytuje celosvětově. Ještě do 60. let minulého století se jednalo o nevyléčitelnou chorobu, ale se zavedením nitroimidazolových preparátů do praxe došlo k výraznému poklesu incidence a frekvence onemocnění. V rozvojových zemích zůstává nadále problémem. Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) se v roce 2020 infikovalo přibližně 156 milionů osob (Mašata a kolektiv, 2017; WHO, 2024).

### **2.10.1 Etiologie a symptomatologie onemocnění**

Původcem trichomoniázy je pohyblivý anaerobní prvek *Trichomonas vaginalis* spadající do řádu Trichomonád. Je hruškovitého tvaru a má čtyři bičíky vpředu, vzadu pouze jeden s undulující membránou. Bičíky umožňují pohyb po vaginálním a uretrální tkáni. První zmínky o prvku sahají do roku 1836. Trichomonáda netvoří cesty a v tělních tekutinách přežívá 24 hodin (Záhumenský, Jilich, Vaňousová; Dubová, Zikán, 2022).

Až 50 % infekcí probíhá asymptomaticky. Nejčastějším symptomem je pěnivý žlutozelený vaginální výtok, který je doprovázen abnormálním poševním zápachem. Dále je možné svědění vulvy a zarudnutí pochvy. Mezi další příznaky lze řadit bolestivost, dyspareunii či dysurii. U trichomonádové infekce je možný tzv. jahodový cervix, který je způsobený hyperemií (Pilka a kolektiv, 2022; Dubová, Zikán, 2022).

### **2.10.2 Diagnostika a léčba**

Trichomoniáza se typicky diagnostikuje mikroskopicky jako nativní preparát. Více senzitivní a specifická je pro diagnostiku kultivace na speciálních půdách. Je možné využít i cytologické vyšetření.

K léčbě se užívá skupina 5-nitroimidazolů, což jsou léky, které mají antiprotozoární účinek. Obsahují 5-nitro-skupinu, u které dochází uvnitř parazita k přeměně na dusíkové radikály, které jsou pro něj vysoce toxické. Využíváme například Metronidazol, který je možné podat jednorázově nebo 2x denně po dobu sedmi dnů. Je nutná alkoholová abstinence. U chronických forem léčíme po dobu 10 dnů a podáváme Metronidazol lokálně. Je důležité léčit všechny sexuální partnery infikované osoby. Rezistence k těmto lékům nebývá častá, případně je obvykle řešena navýšením dávky (Záhumenský, Jilich, Vaňousová, 2015; Pilka a kolektiv, 2022; Dubová, Zikán, 2022).

## **3. Mladá a střední dospělost**

### **3.1 Mladá dospělost**

Období mladé dospělosti nelze přesně stanovit. Nejčastěji je uváděno rozmezí mezi 20-35 lety. Pro člověka je to vstup do nové a velké etapy svého života. Toto období je označováno za poměrně dynamické období, jelikož dochází k přeměně osobnosti od nezralé k zralé. Osoba v období mladé dospělosti se vyskytuje na vrcholu svých fyzických, sexuálních a v některých směrech i kognitivních schopností (Vágnerová, 2007; Thorová, 2015; Blatný, 2016; Helus, 2018).

#### **3.1.1 Tělesné změny**

Fyzické změny jsou v mladé dospělosti od předešlých vývojových období téměř minimální. Jedinci v tomto období obvykle dosahují své konečné výšky postavy. Dosažení parametrů se týká nejen výšky, ale i sekundárních pohlavních znaků a hormonálních změn. Jedinec kolem 30. roku života stoupá na vrchol svých fyzických sil. K většině tělesných změn dochází v souvislosti s individuálním životním stylem a událostmi, se kterými se člověk ve svém životě setkává. V tomto období dochází k proměně významu sexuality, kdy jedinec nabývá sexuálních zkušeností. Pro mladou dospělost je sexualita velmi podstatným faktorem pro partnerský vztah, kdy se reprodukční složka stává významnou (Vágnerová, 2007; Thorová, 2015; Blatný, 2016; Helus, 2018).

#### **3.1.2 Psychosociální změny**

Oproti dětství a dospívání dochází k výrazným změnám v psychosociálních oblastech, jako jsou například blízké vztahy a rodina, vzdělání či zaměstnání. Sociální oblast každého jedince se liší v závislosti na formě vzdělání, typu zaměstnání, rozdílnostech v rodině a blízkých vztazích a jiné. Jedná se tedy o celkem různorodé období. Změny se projevují v několika různých oblastech. Typickou změnou je změna osobnosti, kde se jedinec stává samostatnějším a je ochotný přijímat zodpovědnost za svá rozhodnutí a činy. Má relativní svobodu v rozhodování a zvyšuje odolnost ke ztrátám a zklamáním. K osobnostní změně se váže větší sebejistota, sebedůvěra a odhad vlastních sil a možností. U dospělého v tomto období dochází k lepšímu ovládnutí emocí a jednání. Nicméně schopnost sebekontroly se stále

vyvíjí a jedinci jednají často impulzivně. Často rádi riskují a experimentují a chybí jim schopnost sebereflexe. Rizikovost chování mladých lidí má vliv na přenos sexuálních chorob. Dochází také ke změnám v socializačním rozvoji, kdy jedinec začíná fungovat nezávisle na rodičích, se kterými má v tomto období již klidnější vztahy. Jsou zde významné symetrické vztahy s vrstevníky a zralost vztahů v profesní oblasti. Dochází k posílení stabilního párového soužití, kdy jedinec postupně nabývá schopnosti rodičovské role. Mladá dospělost je obdobím, pro kterou je typické prohloubení profesních znalostí a dovedností. K tomuto období patří také ekonomický růst, který vede k finanční soběstačnosti (Vágnerová, 2007; Thorová, 2015; Blatný, 2016; Helus, 2018).

## **3.2 Střední dospělost**

Toto období se nejčastěji pohybuje v rozmezí 35-50 let a je považováno za vrchol života. Může docházet ke krizi středního věku, pro kterou jsou typické pocity životního ztroskotání, selhání, neúspěchu a jiné. Změny, ke kterým v tomto období dochází, jsou pro každého jedince velmi individuální. Například někteří lidé se ve 40 letech mohou stávat prarodiči, jiní zakládat rodinu. V tomto období je jedinec považován jako velmi produktivní, zkušený a zralý. Ve střední dospělosti může docházet k velkým změnám, které mohou být pro člověka velmi stresující a odstartovat psychické poruchy. Spousta lidí vnímá střední dospělost jako nešťastnější část svého života, ve které se nachází psychická a ekonomická stabilita a jejíž součástí je i osobní a profesní růst (Vágnerová, 2007; Thorová, 2015; Blatný, 2016; Helus, 2018).

### **3.2.1 Tělesné změny**

Stav celkového fyzického a zdravotního stavu člověka se nemusí nějak výrazně změnit a je odrazem návyků a životosprávy z mladší dospělosti. Později se začínají projevovat viditelnější změny tělesného vzhledu, jako bývá například prohloubení vrásek. Mezi další involuční jevy spadá slábnutí svalstva, kdy se snižuje pohyblivost a kondice. Naopak se zvyšuje ukládání podkožního tuku, čímž se zvyšuje hmotnost jedince. Dochází ke snížení kvality spánku, tělo hůře regeneruje a objevují se zdravotní potíže, které se doposud neobjevovaly. Pro velkou část jsou tyto změny motivací k větší péči o své zdraví. V tomto období se u jedinců snižuje sexuální výkonnost a plodnost, u žen nastává menopauza (Vágnerová, 2007; Thorová, 2015; Blatný, 2016; Helus, 2018).

### 3.2.2 Psychosociálních změny

Pro řešení životních situací a posuzování problémů se nejvíce uplatňují již získané zkušenosti. V této části života se rozvíjí praktická a sociální inteligence. V profesní fázi života jsou lidé téměř na vrcholu, kladou důraz na kompetentnost a výkon. Situace, které se dříve mohly jevit jako problémové, se již staly součástí běžného života. Možným rizikem je zafixování stereotypů při řešení některých situací, které se opakují. Emoční prožívání se stává stabilním. Člověk se vyrovnává s blížící se smrtí, vlastní smrtelností a se smrtí svých blízkých. Značnou součástí tohoto období je rodičovská role a význam rodiny. Přítěží může být odchod dospělých dětí z domova. V tomto období se zvyšuje riziko nevěry u obou pohlaví, ale více u mužů. Čtyřicátníci často chtějí znovu prožít milostné okouzlení. Může se projevat flirtováním, skutečným mimomanželským vztahem či vyhledáváním dalších sexuálních partnerů. U mužů i žen mají tyto vztahy kompenzační funkci, nahrazují jim potřeby, které ve vztahu chybí. Důsledkem tohoto chování jedinci zvyšují riziko nákazy sexuálně přenosnou chorobou, ať už sebe samého či svého stálého partnera (Vágnerová, 2007; Thorová, 2015; Blatný, 2016; Helus, 2018; Koliba, Weiss, Němec, Dibonová, 2019).

# Empirická část

## 4. Cíle výzkumného šetření

**Cíl 1:** Zjistit úroveň informovanosti dospělých osob o sexuálně přenosných chorobách

### Dílčí cíle

- a) Zjistit postoj a rizikové chování respondentů ohledně sexuálně přenosných chorob
- b) Zjistit informovanost o prevenci sexuálně přenosných chorob
- c) Zjistit informovanost o přenosu sexuálně přenosných chorob
- d) Zjistit informovanost o příznacích a průběhu sexuálně přenosných chorob
- e) Zjistit, kde respondenti získávají informace týkající se sexuálně přenosných chorob

**Cíl 2:** Zjistit vliv vybraných demografických proměnných (pohlaví, rodinný status a nejvyšší dosažené vzdělání) na rizikové chování dospělé populace a na využití preventivních opatření

### Dílčí cíle

- a) Porovnat rizikové chování a využití preventivních opatření respondentů dle rodinného statusu
- b) Porovnat rizikové chování a využití preventivních opatření respondentů dle nejvyššího dosaženého vzdělání

**Cíl 3:** S oporou o výsledky vytvořit informační leták v rámci preventivních opatření ohledně sexuálně přenosných chorob

## **5. Metodika výzkumu**

Pro výzkumné šetření jsem zvolila kvantitativní přístup v podobě nestandardizovaného dotazníku, který byl mnou vytvořen. Dotazník byl jednotný pro všechny oslovené respondenty.

Dotazník se skládá z 20 otázek. Otázky 1, 3, 4, 5, 6, 11, 18, 19, 20 jsou uzavřené a je možné vybrat pouze jednu odpověď. Otázka 9 je také uzavřená, lze vybrat více možností a žádná odpověď se nepovažuje za správnou. Otázky 10, 13, 14, 16, 17 jsou uzavřené, možno z nich vybrat pouze jednu odpověď a pouze jedna odpověď je správná. Otázka 8 je taktéž uzavřená a lze vybrat více možností, ale pouze jedna z nich je správná. Otázky 2, 7, 12, 15, jsou otevřené a je nutné k nim doplnit vlastní odpověď.

Plné znění dotazníku je uvedené v příloze 1.

### **5.1 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumné šetření probíhalo ve dvou typech ambulantních zařízení. Prvním zařízením byla ordinace praktického, kde byly dotazníky rozdávány pouze mužům. Druhým zařízením byla gynekologická ambulance, kde byl dotazník distribuován ženám. Mezi zkoumané osoby se řadili pacienti v produktivním věku, kteří přicházeli na preventivní prohlídku ke svému praktickému lékaři či gynekologovi. Předpokládaný počet zkoumaných žen byl 50, mužů taktéž 50 a toho bylo dosaženo. Dotazník byl respondentům rozdáván v papírové podobě a podílení se na výzkumném šetření bylo zcela dobrovolné. Všechny odpovědi byly zaznamenávány anonymně, o čemž byli respondenti v úvodu dotazníku informováni.

### **5.2 Zpracování získaných dat**

Při zpracování dat výzkumného šetření byl využit program Microsoft Excel, kde byly výsledky zpracovány. K nim byly vytvořeny grafy, které slouží k lepšímu znázornění. Pomocí programu Microsoft Word byly některé výsledky zpracovány do tabulek pro větší přehlednost.

## 6. Výsledky výzkumu

### Otázka č. 1 – Jaké je Vaše pohlaví?

První otázka zjišťuje pohlaví respondentů.

*Tabulka 1 – Pohlaví*

Pohlaví	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
Žena	50	50 %
Muž	50	50 %

### **Interpretace:**

Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem **100** respondentů (100 %), z toho **50** žen (50 %) a **50** mužů (50 %).

## Otázka č. 2 – Kolik Vám je let?

Tato otázka zjišťuje věk respondentů. Vzhledem k tomu, že se výzkumného šetření účastnili záměrně pouze lidé, kteří spadají do období střední dospělosti, předpokládali jsme tedy věk respondentů od 25 do 50 let. Věk respondentů byl rozdělen do dvou kategorií a v každé z nich byl vypočítán medián. Jedna kategorie se zaměřuje na ženy, druhá na muže.

Tabulka 2 – Věk

	Medián
Ženy	39,5
Muži	40

### Interpretace:

Z celkového počtu **50** žen (100 %) ve věkovém rozmezí od 25 do 50 let byl vypočítán medián **39,5** a z celkového počtu **50** mužů (100 %) taktéž ve věkovém rozmezí od 25 do 50 let byl spočítán medián **40**.

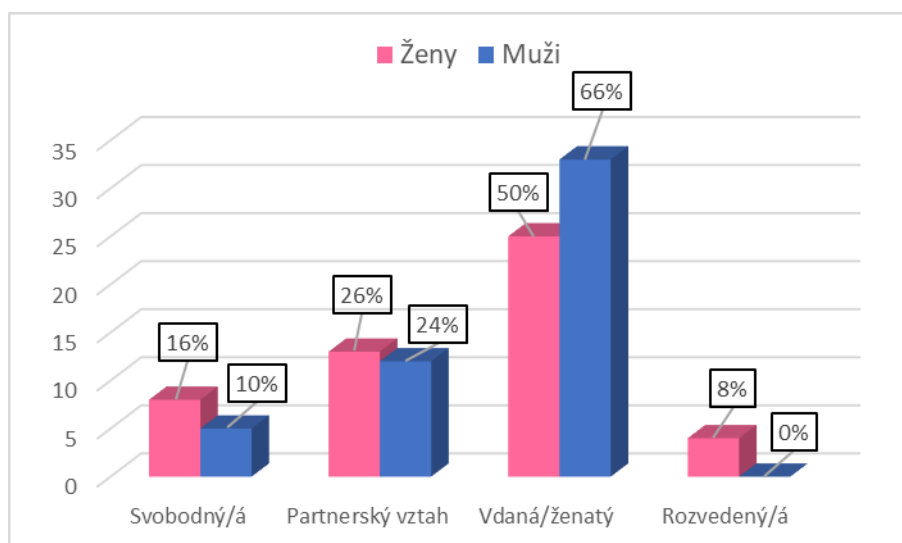
### Otázka č. 3 – Váš rodinný status?

Tato otázka zjišťuje rodinný stav respondentů.

Tabulka 3 – Rodinný status

	Ženy		Muži	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Svobodný/á	8	16 %	5	10 %
Partnerský vztah	13	26 %	12	24 %
Vdaná/ženatý	25	50 %	33	66 %
Rozvedený/á	4	8 %	0	0 %

Graf 1 – Rodinný status



#### Interpretace:

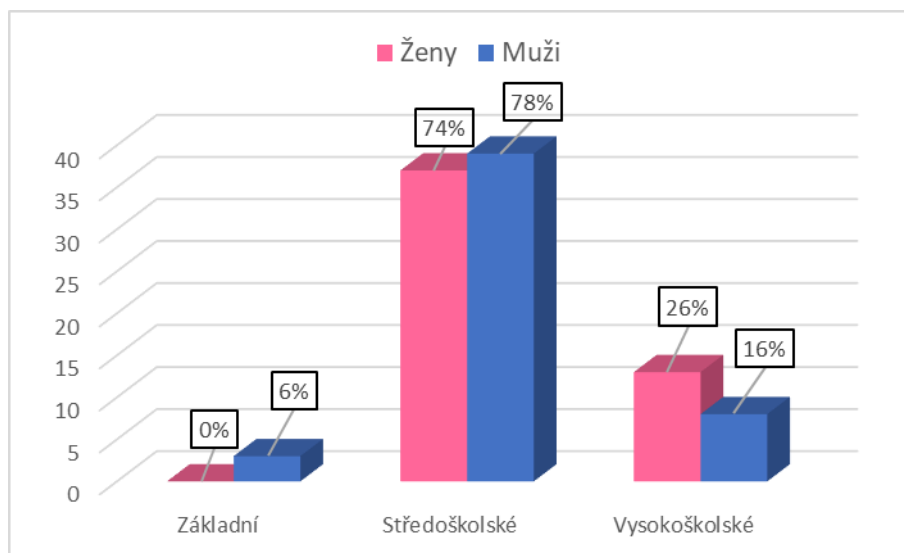
Z celkového počtu **50** žen (100 %) je **8** žen svobodných (16 %), **13** žen v partnerském vztahu (26 %), největší zastoupení mají ženy, které jsou vdané, a to konkrétně **25** žen (50 %) a pouze **4** ženy jsou rozvedené (8 %).

Z celkového počtu **50** mužů (100 %) je **5** mužů svobodných (10 %), **12** mužů v partnerském vztahu (24 %), největší zastoupení mají ženatí muži, konkrétně **33** mužů (66 %) a žádný z mužů není rozvedený.

#### Otázka č. 4 – Vaše dosažené vzdělání?

Tato otázka zjišťuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.

Graf 2 – Vzdělání



#### Interpretace:

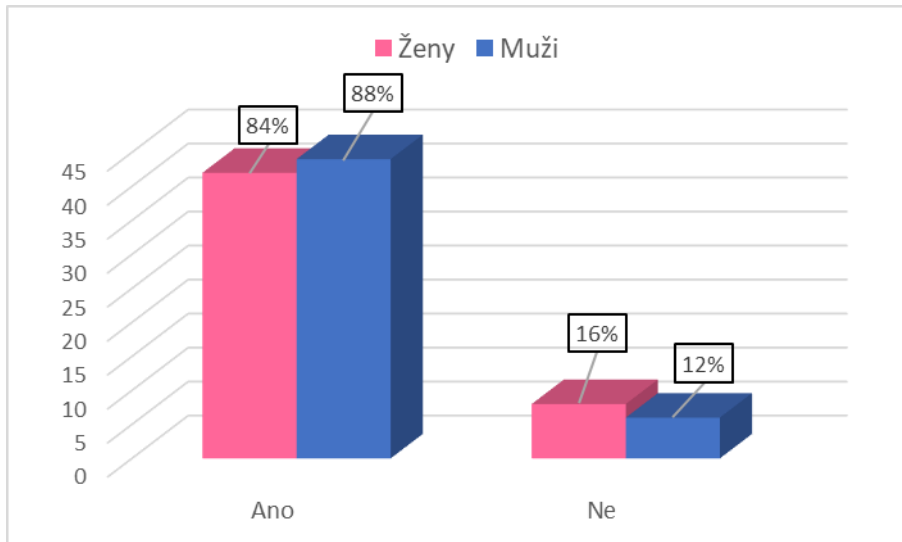
Z celkového počtu **50** žen (100 %) mají všechny dosaženo vyššího než pouze základního vzdělání. Největší zastoupení mají ženy s dokončeným středoškolským vzděláním, a to konkrétně **37** žen (74 %), dále **13** žen (26 %) dokončilo vysokoškolské vzdělání.

Z celkového počtu **50** mužů (100 %) dokončili **3** muži (6 %) pouze základní vzdělání. Největší zastoupení má středoškolské vzdělání, kterého dosáhlo **39** mužů (78 %), dále **8** mužů (16 %) dokončilo vysokoškolské vzdělání.

### Otázka č. 5 – Máte stálého/ou partnera/ku?

Tato otázka zjišťuje, zda mají respondenti stálého/ou partnera/ku.

Graf 3 – Stálý/á partner/ka



#### Interpretace:

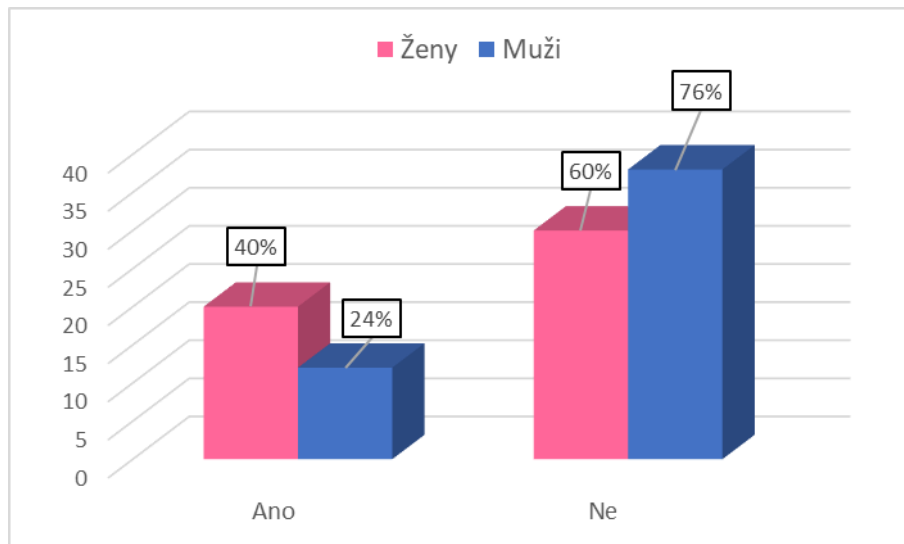
Z celkového počtu **50** žen (100 %) má **42** žen (84 %) stálého/ou partnera/ku a **8** žen (16 %) nemá stálého/ou partnera/ku.

Z celkového počtu **50** mužů (100 %) má **44** mužů (88 %) stálého/ou partnera/ku a **6** mužů (12 %) nemá stálého/ou partnera/ku.

## Otázka č. 6 – Chráníte se při pohlavním styku?

Tato otázka zjišťuje, zda se respondenti chrání při pohlavním styku.

Graf 4 – Ochrana



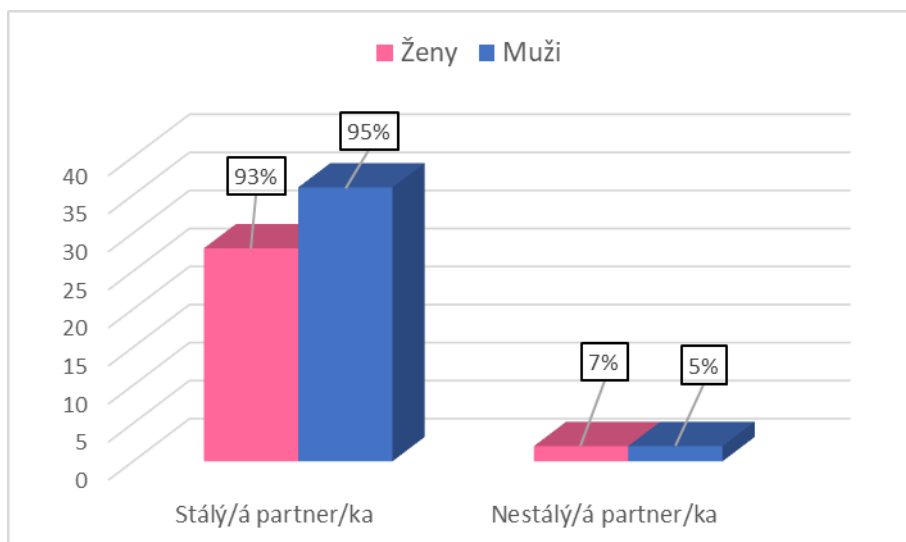
### Interpretace:

Z celkového počtu **50** žen (100 %) se při pohlavním styku chrání **20** žen (40 %) a **30** žen (60 %) se při pohlavním styku nechrání.

Z celkového počtu **50** mužů (100 %) se při pohlavním styku chrání **12** mužů (24 %) a **38** mužů (76 %) se při pohlavním styku nechrání.

Pro zajímavost jsem vytvořila graf, ze kterého vychází, zda ženy a muži nechránící se při pohlavním styku mají, či nemají stálého/ou partnera/ku.

Graf 5 – Nechránění – stálý/á partner/ka



### Interpretace:

Z počtu **30** žen (100 %) nechránících se při pohlavním styku má **28** žen (93 %) stálého/ou partnera/ku a **2** ženy (7 %) nemají stálého/ou partnera/ku.

Z počtu **38** mužů (100 %) nechránících se při pohlavním styku má **36** mužů (95 %) stálého/ou partnera/ku a **2** muži (5 %) nemají stálého/ou partnera/ku.

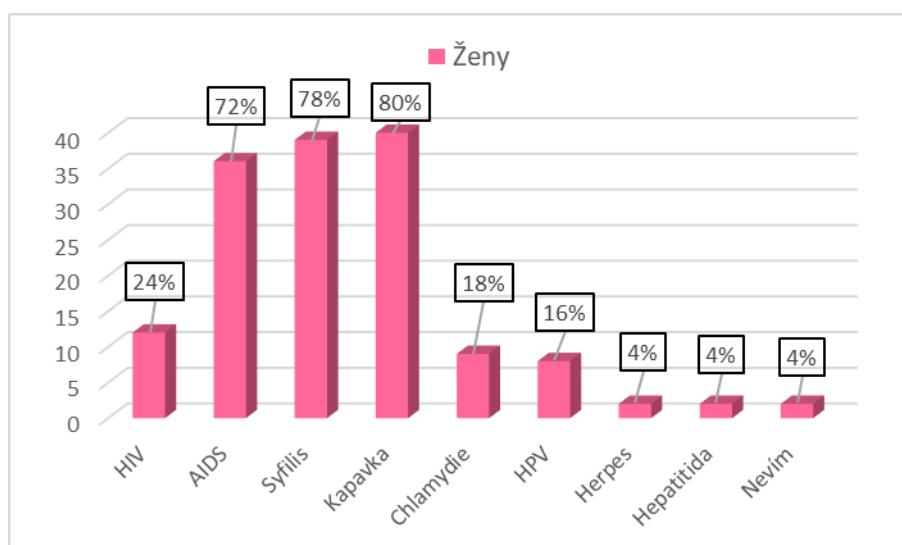
### Otázka č. 7 – Jaké znáte sexuálně přenosné choroby? (napište odpověď)

Tato otázka zjišťuje, jaké všechny možné sexuálně přenosné choroby znají respondenti.

Tabulka 4 – Sexuálně přenosné choroby – ženy

	Ženy	
	Absolutní četnost	Relativní četnost
HIV	12	24 %
AIDS	36	72 %
Syfilis	39	78 %
Kapavka	40	80 %
Chlamydie	9	18 %
HPV	8	16 %
Herpes	2	4 %
Hepatitida	2	4 %
Nevím	2	4 %

Graf 6 – Sexuálně přenosné choroby – ženy



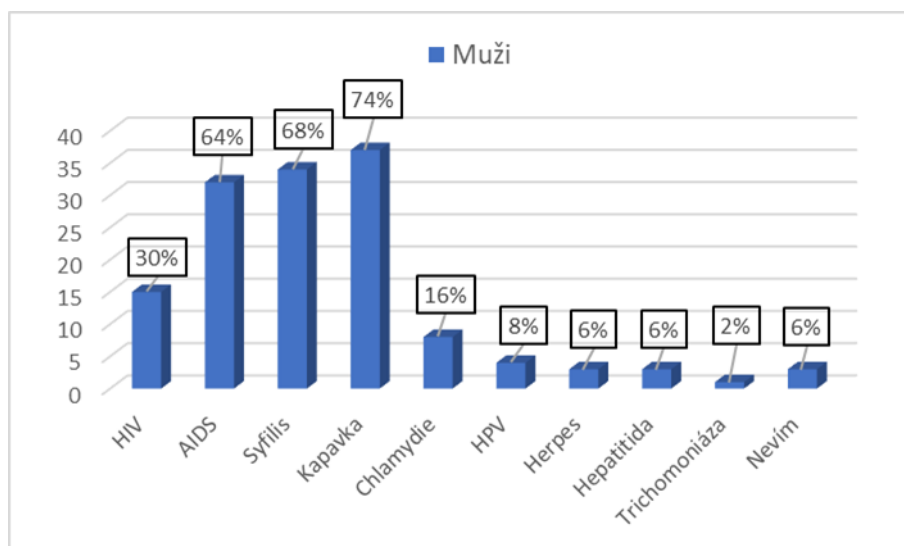
## Interpretace:

Z celkového počtu 50 žen (100 %) zmínilo 12 žen (24 %) HIV, 36 žen (72 %) AIDS, 39 žen (78 %) syfilis. Dále 40 žen (80 %) zná kapavku, 9 žen (18 %) chlamydie a 8 žen (16 %) HPV. Jako další zmiňují 2 ženy (4 %) herpes, 2 ženy (4 %) hepatitidu a 2 ženy (4 %) neznají žádnou sexuálně přenosnou chorobu.

Tabulka 5 – Sexuálně přenosné choroby – muži

	Muži	
	Absolutní četnost	Relativní četnost
HIV	15	30 %
AIDS	32	64 %
Syfilis	34	68 %
Kapavka	37	74 %
Chlamydie	8	16 %
HPV	4	8 %
Herpes	3	6 %
Hepatitida	3	6 %
Trichomoniáza	1	2 %
Nevím	3	6 %

Graf 7 – Sexuálně přenosné choroby – muži



**Interpretace:**

Z celkového počtu **50** mužů (100 %) zmínilo **15** mužů (30 %) HIV, **32** mužů (64 %) AIDS, **34** mužů (68 %) syfilis. Dále **37** mužů (74 %) zná kapavku, **8** mužů (16 %) chlamydie a **4** muži (8 %) HPV. Jako další zmiňují **3** muži (6 %) herpes, **3** muži (6 %) hepatitidu, **1** muž (2 %) trichomoniázu a **3** muži (6 %) neznají žádnou sexuálně přenosnou chorobu.

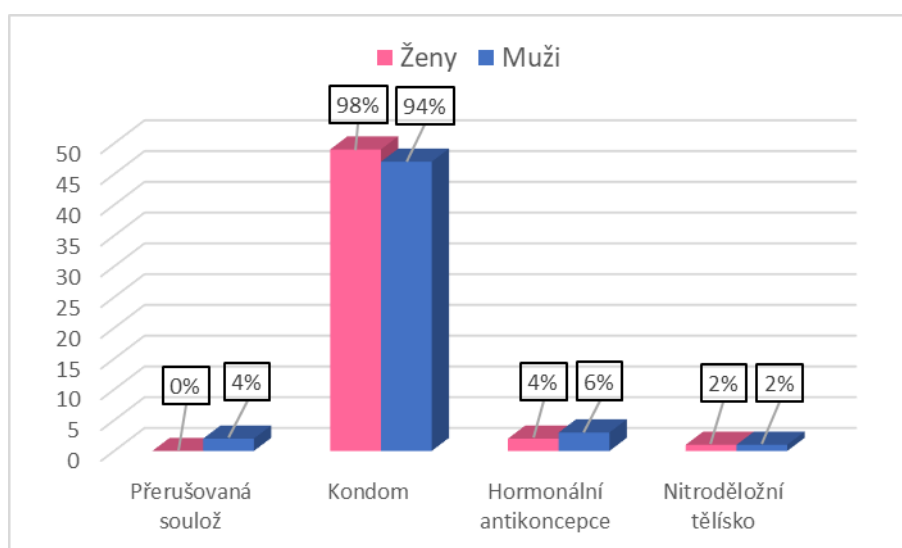
### Otázka č. 8 – Vyberte možnost(i) ochrany před pohlavními nemocemi.

Tato otázka zjišťuje, zda respondenti vědí, jak se chránit před pohlavními nemocemi.

Tabulka 6 – Možnosti ochrany

	Ženy		Muži	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Přerušovaná soulož	0	0 %	2	4 %
Kondom	49	98 %	47	94 %
Hormonální antikoncepce	2	4 %	3	6 %
Nitroděložní tělísko	1	2 %	1	2 %

Graf 8 – Možnosti ochrany



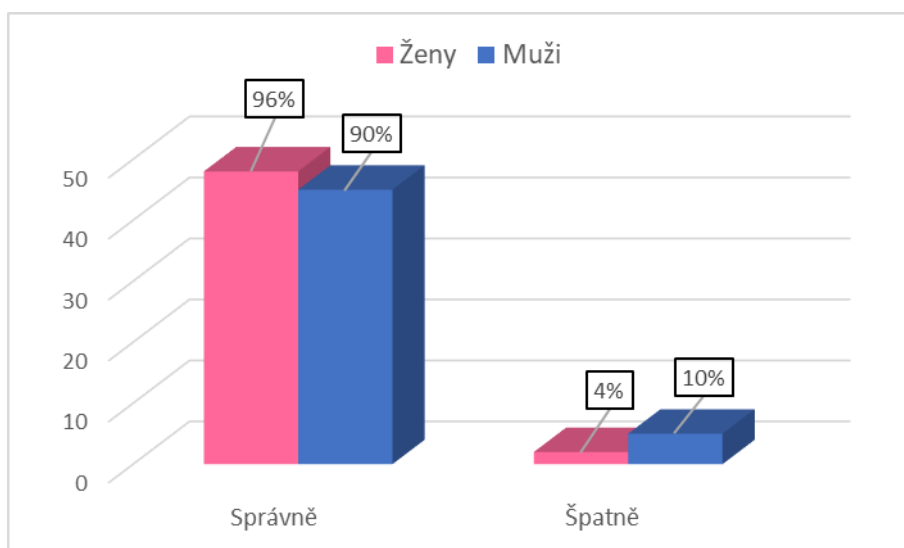
### Interpretace:

Z celkového počtu **50** žen (100 %) si žádná z nich nemyslí, že přerušovaná soulož působí jako ochrana před přenosem pohlavních nemocí. Dále **49** žen (98 %) zmiňuje jako ochranu kondom, **2** ženy (4 %) hormonální antikoncepci a **1** žena (2 %) nitroděložní tělísko.

Z celkového počtu **50** mužů (100 %) zmiňují **2** muži (4 %) přerušovanou soulož jako ochranu před přenosem pohlavních nemocí. Dále **47** mužů (94 %) zmiňuje jako ochranu kondom, **4** muži (6 %) hormonální antikoncepci a **1** muž (2 %) nitroděložní tělísko.

Pro ujasnění otázky č. 8 jsem vytvořila graf, kde zjišťuji, kolik mužů a žen vybralo pouze správnou odpověď, a to kondom.

Graf 9 – Ochrana – kondom



### Interpretace:

Z celkového počtu **50** žen (100 %) vybralo pouze odpověď kondom, a tím odpovědělo tedy správně **48** žen (96 %) a **2** ženy (4 %) vybraly s odpovědí kondom i jinou možnost, nebo kondom vůbec nezmiňily, tím pádem odpověděly špatně.

Z celkového počtu **50** mužů (100 %) vybralo pouze odpověď kondom, a tím odpovědělo tedy správně **45** mužů (90 %) a **5** mužů (10 %) vybralo s odpovědí kondom i jinou možnost nebo kondom vůbec nezmiňilo, tím pádem odpovědělo špatně.

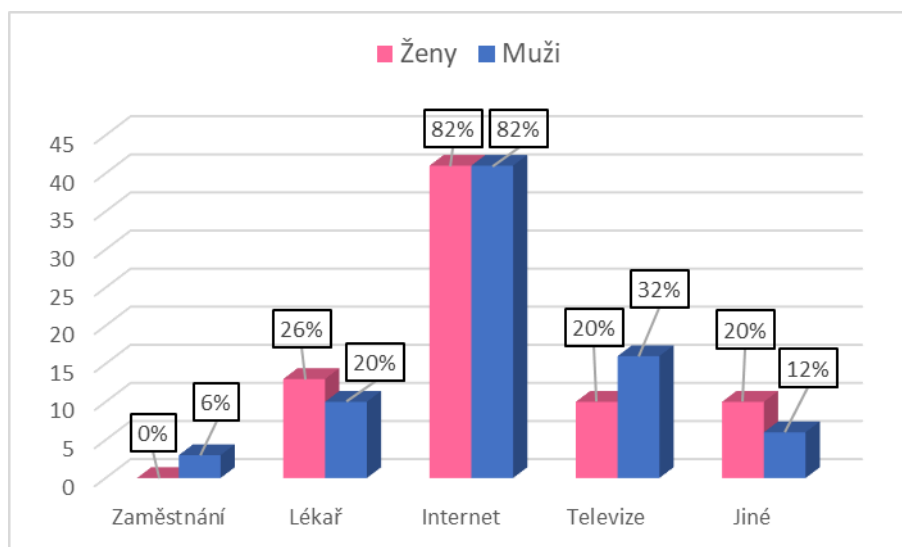
### Otázka č. 9 – Kde primárně získáváte informace týkající se pohlavních nemocí?

Tato otázka zjišťuje, kde se respondenti primárně setkávají s informacemi týkajícími se pohlavních nemocí.

Tabulka 7 – Zdroj informací

	Ženy		Muži	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zaměstnání	0	0 %	3	6 %
Lékař	13	26 %	10	20 %
Internet	41	82 %	41	82 %
Televize	10	20 %	16	32 %
Jiné	10	20 %	6	12 %

Graf 10 – Zdroj informací



### **Interpretace:**

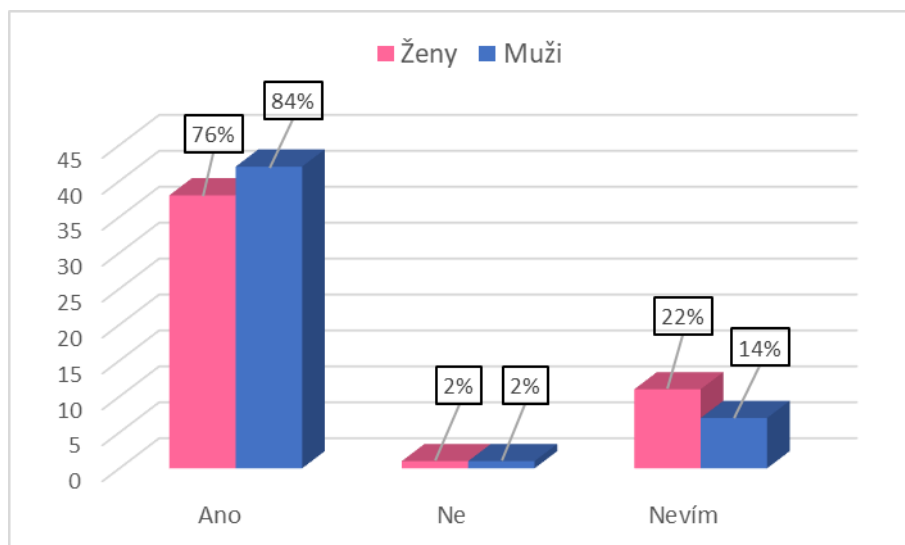
Z celkového počtu **50** žen (100 %) žádná z nich nezískává informace o pohlavních nemocech ve svém zaměstnání. Od lékaře získalo informace **13** žen (26 %), z internetu **41** žen (82 %). Dále **10** žen (20 %) zmínilo jako zdroj informací televizi a **10** žen (20 %) získává informace ještě z jiných zdrojů.

Z celkového počtu **50** mužů (100 %) získávají 3 muži (6 %) informace o pohlavních nemocech ve svém zaměstnání. Od lékaře získalo informace **10** mužů (20 %), z internetu **41** mužů (82 %). Dále **16** mužů (32 %) zmínilo jako zdroj informací televizi a **6** mužů (12 %) získává informace ještě z jiných zdrojů.

### Otázka č. 10 – Je povinnost nahlásit všechny své sexuální partnery/partnerky v případě zjištění nákazy chorobou syfilis?

Tato otázka zjišťuje, zda si respondenti myslí, že je povinné nahlásit všechny své sexuální partnery v případě zjištění nákazy chorobou syfilis.

Graf 11 – Povinnost hlášení



#### Interpretace:

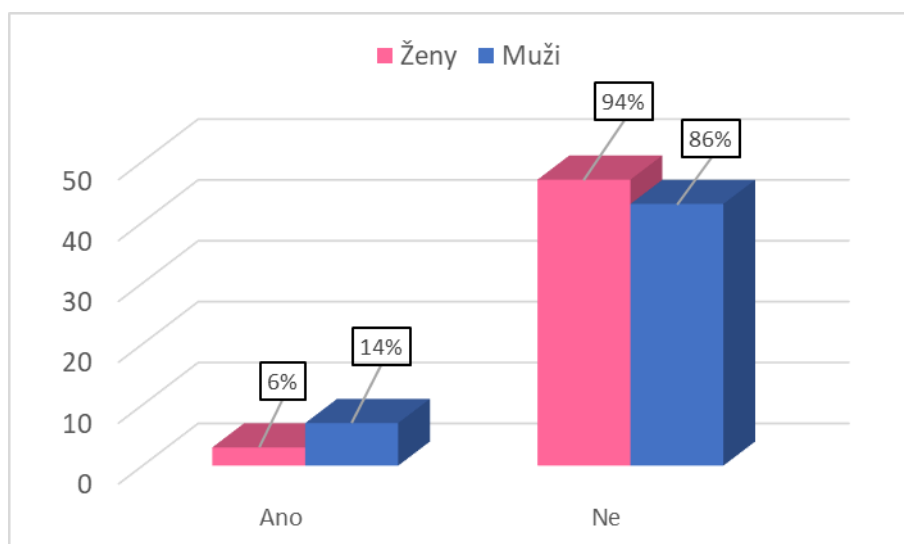
Z celkového počtu **50** žen (100 %) si **38** žen (76 %) myslí, že je povinné nahlásit všechny své sexuální partnery a **1** žena (2 %) si nemyslí, že je to povinné. Dále **11** žen (22 %) neví, zda je nahlášení všech sexuálních partnerů povinné, či ne.

Z celkového počtu **50** mužů (100 %) si **42** mužů (84 %) myslí, že je povinné nahlásit všechny své sexuální partnery a **1** muž (2 %) si nemyslí, že je to povinné. Dále **7** mužů (14 %) neví, zda je nahlášení všech sexuálních partnerů povinné, či ne.

### Otázka č. 11 – Setkal/a jste se ve svém okolí či u sebe se sexuálně přenosnou chorobou?

Tato otázka zjišťuje, zda se někdo z respondentů setkal ve svém okolí či u sebe se sexuálně přenosnou chorobou.

Graf 12 – Setkání se sexuálně přenosnou chorobou



#### Interpretace:

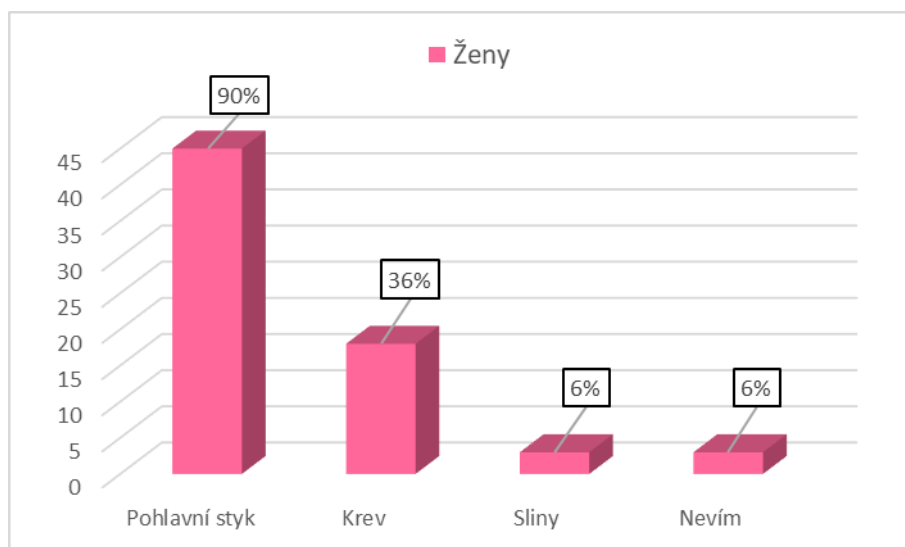
Z celkového počtu **50** žen (100 %) se ve svém okolí či u sebe setkaly se sexuálně přenosnou chorobou **3** ženy (6 %) a **47** žen (94 %) se s tímto nikdy nesetkalo.

Z celkového počtu **50** mužů (100 %) se ve svém okolí či u sebe setkalo se sexuálně přenosnou chorobou **7** mužů (14 %) a **43** mužů (86 %) se s tímto nikdy nesetkalo.

**Otázka č. 12 – Jakým způsobem se přenášejí sexuálně přenosné choroby? (napíšte odpověď)**

Tato otázka zjišťuje o respondentech, jaké mají povědomí o možných způsobech přenosu sexuálně přenosných chorob.

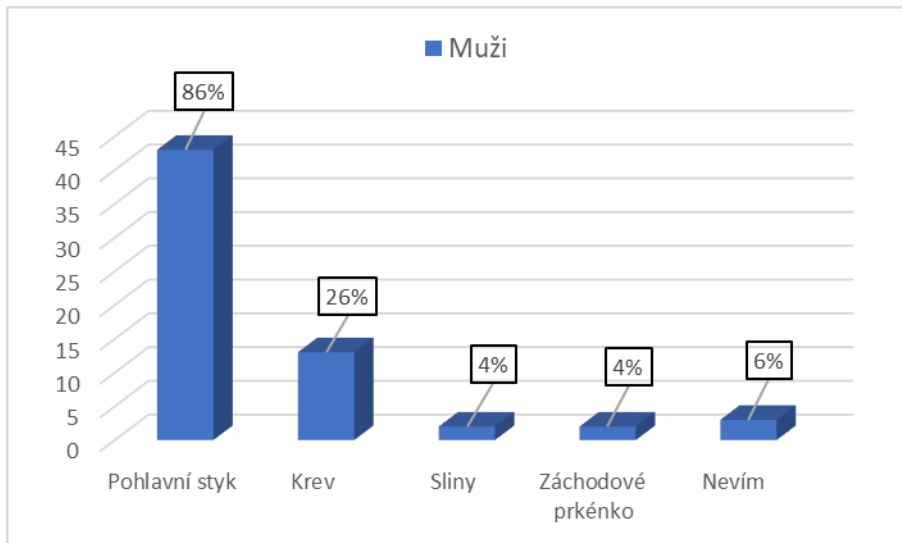
*Graf 13 – Způsob přenosu – ženy*



**Interpretace:**

Z celkového počtu **50** žen (100 %) uvádí **45** žen (90 %) přenos pohlavních nemocí při pohlavním styku a **18** žen (36 %) přenos krví. Dále **3** ženy (6 %) zmiňují přenos slinami a **3** ženy (6 %) nevědí, jak se sexuálně přenosné choroby přenášejí.

Graf 14 – Způsob přenosu – muži



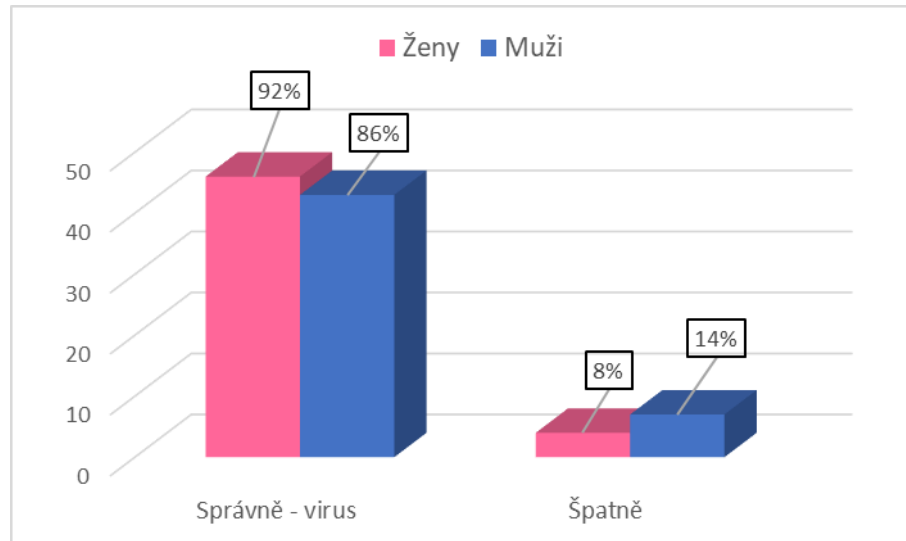
**Interpretace:**

Z celkového počtu **50** mužů (100 %) uvádí **43** mužů (90 %) přenos pohlavních nemocí při pohlavním styku a **13** mužů (26 %) přenos krví. Dále **2** muži (4 %) zmiňují přenos slinami, **2** muži (4 %) přenos ze záchodového prkénka a **3** muži (6 %) nevědí, jak se sexuálně přenosné choroby přenášejí.

### Otázka č. 13 – Kdo je původcem onemocnění AIDS?

Tato otázka zjišťuje, zda respondenti vědí, že původcem onemocnění AIDS je virus.

Graf 15 – Původce onemocnění AIDS



#### Interpretace:

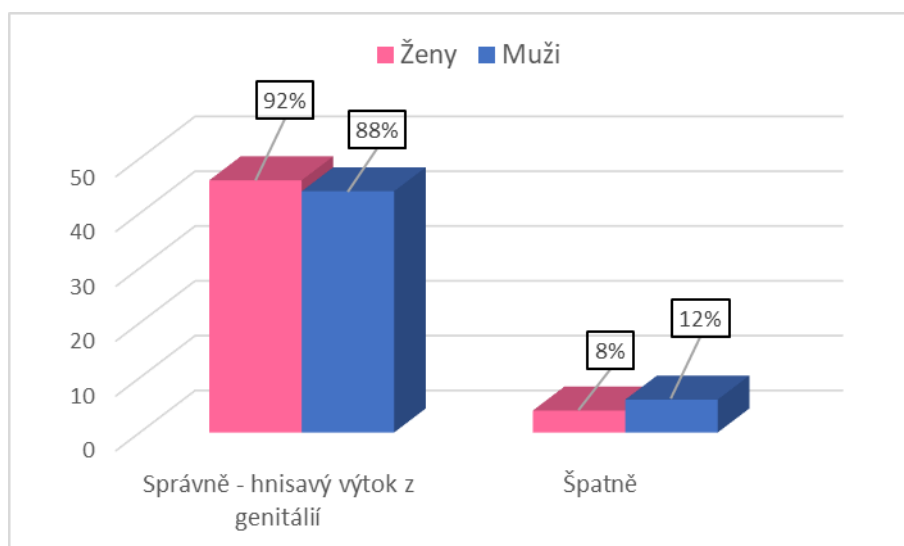
Z celkového počtu **50** žen (100 %) odpovědělo **46** žen (92 %) správně a **4** ženy (8 %) odpověděly špatně.

Z celkového počtu **50** mužů (100 %) odpovědělo **43** mužů (86 %) správně a **7** mužů (14 %) odpovědělo špatně.

### Otázka č. 14 – Zaškrtněte jeden z nejčastějších příznaků kapavky:

Tato otázka zjišťuje, zda respondenti vědí, že jeden z nejčastějších příznaků kapavky je hnisavý výtok z genitálií.

Graf 16 – Nejčastější příznak kapavky



#### Interpretace:

Z celkového počtu 50 žen (100 %) odpovědělo 46 žen (92 %) správně a 4 ženy (8 %) odpověděly špatně.

Z celkového počtu 50 mužů (100 %) odpovědělo 44 mužů (88 %) správně a 6 mužů (12 %) odpovědělo špatně.

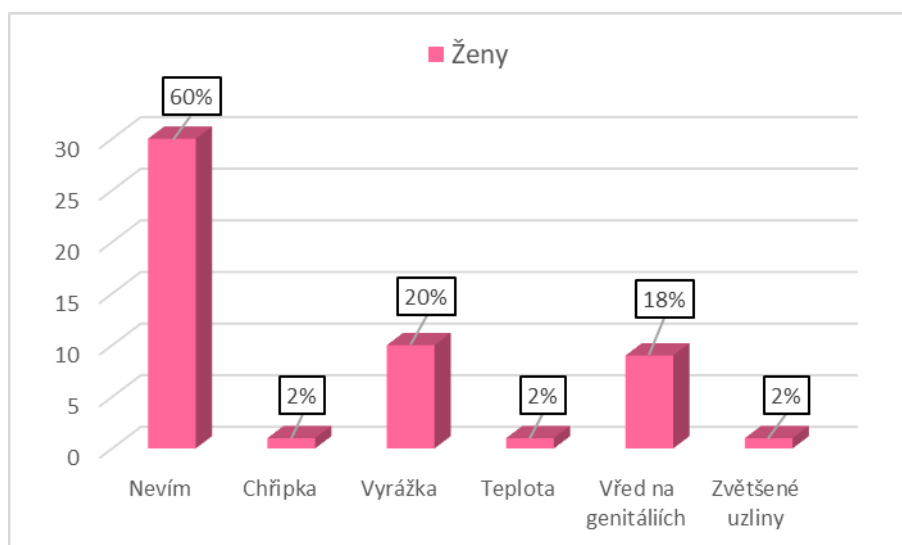
### Otázka č. 15 – Napište první typický příznak choroby syfilis.

Tato otázka zjišťuje, jaký je dle respondentů první typický příznak choroby syfilis.

Tabulka 8 – Typický příznak choroby syfilis – ženy

	Ženy	
	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nevím	30	60 %
Chřipka	1	2 %
Vyrážka	10	20 %
Teplota	1	2 %
Vřed na genitáliích	9	18 %
Zvětšené uzliny	1	2 %

Graf 17 – Typický příznak choroby syfilis – ženy



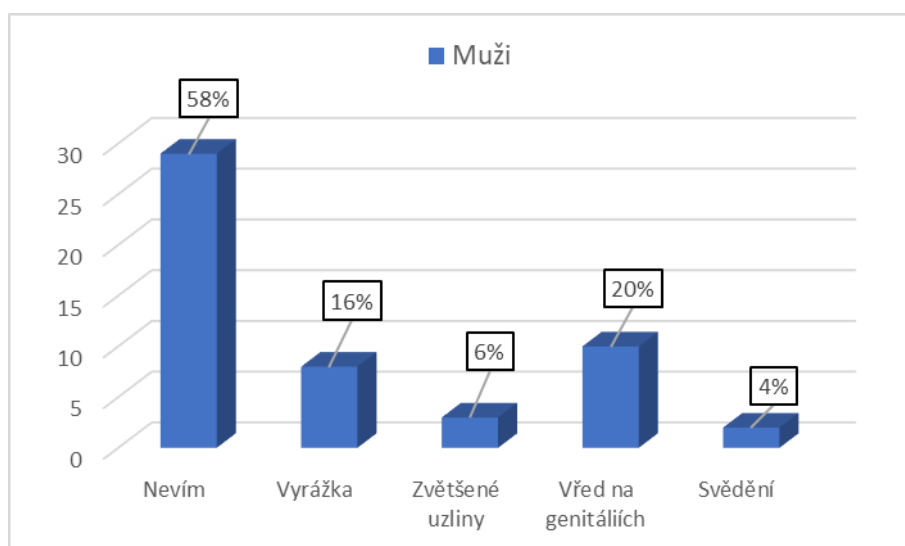
#### Interpretace:

Z celkového počtu **50** žen (100 %) nezná první typický příznak choroby syfilis až **30** žen (60 %). Dále **1** žena (2 %) zmiňuje jako první typický příznak chřipku, **10** žen (20 %) uvádí vyrážku a **1** žena (2 %) zmiňuje teplotu. Vřed na genitáliích neboli správnou odpověď uvádí **9** žen (18 %) a **1** žena (2 %) zmiňuje zvětšené uzliny.

Tabulka 9 – Typický příznak choroby syfilis – muži

	Muži	
	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nevím	29	58 %
Vyrážka	8	16 %
Zvětšené uzliny	3	6 %
Vřed na genitáliích	10	20 %
Svědění	2	4 %

Graf 18 – Typický příznak choroby syfilis – muži



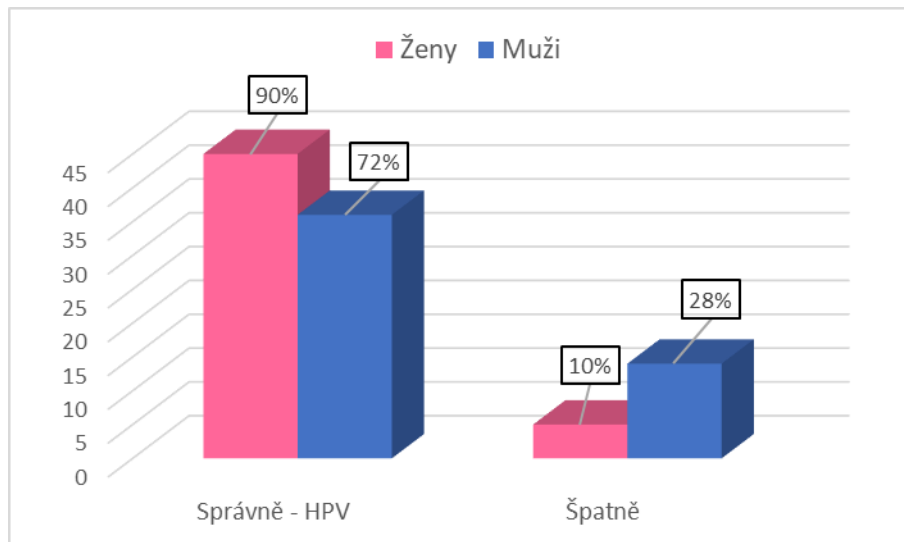
### Interpretace:

Z celkového počtu **50** mužů (100 %) nezná první typický příznak choroby syfilis až **29** mužů (58 %). Dále **8** mužů (16 %) zmiňuje jako první typický příznak vyrážku a **3** muži (6 %) uvádí zvětšené uzliny. Vřed na genitáliích neboli správnou odpověď uvádí **10** mužů (20 %) a **2** muži (2 %) zmiňují svědění.

### Otázka č. 16 – Vyberte jednu chorobu, proti které se již můžeme očkovat?

Tato otázka zjišťuje, zda respondenti vědí, že existuje možnost očkování proti HPV.

Graf 19 – Možnost očkování



#### Interpretace:

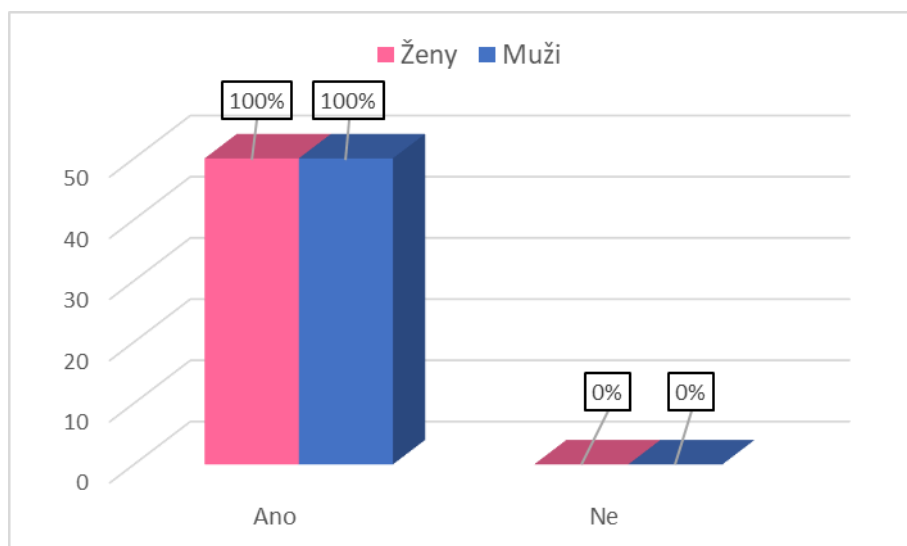
Z celkového počtu **50** žen (100 %) odpovědělo **45** žen (90 %) správně a **5** žen (10 %) odpovědělo špatně.

Z celkového počtu **50** mužů (100 %) odpovědělo **36** mužů (72 %) správně a **14** mužů (28 %) odpovědělo špatně.

### Otázka č. 17 – Mohou vést pohlavní choroby až ke smrti?

Tato otázka zjišťuje, zda si respondenti myslí, že pohlavní choroby mohou vést až ke smrti.

Graf 20 – Smrt



#### Interpretace:

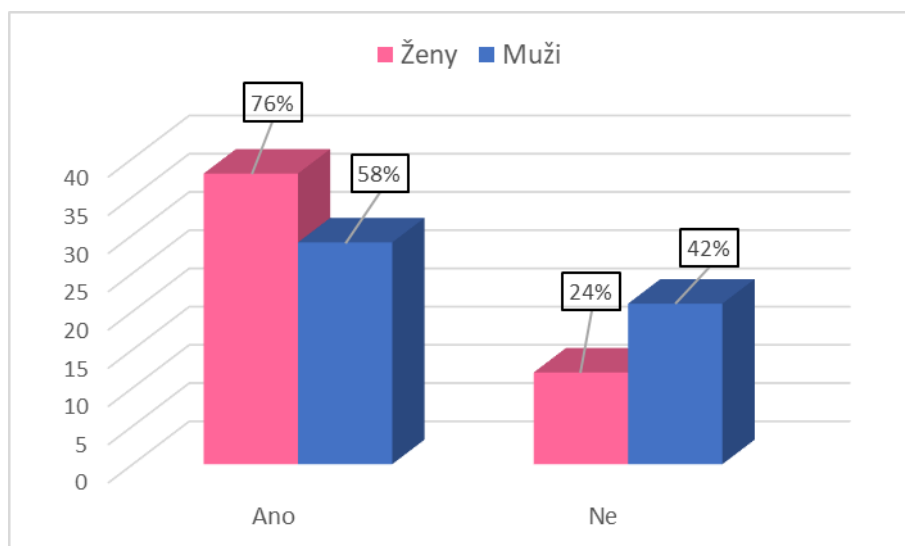
Z celkového počtu **50** žen (100 %) si všechny z nich myslí, že pohlavní choroby mohou vést až ke smrti.

Z celkového počtu **50** mužů (100 %) si všichni z nich myslí, že pohlavní choroby mohou vést až ke smrti.

### Otázka č. 18 – Myslíte si, že se málo mluví o sexuálně přenosných chorobách?

Tato otázka zjišťuje, zda si respondenti myslí, že se o sexuálně přenosných chorobách málo mluví.

Graf 21 – Mluvení o sexuálně přenosných chorobách



#### Interpretace:

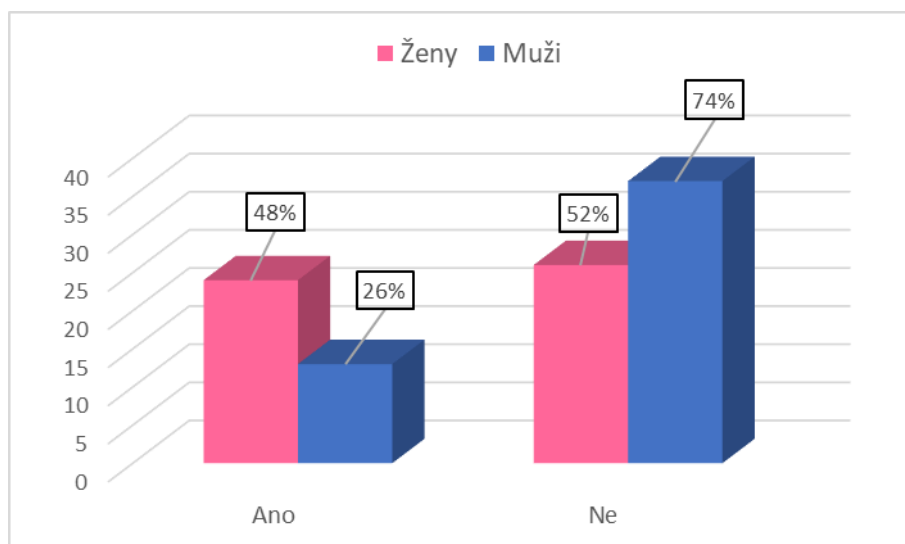
Z celkového počtu **50** žen (100 %) si **38** žen (76 %) myslí, že se o sexuálně přenosných chorobách mluví málo a **12** žen (24 %) si myslí, že se o nich mluví dostatečně.

Z celkového počtu **50** mužů (100 %) si **29** mužů (58 %) myslí, že se o sexuálně přenosných chorobách mluví málo a **21** mužů (42 %) si myslí, že se o nich mluví dostatečně.

### Otázka č. 19 – Máte zájem o získání více informací o pohlavně přenosných chorobách?

Tato otázka zjišťuje, zda mají respondenti zájem o získání více informací o pohlavně přenosných chorobách.

Graf 22 – Zájem o informace



#### Interpretace:

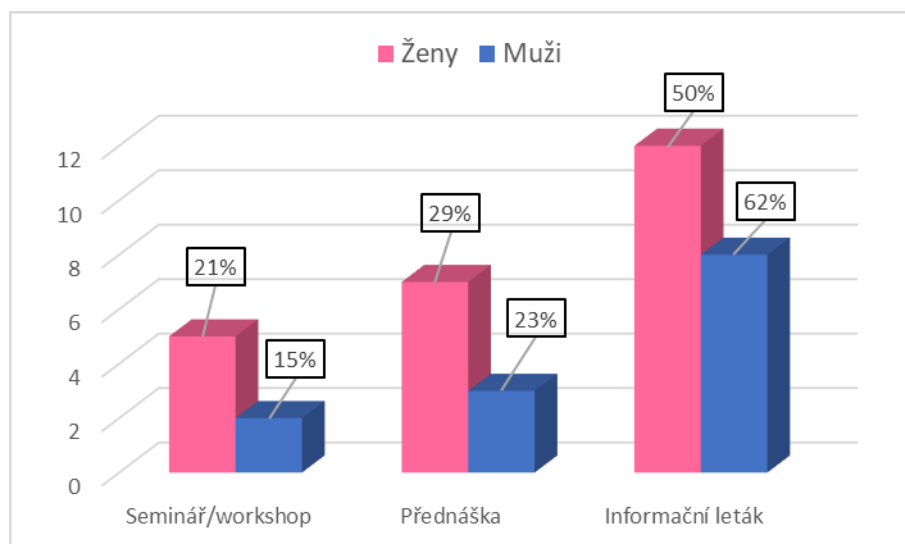
Z celkového počtu **50** žen (100 %) má zájem o získání více informací o pohlavně přenosných chorobách **24** žen (48 %) a **26** žen (52 %) zájem nemá.

Z celkového počtu **50** mužů (100 %) má zájem o získání více informací o pohlavně přenosných chorobách **13** mužů (26 %) a **37** mužů (74 %) zájem nemá.

## Otázka č. 20 – Pokud ano, jakou formou byste preferoval/a získání informací?

Tato otázka zjišťuje u respondentů, kteří odpověděli v předchozí otázce ANO, jakou formou by preferovali získání informací o pohlavně přenosných chorobách.

Graf 23 – Forma získání informací



### Interpretace:

Z počtu 24 žen (100 %) by 5 žen (21 %) preferovalo získání informací o pohlavně přenosných chorobách v podobě semináře či workshopu, 7 žen (29 %) by se rádo účastnilo přednášky a 12 žen (50 %) by uvítalo získání informací pomocí informačního letáku.

Z počtu 13 mužů (100 %) by 2 muži (15 %) preferovali získání informací o pohlavně přenosných chorobách v podobě semináře či workshopu, 3 muži (23 %) by se rádi účastnili přednášky a 8 mužů (62 %) by uvítalo získání informací pomocí informačního letáku.

## 7. Diskuze

Výsledky dotazníkového šetření jsme získali od 50 žen a 50 mužů, kteří se dostavili na preventivní prohlídky ke svému praktickému lékaři či gynekologovi. Stanovili jsme tři klíčové cíle s dílčími cíli práce a naše výsledky jsme porovnávali s výsledky výzkumů, které se zabývali stejnou či obdobnou problematikou.

### **Cíl 1: Zjistit úroveň informovanosti dospělých osob o sexuálně přenosných chorobách**

Prvního cíle se týkaly otázky 5, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15 a 16. Pomocí těchto otázek jsme se snažili zjistit postoj a rizikové chování respondentů. Dále nás zajímalo, jak jsou respondenti informovaní ohledně prevence, přenosu a příznaků sexuálně přenosných chorob a kde získávají informace týkající se pohlavně přenosných nemocí.

### **Dílčí cíl a): Zjistit postoj a rizikové chování respondentů ohledně sexuálně přenosných chorob**

Tomuto dílčímu cíli se věnovaly otázky 5 a 6, které zjišťovaly, zda mají respondenti stálého/ou partnera/ku a zda se chrání při pohlavním styku. Obě otázky nám popisují postoj a rizikové chování respondentů ohledně pohlavně přenosných nemocí.

Poměry respondentů u otázky v rámci stálosti partnera/ky byly velmi podobné. Stálého/ou partnera/ku má 84 % žen a 88 % mužů. Co se týče ochrany při pohlavním styku, tak se chrání 40 % žen a pouze 24 % mužů. Pro zajímavost jsme z této otázky dále zjišťovali, zda ženy i muži nechrání se při pohlavním styku mají či nemají stálého/ou partnera/ku. Naprostá většina jak mužů (95 %), tak i žen (93 %), kteří se nechrání při pohlavním styku, mají stálého/ou partnera/ku.

### **Dílčí cíl b): Zjistit informovanost o prevenci sexuálně přenosných chorob**

Tímto dílčím cílem se zabývaly otázky 8, 10 a 16, které zjišťovaly míru informovanosti respondentů o prevenci sexuálně přenosných chorob. Konkrétně se věnovaly tomu, zda respondenti znají možnou ochranu před pohlavními nemocemi, jestli mají povědomí o povinnosti hlášení všech svých sexuálních partnerů v případě zjištění nákazy chorobou syfilis a zda jsou informováni o možném očkování proti HPV.

V otázce 8 nás zajímalo, zda jsou respondenti informováni o tom, že jedinou účinnou ochranou před pohlavními nemocemi je kondom. Správně odpovědělo 96 % žen a 90 % mužů. Ostatní se mylně domnívají, že je možno chránit se jinou cestou. Nováková ve své diplomové práci z roku 2018 uvedla, že 70,46 % dotázaných se chrání před pohlavními nemocemi použitím kondomu a zbytek respondentů nepoužívá ochranu žádnou anebo volí nesprávnou.

V otázce 10 jsme zjišťovali, jestli si respondenti myslí, že je povinné nahlásit všechny své sexuální partnery v případě zjištění nákazy chorobou syfilis. Správně odpovědělo 76 % žen a 84 % mužů, a to tak, že je v tomto případě povinností nahlásit všechny své sexuální partnery.

V otázce 16 jsme se dotazovali, zda respondenti vědí, proti které sexuálně přenosné chorobě se již můžeme očkovat. Správnou odpověď, a to očkování proti HPV, zvolilo 90 % žen a 72 % mužů. Chocenská ve své bakalářské práci z roku 2016 uvedla, že pouze 35 % respondentů ve věku 17-70 let ví, že je možné se nechat očkovat proti HPV. S postupem času lze vidět, že se povědomí o očkování proti HPV zvýšilo. Lze poukázat na to, že v posledních letech je větší a kvalitnější osvěta ohledně vakcinace a proočkovanost populace je vyšší. Pro populaci může být motivující i fakt, že dětem od 11 do dovršení 15 let, je vakcína proti HPV plně hrazena pojišťovnou. Ostatní děti do 18 let a dospělí si sice vakcínu hradí sami, ale přispívají jim zdravotní pojišťovny. Od roku 2024 je nově hrazeno toto očkování provedené i po uplynutí stanovené věkové hranice, pokud došlo k odložení aplikace jedné nebo více dávek z důvodu nepříznivého zdravotního stavu pojištěnce (Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, 2024; Národní screeningové centrum, 2024).

### **Dílčí cíl c): Zjistit informovanost o přenosu sexuálně přenosných chorob**

Tomuto dílčímu cíli se věnovala otázka 12, která zjišťovala, zda jsou respondenti informováni o tom, jakým způsobem se přenášejí sexuálně přenosné choroby.

Typy odpovědí a jejich zastoupení se u obou pohlaví podobaly. Jako způsob přenosu sexuálně přenosných chorob uvedlo 90 % žen a 86 % mužů pohlavní styk. Dále 36 % žen a 26 % mužů zmínilo přenos krví. Další zmíněný způsob přenosu, a to přenos slinami, napsalo 6 % žen a 4 % mužů, dále 4 % mužů zmínilo záchodové prkénko. Našli se i tací, kteří uvedli, že nevědí, jak se sexuálně přenosné choroby přenášejí, a to konkrétně 6 % žen a 6 % mužů.

### **Dílčí cíl d): Zjistit informovanost o příznacích a průběhu sexuálně přenosných chorob**

Tímto dílčím cílem se zabíraly otázky 14, 15 a 17, které zjišťovaly, jestli respondenti vědí typické příznaky pro dané sexuálně přenosné choroby a zda jsou informováni o jejich možném průběhu.

V otázce 14 jsme zjišťovali, zda respondenti znají jeden z nejčastějších příznaků kapavky. Správnou odpověď, a to hnisavý výtok z genitálií, uvedlo 92 % žen a 88 % mužů. Nováková ve své diplomové práci z roku 2018 uvedla, že tento hlavní příznak kapavky zná 79,04 % dotázaných.

V otázce 15 nás zajímalo, jestli respondenti vědí první typický příznak choroby syfilis. Překvapilo mě, že velké procento lidí nevědělo, a to konkrétně až 60 % žen a 58 % mužů, správnou odpověď. Vřed na genitáliích uvedlo pouze 18 % žen a 20 % mužů.

V otázce 16 jsme pátrali po tom, zda si respondenti myslí, že sexuálně přenosné choroby mohou vést až ke smrti. Překvapivě v této otázce byla 100% úspěšnost jak u žen, tak i u mužů, kteří uvedli, že sexuálně přenosné choroby ke smrti vést mohou.

### **Dílčí cíl e): Zjistit, kde respondenti získávají informace týkajících se sexuálně přenosných chorob**

Tomuto dílčímu cíli se věnovala otázka 9, která zjišťovala, kde respondenti primárně získávají informace ohledně pohlavních nemocí.

Jak jsme předpokládali, tak respondenti získávali informace o sexuálně přenosných chorobách primárně pomocí internetu. Konkrétně internet zmiňovalo stejný počet žen i mužů, a to přesně 82 %. Zaměstnání uvedlo pouze 6 % mužů a žádná z žen, dále 26 % žen a 20 % mužů napsalo lékaře. Jako další zmínilo 20 % žen a 32 mužů televizi, 20 % žen a 12 % mužů uvedlo jiný zdroj informací. Podobný výsledek získala i Nováková, která v roce 2018 ve své práci uvedla, že nejčastěji zmíněnou odpovědí pro získávání informací je také internet, který má mezi odpověďmi zastoupení 87,3 %.

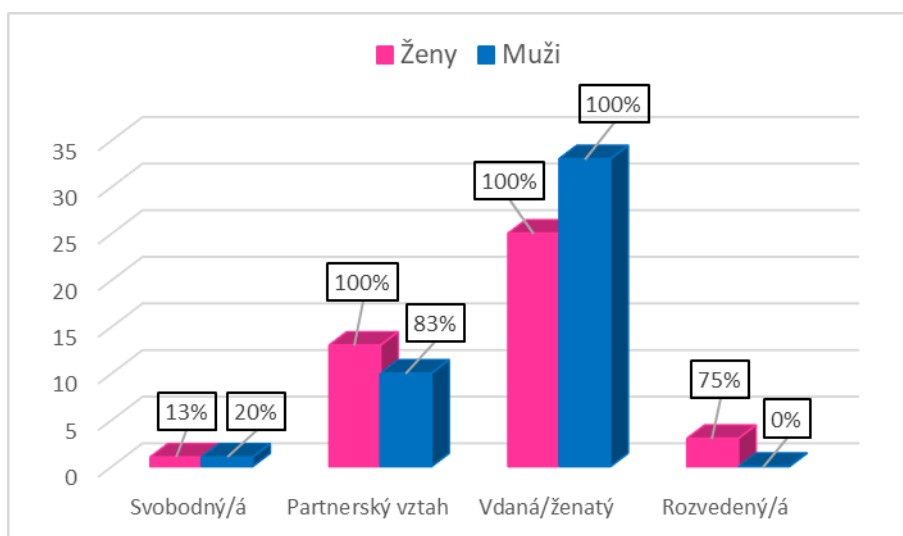
### **Cíl 2: Zjistit vliv vybraných demografických proměnných (pohlaví, rodinný status a nejvyšší dosažené vzdělání) na rizikové chování dospělé populace a na využití preventivních opatření**

V rámci dotazníkového šetření se druhého cíle týkaly otázky 5, 6, 8, 10 a 16. Pomocí těchto otázek jsme se snažili zjistit, zda vybrané demografické proměnné mají vliv na rizikové chování dospělé populace a na využití preventivních opatření. Konkrétně nás zajímal vliv pohlaví, rodinného statusu a nejvyššího dosaženého vzdělání. Vzhledem k tomu, že celá empirická část je zpracovaná zvlášť na muže a ženy, tak v tomto cíli porovnáváme výsledky už pouze dle rodinného statusu a nejvyššího dosaženého vzdělání.

### **Dílčí cíl a): Porovnat rizikové chování a využití preventivních opatření respondentů dle rodinného statusu**

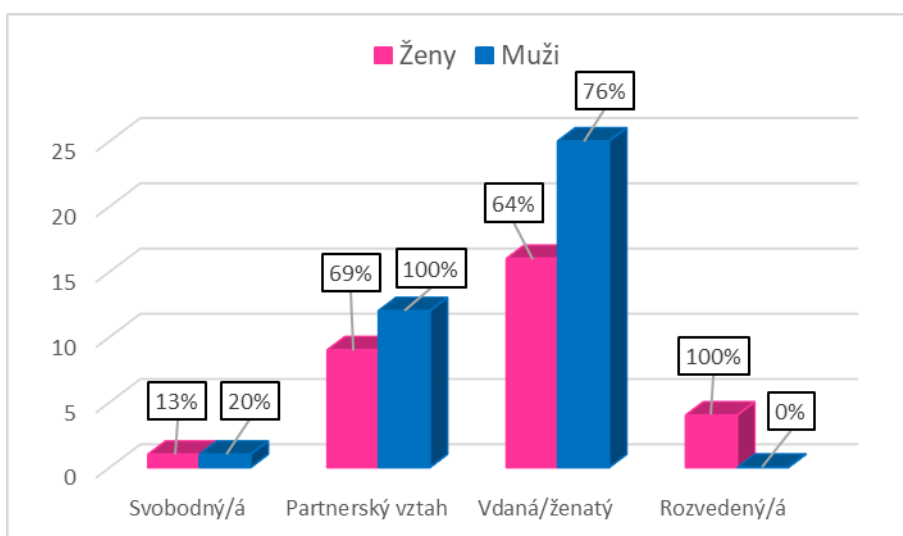
Rizikového chování se týkala otázka 5, pomocí které jsme se snažili zjistit, zda mají respondenti stálého/ou partnera/ku, jelikož časté střídání partnerů je součástí rizikového chování jedince. Stálého/ou partnera/ku má 13 % svobodných žen, 100 % žen v partnerském vztahu, 100 % vdaných žen a 75 % rozvedených žen. Co se týče mužů, tak stálého/ou partnera/ku má 20 % svobodných mužů, 83 % mužů v partnerském vztahu, 100 % ženatých mužů a zastoupení rozvedených mužů je v dotazníkovém šetření nulové. Dle výsledků této otázky jsou nejrizikovější svobodné ženy.

Graf 24 – Stálý/á partner/ka – rodinný status



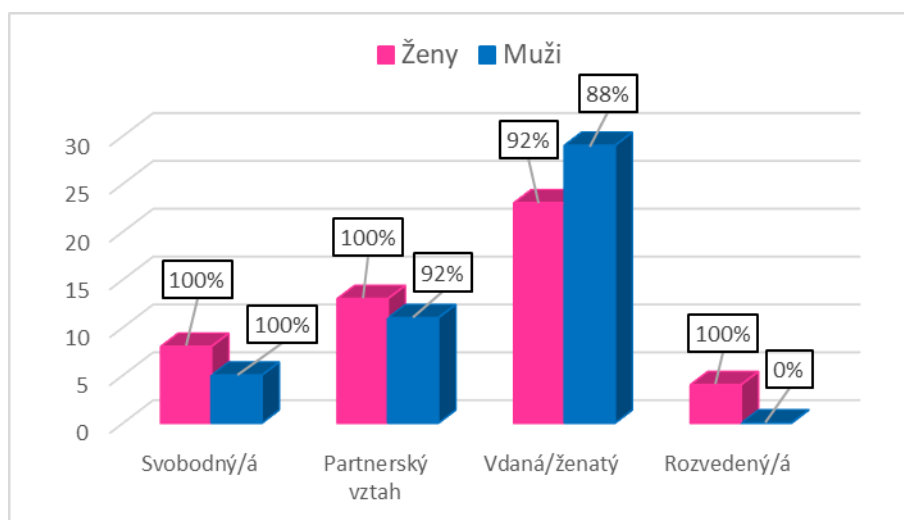
V otázce 6 nás zajímalo, jestli se respondenti chrání při pohlavním styku, vzhledem k tomu, že pohlavní styk bez ochrany je rizikový pro přenos sexuálně přenosných chorob. Ochranu při pohlavním styku nepoužívá 13 % svobodných žen, 69 % žen v partnerském vztahu, 64 % vdaných žen a 100 % rozvedených žen. Co se týče mužů, tak ochranu při pohlavním styku nepoužívá 20 % svobodných mužů, 100 % mužů v partnerském vztahu, 76 % ženatých mužů a zastoupení rozvedených mužů je v dotazníkovém šetření nulové. Dle výsledků této otázky nejméně používají ochranu při pohlavním styku svobodné ženy.

Graf 25 – Ochrana – rodinný status



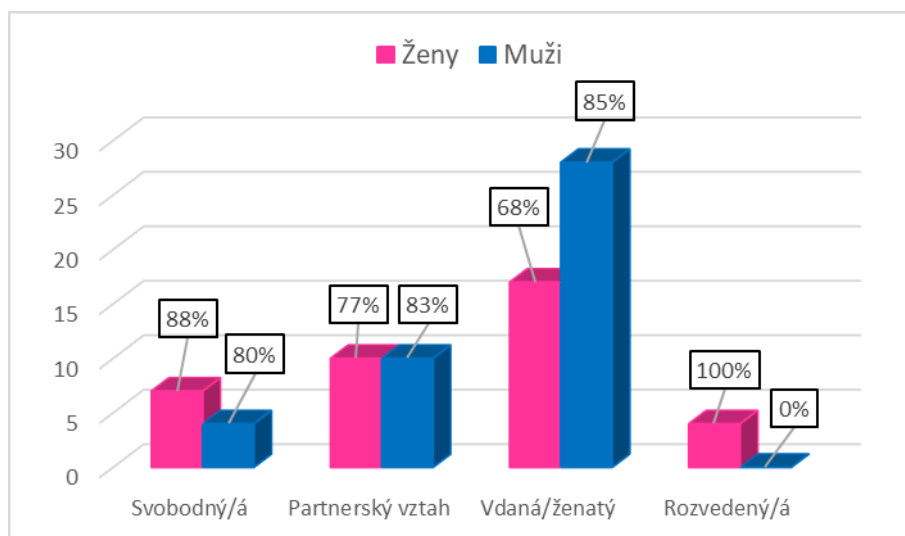
Otázkou 8 jsme zjišťovali, zda respondenti vědí, že jedinou účinnou ochranou před pohlavními nemocemi je kondom. Tato otázka je součástí preventivního opatření jedince. Správnou odpověď volilo 100 % svobodných žen, 100 % žen v partnerském vztahu, 92 % vdaných žen a 100 % rozvedených žen. Co se týče mužů, tak správnou odpověď volilo 100 % svobodných mužů, 92 % mužů v partnerském vztahu, 88 % ženatých mužů a zastoupení rozvedených mužů je v dotazníkovém šetření nulové. Dle výsledků této otázky jsou v rámci prevence nejméně informovaní ženatí muži.

Graf 26 – Typ ochrany – rodinný status



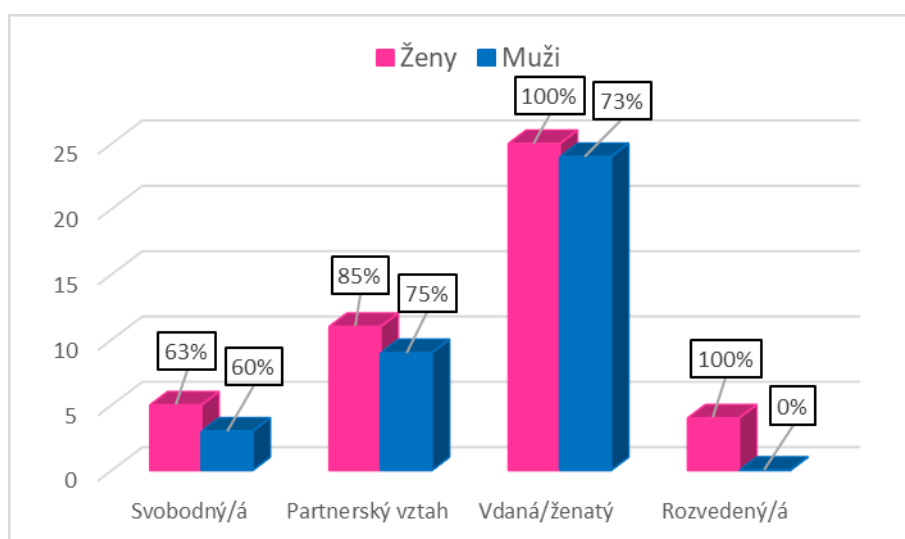
Pomocí otázky 10 jsme se snažili zjistit, jestli respondenti tuší, že je povinnost nahlásit všechny své sexuální partnery/ky v případě zjištění nákazy chorobou syfilis. Správně odpovědělo 88 % svobodných žen, 77 % žen v partnerském vztahu, 68 % vdaných žen a 100 % rozvedených žen. Co se týče mužů, tak správně odpovědělo 80 % svobodných mužů, 83 % mužů v partnerském vztahu, 85 % ženatých mužů a zastoupení rozvedených mužů je v dotazníkovém šetření nulové. Dle výsledků této otázky jsou v rámci prevence nejméně informované vdané ženy.

Graf 27 – Hlášení – rodinný status



V rámci otázky 16 nás zajímalo, zda respondenti vědí, že je možnost očkování proti HPV. Očkování je jednoznačně součástí preventivního opatření. Správnou odpověď vybralo 63 % svobodných žen, 85 % žen v partnerském vztahu, 100 % vdaných žen a 100 % rozvedených žen. Co se týče mužů, tak správnou odpověď vybralo 60 % svobodných mužů, 75 % mužů v partnerském vztahu, 73 % ženatých mužů a zastoupení rozvedených mužů je v dotazníkovém šetření nulové. Dle výsledků této otázky jsou v rámci prevence nejméně informovaní svobodní muži.

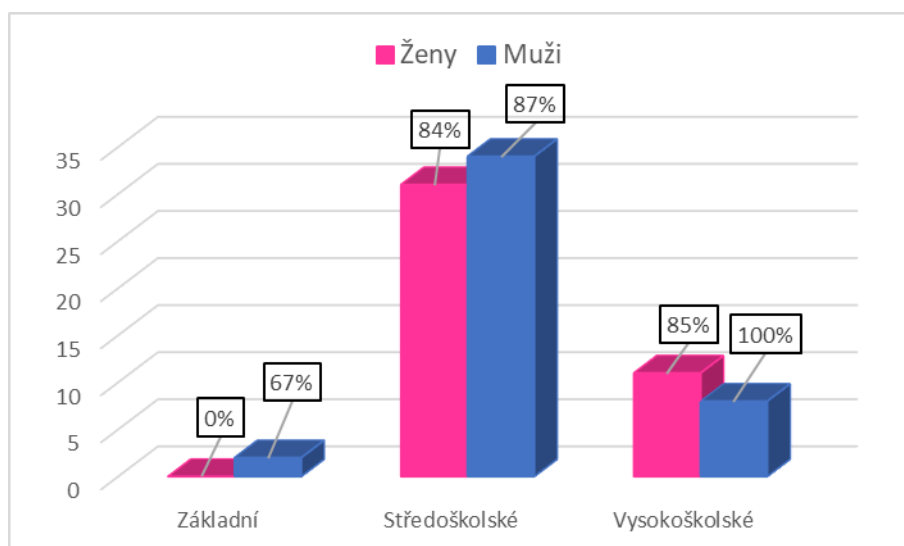
Graf 28 – Očkování – rodinný status



## Dílčí cíl b): Porovnat rizikové chování a využití preventivních opatření respondentů dle nejvyššího dosaženého vzdělání

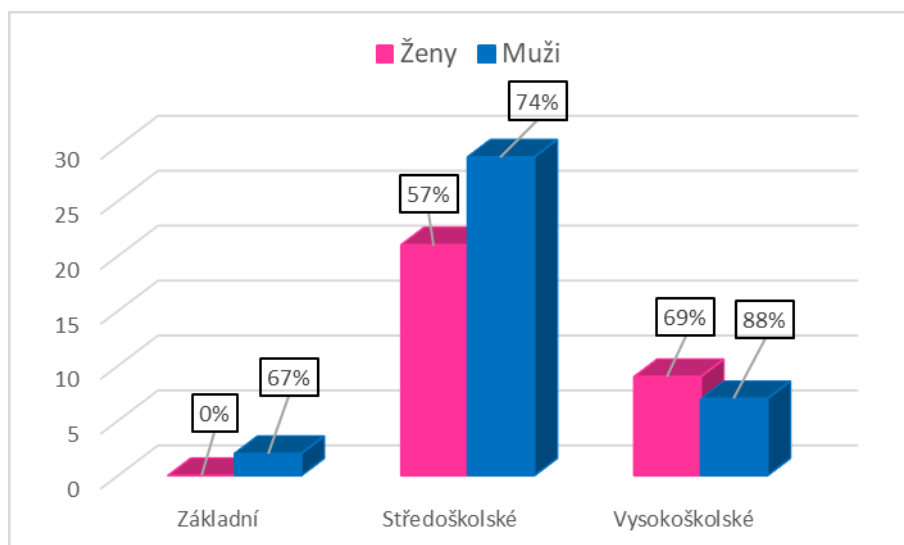
Pomocí otázky 5 jsme se snažili zjistit, zda mají respondenti stálého/ou partnera/ku, jelikož časté střídání partnerů je součástí rizikového chování jedince. Stálého/ou partnera/ku má 84 % žen se středoškolským vzděláním, 85 % žen s vysokoškolským vzděláním a zastoupení žen se základním vzděláním je v dotazníkovém šetření nulové. Co se týče mužů, tak stálého/ou partnera/ku má 67 % mužů se základním vzděláním, 87 % mužů se středoškolským vzděláním a 100 % mužů s vysokoškolským vzděláním. Dle výsledků této otázky jsou nejrizikovější muži se základním vzděláním.

Graf 29 – Stálý/á partner/ka – vzdělání



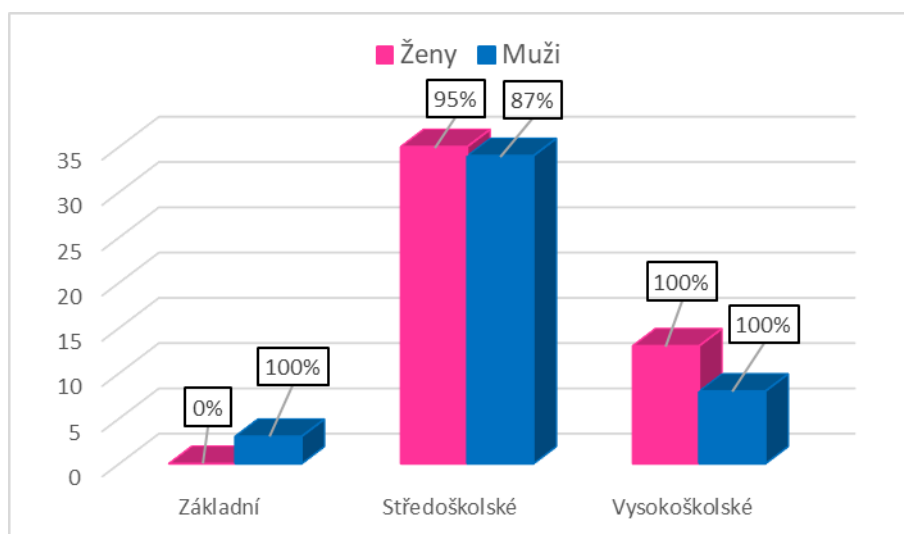
V otázce 6 nás zajímalo, jestli se respondenti chrání při pohlavním styku, vzhledem k tomu, že pohlavní styk bez ochrany je rizikový pro přenos sexuálně přenosných chorob. Ochranu při pohlavním styku nepoužívá 57 % žen se středoškolským vzděláním, 69 % žen s vysokoškolským vzděláním a zastoupení žen se základním vzděláním je v dotazníkovém šetření nulové. Co se týče mužů, tak ochranu při pohlavním styku nepoužívá 67 % mužů se základním vzděláním, 74 % mužů se středoškolským vzděláním a 88 % mužů s vysokoškolským vzděláním. Dle výsledků této otázky nejméně používají ochranu při pohlavním styku ženy se středoškolským vzděláním.

Graf 30 – Ochrana – vzdělání



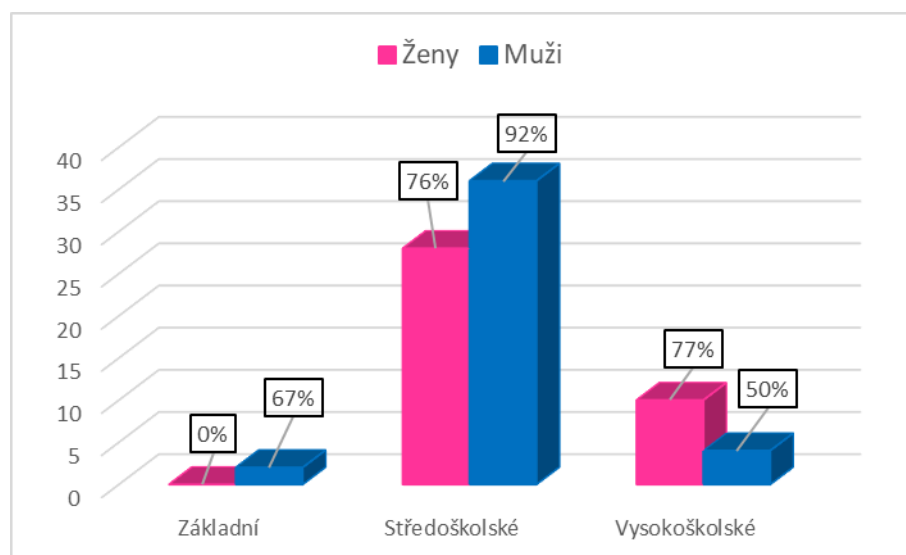
Otázkou 8 jsme zjišťovali, zda respondenti vědí, že jedinou účinnou ochranou před pohlavními nemocemi je kondom. Tato otázka je součástí preventivního opatření jedince. Správnou odpověď volilo 95 % žen se středoškolským vzděláním, 100 % žen s vysokoškolským vzděláním a zastoupení žen se základním vzděláním je v dotazníkovém šetření nulové. Co se týče mužů, tak správnou odpověď 100 % mužů se základním vzděláním, 87 % mužů se středoškolským vzděláním a 100 % mužů s vysokoškolským vzděláním. Dle výsledků této otázky jsou v rámci prevence nejméně informovaní muži se středoškolským vzděláním.

Graf 31 – Typ ochrany – vzdělání



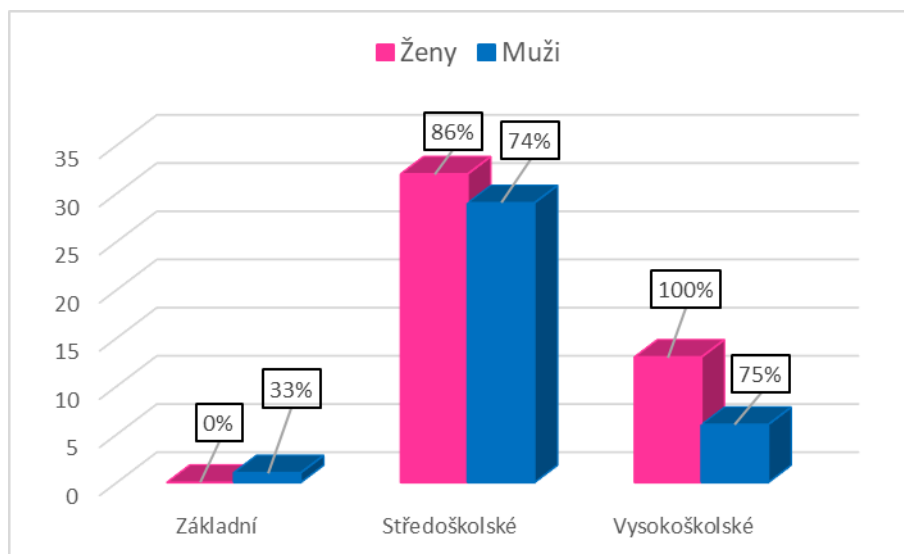
Pomocí otázky 10 jsme se snažili zjistit, jestli respondenti tuší, že je povinnost nahlásit všechny své sexuální partnery/ky v případě zjištění nákazy chorobou syfilis. Správně odpovědělo 76 % žen se středoškolským vzděláním, 77 % žen s vysokoškolským vzděláním a zastoupení žen se základním vzděláním je v dotazníkovém šetření nulové. Co se týče mužů, tak správně odpovědělo 67 % mužů se základním vzděláním, 92 % mužů se středoškolským vzděláním a 50 % mužů s vysokoškolským vzděláním. Dle výsledků této otázky jsou v rámci prevence nejméně informovaní muži s vysokoškolským vzděláním.

Graf 32 – Hlášení – vzdělání



V rámci otázky 16 nás zajímalo, zda respondenti vědí, že je možnost očkování proti HPV. Očkování je jednoznačně součástí preventivního opatření. Správnou odpověď vybralo 86 % žen se středoškolským vzděláním, 100 % žen s vysokoškolským vzděláním a zastoupení žen se základním vzděláním je v dotazníkovém šetření nulové. Co se týče mužů, tak správně odpovědělo 33 % mužů se základním vzděláním, 74 % mužů se středoškolským vzděláním a 75 % mužů s vysokoškolským vzděláním. Dle výsledků této otázky jsou v rámci prevence nejméně informovaní muži se základním vzděláním.

Graf 33 – Očkování – vzdělání



### **Cíl 3: S oporou o výsledky vytvořit informační leták v rámci preventivních opatření ohledně sexuálně přenosných chorob**

Třetího cíle se týkaly otázky 19 a 20. Pomocí těchto otázek jsme se snažili zjistit, zda mají respondenti zájem o více informací k tomuto tématu a případně jakou formu by získání informací preferovali.

V otázce 19 nás zajímalo, jestli respondenti stojí o získání více informací o pohlavně přenosných chorobách. Větší zájem jevíly ženy, a to 48 % žen. Muži měli 26% zájem.

Otázkou 20 jsme od respondentů, kteří jevíli zájem o získání více informací zjišťovali, jakou formu edukace by preferovali. Nejžádanější volbou byl informační leták. Tuto možnost vybralo 50 % žen a 62 % mužů.

Informační leták je uveden v příloze 4.

## Závěr

Tato bakalářská práce se zabírala problematikou *Informovanost veřejnosti o sexuálně přenosných chorobách*. Práce je rozdělena do dvou částí, a to teoretické a empirické.

Teoretická část je rozvržena do třech hlavních kapitol. První kapitola se věnovala sexuálně přenosným chorobám a konkrétním pojmům, a to historii, prevenci, zdravotní gramotnosti, rizikovým faktorům a skupinám. Dále také komplikacím a následkům sexuálně přenosných chorob. Druhá kapitola se zabývala vybranými sexuálně přenosnými chorobami, přesněji jejich etiologií, symptomatologií, diagnostikou a léčbou. Třetí kapitola pojednávala o mladé a střední dospělosti, konkrétně se zabírala tělesnými a psychosociálními změnami těchto období.

Empirická část vycházela z výzkumného šetření, které proběhlo formou nestandardizovaného dotazníku mnou vytvořeného, jenž se skládal z 20 otázek. Dotazníkového šetření se účastnilo celkem 100 respondentů (100 %), přesněji 50 žen (50 %) a 50 mužů (50 %). Šetření probíhalo ve dvou typech ambulantních zařízení. Prvním zařízením byla ordinace praktického lékaře, kde byly dotazníky rozdávány pouze mužům. Druhým zařízením byla gynekologická ambulance, kde byl dotazník distribuován ženám.

Hlavními cíli výzkumného šetření bylo zjistit úroveň informovanosti dospělých osob o sexuálně přenosných chorobách a zjistit vliv vybraných demografických proměnných (pohlaví, rodinný status a nejvyšší dosažené vzdělání) na rizikové chování dospělé populace a na využití preventivních opatření. Pomocí dílčích cílů jsme chtěli zjistit postoj a rizikové chování respondentů ohledně sexuálně přenosných chorob, informovanost o prevenci, přenosu a příznacích sexuálně přenosných chorob, a také kde respondenti získávají informace týkající se vybraných chorob. Stanovené cíle byly splněny.

Z výsledků vyplývá, že naprostá většina respondentů má stálého/ou partnera/ku, přičemž tento podíl je mírně vyšší u mužů. Přestože však většina mužů i žen uvádí stálý vztah, míra používání ochrany při pohlavním styku je nízká, výrazně nižší u mužů než u žen. Většina těch, kteří se nechrání, zároveň žije ve stálém vztahu, což může svědčit o nižším subjektivním vnímání rizika pohlavně přenosných nemocí v rámci těchto vztahů. Tento postoj však může být rizikový, zejména v případě nestálých nebo nových partnerských vztahů. Dále z výsledků vyplývá, že jsou respondenti poměrně dobře informováni o prevenci sexuálně přenosných

chorob, zejména o účinnosti kondomu, kde vysoké procento dotázaných správně uvedlo, že jedinou účinnou ochranou proti těmto chorobám je používání kondomu, a to konkrétně 96 % žen a 90 % mužů. Dále také o povinnosti hlásit všechny své sexuální partnery při nákaze syfilis. Jako další bylo zjištěno, že povědomí o očkování proti HPV se ve srovnání s výsledky z minulých let výrazně zlepšilo, což lze přičíst kvalitnější osvětě a lepší dostupnosti vakcíny. Co se týče přenosu sexuálně přenosných chorob, tak většina respondentů správně uvedla pohlavní styk jako hlavní způsob přenosu. Přibližně 6 % dotázaných nevědělo, jak se tyto choroby přenášejí, což poukazuje na prostor pro další zlepšení informovanosti. Většina respondentů správně identifikovala příznaky kapavky, avšak znalost typického příznaku syfilis byla velmi nízká, správnou odpověď uvedlo pouze 18 % žen a 20 % mužů. Naopak všichni dotázaní si byli vědomi, že sexuálně přenosné choroby mohou mít závažný průběh a vést až ke smrti, což poukazuje na obecné povědomí o jejich závažnosti, ale také na nedostatky v konkrétních znalostech symptomů. Co nás nepřekvapilo je to, že respondenti získávají informace o sexuálně přenosných chorobách nejčastěji z internetu, což potvrdilo 82 % žen i mužů. Z výsledků dále vyplývá, že rodinný status má vliv na rizikové chování i informovanost respondentů. Nejrizikovější skupinou z hlediska střídání partnerů a nízkého používání ochrany při pohlavním styku jsou svobodné ženy. Naopak nejméně informováni v oblasti prevence jsou ženatí muži, kteří neprokazují dostatek znalosti o ochraně kondomem a svobodní muži, kteří poukazují na nízké povědomí o očkování proti HPV. Výsledky také ukazují, že informovanost se obecně zvyšuje u žen s vyšší mírou životní zkušenosti, konkrétně u vdaných a rozvedených žen. Dále z výsledků lze vyčíst, že vzdělání má významný vliv na rizikové chování a informovanost respondentů v oblasti sexuálně přenosných chorob. Nejrizikovější skupinou jsou muži se základním vzděláním, kteří nejméně často uvádějí stálého partnera a mají nízké povědomí o prevenci, zejména o očkování proti HPV. Naopak ženy s vysokoškolským vzděláním jsou v oblasti prevence nejvíce informované. U mužů s vysokoškolským vzděláním se však vyskytly překvapivé mezery ve znalostech, například nízké povědomí o povinnosti hlášení partnerů při nákaze chorobou syfilis.

Na základě výsledku byl vytvořen informační leták jako nejčastěji preferovaná forma edukace v oblasti sexuálně přenosných chorob. O získání více informací projevil větší zájem ženy.

# Abstrakt

<b>Autor:</b>	Tereza Daruová
<b>Instituce:</b>	Ústav nelékařských studií LF UK v Hradci Králové
<b>Název práce:</b>	Informovanost veřejnosti o sexuálně přenosných chorobách
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Eva Vachková, Ph. D.
<b>Počet stran:</b>	98
<b>Počet příloh:</b>	4
<b>Rok obhajoby:</b>	2025
<b>Klíčová slova:</b>	Sexuálně přenosná onemocnění, zdravotní gramotnost, prevence

Bakalářská práce pojednává o míře informovanosti veřejnosti o sexuálně přenosných chorobách.

Teoretická část se věnovala pojmům jako jsou onemocnění přenosná pouze pohlavním stykem, prevence infekce pohlavními chorobami, rizikové chování a zdravotní gramotnost.

Těžiště práce empirické části tvoří kvantitativní průzkumné šetření v podobě nestandardizovaného dotazníku, pomocí kterého jsme se snažili zjistit míru informovanosti o sexuálně přenosných chorobách. Zkoumaný vzorek tvoří pacienti v aktivní produktivním věku, kteří přicházeli na preventivní prohlídku ke svému praktickému lékaři či gynekologovi.

# Abstract

<b>Author:</b>	Tereza Daruová
<b>Institution:</b>	Charles University in Prague, Faculty of Medicine in Hradec Králové, Department of Non-medical Studies
<b>Title:</b>	Public awareness of sexually transmitted diseases
<b>Supervisor:</b>	Mgr. Eva Vachková, Ph.D.
<b>Number of pages:</b>	98
<b>Number of attachments:</b>	4
<b>Year of defense:</b>	2025
<b>Keywords:</b>	Sexually transmitted diseases, health literacy, prevention

The bachelor thesis focuses on the level of public awareness regarding sexually transmitted diseases.

The theoretical part deals with key concepts such as sexually transmitted infections, prevention of sexually transmitted diseases, risky sexual behavior, and health literacy.

The core of the empirical part consists of quantitative research conducted through a non-standardized questionnaire. The aim of the survey was to determine the level of awareness about sexually transmitted diseases. The research sample included patients of working age who visited their general practitioner or gynecologist for a preventive check-up.

## Seznam použité literatury

BLATNÝ, Marek. *Psychologie celoživotního vývoje*. Karolinum, 2016. ISBN 978-80-246-3462-3.

ČELEDOVÁ, Libuše a ČEVELA, Rostislav. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3213-8.

DUBOVÁ, Olga a ZIKÁN, Michal. *Praktické repetitorium gynekologie a porodnictví*. 2. vydání. Praha: Maxdorf, 2022. ISBN 978-80-7345-716-7.

HAMPLOVÁ, Lidmila. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-0568-7.

HAMPLOVÁ, Lidmila. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-247-5562-5.

HELUS, Zdeněk. *Úvod do psychologie*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2985-5.

CHOCENSKÁ, Lucie. *Informovanost veřejnosti o problematice pohlavně přenosných chorob*. Online, Bakalářská práce, vedoucí PhDr. Lenka Görnerová PhD. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, 2016. Dostupné z: <https://is.vspj.cz/bp/get-bp/student/47869/thema/6356>. [cit. 2025-04-21].

KOLIBA, Peter; WEISS, Petr; NĚMEC, Martin a DIBONOVÁ, Markéta. *Sexuální výchova*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-2039-0.

MAŠATA, Jaromír a kolektiv. *Infekce v gynekologii*. 3. rozšířené vydání. Praha: Maxdorf, 2017. ISBN 978-80-7345-531-6.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Implementační plán 1.2 Prevence nemocí, podpora a ochrana zdraví*. Online. In: Ministerstvo zdravotnictví České republiky. 2019-2020. Dostupné z: [https://www.google.com/url?client=internal-element-cse&cx=b631493ef79544c36&q=https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2020/08/IP-1.2.-PO-VYPO%25C5%2598%25C3%2581D%25C3%2581N%25C3%258D.docx&sa=U&ved=2ahUKEwjzok4oNqJAxWH8LsIHWG0LscQFnoECAsQAQ&usg=AOvVaw0cZJyE4na\\_8D\\_3wsjDV3-](https://www.google.com/url?client=internal-element-cse&cx=b631493ef79544c36&q=https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2020/08/IP-1.2.-PO-VYPO%25C5%2598%25C3%2581D%25C3%2581N%25C3%258D.docx&sa=U&ved=2ahUKEwjzok4oNqJAxWH8LsIHWG0LscQFnoECAsQAQ&usg=AOvVaw0cZJyE4na_8D_3wsjDV3-). [cit. 2024-11-13].

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Národní program řešení problematiky HIV/AIDS v ČR na období 2023–2027*. Online. In: Ministerstvo zdravotnictví České republiky. 2023. Dostupné z: [https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2023/05/NP\\_HIV\\_AIDS-2023-2027.pdf](https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2023/05/NP_HIV_AIDS-2023-2027.pdf). [cit. 2024-12-19].

NÁRODNÍ SCREENINGOVÉ CENTRUM. *Rozšíření hrazené vakcinace a testování na HPV od 1. ledna 2024*. Online. In: Cervix. 2024. Dostupné z: <https://www.cervix.cz/news-detail/cs/232-rozsireni-hrazene-vakcinace-a-testovani-na-hpv-od-1-ledna-2024/>. [cit. 2025-04-28].

NOVÁKOVÁ, Eva. *Sexuálně přenosné choroby a jejich prevence*. Online, Diplomová práce, vedoucí PhDr. Jana Horová. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2018. Dostupné z: <https://naos-be.zcu.cz/server/api/core/bitstreams/bcdee661-cab1-4b9e-a646-fe1157de0435/content>. [cit. 2025-04-21].

PILKA, Radovan a kolektiv. *Gynekologie*. 2. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf, 2022. ISBN 978-80-7345-743-3.

SLEZÁKOVÁ, Lenka a kolektiv. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0214-3.

STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. *Infekce lidskými papilomaviry (HPV)*. Online. In: Národní zdravotnický informační portál. 2024, 4. 2. 2024. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/52-infekce-lidskymi-papillomaviry-hpv>. [cit. 2024-12-13].

STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. *Kapavka (gonorea)*. Online. In: Národní zdravotnický informační portál. 2024. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/1894-kapavka>. [cit. 2024-12-09].

STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. *Syfilis (příjice)*. Online. In: Národní zdravotnický informační portál. 2024, 29. 2. 2024. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/1862-syfilis-prijice>. [cit. 2024-11-28].

STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. *Virová hepatitida B (žloutenka typu B)*. Online. In: Národní zdravotnický informační portál. 2024. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/50-zloutenka-hepatitida-typu-b>. [cit. 2024-12-13].

STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. *Výroční zpráva o výskytu a šíření HIV/AIDS v ČR v roce 2022*. Online. In: Státní zdravotní ústav. 2023. Dostupné z: <https://szu.gov.cz/wp-content/uploads/2023/11/Vyrocnizprava-o-vyskytu-a-sireni-HIV-AIDS-v-CR-v-roce-2022.pdf>. [cit. 2024-12-19].

THOROVÁ, Kateřina. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0714-6.

ÚSTAV PRO ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST, Z.Ú. *Zdravotní gramotnost*. Online. In: Národní zdravotnický informační portál. 2024. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/226-zdravotni-gramotnost>. [cit. 2024-11-13].

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.

VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY. *Očkování proti HPV*. Online. In: Všeobecná zdravotní pojišťovna České Republiky. 2024. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/tiskove-centrum/otazky-tydne/ockovani-proti-hpv>. [cit. 2025-04-28].

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Gonorrhoea (Neisseria gonorrhoeae infection)*. Online. In: World Health Organization. 4 July 2024. Dostupné z: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/gonorrhoea-\(neisseria-gonorrhoeae-infection\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/gonorrhoea-(neisseria-gonorrhoeae-infection)). [cit. 2024-12-09].

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Hepatitis B*. Online. In: World Health Organization. 9 April 2024. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>. [cit. 2024-12-13].

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Herpes simplex virus*. Online. In: World Health Organization. 2024, 11 December 2024. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/herpes-simplex-virus>. [cit. 2024-12-16].

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *HIV and AIDS*. Online. In: World Health Organization. 2024, 22 July 2024. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>. [cit. 2024-12-19].

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Human papillomavirus and cancer*. Online. In: World Health Organization. 2024, 5 March 2024. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papilloma-virus-and-cancer>. [cit. 2024-12-13].

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Chlamydia*. Online. In: World Health Organization. 2024, 21 November 2024. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chlamydia>. [cit. 2024-12-15].

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Trichomoniasis*. Online. In: World Health Organization. 2024, 25 November 2024. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/trichomoniasis>. [cit. 2024-12-17].

ZÁHUMENSKÝ, Jozef; JILICH, David a VAŇOUSOVÁ, Daniela. *Základy moderní venerologie*. Praha: Maxdorf, 2015. ISBN 978-80-7345-429-6.

## Seznam zkratk

AIDS – Acquired Immune Deficiency Syndrome – syndrom získané imunodeficiencie

ALT – alaninaminotransferáza

AST – aspartátaminotransferáza

ATP – adenosintrifosfát

CNS – centrální nervový systém

DNA – deoxyribonukleová kyselina

ELISA – Enzyme Linked Imunno Sorbent Assay

HIV – Human Immunodeficiency Virus – virus lidské imunodeficiencie

HPV – Human Papilloma Virus – lidský papilomavirus

HPV-HR – Human Papilloma Virus – High Risk

HPV-LR – Human Papilloma Virus – Low Risk

HSV – Herpes Simplex Virus

PCR – polymerázová řetězová reakce

PID – Pelvic Inflammatory Disease – hluboký pánevní zánět

RRR – rychlá reaginová reakce

SLE – systémový lupus erythematodes

TPHA – Treponema hemaglutinační test

TPI – Treponema imobilizační test

VLDR – Venereal Disease Research Laboratory test

WHO – World Health Organization – Světová zdravotnická organizace

## Seznam grafů

Graf 1 – Rodinný status .....	42
Graf 2 – Vzdělání.....	43
Graf 3 – Stálý/á partner/ka.....	44
Graf 4 – Ochrana.....	45
Graf 5 – Nechránění – stálý/á partner/ka .....	46
Graf 6 – Sexuálně přenosné choroby – ženy .....	47
Graf 7 – Sexuálně přenosné choroby – muži.....	48
Graf 8 – Možnosti ochrany .....	50
Graf 9 – Ochrana – kondom .....	51
Graf 10 – Zdroj informací.....	52
Graf 11 – Povinnost hlášení .....	54
Graf 12 – Setkání se sexuálně přenosnou chorobou .....	55
Graf 13 – Způsob přenosu – ženy .....	56
Graf 14 – Způsob přenosu – muži .....	57
Graf 15 – Původce onemocnění AIDS.....	58
Graf 16 – Nejčastější příznak kapavky .....	59
Graf 17 – Typický příznak choroby syfilis – ženy.....	60
Graf 18 – Typický příznak choroby syfilis – muži .....	61
Graf 19 – Možnost očkování .....	62
Graf 20 – Smrt .....	63
Graf 21 – Mluvení o sexuálně přenosných chorobách .....	64
Graf 22 – Zájem o informace.....	65
Graf 23 – Forma získání informací.....	66
Graf 24 – Stálý/á partner/ka – rodinný status .....	71
Graf 25 – Ochrana – rodinný status .....	71
Graf 26 – Typ ochrany – rodinný status.....	72
Graf 27 – Hlášení – rodinný status .....	73
Graf 28 – Očkování – rodinný status .....	73
Graf 29 – Stálý/á partner/ka – vzdělání .....	74
Graf 30 – Ochrana – vzdělání .....	75
Graf 31 – Typ ochrany – vzdělání.....	75

Graf 32 – Hlášení – vzdělání .....	76
Graf 33 – Očkování – vzdělání .....	77

## Seznam tabulek

Tabulka 1 – Pohlaví .....	40
Tabulka 2 – Věk .....	41
Tabulka 3 – Rodinný status .....	42
Tabulka 4 – Sexuálně přenosné choroby – ženy .....	47
Tabulka 5 – Sexuálně přenosné choroby – muži .....	48
Tabulka 6 – Možnosti ochrany .....	50
Tabulka 7 – Zdroj informací .....	52
Tabulka 8 – Typický příznak choroby syfilis – ženy .....	60
Tabulka 9 – Typický příznak choroby syfilis – muži .....	61

## Seznam příloh

Příloha 1 – Dotazník .....	92
Příloha 2 – Povolení k výzkumnému šetření v ordinaci praktického lékaře .....	96
Příloha 3 – Povolení k výzkumnému šetření v gynekologické ambulanci .....	97
Příloha 4 – Informační leták .....	98

# Přílohy

## *Příloha 1 – Dotazník*

Jmenuji se Tereza Daruová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu Všeobecné ošetřovatelství na Univerzitě Karlově, Lékařské fakultě v Hradci Králové. Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění mého dotazníku, který slouží jako podklad pro bakalářskou práci s názvem „Informovanost veřejnosti o sexuálně přenosných chorobách“. Získaná data budou použita pouze za účelem zpracování empirické části práce.

Prosím Vás tedy o co nejpřesnější a nejpravdivější vyplnění dotazníku. Dotazník je dobrovolný a anonymní.

Správné odpovědi označte, u otevřené otázky, odpověď, prosím, vypište.

Předem děkuji za vyplnění a spolupráci.

Otázka č. 1: Jaké je vaše pohlaví?

- Žena
- Muž

Otázka č. 2: Kolik Vám je let?

.....

Otázka č. 3: Váš rodinný status?

- Svobodný/á
- Partnerský vztah
- Vdaná/ženatý
- Rozvedený/á

Otázka č. 4: Vaše dosažené vzdělání?

- Základní
- Středoškolské

- Vysokoškolské

Otázka č. 5: Máte stálého/ou partnera/ku?

- Ano
- Ne

Otázka č. 6: Chráníte se při pohlavním styku?

- Ano
- Ne

Otázka č. 7: Jaké znáte sexuálně přenosné choroby? (napište odpověď)

.....

Otázka č. 8: Vyberte možnost(i) ochrany před pohlavními nemocemi:

- Přerušovaná soulož
- Kondom
- Hormonální antikoncepce
- Nitroděložní tělísko

Otázka č. 9: Kde primárně získáváte informace týkající se pohlavních nemocí?

- Zaměstnání
- Lékař
- Internet
- Televize
- Jiné

Otázka č. 10: Je povinnost nahlásit všechny své sexuální partnery/partnerky, v případě zjištění nákazy chorobou syfilis?

- Ano
- Ne
- Nevím

Otázka č. 11: Setkal/a jste se ve svém okolí či u sebe se sexuálně přenosnou chorobou?

- Ano
- Ne

Otázka č. 12: Jakým způsobem se přenášejí sexuálně přenosné choroby? (napište odpověď)

.....

Otázka č. 13: Kdo je původcem onemocnění AIDS?

- Bakterie
- Virus
- Kvasinka
- Parazit

Otázka č. 14: Zaškrtněte jeden z nejčastějších příznaků kapavky:

- Výtok z konečníku
- Hnisavý výtok z genitálií
- Vyrážka na zádech
- Kašel

Otázka č. 15: Napište první typický příznak choroby syfilis:

.....

Otázka č. 16: Vyberte jednu chorobu, proti které se již můžeme očkovat?

- AIDS
- Syfilis
- Kapavka
- HPV (lidský papilomavirus)

Otázka č. 17: Mohou vést pohlavní choroby až ke smrti?

- Ano
- Ne

Otázka č. 18: Myslíte si, že se málo mluví o sexuálně přenosných chorobách?

- Ano
- Ne

Otázka č. 19: Máte zájem o získání více informací o pohlavně přenosných chorobách?

- Ano
- Ne

Otázka č. 20: Pokud ano, jakou formou byste preferoval/a získání informací?

- Seminář/workshop
- Přednáška
- Informační leták

*Příloha 2 – Povolení k výzkumnému šetření v ordinaci praktického lékaře*

Vážený pan  
MUDr. Radoslav Svoboda  
Všeobecný praktický lékař  
Zámecká 258, 538 42 Ronov nad Doubravou

V Ronově nad Doubravou dne 31. 10. 2024

**Žádost o povolení výzkumného šetření v ordinaci praktického lékaře.**

Vážený pane doktore,

dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření ve Vaší ordinaci, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studentky Terezy Daruové, narozené 6. 3. 2003, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Všeobecné ošetřovatelství, prezenční formy na Lékařské fakultě v Hradci Králové Univerzita Karlova.

Cílem této práce je zjistit informovanost a postoj dospělých osob k pohlavnímu onemocnění, k jejich prevenci a znalosti přenosu a rizikového chování. Přínosem této práce je zvýšení informovanosti dospělých osob.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku, který je přiložen k žádosti.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Evy Vachkové Ph.D., přednostky Ústavu nelékařských studií.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí

S pozdravem

Tereza Daruová  
Na Louce 540, 538 42 Ronov nad Doubravou

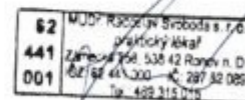
Mgr. Eva Vachková Ph.D.  
Ústav nelékařských studií, Šimkova 870,  
500 03 Hradec Králové, Tel. 495 816 416

Vyjádření vedení instituce:

Souhlasím  
 Nesouhlasím

Datum: - 8 - 11 - 2024

Podpis a razítko



*Příloha 3 – Povolení k výzkumnému šetření v gynekologické ambulanci*

Vážený pan  
MUDr. Ctibor Provazník  
Gynekolog  
Lichnická 512, 538 43 Třemošnice

V Ronově nad Doubravou dne 31. 10. 2024

**Žádost o povolení výzkumného šetření v gynekologické ambulanci.**

Vážený pane doktore,

dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření ve Vaší ambulanci, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studentky Terezy Daruové, narozené 6. 3. 2003, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Všeobecné ošetřovatelství, prezenční formy na Lékařské fakultě v Hradci Králové Univerzita Karlova.

Cílem této práce je zjistit informovanost a postoj dospělých osob k pohlavním nemocem, k jejich prevenci a znalosti přenosu a rizikového chování. Přínosem této práce je zvýšení informovanosti dospělých osob.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku, který je přiložen k žádosti.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Evy Vachkové Ph.D., přednostky Ústavu nelékařských studií.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí

S pozdravem

Tereza Daruová  
Na Louce 540, 538 42 Ronov nad Doubravou

Mgr. Eva Vachková Ph.D.  
Ústav nelékařských studií, Šimkova 870,  
500 03 Hradec Králové, Tel. 495 816 416

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím  
 Nesouhlasím

Datum: 08.11.2024

62 MUDr. Ctibor Provazník 6202  
419 GYNEKOLOGIE A PORODNICTVÍ  
001 MUDr. Ctibor Provazník 02  
Lichnická 512, 538 43 Třemošnice  
tel.: 739 440 486 - IČ: 267 97 175  
Podpis a razítko

# CHRÁNIT SE VYPLATÍ!

Zdraví je jen jedno. Prevence je základ.

## Co jsou sexuálně přenosné choroby?

Jsou to choroby, které se přenášejí převážně pohlavní stykem - vaginálním, orálním či análním.



### Nejčastější sexuálně přenosné choroby:

- Chlamydie
- Kapavka
- Syfilis
- HIV/AIDS
- Genitální bradavice (HPV)

### Jak se chránit?

- **Používej kondom** - při každém styku
- **Buď věrný/á** - stálý partner snižuje riziko nákazy
- **Chod' na pravidelné prohlídky** - některé infekce probíhají bez příznaků
- **Vyhýbej se rizikovému chování** - nechráněný pohlavní styk, střídání partnerů



**Nemusíš mít ale žádné příznaky - i tak můžeš infekci přenášet dál**

Více informací získáš u praktického lékaře, gynekologa či v centrech podpory sexuálního zdraví.



### Jak poznám, že něco není v pořádku?

- Výtok, pálení, bolest při močení
- Vřídky, pupínky nebo bradavice v intimní oblasti
- Bolesti v podbřišku nebo krvácení mimo menstruační cyklus
- Únava, horečka, zduřelé uzliny

### Kdy vyhledat lékaře?

- Při jakýchkoliv obtížích v intimní oblasti
- Po rizikovém kontaktu
- Před zahájením nového vztahu
- Pravidelně - i bez příznaků

### Proč nezapomínat na prevenci?

- Chráníte sebe i své partnery
- Včasná léčba zabrání komplikacím
- Některé infekce mohou ovlivnit plodnost nebo mít závažné následky