

UNIVERZITA KARLOVA
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2022

MICHAELA ROUBALOVÁ

UNIVERZITA KARLOVA
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
ÚSTAV NELÉKAŘSKÝCH STUDIÍ

**INFORMOVANOST STŘEDOŠKOLSKÝCH
STUDENTŮ O SEXUÁLNĚ PŘENOSNÝCH
CHOROBÁCH**

Bakalářská práce

Autor práce: **Michaela Roubalová**

Vedoucí práce: **Mgr. Jana Matulová**

2022

**CHARLES UNIVERSITY
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ**

**THE AWARENESS OF HIGH SCHOOL
STUDENTS ABOUT SEXUALLY DISEASES**

Bachelor's thesis

Author: **Michaela Roubalová**

Supervisor: **Mgr. Jana Matulová**

2022

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

V Hradci Králové

Michaela Roubalová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat všem, kteří byli nápomocni k vypracování mé bakalářské práce. Děkuji vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Janě Matulové za odborné vedení, konzultace a cenné rady, které mi poskytla v průběhu psaní práce. Zároveň chci poděkovat panu PhDr. Ladislavu Bartůškovi za umožnění provedení části výzkumu na Prvním soukromém jazykovém gymnáziu v Hradci Králové. Také bych chtěla poděkovat všem respondentům za ochotu a čas věnovaný vyplňování dotazníku.

OBSAH

Úvod.....	8
Teoretická část	9
1 Sexuálně přenosné nemoci.....	9
1.1 Historie.....	9
1.2 Diagnostika	9
1.3 Prevence	10
1.4 Rizikové faktory a rizikové skupiny	10
1.5 Rozdělení STD	10
1.6 Vybraná sexuálně přenosná onemocnění	11
1.6.1 Kapavka (Gonorrhoea)	11
1.6.2 Syfilis (Příjice, Lues)	13
1.6.3 Infekce HIV	15
1.6.4 HPV infekce.....	17
1.6.5 Herpes simplex	18
1.6.6 Virová hepatitida typu A (HAV)	19
1.6.7 Virová hepatitida typu C (HCV).....	20
1.6.8 Chlamydie.....	21
1.6.9 Genitální mykoplazmata (mycoplasma genitalium).....	23
1.6.10 Trichomoniáza	23
1.6.11 Ulcus molle (měkký vřed)	25
2 Využití vybraných antikoncepčních metod v prevenci STD	27
2.1 Bariérová mužská antikoncepce – prezervativ, kondom.....	28
3 Adolescence	29
3.1 Rozdělení období dospívání	29
3.2 Biologické změny u dívek.....	29
3.3 Biologické změny u chlapců	30

3.4	Tělesná proměna a její význam.....	30
3.5	Vývoj osobnosti a identity dospívajících	31
3.6	Sexualita jako součást partnerského života.....	31
4	Sexuální výchova.....	32
4.1	Zásady sexuální výchovy	32
4.2	Předávání.....	32
4.3	Sexuální výchova v ČR.....	33
4.4	Specifika u žáků se speciálními vzdělávacími potřebami.....	33
	Empirická část.....	34
5	Cíle výzkumného šetření	34
6	Metodika výzkumu	35
6.1	Charakteristika zkoumaného souboru	35
6.2	Metoda výzkumu a zpracování dat	38
6.3	Organizace výzkumného šetření	38
6.4	Výsledky výzkumu.....	39
7	Diskuze.....	56
	Závěr	62
	Anotace	63
	Annotation	64
	Literatura a prameny	65
	Seznam zkratk a znaků.....	68
	Seznam grafů	70
	Seznam tabulek	71
	Seznam příloh	72
	Přílohy.....	73

ÚVOD

Jako téma své bakalářské práce jsem si zvolila informovanost středoškolských studentů o sexuálně přenosných chorobách. Znají studenti termín pohlavní nemoci? Vědí, jak se mají chránit před jejich přenosem? V kolika letech začínají dívky a chlapci se sexuálním životem? Znají rizika pohlavních chorob? To jsou otázky, které jsem si kladla a chtěla na ně získat odpovědi.

Teoretická část je rozdělena do čtyř kapitol. V první kapitole se seznámíte se sexuálně pohlavními chorobami. V této kapitole naleznete historii, diagnostiku, prevenci, rizikové faktory a osoby, ale i vybraná sexuálně přenosná onemocnění. Ve druhé kapitole seznamujeme s využitím antikoncepčních metod v prevenci proti pohlavním nemocem. Třetí kapitola je věnována adolescentům, jaká je jejich biologická změna, tělesná proměna, vývoj osobnosti. V tomto období je třeba aby měl adolescent dostatek informací a tím se mohou vyhnout rizikovému chování. V poslední kapitole se seznámíte s pojmem sexuální výchova. Koliba ve své publikaci z roku 2019 uvádí, že v současnosti se sexuální výchova v České republice vyučuje napříč mnoha předměty, jak na základní, tak střední škole. Domnívám se ale, že by se děti neměli o sexuální výchově dozvídat pouze ve školách, ale měly by získávat informace i od svých rodičů. Bohužel se většina rodičů vyhýbá této diskuzi.

Praktická část je zaměřena na kvantitativní výzkumnou metodu. Zkoumaná data jsem získala z anonymního dotazníku od respondentů z gymnázia v Hradci Králové. Hlavním cílem naší práce bylo zjistit, do jaké míry středoškolští studenti znají pohlavní choroby a zda se umí před nimi chránit. Dalším hlavním cílem bylo porovnat znalosti respondentů z 1. a 4. ročníku.

TEORETICKÁ ČÁST

1 SEXUÁLNĚ PŘENOSNÉ NEMOCI

Sexuálně přenosné nemoci (*Sexually Transmitted Diseases*, STD) se výhradně šíří díky pohlavnímu kontaktu – tzn. orálním, vaginálním či análním stykem. Při podání krevní transfúze či při přímém kontaktu s infikovanou krví může také dojít nakažení sexuálně přenosnou nemocí.

V současné době incidence STD stoupá. Infekce STD postihují častěji mladší a sexuálně aktivní jedince. Výskyt nově diagnostikovaných STD klesá s vzrůstajícím věkem. Infekce nezasahuje jen pohlavní orgány, ale i např. konečník, ústa, oči. Pokaždé je nutné léčit všechny sexuální partnery (Slezáková, 2017; Koliba, 2019).

1.1 HISTORIE

Historie STD sahá do hluboké minulosti. Zmínky o sexuálně přenosných nemocech můžeme najít ve spisech starých přes 5 tisíc let, v čínských sbírkách či dokonce v Bibli. V minulosti byla na základě klinických příznaků diagnostikována pohlavní nemoc. Je možné, že v minulosti mohla být kapavka a syfilis považována za stejné onemocnění jen s jinými příznaky. Podle Záhumského (2015) byla ve středověku syfilis považována za lepru. Až koncem 19. století se zdařilo prokazovat patogen sexuálně pohlavních nemocí. Na počátku 20. století se díky antibiotikům v některých oblastech podařilo zmírnit či zcela omezit šíření pohlavních nemocí. Další informace o historii vybraných nemocích naleznete v následujících kapitolách. (Nožičková, 1997; Záhumský; 2015)

1.2 DIAGNOSTIKA

Diagnostika sexuálně přenosné nemoci je velmi důležitá. Začíná se anamnézou, kde se zjišťují sexuální kontakty, u žen se poté provede gynekologické vyšetření per vaginam. Mikrobiologické vyšetření zahrnuje výtěr z pochvy, ústí močové trubice, děložního čípku, konečníku či dokonce krku. Sérologické vyšetření krve může například diagnostikovat syfilis, díky reakci s treponemovým antigenem TPHA. Dále umožňuje i diagnostiku HIV, protože v krvi se přibližně jeden měsíc po nákaze objevují protilátky proti HIV. Mezi další vyšetření patří kolposkopie, onkologická cytologie, HPV (Human papillomavirus) test. (Slezáková, 2017; Rogstad, 2011)

1.3 PREVENCE

Nejdůležitější součástí prevence je informovanost neboli primární prevence. Je známo, že informovaní lidé jsou infikováni méně často než lidé, kteří nikdy nebyli poučeni. Očkování, patří k dalšímu preventivnímu opatření. Očkovací vakcíny bohužel existují jen proti některým sexuálním onemocněním. V České republice nalezneme vakcíny proti některým typům HPV, které jsou odpovědné např. za rakovinu děložního čípku, vulvy, konečníku. Vakcíny jsou věkově omezené, ale může se dát naočkovat i dospělá žena či muž. Toto očkování patří do působnosti pediatrů a gynekologů. Cílené vyhledávání (screening) je prováděn u některých skupin, např. u těhotných žen, dárců krve. U těhotných žen se tento screening provádí na začátku těhotenství, aby se zjistilo, zda ony a jejich dítě nejsou nakaženy hepatitidou B, HIV virem či syfilis. U dárců krve probíhá toto testování, aby se onemocnění touto cestou dál nerozšiřovala.

Chráněný pohlavní styk je důležité preventivní opatření. Jak uvádí Dibonová (2019), WHO zakomponovala užití prezervativů jako základ v prevenci přenosu STD. Pouze správné použití prezervativů snižuje riziko nákazy na minimum. (Slezáková, 2017; Koliba, 2019)

1.4 RIZIKOVÉ FAKTORY A RIZIKOVÉ SKUPINY

Individuální přístup, biologické a sociální faktory mají vliv na získání či další přenos sexuálně přenosné choroby. Mezi tyto faktory zahrnujeme věk, přítomnost jiné STD, přítomnost obřízky, nechráněný styk bez použití kondomu, sexuální praktiky a více sexuálních partnerů.

Mezi rizikové skupiny se začleňují osoby, které mají sexuálně přenosnou nemoc v anamnéze, dospívající, homosexuální muži, lidé užívající drogy, pacienti s HIV infekcí, ale i těhotné ženy. Podle Dibonové (2019) se o tyto lidi musíme více starat a nabízet jim pomoc s řešením onemocnění. Do rizikové skupiny můžeme také zařadit samostatně cestující osoby, které mají ve své rodné zemi vysoký počet sexuálních partnerů. Největší risk u cestovatelů je nechráněný pohlavní styk s domorodými obyvateli v rozvojových zemích, kde může být riziko infekce větší než v domovině cestovatele. (Koliba, 2019; Richens, 2006; Rogstad, 2011)

1.5 ROZDĚLENÍ STD

Je několik možností, jak lze STD klasifikovat. Podle původce lze rozdělit sexuálně přenosné nemoci na bakteriální, virové, parazitární atd. Další možností rozdělení pohlavně přenosných nemocí je podle přenosu na infekce šířené téměř výhradně pohlavním stykem a na

infekce šířené převážně pohlavním stykem. Do kategorie infekce šířené téměř výhradně pohlavním stykem řadíme ty STD, které podléhají povinnému epidemiologickému hlášení. Jsou to příjice (syfilis), kapavka, měkký vřed (*ulcus molle*), Lymphogranuloma venereum (označováno jako čtvrtá pohlavní nemoc) a Granuloma inguinale (označováno také jako pátá pohlavní nemoc). Infekce šířené převážně pohlavním stykem nepodléhají povinnému hlášení a patří do nich bakteriální infekce, urogenitální chlamydiové infekce, urogenitální nekapavčité infekce, infekce vyvolané prvoky (např. trichomoniáza), infekce mykotické - urogenitální kandidózy, infekce virové (např. herpes virus, lidský papilomavirus, virus infekční hepatitidy A,B a C, HIV), infekce ektoparazitární a infekce vyvolané L-organismy. Infekce HIV a virus infekční hepatitidy B, C podléhají povinnému hlášení. (Koliba, 2019; Slezáková, 2017)

1.6 VYBRANÁ SEXUÁLNĚ PŘENOSNÁ ONEMOCNĚNÍ

1.6.1 KAPAVKA (GONORRHOEA)

Kapavka je sexuálně přenosné onemocnění způsobené bakterií *Neisseria gonorrhoeae*, vyskytující se na sliznicích urogenitálního traktu, anální oblasti, hltanu a spojivce. Patří mezi sexuálně přenosné nemoci, které se musí povinně hlásit. Kapavka se vyskytuje celosvětově, jejím jediným přenašečem je člověk a je přenášena pohlavním stykem. Inkubační doba u žen je 4-7 dní a u mužů 2-5 dní.

Na základě mikroskopického vyšetření může diagnostikovat kapavku jen zkušený lékař u akutní mužské formy. K průkazu všech ostatních forem se vyžaduje kultivační vyšetření. (Slezáková, 2017; Koliba, 2019; Nožičková, 1997; Mašata, 2004; Resl, 1997)

1.6.1.1 KLINICKÝ OBRAZ

Gonorrhoea je hlavně lokální onemocnění, projevující se akutním zánětem a výtoky. Mezi nejčastější příznaky patří pálení a řezání při močení, zarudnutí okolí ústí močové trubice, a hlavně její žlutavý výtok. Až u 80% případů u žen může infekce probíhat asymptomaticky. Kapavku lze rozdělit následovně na kapavku mužskou a kapavku ženskou. (Slezáková, 2017, Koliba, 2019; Nožičková, 1997; Mašata, 2004; Nožičková, 2003)

1.6.1.1.1 KAPAVKA MUŽSKÁ

Akutní přední (*Urethritis gonorrhoeica acuta anterior*)

Akutní přední mužská kapavka se projevuje akutním hnisavým zánětem močové trubice. Jako první příznaky jsou uváděny nepříjemné pocity v přední části močové trubice.

Brzy po vzniku těchto problémů se objevuje výtok z močové trubice. Výtok je zpočátku hlenovitý až hlenohnisavý, poté houstne a přibývá žlutý až žlutozelený hnis, s možnou příměsí krve. Nemocní většinou mají pocit řezání a bodání při močení a dysurické obtíže.

Akutní zadní (Urethritis gonorrhoeica acuta posterior)

Při akutní zadní mužské kapavce přestupuje infekce z močové trubice za zevním svěračem močového měchýře do ústí cest močových i pohlavních. Pokud se akutní zadní kapavka neléčí, dochází později k infekci prostaty. Polakisurie, terminální hematurie, výtok, bolestivé erekce či poluce jsou uváděny jako příznaky akutní zadní mužské kapavky. Může také probíhat asymptomaticky.

Chronická mužská kapavka

Chronická mužská kapavka má menší subjektivní a objektivní příznaky. Jak uvádí Nožičková (2003), pouze v ranních hodinách před vymočením pozorujeme slabý výtok – tzv. „ranní kapku“. Diagnózu stanovujeme pomocí mikroskopického a kultivačního vyšetření moče. (Nožičková, 1997; Nožičková, 2003; Vosmík, 1999; Zimová, Zíma, 2013)

1.6.1.1.2 KAPAVKA ŽENSKÁ

Akutní forma

Akutní ženská kapavka většinou probíhá asymptomaticky, někdy bývá přítomen vaginální a uretrální výtok. Pokud se neléčí, vzestupně přechází na sliznici děložní, vejcovody, může zasáhnout až vaječníky. Pokud se dostane až do dutiny břišní, může dojít i ke vzniku peritonitidy. Tento vzestupný přechod bývá usnadněn díky menstruačnímu cyklu, v období porodu nebo při potratu.

Chronická forma

Chronická ženská kapavka je asymptomatická, díky tomu je to nebezpečný zdroj infekce pro sexuální partnery. (Nožičková, 1997; Nožičková, 2003; Vosmík, 1999)

1.6.1.2 LÉČBA

Léčba kapavky je povinná pro všechny nakažené osoby. Na formě onemocnění závisí léčba, u nekomplikované formy lze onemocnění léčit pomocí jednorázové aplikace antibiotik. Pro toto onemocnění se nejčastěji používají penicilinová, cefalosporinová, makrolidová antibiotika či fluorochinolony. Při alergických reakcích, těhotenství a výskytu odolnosti gonokoka k antibiotikům se tato léčba musí přizpůsobit danému problému. Ambulantně lze

provádět léčbu u nekomplikovaných forem kapavky. U těžké formy a u osob, u kterých nelze s jistotou říct, že budou dodržovat léčbu, se volí hospitalizace. (Nožičková, 1997)

1.6.2 SYFILIS (PŘÍJICE, LUES)

Další pohlavní nemocí bakteriálního původu je syfilis neboli lues či příjice. Řadí se mezi pět nejzávažnějších sexuálně přenosných nemocí. Jejím původcem je bakterie *Treponema pallidum*. Infekce je přenášena sexuálním kontaktem či přes placentu. Syfilis má velmi rozmanitou a nevyzpytatelnou škálu klinických příznaků díky tomu je přezdívána jako opičí nemoc. Toto onemocnění podléhá povinnému hlášení, do kterého spadá i vyhledávání sexuálních partnerů a pravidelné kontroly. (Koliba, 2019; Mašata 2004; Záhumenský, 2015)

1.6.2.1 EPIDEMIOLOGIE A PATOGENEZE

Na konci 15. století se syfilis rozšířil po Evropě pravděpodobně díky Kryštofu Kolumbovi. Nyní je toto onemocnění rozšířeno po celém světě. Ročně se ve světě objevuje kolem 12 milionů nových případů syfilis, v České republice je to mezi 700 a 1100 případy za rok. Ve druhé polovině dvacátého století ve vyspělých zemích výrazně klesla incidence tohoto onemocnění díky zavedení screeningu a dostupnosti účinné terapie.

Nejčastějším přenosem tohoto onemocnění je nechráněný pohlavní styk, kdy do organismu pravděpodobně vstupuje díky drobným poraněním sliznice či pokožky. Další cesta přenosu je z matky na plod. (Koliba, 2019; Mašata 2004; Pattman, 2010; Záhumenský, 2015)

1.6.2.2 KLINICKÝ OBRAZ

Toto onemocnění se může rozdělit do několik stádií podle jejich délky trvání na primární syfilis, sekundární syfilis, stádium latence a terciální syfilis.

1.6.2.2.1 PRIMÁRNÍ SYFILIS

Příznaky primární syfilidy propuknou asi po 2 týdnech. Jako hlavní příznak je uváděn tvrdý vřed – ulcus durum, který vznikne na pohlavních orgánech, v tříslech či ústech. Časem tyto příznaky vymizí. Může se ale stát, že vznikne jenom malá odřenina, kterou nemocný nemusí vidět a tím nedojde k včasnému léčení. Toto onemocnění je v tomto stádiu vysoce infekční. Pokud se nezačne léčit po 6 týdnech přejde do dalšího stádia.

1.6.2.2.2 SEKUNDÁRNÍ SYFILIS

Sekundární syfilis se objevuje za 6 týdnů až 6 měsíců od přenosu. Při sekundárním stádiu vzniká nesvědící vyrážka po celém těle zvýrazňující se po teplé koupeli či po tělesné

námaze. Toto období je také spojeno se zvětšením lymfatických uzlin, s teplotou a bolestí v krku a hlavy. Nakažený může tyto projevy také přehlédnout či jim nemusí dávat takovou důležitost. V období několika týdnů vyrážka zmizí, onemocnění přechází do latence. Pacient nemá žádné příznaky syfilis, ale zůstává stále infekční pro své sexuální partnery díky přítomnosti treponem v krvi. Vyrážka se může za několik let objevit znovu.

1.6.2.2.3 STÁDIUM LATENCE

Toto stádium lze rozdělit na stadium časně a pozdní latence. Období časně latence trvá 2 roky od přenosu infekce. Nakažený v tomto období nemá žádné klinické příznaky. Syfilis v tomto stádiu lze diagnostikovat jen díky serologickému vyšetření. Pacient zůstává stále infekční pro své sexuální partnery. Po období dvou let od nákazy přechází onemocnění do bezpříznakového stádia, kdy je již pacient neinfekční.

1.6.2.2.4 TERCIÁLNÍ SYFILIS

Díky léčbě se toto období objevuje v současnosti velmi vzácně. Terciární syfilis vzniká za několik let po nákaze. Na vulvě a pochvě se objevují zánětlivá ložiska tzv. gummata. Tyto ložiska se postupně rozpadají a začínají vypouštět sekret. K poškození nervového a kardiovaskulárního systému dochází v závažných případech. Syfilis se v mnoha případech zjistí až při pitvě. Další závažnou komplikací je porucha CNS projevující se až několik desítek let po nákaze. Jde o degenerativní postižení mozku a míchy následkem postižení míšních nervů, s výraznými bolestmi orgánů, ztrátou reflexů atd. Degenerativní poškození mozku a míchy může končit trvalou invaliditou. Další možností je postižení mozkové tkáně, které vede k demenci a rozpadu osobnosti.

1.6.2.2.5 VROZENÁ SYFILIS

Vrozená syfilis je vzácná forma tohoto onemocnění. Toto onemocnění se přenese z matky na plod díky placentárnímu přenosu, vzácně lze na dítě přenést perinatálně či postnatálně. Již od 10. – 12. týdne těhotenství je pozitivní průkaz spirochet v plodu. Podle Vosmíka (1999) je riziko přenosu tedy tím větší, čím je infekce matky čerstvější. Podle stádia gravidity a stádia syfilis se následky liší např.: pokud se matka nakazí na začátku těhotenství či při početí, dojde k spontánnímu potratu plodu. V případě, že je matka je již při početí nakažená, plod se narodí živý s projevy sekundárního syfilidu. Pokud je matka je v latentním stádiu během těhotenství, dítě se narodí živé, vypadá zdravě, ale projeví se u něj postupně pozdní syfilis. Ve chvíli, kdy se matka nakazí několik týdnů před porodem, dítě je buď zcela zdravé nebo může získat syfilis přímým kontaktem se syfilitickým vředem při průchodu porodními cestami.

V tomto případě se klinické příznaky objevují v oblasti očních víček. (Koliba, 2019; Mašata 2004; Pattman, 2010; Slezáková, 2017; Vosmík, 1999; Záhumenský, 2015)

1.6.2.3 DIAGNOSTIKA A LÉČBA

Vyšetření na syfilis se dělá pomocí stěrů z tvrdého vředu či při vyšetření krve, kde se objeví protilátky. Důležité je také biochemické vyšetření likvoru.

Pokud se toto onemocnění neléčí, dostaví se v terciálním syfilis známky poškození nervového systému s poruchami reflexu a citlivosti. Demence přichází v posledním stádiu. Dnes k tomuto stádiu v rozvinutých zemích nedochází díky včasné léčbě. Při léčbě jsou používána antibiotika - Penicilin. (Koliba, 2019; Mašata 2004; Pattman, 2010; Vosmík, 1999; Záhumenský, 2015)

1.6.3 INFEKCE HIV

Původcem HIV infekce je virus lidské imunodeficiency. Je to RNA virus, který má dva subtypy HIV-1 a HIV-2 způsobující onemocnění AIDS. HIV-2 se ve větší míře objevuje v některých oblastech západní Afriky. Za celosvětovou pandemii může subtyp HIV-1. V České republice nově nakažený jedinec podléhá povinnému hlášení. (Koliba, 2019; Slezáková, 2017; Záhumenský, 2015)

1.6.3.1 EPIDEMIOLOGIE A PATOGENEZE

Celosvětový výskyt nakažených jedinců se odhaduje na 30 – 35 milionů. Nejpostiženějším kontinentem je Afrika, hlavně oblast jižně od rovníku. Evropa a Česká republika má malé procento nakažených.

Přenos HIV infekce může probíhat třemi cestami. Nejčastějším a celosvětově nejrozšířenějším je přenos sexuální. Další dvě cesty jsou parenterální a vertikální přenos. V rozvinutých státech je parenterální přenos méně častý než sexuální přenos. V rozvojových oblastech s vysokou nákazou HIV je vertikální přenos (z matky na dítě) HIV infekce velmi závažným problémem. Za rizikové osoby přenosu HIV infekce jakoukoliv cestou se považují lidé poskytující sexuální služby, nitrožilní toxikomani, homosexuální muži, promiskuitní osoby či osoby mající v osobní anamnéze sexuálně přenosnou chorobu nebo choroby. Pokud osoba trpí jinou pohlavně přenosnou chorobou má vyšší riziko nakažení se HIV infekcí. (Jilich, 2021; Knox, 1998; Koliba, 2019; Pattman, 2010; Rogstad, 2011; Záhumenský, 2015)

1.6.3.2 KLINICKÝ OBRAZ

Klinické příznaky mohou být rozmanité, HIV infekce může také probíhat dlouhá léta asymptomaticky. Přirozený průběh HIV infekce, který není ovlivněn léčbou, má většinou tři fáze. První fází je primoinfekce nastupující za 4 – 6 týdnů od nakažení, trvá krátce a příznaky se objeví jen u části osob. Příznaky jsou febrilie, lymfadenopatie či exantém. Druhá fáze je asymptomatická, probíhá několik let. V této fázi jsou nakažení bez jakýkoliv klinických příznaků. Poslední fáze je symptomatická, kde přicházejí více či méně závažné zdravotní obtíže, souvisí to s individualitou člověka. Pokud není i v tomto období HIV infekce správně léčena, objevují se další komplikace, které za nějakou dobu vyústí v smrt nakažené osoby.

Pro lepší rozdělení se u HIV používají klasifikační systémy. V praxi se nejvíce používá Centra pro kontrolu nemocí (CDC) klasifikace či klasifikace WHO. Klasifikace dle CDC používá k označení stádia nemoci zároveň písmeno A,B nebo C a číslici 1,2 či 3. Klinický stav pacienta udává písmeno a číslice vyjadřuje počet CD4+ T lymfocytů/ μ l. Zatímco klasifikační systém vytvořený WHO je založen na klinických aspektech nemoci. (Jilich, 2021; Koliba, 2019; Pattman, 2010; Rogstad, 2011; Slezáková, 2017; Záhumenský, 2015)

1.6.3.3 DIAGNOSTIKA A LÉČBA

Diagnostika HIV se provádí laboratorním průkazem protilátek na HIV-1 či HIV-2. Tyto protilátky se objevují v krvi 4 – 6 týdnů po nakažení infekcí. Nyní se kvůli takzvanému diagnostickému okénku, testuje přítomnost protilátek a antigenu p24, který se objevuje v krvi již 7 až 10 dní před přítomností protilátek. V České republice je u většiny těhotných žen prováděn odběr k určení protilátek proti HIV.

Léčba HIV infekce je soustředěna do specializovaných center, které působí většinou v rámci infekčních klinik či oddělení. Tyto specializovaná centra v České republice můžeme najít v Praze, Brně, Ostravě, Plzni, Hradci Králové, Ústí nad Labem či Českých Budějovicích. Léčba je farmakologická, používá se kombinace několika antiretrovirotik z různých lékových skupin. Principem léčby je zastavení replikace virů s následným zastavením rozšíření imunodeficitu. Po dobu užívání antivirotik je viděn léčebný efekt, proto je tato léčba trvalá a není přerušována. (Jilich, 2021; Rogstad, 2011; Záhumenský, 2015)

1.6.3.4 HISTORIE

V roce 1981 byly ve Spojených státech amerických popsány první případy AIDS. V roce 1984 byl objeven výzkumnými týmy virový původce a nazván HIV-1. O dva roky

později byl identifikován HIV-2, který má většinou výskyt v oblasti západní Afriky. Za celosvětově rozšířenou epidemii může subtyp HIV-1. Díky výzkumu v oblasti léčby se onemocnění s průměrným přežitím několik měsíců stalo úspěšně léčitelné chronické onemocnění. V současnosti se nakaženým osobám díky léčbě významně nezkrátí délka života. K tomuto výzkumu přispěl i český odborník prof. Antonín Holý z Ústavu chemie a biochemie Akademie věd České republiky. (Jilich, 2021; Knox 1998; Pattman, 2010)

1.6.4 HPV INFEKCE

HPV infekce patří mezi nejčastější pohlavně přenosné infekční onemocnění. U většiny případů dochází díky reakci imunitního systému k samovolné likvidaci HPV infekce. Tato infekce ale může vést i k rozvoji dalších onemocnění jako např. vznik genitálních bradavic, karcinomu děložního čípku. Jejím původcem je *Human Papilloma Virus*, který má více typů. Podle onkogenního potencionálu ho je možné rozdělit na HR HPV (High Risk) a LR HPV (Low Risk). (Slezáková, 2017)

1.6.4.1 KLINICKÝ OBRAZ

Inkubační doba je několik týdnů až měsíců.

HPV infekce bývá často asymptomatická. Při kolposkopii, cytologii, histologii je možné prokázat změny na čípku. Venerické bradavice se mohou objevit při manifestní infekci. (Slezáková, 2017)

1.6.4.2 PREVENENCE

Proti tomuto infekčnímu onemocnění je možné se očkovat. Očkování se většinou provádí u dívek a chlapců před začátkem sexuálního období (9 -15 věk života). Očkovací dávka se může podávat i ženám, které již měly sexuální život a jsou starší než 15 let.

Na světovém farmaceutickém kongresu byla roku 2006 uvedena vakcína SILGARD/GARDASIL, která umožňuje primární prevenci karcinomu děložního hrdla a další onemocnění související s vakcinovanými typy lidských papilomavirů. Tato vakcína je proti HPV typů 6, 11, 16 a 18, díky tomu se tak stala první registrovanou vakcínou proti nádorovému onemocnění. Na trh byla rok po zavedení kvandivalentní vakcíny (SILGARD) uvedena bivalentní vakcína CERVARIX, která obsahuje látky proti typu 16 a 18. (Fait, 2009; Koliba, 2019)

1.6.5 HERPES SIMPLEX

Herpes simplex je jedno z nejrozšířenějších sexuálně přenosných onemocnění. Jejího původce Herpes simplex virus (HSV) řadíme do čeledi *Herpesviridae* patřící mezi DNA viry. (Koliba, 2019; Mašata 2004)

1.6.5.1 EPIDEMIOLOGIE A PATOGENEZE

U novorozence či osoby se sníženou imunitou může tato infekce být i smrtící, ale ostatní nakažené osoby na životě herpes simplex neohrožuje. Po proběhlém onemocnění zůstávají viry v latentním stádiu v hostiteli po celý život a při snížené obranyschopnosti hostitele se mohou aktivovat. Herpes simplex virus, který je v latentní fázi, se nachází v nervové tkáni. Nejčastějším přenosem je přímým kontaktem s nakaženým. Méně častý přenos je kapénkovou nákazou či kontaminovanými předměty. Zdrojem jsou i lidé vylučující tento virus v sekretech z úst a genitálu např. lidé se symptomatickým herpetickým onemocněním, asymptomatictí nosiči. (Koliba, 2019; Mašata 2004)

1.6.5.2 KLINICKÝ OBRAZ

Za 1 – 2 týdny od nákazy se při první naze objeví opar v místě infekce. V místě budoucího oparu před jejím vznikem je pocíťováno svědění či pichlavá bolest. Opar je drobný a bolestivý, opar se nachází na červeném podkladě. U žen se tyto opary objevují v oblasti stydkých pysků, pochvy, ale i na děložním čípku. U mužů je nalezneme na glans penis, předkožce, v močové trubici, na šourku či na stehnech. Opar se může objevit i po análním styku. Dalšími příznaky je teplota, zvýšená únava nebo nevolnost. (Koliba, 2019; Mašata 2004)

1.6.5.3 DIAGNOSTIKA A LÉČBA

Při klinickém podezření se diagnostika většinou potvrzuje stěrem na kultivační či mikroskopické vyšetření. Těmito vyšetřeními vyloučíme onemocnění bakteriálního původu. V současnosti jsou k diagnostice tohoto onemocnění k dispozici PCR a průkaz antigenu HSV fluorescenčními metodami. Sérologické vyšetření se používá k rozlišení, o jakou infekci se jedná.

K léčení se používají antivirové preparáty. Nakaženého léčíme dle jeho příznaků. Pro novorozence je virus nebezpečný. Pokud má těhotná v období porodu genitální opar, je indikován porod císařským řezem. (Koliba, 2019; Mašata 2004)

1.6.6 VIROVÁ HEPATITIDA TYPU A (HAV)

Jejím původcem je RNA vir šířící se orofekálním přenosem. Virová hepatitida typu A byla identifikována v roce 1972, ale onemocnění již bylo známo dříve. (Mašata 2004; Pattman, 2010; Rogstad, 2011)

1.6.6.1 EPIDEMIOLOGIE A PATOGENEZE

Nejčastějším přenosem HAV je orofekální přenos, což je přenos přímý či kontaminovanou vodou či potravinami. Další možností přenosu je u muže, který měl pohlavní styk s jiným mužem. Nakažený je infekční 2 týdny před a 1 týden po začátku příznaků hepatitidy, poté je infekci imunní celý zbytek života. (Pattman, 2010; Rogstad, 2011)

1.6.6.2 KLINICKÝ OBRAZ

Nakažené děti a 50% dospělých jsou buď bez příznaku či mají slabé nespecifické příznaky onemocnění. Do klinických příznaků řadíme žloutenku, zvracení, motání hlavy, bolesti břicha. Žloutenka se většinou objeví se světlou stolicí a tmavou močí. (Pattman, 2010; Rogstad, 2011)

1.6.6.3 DIAGNOSTIKA A PREVENCE

Diagnostikovat HAV jde pomocí vyhledání protilátek v krvi.

Vakcína proti hepatitidě A je velmi efektivní pro zabránění infekce. Je doporučována pro neimunní cestovatele, muže s hemofilií, injekčně drogově závislé, nemocné s chronickým onemocněním ledvin a v neposlední řadě pro pracovníky v kanalizacích. (Pattman, 2010; Rogstad, 2011)

1.6.6.4 VIROVÁ HEPATITIDA TYPU B (HBV)

Původcem hepatitidy B je DNA virus, který patří do čeledi *Hepadnaviridae*. Tento virus již známe od roku 1965. U nakažených osob hepatitidou B může probíhat i nákaza hepatitidou D, která nemůže samostatně probíhat. V České republice hepatitida B i D podléhají povinnému hlášení. (Pattman, 2010; Rogstad, 2011; Záhumenský, 2015)

1.6.6.5 EPIDEMIOLOGIE A PATOGENEZE

Na světě je odhadem 350 milionů osob nakažených HBV. Velká část nakažených je z Asie. V zemích ve střední Evropě a České republice je nakaženost nízká. Přenos této nemoci je hlavně nechráněným pohlavním stykem s infikovanou osobou. Člověk se ale může nakazit i parenterálním přenosem při dotyku s kontaminovaným předmětem. V České republice se

novorozenci s pozitivními HBsAg matkami krátce po narození očkují. (Pattman, 2010; Rogstad, 2011; Záhumenský, 2015)

1.6.6.6 KLINICKÝ OBRAZ

Inkubační doba je poměrně dlouhá. Na začátku nákazy trpí nechutenstvím, zvracením, nadýmáním. Někdy se také u nakaženého vyskytuje únava a bolesti kloubů. Tyto dva příznaky jsou pro jiné hepatitidy netypické. Ikterická fáze nastupuje 1 – 2 týdny po nákaze a trvá 1 – 3 měsíce. Objevuje se tmavá moč a světlá stolice. V tomto období může dojít na chvíli ke zlepšení stavu. (Pattman, 2010; Rogstad, 2011; Záhumenský, 2015)

1.6.6.7 DIAGNOSTIKA A LÉČBA

V České republice se u všech těhotných žen provádí na začátku těhotenství sérologický screening na hepatitidu B. Laboratorním vyšetřením zjišťujeme hladinu ALT, AST, bilirubinu, koagulopatie v krvi.

Léčba akutní hepatitidy probíhá obvykle v nemocnici, kde nakažený musí dodržovat klidový režim a dietu. Antivirotika se podávají jen u těžších forem akutní nebo chronické hepatitidy B. Tato léčba se podává na speciálních pracovištích. (Mašata, 2004; Pattman, 2010; Rogstad, 2011; Záhumenský, 2015)

1.6.6.8 PREVENCE

Účinnou prevencí proti hepatitidě B je očkování a využívání kondomu při pohlavním styku. V České republice se od roku 2001 plošně očkuje proti virové hepatitidě typu B v kojeneckém věku jako součást hexavakcíny. Na trhu je v současné době umístěna vakcína Engerix B, který se aplikuje intramuskulárně do deltového svalu ve třech dávkách. (Rogstad, 2011; Záhumenský, 2015)

1.6.7 VIROVÁ HEPATITIDA TYPU C (HCV)

Původcem virové hepatitidy typu C je RNA virus z čeledi *Flaviviridae*, který byl objeven v roce 1989 jako původce potransfuzních hepatitid. Tento virus má šest různých genotypů označovaných 1 – 6, díky vysoké genetické variabilitě se rozdělují na podtypy. Jak uvádí Pattman (2010) ve Velké Británii je genotyp 1 nejvíce rozšířený, v polovině případů HCV se jedná o genotyp 1, následuje ho genotyp 2, 3. (Mašata, 2004; Pattman, 2010; Záhumenský, 2015)

1.6.7.1 EPIDEMIOLOGIE A PATOGENEZE

Celosvětový odhad nakažených osob HCV je 170 milionů. Celkový počet nakažených nelze zcela spočítat díky velkému množství asymptomatických případů. V České republice je nakaženost nízká, ročně se odhalí kolem 800 nových osob s akutní či chronickou hepatitidou C. Virová hepatitida typu C podléhá povinnému hlášení.

Hlavním způsobem přenosu je parenterální cestou. V některých méně častých případech se člověk může nakazit i sexuálním přenosem. (Mašata, 2004; Pattman, 2010; Záhumenský, 2015)

1.6.7.2 KLINICKÝ OBRAZ

Inkubační doba je mezi jedním až pěti měsíci. Většina nakažených osob má asymptomatické příznaky. Kolem 25% případů akutních hepatitidy mají nakažení projevy ikteru. 50 až 80% případů akutní hepatitidy přechází do chronické hepatitidy, přechod je bez ohledu na průběh akutní fáze. Ve většině případů bez příznaku ikteru se akutní či chronická forma hepatitidy diagnostikuje pomocí náhodného či cíleného screeningového laboratorního vyšetření. Virová hepatitida typu C je podle WHO nejčastější příčinou vzniku hepatocelulárního karcinomu. (Pattman, 2010; Rogstad, 2011; Záhumenský, 2015)

1.6.7.3 DIAGNOSTIKA A LÉČBA

Diagnostika probíhá pomocí vyšetření protilátek VHC v krvi. Pokud vyjde toto vyšetření pozitivně, nemusí být testovaná osoba v akutní fázi, protože se protilátky objevují i po prodělané a již vyléčené hepatitidě. Spolehlivější metodou vyšetření je pomocí PCR. Vhodné je posoudit stupeň jaterního postižení u pacientů s diagnostikovanou chronickou hepatitidou.

Léčba VHC probíhá na specializovaných pracovištích infekční či interní kliniky. U akutní hepatitidy C je léčba pouze podpůrná a léčí se symptomy. U chronické VHC se k léčbě používají kombinace antivirotika ribavirinu s interferonem alfa. Úspěšnost této léčby závisí i na genotypu VHC, který způsobuje danou infekci. (Mašata, 2004; Pattman, 2010; Rogstad, 2011; Záhumenský, 2015)

1.6.8 CHLAMYDIE

Chlamydiová infekce patří do pohlavně přenosných nemocí, kterou nalezneme u nás i ve světě. Jejím původcem je bakterie *Chlamydia trachomatis* sérotyp D-K. Tato bakterie využívá ke svému dělení ATP hostitelské buňky. Chlamydie pronikají do buněk sliznice

močopohlavního traktu, děložního hrdla, konečníku, hltanu a oční spojivky. V těchto místech pak způsobují zánět. Chlamydiová infekce sérotypu D-K podléhá povinnému epidemiologickému hlášení. (Koliba, 2019; 2004; Záhumenský, 2015)

1.6.8.1 EPIDEMIOLOGIE A PATOGENEZE

Výskyt této infekce je celosvětový. Ročně se nakazí kolem 90 milionů osob ve světě, v ČR nejsou údaje o výskytu dostupné. Rizikovými faktory jsou pubertální věk, nový sexuální partner v posledních 3 měsících, více partnerů v posledním období, promiskuitní chování a opakovaně nechráněný pohlavní styk. Chlamydiová infekce se přenáší nechráněným pohlavním stykem, přenos této infekce ale může být možný i jinak, např. sdílením sexuálních pomůcek, autoinokulací na oční spojivku či se může novorozenec nakazit během porodu. (Koliba, 2019; Záhumenský, 2015)

1.6.8.2 KLINICKÝ OBRAZ

Inkubační doba je 10 až 20 dní. Nejčastěji se setkáváme s bezpříznakovým průběhem.

Klinické příznaky u mužů jsou shodné jako u uretritidy přední části močové se silným výtokem. Nejhojnější výtok bývá po ránu, přes den minimálně. Výtok je průhledný či mléčně zkalený až nažloutlý. Největším rizikem neléčení této infekce je další šíření se vznikem infekce v semenných vajíčkách, nadvarlat a prostaty.

U žen je tato infekce příčinou zánětu děložního čípku či zánětu močové trubice. Může se také projevit bolestmi v podbříšku, potížemi při močení, krvácením po styku, mezi menstruacemi či silnou menstruací, hnisavým hlenem a otokem děložního čípku. Neléčená infekce se vzestupně šíří genitálním traktem a může dojít k endometritidě, salpingitidě či zánětlivému onemocnění pánve. (Koliba, 2019; Záhumenský, 2015)

1.6.8.3 DIAGNOSTIKA A LÉČBA

Diagnostika probíhá pomocí molekulárně genetické metody. Provádí se stěr ze sliznic močové trubice, slizniční části hrdla děložního, rekta, oční spojivky nebo hltanu.

U nekomplikované chlamydiové infekce je lékem první volby azitromycin či doxycyklin. Při komplikované nebo smíšené infekci je doporučena kombinace antibiotik. Léčba probíhá zhruba 14 dní až 3 týdny. (Koliba, 2019; Záhumenský, 2015)

1.6.9 GENITÁLNÍ MYKOPLAZMATA (MYCOPLASMA GENITALIUM)

Mykoplazmata jsou bakterie, které jsou velmi malé a patří mezi běžnou floru objevující se v pochvě zdravých žen. Například jde o *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis* nebo *Mycoplasma genitalium*. Těmto bakteriím chybí buněčná stěna a jsou velice citlivé hlavně na změny osmotického tlaku. Pokud jsou bakterie mimo povrch buněk přežijí jen v osmoticky stabilním prostředí. (Koliba, 2019; Mašata, 2004; Záhumenský, 2015)

1.6.9.1 EPIDEMIOLOGIE A PATOGENEZE

Tyto bakterie jsou součástí vaginální mikroflóry zdravých, sexuálně aktivních žen. Nejčastější přenos je přímým kontaktem kůže a sliznice, hlavně genito-genitálním či oro-genitálním kontaktem. Přenos in utero či při porodu je další možností jejich přenosu. (Koliba, 2019; Mašata, 2004; Záhumenský, 2015)

1.6.9.2 KLINICKÝ OBRAZ

Klinické příznaky u většiny případů nenalezneme, jen u malého procenta případů se projeví příznaky. (Koliba, 2019)

1.6.9.3 DIAGNOSTIKA A LÉČBA

Diagnostikujeme genitální mykoplazmata díky kultivačnímu vyšetření na krevním agaru. Možné je také sérologické vyšetření protilátek v séru. Nejlepší diagnostickou metodou ale zůstává PCR.

Lékem první volby je doxycyklin, který se podává nakaženému minimálně 7 dní. Makrolidová antibiotika podáváme minimálně po dobu 10-14 dní, pokud je alergická reakce na doxycyklin či je nakažená těhotná žena. (Mašata, 2004; Záhumenský, 2015)

1.6.10 TRICHOMONIÁZA

Trichomoniáza je celosvětově nejčastější vyléčitelnou sexuálně přenosnou nemocí. Jejím původcem je parazit *Trichomonas vaginalis*, který byl v roce 1836 popsán Alfrédem F. Donné. Přenos je hlavně pohlavním stykem, ale může proběhnout i přenos přes kontaminovaný předmět např. ručník či mýdlo. Vzácně může také dojít k nákaze novorozence při porodu. (Koliba, 2019; Mašata, 2004; Pattman, 2010; Vosmík, 1999; Záhumenský, 2015)

1.6.10.1 EPIDEMIOLOGIE A PATOGENEZE

K rizikovým faktorům se zařazuje vyšší věk pacientek, vyšší počet sexuálních partnerů, nižší socioekonomický status, černošská populace a kouření marihuany. *Trichomonas vaginalis*

je bičíkatý prvok, oválného či hruškovitého tvaru. Přílnavost na poševní stěně je závislá na pH (4,9 – 7,5) a na teplotě (35 – 37°C). (Mašata, 2004; Pattman, 2010; Vosmík, 1999; Záhumenský, 2015)

1.6.10.2 KLINICKÝ OBRAZ A DIAGNOSTIKA

Trichomoniáza probíhá okolo poloviny případů infekce u žen asymptomaticky, u těhotných žen se toto procento zvyšuje. U jedné třetiny nakažených se příznaky objeví až po půl roce po nakažení. Inkubační doba může být poměrně dlouhá, pohybuje se okolo 3 až 28 dnů. Klinické příznaky jsou nespecifické, u většiny se objevuje výtok, zápach či pálení pochvy (viz tabulka č.1). Charakter výtoku není specifický a společně s množstvím se může v průběhu onemocnění měnit.

Diagnózu lze určit pomocí nativního preparátu, obarvením či kultivací původce. Nativním preparátem můžeme odlišit trichomoniázu od bakteriální vaginózy. Další možností, jak identifikovat trichomonády je pomocí ELISA vyšetření, kde prokazujeme antigen původce, či PCR vyšetření, kde hledáme přítomnost nukleonových kyselin původce. (Mašata, 2004; Vosmík, 1999; Záhumenský, 2015)

Tabulka 1: Symptomy, příznaky a nálezy u trichomonádové infekce (Mašata, 2004, str. 44)

Symptomy	(%)	Příznaky	(%)	Nález	(%)
Žádný	9-56	Žádný	≈15	pH > 4,5	66-91
Výtok:	50-70	Difuzní vulvární erytém	10-37	Pozitivní test s KOH	≈50
- zapáchající	10-67	Hojný výtok:	50-75	Nativní preparát: nadbytek PMN	≈75
- iritující, svědivý	23-82	- žlutý, zelený, pěnlivý	8-50	Pohyblivé trichomonády	40-50
Dyspareunie	10-50	Zánětlivě změněná poševní stěna	20-75	Přímá imunofluorescence	80-90
Dysurie	30-50	Jahodový cervix		Kultivace	95
Bolesti v podbřišku	5-12	- viditelný okem	1-2	Barvené preparáty	50-90
		- při kolposkopii	45-90	Cytologický preparát	56-70

1.6.10.3 LÉČBA

Trichomoniáza se léčí metronidazolem, obsahující 5-nitro- skupinu, která se uvnitř parazita mění pro něho toxickou látku. Jednorázové podání 2 g metronidazolu preferujeme u žen, kde předpokládáme nižší compliance. Tuto léčbu můžeme podávat v ambulanci. Je také možné podávat 500 mg dvakrát denně během 7 dní. U těhotných žen se podává 2 g metronidazolu p.o., který je považován za bezpečný lék. (Mašata, 2004; Pattman, 2010; Záhumenský, 2015)

1.6.11 ULCUS MOLLE (MĚKKÝ VŘED)

Ulcus molle, lymphogranuloma venerum a granuloma inquinale zařazujeme do kategorie exotické pohlavně přenosné nemoci, protože se v České republice a v Evropě vyskytují jen vzácně. Původcem ulcus molle je bakterie *Haemophilus ducrey*. (Koliba, 2019; Mašata, 2004; Záhumenský, 2015)

1.6.11.1 EPIDEMIOLOGIE A PATOGENEZE

Dlouhodobě celkový počet nakažených klesá, ale selhávají snahy o celkové vymizení. Obvykle se měkký vřed vyskytuje v Africe, západní Indii či ve východní Asii. Diagnostikován je více u mužů než u žen. Hlavním přenosem je nechráněný pohlavní styk s nakaženou osobou. K nakažení infekce cizince dochází při návštěvě oblastí s vysokým počtem nakažených. V jiných zemích, než s obvyklým výskytem této nemoci se lidé mohou nakazit přes osoby, které jsou původně z těchto zemí, sexuální cestou. Výjimečně může dojít k přenosu i jinou cestou než pohlavní. (Koliba, 2019; Mašata, 2004; Pattman, 2010; Záhumenský, 2015)

1.6.11.2 KLINICKÝ OBRAZ

Inkubační doba je velmi krátká. Na začátku se objeví červená vyrážka u žen na labiích a na děložním hrdle, u mužů na penisu. Z vyrážky poté vznikne vřed s hnisavým sekretem, který je infekční. U více než poloviny případů je přítomen bolestivý zánět lymfatických uzlin. (Koliba, 2019; Mašata, 2004; Záhumenský, 2015)

1.6.11.3 DIAGNOSTIKA A LÉČBA

Nejlepší diagnostika je pomocí PCR. Celosvětově, ale zůstává diagnostika pomocí kultivačního vyšetření. Stěr ke kultivaci se provádí po předchozím očištění ze spodiny vředového tělíska. Provádí se více stěrů.

Dobrá osobní hygiena a omývání postižených míst mýdlem je důležitou součástí léčby tohoto onemocnění. V Evropě je lékem první volby ceftriaxon, jeho alternativou je azitromycin. Celkovou dobu léčení může zkrátit chirurgické řešení např. punkce či drenáž u rozsáhlého zánětu lymfatických uzlin. (Koliba, 2019; Mašata, 2004; Pattman, 2010; Záhumenský, 2015)

2 VYUŽITÍ VYBRANÝCH ANTIKONCEPČNÍCH METOD V PREVENCI STD

Antikoncepce je metoda zabráňující početí. Je to primární prevence nechtěného početí a porod nechtěného dítěte. V dnešní době nalezneme velké množství různých antikoncepčních metod.

Pearlův index vyjadřuje spolehlivost antikoncepčních metod. Vypočítává se pomocí vzorce: počet selhání antikoncepční metody na 100 žen za rok. Čím je Pearlův index nižší, tím je daná metoda spolehlivější. Antikoncepce, která by měla být bezpečná, má index menší než 5 (viz tabulka č.2). Zatím ale neexistuje ideální antikoncepce, protože neexistuje metoda, která by byla úplně spolehlivá, neškodná, vratná, jednoduše použitelná a levná. V závislosti na zdravotním stavu, věku, frekvenci pohlavních styků, počtu partnerů a porodů je pro každou ženu či pár vhodná jiná metoda. (Fait, 2004; Koliba, 2019; Livotiová a Toppová, 2005; Slezáková, 2017)

Tabulka 2: Přehled antikoncepčních metod s uvedením spolehlivosti - Pearlův index (Slezáková, 2017, str. 103)

Antikoncepční metoda	Pearlův index
přerušovaná soulož	20 – 25
neploďné dny	20 – 25
spermicidní látky	15 – 20
kondom	10 – 15
vaginální pesar + krém	10 – 15
nitroděložní tělíška běžná	5 – 6
nitroděložní tělíška hormonální	< 1
kombinované hormonální tablety	< 1
podkožní implantáty	< 1
injekční antikoncepce	< 1
sterilizace	< 1

Jako jediná antikoncepční metoda, která brání přenosu sexuálně pohlavních nemocí je kondom, který zařazujeme do bariérové mužské antikoncepce.

2.1 BARIÉROVÁ MUŽSKÁ ANTIKONCEPCE – PREZERVATIV, KONDOM

Bariérová mužská antikoncepce je velmi snadná a lehce dostupná metoda. Tato metoda je jako jediná antikoncepční metoda, která brání i přenosu sexuálně přenosných onemocnění. V historii se kondomy vyráběly z různých materiálů např. ze zvířecích slepých střev, rybích měchýřů. V dnešní době jsou dostupné kondomy v různých velikostech a barvách, rozmanitých formách nebo s povrchovou úpravou. Nevýhodou u této metody je možná alergie na latex a podle partnerů méně intenzivní pocity. (Koliba, 2019; Livotiová a Toppová, 2005; Uzel, 1992; Slezáková, 2017)

3 ADOLESCENCE

Dospívání neboli adolescence je vývojový přechod mezi dětstím a dospělostí, kdy dochází ke somatickým, psychickým a sociálním změnám. Toto období zahrnuje druhou dekádu života člověka, což znamená od 10 do 20 let. Je možné toto období dále rozdělit na ranou (11. – 15. rok života) a pozdní (15. – 20. rok života) adolescenci.

Průběh dospívání je závislý na kulturních a společenských podmínkách, kde dospívající žije. Podle Vágnerové (2012) je to období hledání a přehodnocování, v němž má jedinec zvládnout vlastní proměnu, dosáhnout přijatelného sociálního postavení a vytvořit si subjektivně uspokojivou, zralejší formu vlastní identity.

3.1 ROZDĚLENÍ OBDOBÍ DOSPÍVÁNÍ

Období dospívání lze rozdělit na dvě fáze: **Raná adolescence** zahrnuje prvních pět let dospívání (11. – 15. rok života). V této fázi je nejnápadnější změnou tělesné dospívání, které je spojeno s pohlavním dozráváním. Dochází ke změně myšlení a emočního prožívání. Důležitým sociálním mezníkem této fáze je ukončení povinné školní docházky a přesun na školu zaměřenou na budoucí povolání. **Pozdní adolescence** zahrnuje druhou polovinu druhé dekády (15. – 20. rok života). V této fázi dochází k pohlavnímu dozrání a většinou i k prvnímu pohlavnímu styku. Mění se osobnost jedince a jeho společenská pozice. Za důležitý sociální mezník se považuje ukončení profesní přípravy, kde může poté následovat pokračování studia či nástup do zaměstnání. Stabilizují se vztahy s rodiči a začínají se rozvíjet vztahy s vrstevníky. Podle Vágnerové (2012) je druhá fáze dospívání zaměřena na hledání a rozvoj vlastní identity, která by byla subjektivně přijatelná a alespoň částečně odpovídala představám adolescenta. (Klíma, 2016; Janošová, 2008; Sedlářová, 2008; Vágnerová, 2005; Vágnerová, 2012; Vágnerová, Lisá, 2021)

3.2 BIOLOGICKÉ ZMĚNY U DÍVEK

K růstu prsů, zrání dělohy, vývinu tvaru boků, pánve a stehen dochází díky zvýšené produkci estrogenu, který produkují vaječníky. Kvůli tomu se v těchto partiích ukládá více tuku. První známkou dospívání u dívek je růst prsů. Po začátku růstu prsů se začíná objevovat pubické ochlupení následované růstovým spurem postavy. U dívek k tomuto dochází dříve než u chlapců a tím pádem jsou děvčata v určitém období, trvajícím asi 2 roky, vyšší než jejich stejně staří vrstevníci.

V našich podmínkách přichází menarche v průměru ve 13 letech. Většinou první dva roky menstruace nebývá provázena pravidelnou ovulací a dozráním vajíček. Spouštěčem zvýšené produkce progesteronu je nástup ovulace, tento ženský hormon je důležitý pro budoucí těhotenství. V dalších letech pokračuje formování ženských křivek a ukládání tukových zásob do partií stehen, hýždí a břicha. (Klíma, 2016; Janošová, 2008; Sedlářová, 2008)

3.3 BIOLOGICKÉ ZMĚNY U CHLAPCŮ

Na podkladě signálu z hypothalamu se začíná zvyšovat produkce mužského pohlavního hormonu. Díky tomu dochází k maskulinizace jejich vzhledu. Prvním zevním projevem je aktivace a zvětšování varlat, k tomu dochází obvykle již před 10. rokem života. K dalším projevům patří zvětšování skrota a penisu, vývoj pubického ochlupení a růstový výšvih, který má na rozdíl od dívek plynulejší průběh. K prohlubování neboli mutaci hlasu dochází mezi 12. až 17. rokem života.

Spermiogeneze je hlavní známkou tělesné dospělosti. Podle Janošové (2008) jde o nástup poslední biologické funkce z celkového procesu dozrávání, již je ohlášena plná pohlavní zralost muže. V období raného dospívání většina chlapců onanuje. Podle Pondělíčkové-Mašlové a Rabocha (2005) je to normální způsob, jak uvolnit napětí v době, kdy z mnoha důvodů ještě nepřichází v úvahu pohlavní styk. Chlapci jsou méně ochotni mluvit o zkušenosti pohlavního zrání s druhými než dívky. (Janošová, 2008; Pondělíčková-Mašlová, Raboch, 2005; Sedlářová, 2008)

3.4 TĚLESNÁ PROMĚNA A JEJÍ VÝZNAM

Období adolescence představuje důležitý biologický mezník tím, že se dítě mění v člověka způsobilého reprodukce. Doba počátku dospívání je určována geneticky a nelze ji libovolně posunovat do stále nižšího věku. Tělesné dospívání se projevuje růstem postavy, změnami tělesných proporcí, sekundárními pohlavními znaky, funkcí pohlavních orgánů, sexuálními prožitky. Tělesná proměna dospívající ovlivňuje jeho celkovou identitu a tím i jeho chování. Podle Vágnerové a Lisé (2021) je reakce dospělých i vrstevníků mohou být rozmanité podle toho, jaký význam pro ně jeho proměna má, a mohou ovlivnit sebepojetí pubescenta. Je proto důležité, aby rodiny dospívajících pozitivně přijaly biologické a tělesné změny. Úprava zevnějšku a volba oblečení se stává nástrojem k vyjádření vlastní identity adolescenta. Dospívající se tím chtějí odlišit od dospělých. (Vágnerová, 2005; Vágnerová, 2012; Vágnerová, Lisá, 2021)

3.5 VÝVOJ OSOBNOSTI A IDENTITY DOSPÍVAJÍCÍCH

V období dospívání si dospívající rozvíjejí a dotvářejí svou identitu. Toto období je velmi emocionální, dochází k podstatným změnám v myšlení, při řešení problémů atd. Kvůli tomu je toto období velmi obtížné nejen pro dospívajícího, ale i pro jeho okolí.

Prostřednictvím hodnocení jiných lidí se adolescent snaží poznat sám sebe. Nejenže jiné lidi hodnotí, ale i srovnává se sebou. Všechny informace získané o sobě a vlastní poznatky dospívající zpracovává jiným způsobem než dříve. O jednotlivých složkách uvažuje v souvislostech, na rozdíl od mladších dětí, kteří chápou jednotlivé věci nezávisle na ostatních. (Sedlářová, 2008; Vágnerová, 2005; Vágnerová, 2012;)

3.6 SEXUALITA JAKO SOUČÁST PARTNERSKÉHO ŽIVOTA

V období dospívání se ke vztahům přátelským přidává partnerský vztah. Tělesná proměna je spojena s rozvojem erotických pocitů. Tělesná proměna je spojena s rozvojem erotických pocitů, adolescenti si pod jejich vlivem začínají všimnout svého okolí.

Sexualita se stává důležitou součástí partnerského vztahu adolescentů. Motivy k začátku pohlavní aktivity: vzájemná partnerská přitažlivost s postupným sblížením dvojice, zvědavost nebo potřeba „nezůstat poslední, být jako ostatní“. Dospívající rozlišují partnerský vztah na jen pouhé sexuální uspokojení, z důvodu potřeby, nebo na chození, které je dlouhodobějšího rázu. Více ceněn ale bývá romantický vztah, který může uspokojovat více potřeb.

V současnosti se mění sexuální chování dospívajících. Podle Vágnerové (2012) jsou současní teenageři více monogamní a používání kondomů se pro ně stalo běžným zvykem. (Janošová, 2008; Vágnerová, 2012; Vágnerová, Lisá, 2021)

4 SEXUÁLNÍ VÝCHOVA

Sexuální výchova je soubor informací a poznatků, které jsou předávány obyvatelstvem, týkající se přípravy na sexuální život, vychovávání partnerských a rodinných vztahů, informování o antikoncepci, prevence STD a řešení psychologických a psychosexuálních problémů jedinců. Tato výchova začíná již v dětství a pokračuje v období dospívání a dospělosti, je vyučována na základních a středních školách. Úspěšná sexuální výchova má pozitivní vliv na dítě a jeho citový a sexuální vývoj, je také přínosná i pro vzájemný vztah rodičů a dětí, ale i pro vztah rodičů. (Koliba, 2019)

4.1 ZÁSADY SEXUÁLNÍ VÝCHOVY

Výuka musí být přiměřena věku, společnosti, respektovat pohlaví a život mladých lidí. Zohledňuje lidská práva a zakládá se na duševní i fyzické pohodě. Nediskriminuje, bere v potaz rovnost pohlaví a přijetí rozdílností, posiluje jednotlivce ale i komunitu, a hlavně předává vědecky přesné informace. Usiluje o toleranci a vstřícnost k různým formám sexuality, respekt k sexuálním odlišnostem, uvědomování si vlastního těla. Informuje o sexuálně pohlavních nemocech. Podporuje vytváření rovnocenných vztahů. (Koliba, 2019)

4.2 PŘEDÁVÁNÍ

Sexuální výchova je předávána různými skupinami lidí: rodiči, školami, náboženskými a kulturními organizacemi, sociálními pracovníky, zdravotnickým personálem a samotnými mladými lidmi. Nejdůležitější úlohou je spolupráce mezi jednotlivými partnery, kteří se účastní vzdělávání.

Ve školách se na realizaci sexuální výchovy podílí velký počet pedagogů. Osobnost vyučujícího pedagoga má významný vliv na efektivní sexuální výchovu. Vyučující by měl být dostatečně vzdělaný a kvalifikovaný v oblasti didaktiky sexuální výchovy, průběžně by se měl vzdělávat v tématech sexuální výchovy a doplňovat si aktuální informace k dané problematice. Tento pedagog by měl být empatický, kreativní, kolegiální, schopný vést konstruktivní dialog a diskuzi, respektovaný a uznávaný jak spolupracovníky, tak žáky. (Koliba, 2019)

4.3 SEXUÁLNÍ VÝCHOVA V ČR

Sexuální výchova není v České republice samostatným povinným předmětem, ale je vyučována jako součást předmětu „Výchova ke zdraví“. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy vydaly dokumenty, které představují ucelenou osnovu o pojetí sexuální výchovy v naší republice.

Na prvním stupni probíhá výuka sexuální výchovy v předmětu Člověk a jeho svět, poté na druhém stupni je součástí předmětu Člověk a jeho zdraví. Sexuální výchovu nalezneme i jako součást dalších předmětů jako je např. biologie, společenské vědy, občanská výchova. (Koliba, 2019; Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2010)

4.4 SPECIFIKA U ŽÁKŮ SE SPECIÁLNÍMI VZDĚLÁVACÍMI POTŘEBAMI

Sexuální výchova u žáků se zdravotním postižením je obecně zanedbaná. Zlepšení můžeme očekávat od integrace vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. U těchto žáků musí vyučující brát v úvahu jejich psychické zvláštnosti a tím pádem dbát na správnou terminologii výrazů, upřednostňování práci v malých skupinách. Speciálně pedagogické postupy a podpůrná opatření k výuce sexuální výchovy u těchto žáků zapracovává škola do výukových plánů a konkretizuje v individuálním plánu žáka. Při práci s těmito dětmi je hlavní úzká spolupráce s rodinou, toto také platí i pro sexuální výchovu. (Koliba, 2019)

EMPIRICKÁ ČÁST

5 CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Hlavní cíle

1. Zjistit rozsah znalostí středoškolských studentů o pohlavně přenosných chorobách
2. Porovnat rozsah znalostí o pohlavně přenosných chorobách mezi studenty 1. a 4. ročníku

Vedlejší cíle

1. Zjistit, zda má pohlaví respondentů vliv na míru sexuálních zkušeností.

Očekávaný výsledek: Domníváme se, že pohlavní styk mělo ve 4. ročníku více studentek než studentů.

2. Zjistit, jaký je průměrný věk prvního pohlavního styku.

Očekávaný výsledek: Domníváme se, že průměrný věk prvního pohlavního styku u respondentů je 16 let.

3. Porovnat mezi skupinami respondentů zdroj informací týkajících se sexuální výchovy.

Očekávaný výsledek: Myslíme si, že respondenti z obou ročníků získali informace převážně od rodičů, přátel.

4. Porovnat vztah mezi kvalitou znalostí a zájmem o besedu věnovanou pohlavním chorobám a jejich prevenci.

Očekávaný výsledek: Myslíme si, že není rozdíl ve znalostech mezi respondenty, kteří mají či nemají zájem o besedu věnovanou pohlavním chorobám a jejich prevenci.

5. Porovnat zjištění s výsledky jiných výzkumných šetření věnujících se problematice STD

6 METODIKA VÝZKUMU

V této části je popsána charakteristika respondentů, metoda výzkumu, organizace výzkumného šetření a zpracování získaných dat.

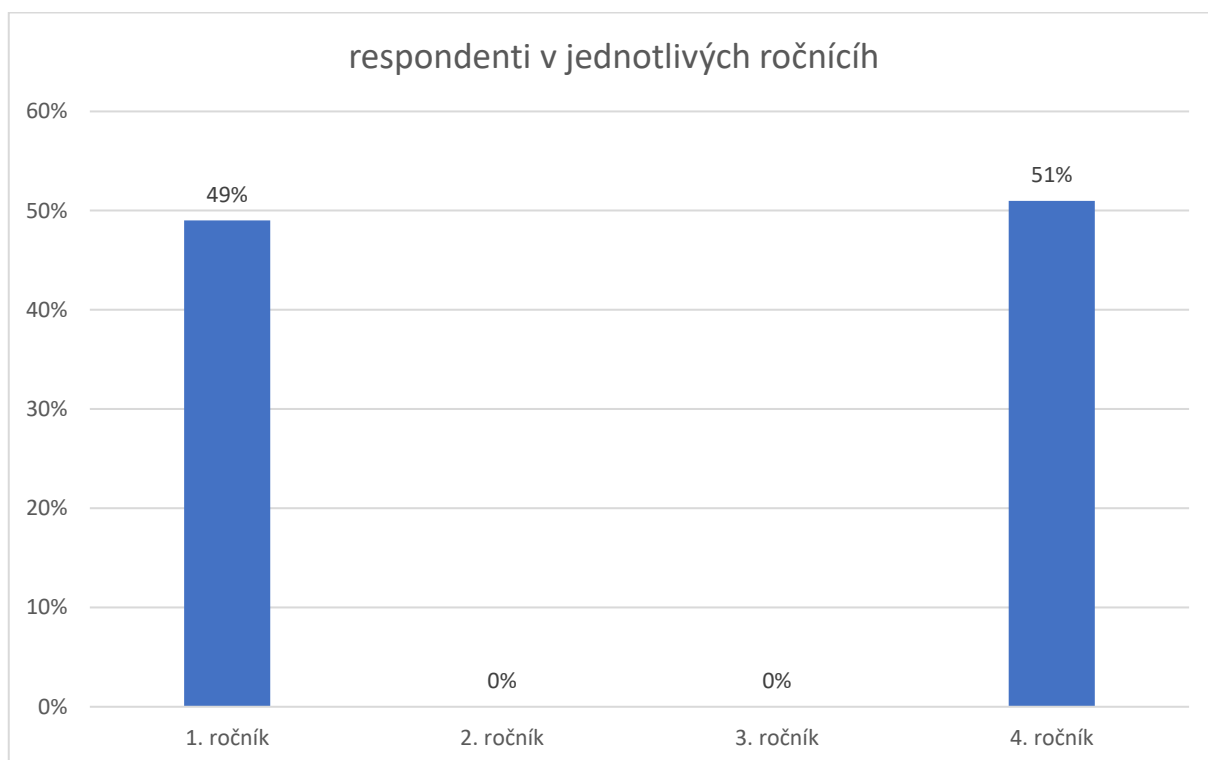
6.1 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO SOUBORU

Zkoumaný soubor respondentů tvořili středoškolští studenti prvního a čtvrtého ročníku. Studenti pocházeli z okolí Hradce Králové. Vypracovaný dotazník jsem rozdávala osobně na Prvním soukromém jazykovém gymnáziu v Hradci Králové.

Celkem se dotazníkového šetření zúčastnilo 114 studentů včetně předvýzkumného šetření. Podle demografického hlediska byli respondenti rozděleni podle ročníku (viz graf č.1), pohlaví (viz graf č.2) a věku (viz graf č.3).

Zastoupení respondentů v jednotlivých ročnících

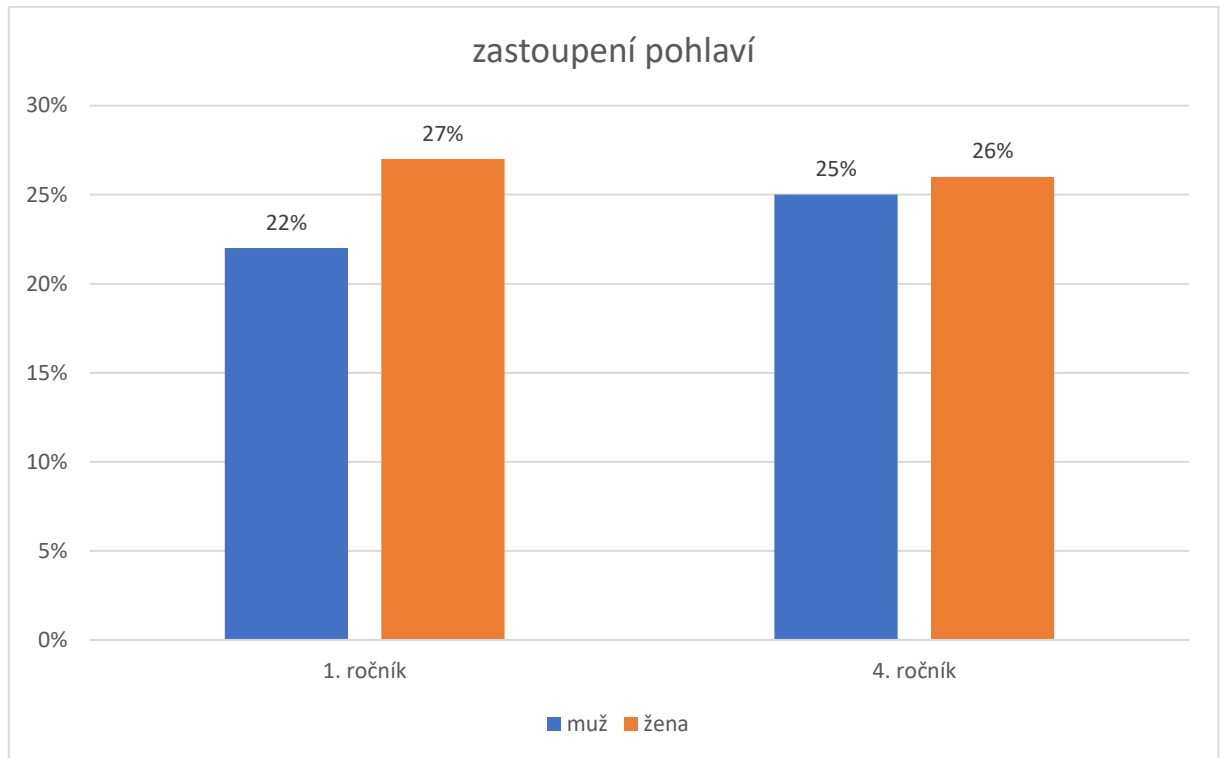
Z 1. ročníku bylo zastoupeno 56 respondentů (49%), ze 4. ročníku 58 respondentů (51%). 2. ročník a 3. ročník nebyl osloven k dotazníkovému šetření.



Graf 1: Zastoupení respondentů v jednotlivých ročnících

Otázka č. 1 Vyber své pohlaví

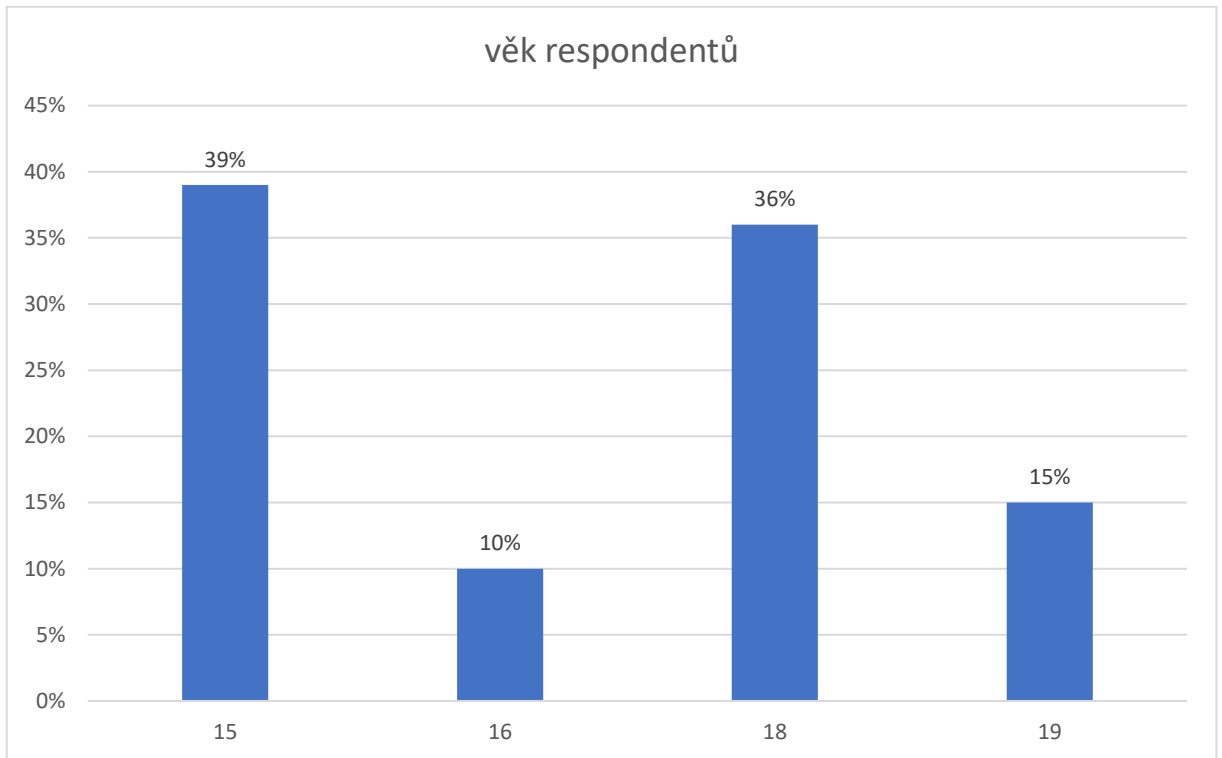
V otázce č. 1 jsou respondenti dotazováni na pohlaví. V 1. ročníku je mužského pohlaví zastoupeno 25 (22%) a žen 31 (27%). Ve 4. ročníku je zastoupeno 28 mužů (25%) a 30 žen (26%).



Graf 2: Jaké je zastoupení pohlaví v 1. a 4. ročníku

Otázka č. 2 Kolik ti je let

V otázce č. 2 jsou respondenti dotazováni na svůj věk. Respondentů ve věku 15 let je 45 (39%), ve věku 16 let je jich 11 (10%), ve věku 18 let 41 (36%) a věku 19 let je jich 17 (15%).



Graf 3: Věkové zastoupení respondentů

6.2 METODA VÝZKUMU A ZPRACOVÁNÍ DAT

Pro empirický výzkum byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu. Po prostudování odborné literatury a získání dostatečného teoretického základu byl vytvořen dotazník (viz. příloha č. 2). Dotazník obsahuje 19 položek, z toho první 4 úvodní otázky charakterizují výzkumný vzorek. Bylo zkoumáno pohlaví, věk, zda proběhl první pohlavní styk, věk prvního pohlavního styku. Zbýlých 15 položek se zaměřuje na téma o pohlavně sexuálních nemocech, používaných antikoncepčních metodách. V dotazníku se objevovaly otázky otevřené, polootevřené a uzavřené.

Data získaná z dotazníkového šetření, byla zaznamenána a dále zpracována v Microsoft Excel Office 365. Pro grafické znázornění odpovědí byly použity sloupcové grafy.

6.3 ORGANIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

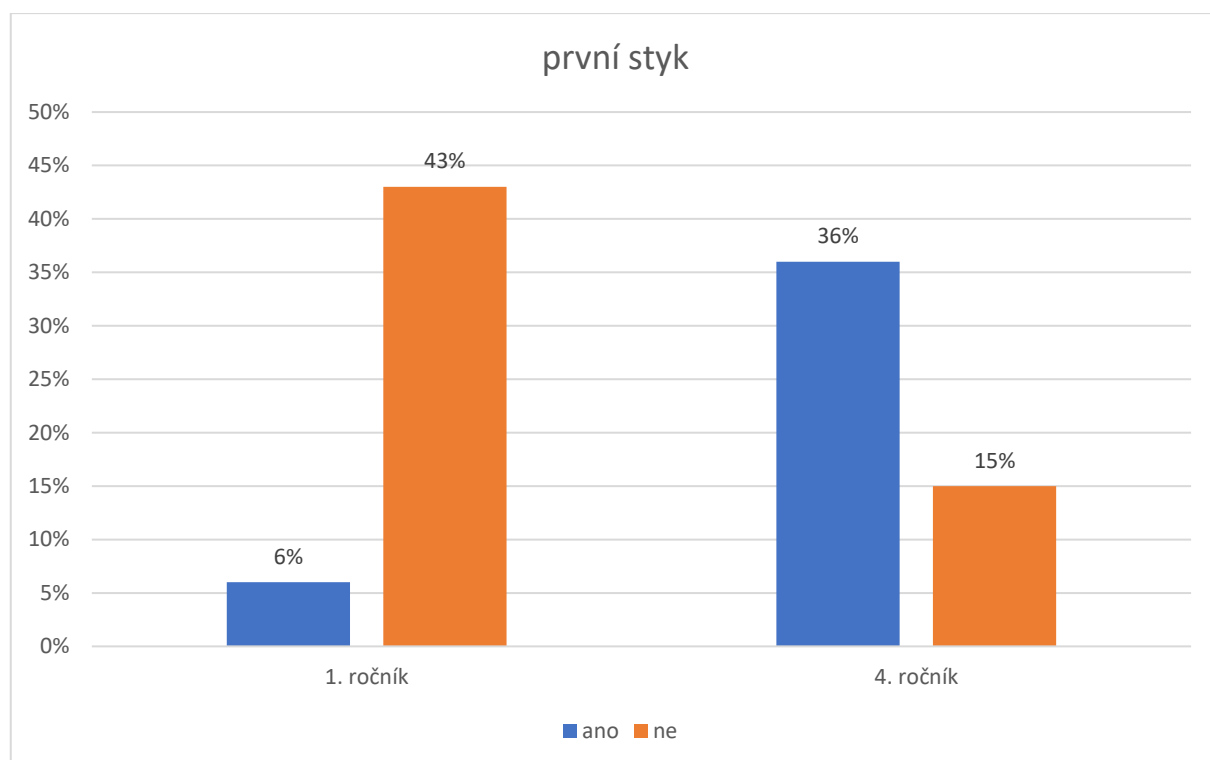
V rámci pilotního šetření byl dotazník předložen 12 blízkým známým, kteří studují buď první či čtvrtý ročník gymnázium. Dotazník vyplňovali sami, po jejich vyplnění byli dotázáni, zda porozuměli všem otázkám a či je není potřeba jinak formulovat. Všichni respondenti se shodli, že otázky v dotazníku jim přijdou srozumitelné. Při hodnocení předvýzkumu nebyla nalezena žádná nesprávně vyplněná položka. Výsledky předvýzkumného šetření byly zahrnuty do celkového hodnocení.

Zahájení výzkumného šetření předcházela žádost o souhlas pana ředitele gymnázia (viz. příloha č. 1), kterého jsem nejdříve oslovila telefonickou formou a poté jsem se s ním setkala osobně. Při naší schůzce, během získání jeho souhlasu s výzkumným šetřením, jsem seznámila pana ředitele s naším dotazníkem. Dotazníky jsem předávala osobně respondentům v jednotlivých ročnících. Dotazníky byly distribuovány v polovině září 2021. V době výzkumného šetření nedošlo k žádným komplikacím.

6.4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Otázka č. 3 Měl/a jsi už pohlavní styk

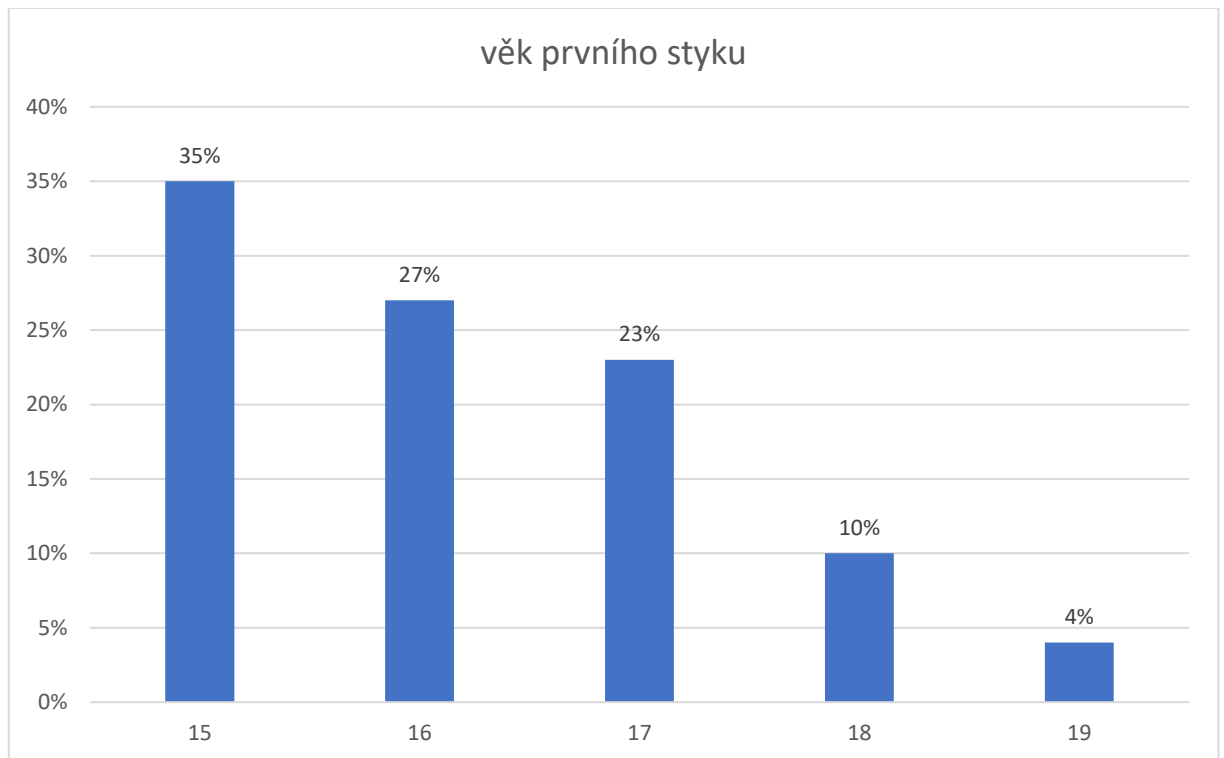
V této otázce jsou respondenti dotazováni, zda již měli pohlavní styk. V 1. ročníku proběhl pohlavní styk u 7 respondentů (6%) a u 49 neproběhl (43%). Ve 4. ročníku proběhl pohlavní styk u 41 respondentů (36%) a u 17 respondentů (15%) neproběhl.



Graf 4: Odpověď respondentů na (ne)proběhnutí pohlavního styku

Otázka č. 4 Pokud ano, v kolika letech to bylo

Na tuto otázku odpovídali respondenti, kteří již měli pohlavní styk, což bylo celkem 48 respondentů (100%). Ve věku 15 let proběhl první pohlavní styk u 17 respondentů (35%), ve věku 16 let proběhl u 13 respondentů (27%), ve věku 17 let u 11 respondentů (23%), ve věku 18 let u 5 respondentů (10%) a ve věku 19 let u 2 respondentů (4%).

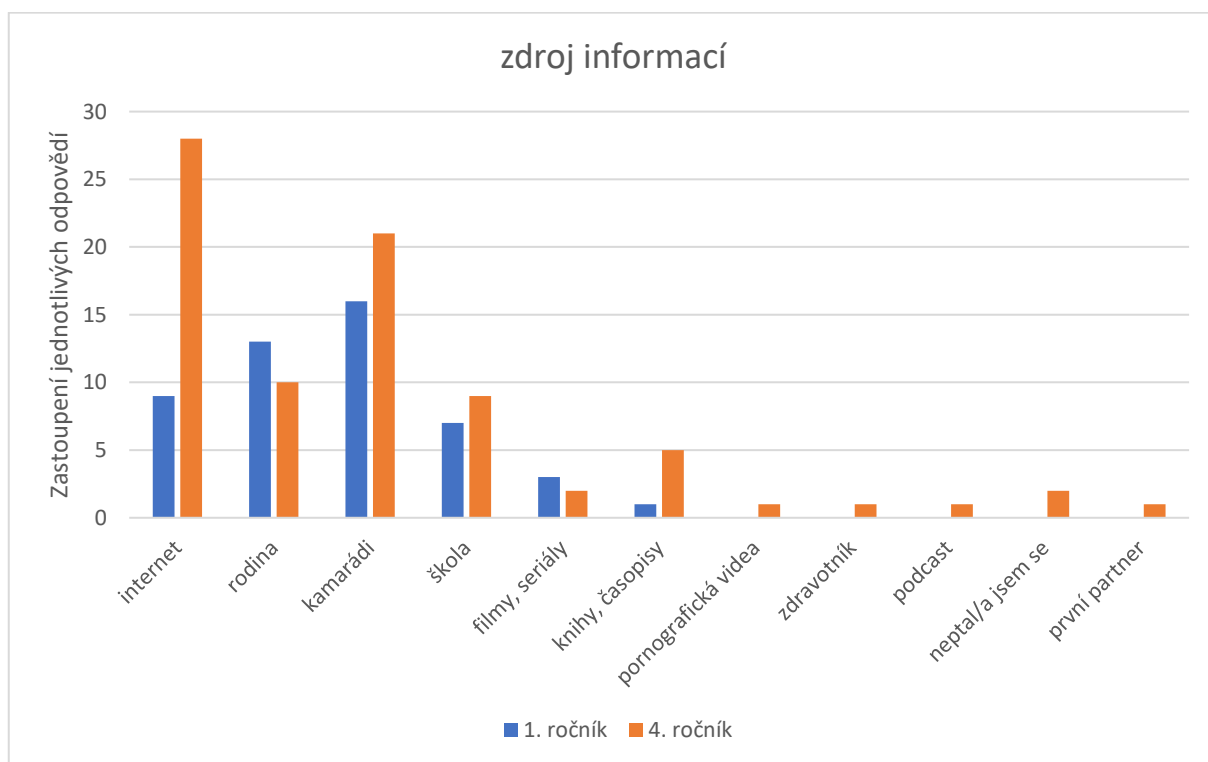


Graf 5: Věk prvního pohlavního styku u respondentů

Otázka č. 5 Od koho jsi dostal/a nejvíce informací týkající se tématu sexuální výchova

Na tuto otázku mohli respondenti odpovídat více odpověďmi. V prvním ročníku 16 respondentů odpovědělo, že nejvíce informací mají od kamarádů. Rodinu odpovědělo 13 respondentů. Internet jako zdroj informací uvedlo 9 respondentů, školu 7 respondentů, filmy či seriály 3 respondenti. Na posledním místě s jedním respondentem jsou knihy či časopisy.

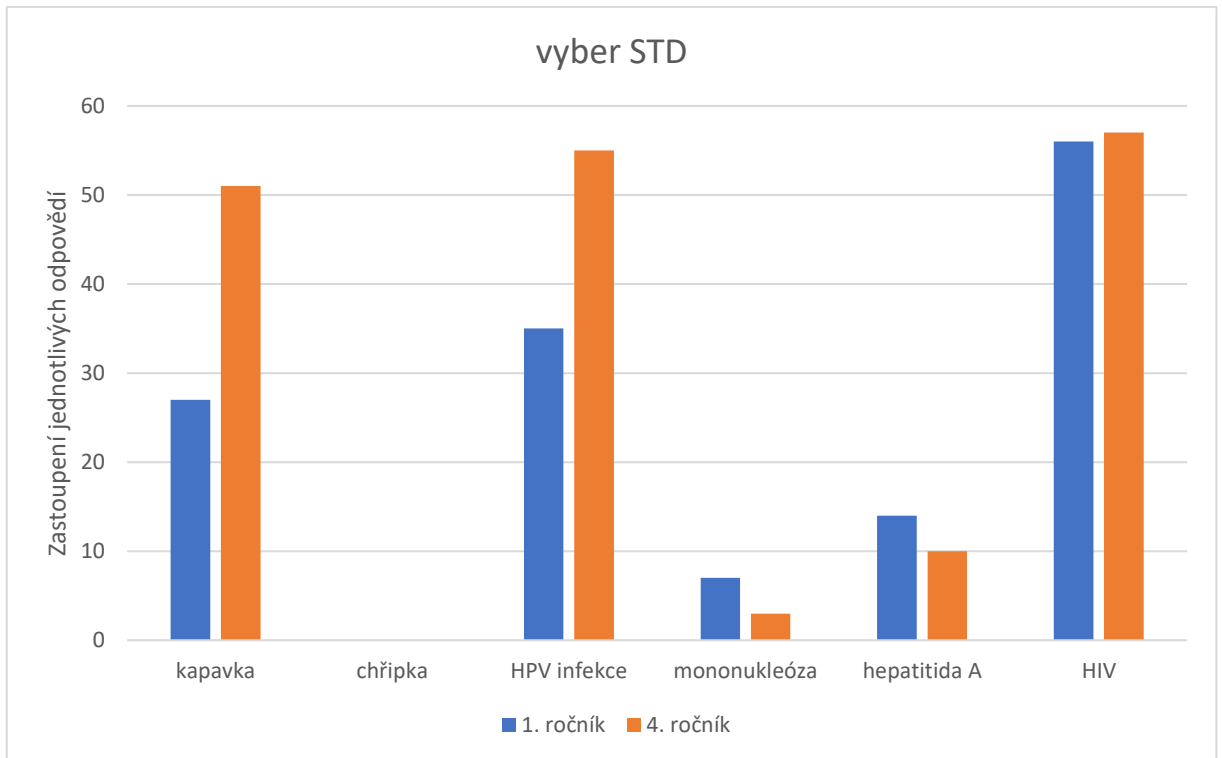
Ve 4. ročníku 21 respondentů odpovědělo internet. Kamarádi jsou na druhém místě s 21 respondenti. Rodina jako zdroj informací má 10 respondentů, škola 9 respondentů, knihy či časopisy 5 respondentů. Filmy či seriály a odpověď „nikdy jsem se neptal/a“ má 2 respondenty. Zdravotník, pornografická videa, podcast a první partner má každá odpověď jednoho respondenta.



Graf 6: Zdroj informací respondentů o sexuální výchově

Otázka č. 6 Označ, co podle tebe patří mezi pohlavní nemoci

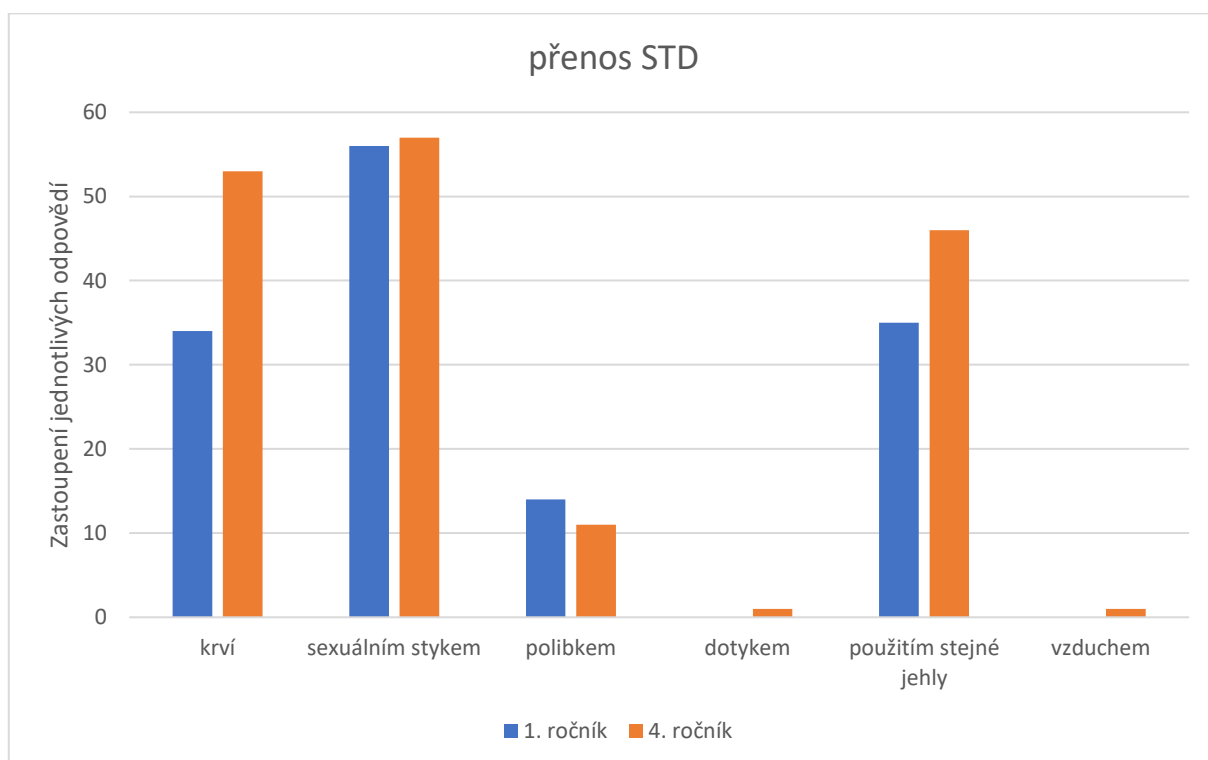
Respondenti v této otázce mohli vybrat více možností. V prvním ročníku označilo odpověď kapavka 27 respondentů, chřipka 0 respondentů, HPV infekce 35 respondentů, mononukleóza 7 respondentů, hepatitida A 14 respondentů a HIV 56 respondentů. Ve čtvrtém ročníku označilo odpověď kapavka 51 respondentů, chřipka 0 respondentů, HPV infekce 55 respondentů, mononukleóza 3 respondentů, hepatitida A 10 respondentů a HIV 57 respondentů.



Graf 7: Co podle respondentů patří do pohlavně přenosných nemocí

Otázka č. 7 Vyber, jakým způsobem se můžeš nakazit pohlavní nemocí

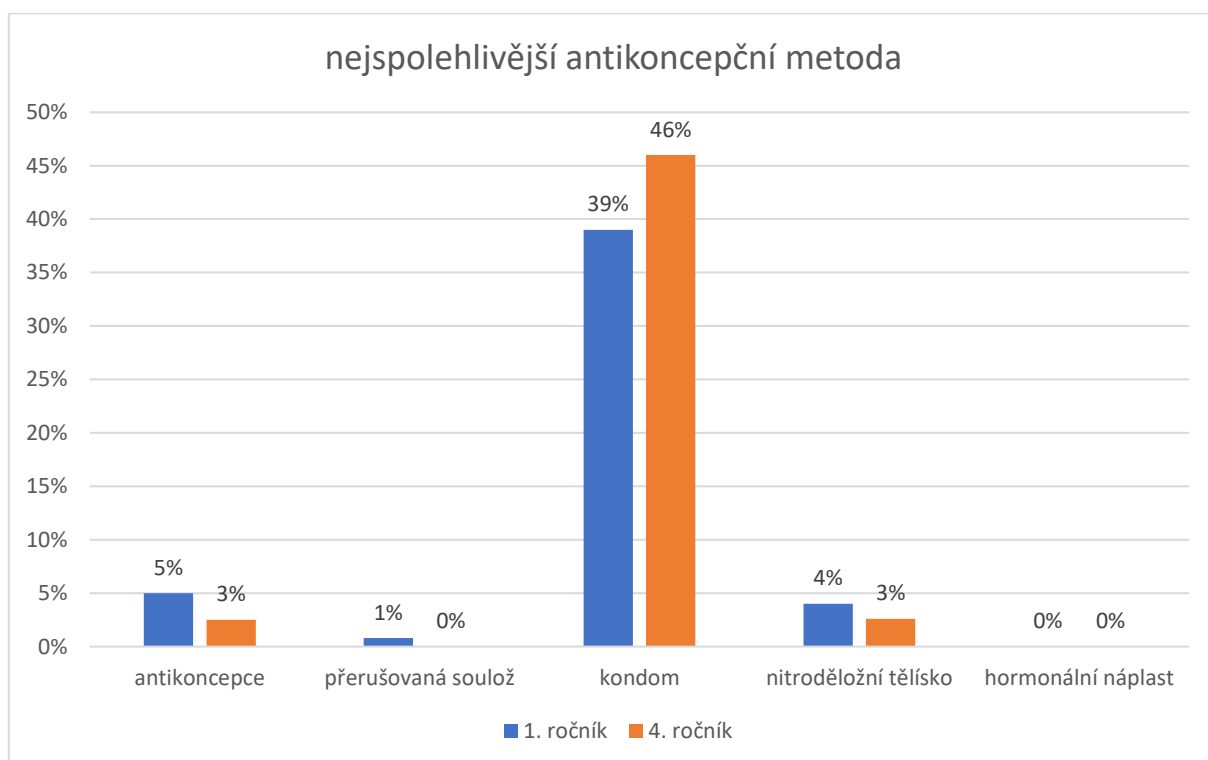
Respondenti v této otázce mohli vybrat více možností. V prvním ročníku odpovědělo na přenos krví 34 respondentů, sexuálním stykem 56 respondentů, polibkem 14 respondentů, dotykem 0 respondentů, použitím stejné jehly 35 respondentů a vzduchem 0 respondentů. Ve čtvrtém ročníku odpovědělo na přenos krví 53 respondentů, sexuálním stykem 57 respondentů, polibkem 11 respondentů, dotykem 1 respondent, použitím stejné jehly 46 respondentů a vzduchem 1 respondent.



Graf 8: Jaké jsou způsoby přenosu pohlavně přenosných nemocí podle respondentů

Otázka č. 8 Jaká je podle tebe nejspolehlivější ochrana proti pohlavním nemocem

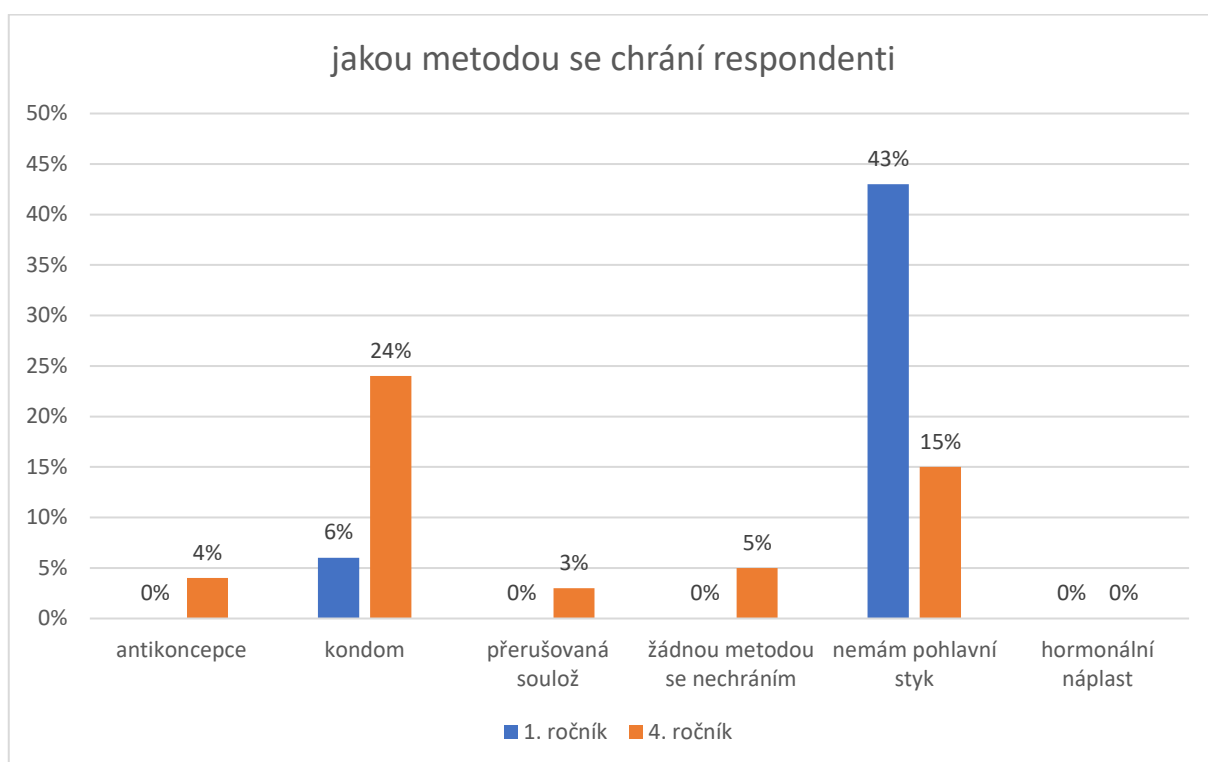
V otázce byli respondenti dotazováni, jaká je podle nich nejspolehlivější ochrana proti pohlavním nemocem. V 1. ročníku antikoncepci uvedlo 6 respondentů (5%), přerušovanou soulož 1 respondent (1%), kondom 45 respondentů (39%), nitroděložní tělíčko 4 respondenti (4%) a hormonální náplast 0 respondentů. Ve 4. ročníku antikoncepci uvedli 3 respondenti (3%), přerušovanou soulož 0 respondentů, kondom 52 respondentů (46%), nitroděložní tělíčko 3 respondenti (3%) a hormonální náplast 0 respondentů.



Graf 9: Metoda bránící nakažení STD

Otázka č. 9 Jakou metodou se chráníš proti pohlavně přenosným chorobám

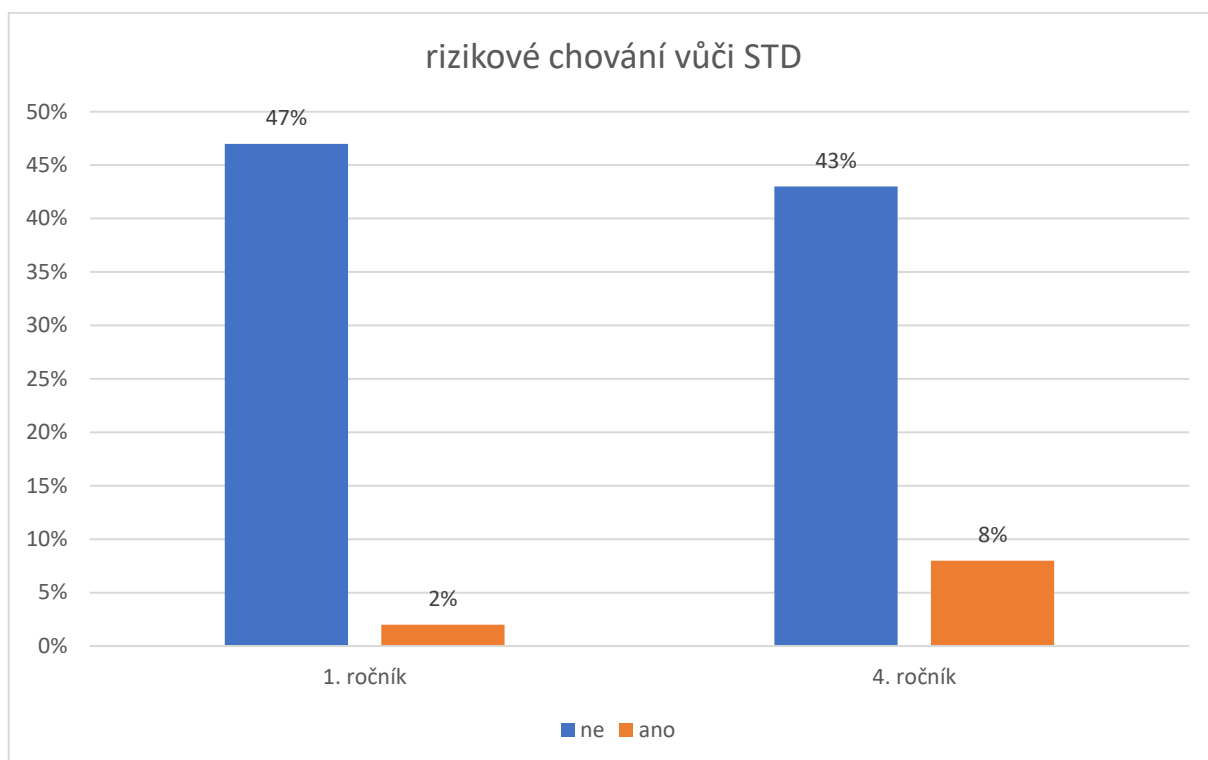
V této otázce byli respondenti tázáni, jakou metodu používají v prevenci STD. V prvním ročníku odpovědělo na odpověď „nemám pohlavní styk“ 49 respondentů (43%), na kondom 7 respondentů (6%), na antikoncepci, přerušovanou soulož, žádnou metodu a hormonální náplast 0 respondentů. Ve čtvrtém ročníku odpovědělo na odpověď „nemám pohlavní styk“ 17 respondentů (15%), na kondom 9 respondentů (24%), na antikoncepci 5 respondentů (4%), na přerušovanou soulož 3 respondenti (3%), na žádnou metodu 6 respondentů (5%) a hormonální náplast 0 respondentů.



Graf 10: Jakou metodou se respondenti chrání

Otázka č. 10 Choval/a jste se někdy rizikově vůči přenosu pohlavně přenosných chorob

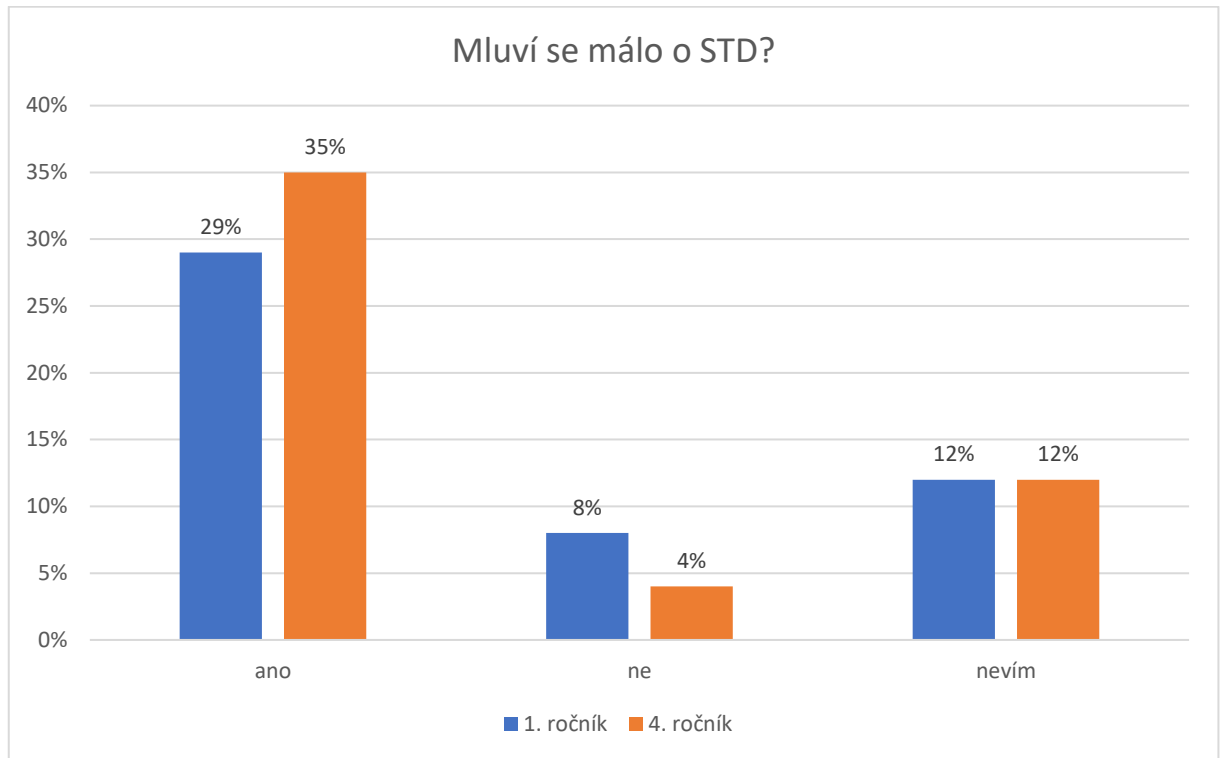
Respondenti byli v této otázce dotazováni na jejich rizikové chování vzhledem k přenosu STD. V 1. ročníku odpovědělo 54 respondentů (47%), že se rizikově nechovalo a 2 respondenti (2%) se chovali rizikově. Ve 4. ročníku se nechovalo 49 respondentů (43%) rizikově a 9 respondentů (8%) rizikově. 10 respondentů, kteří se chovali rizikově, odpověděli, že měli sex bez kondomu a 1 respondent, že při polibku chytil mononukleózu.



Graf 11: Choval se někdy respondent rizikově vůči přenosu STD

Otázka č. 11 Myslíš, že se málo mluví o sexuálně přenosných chorobách

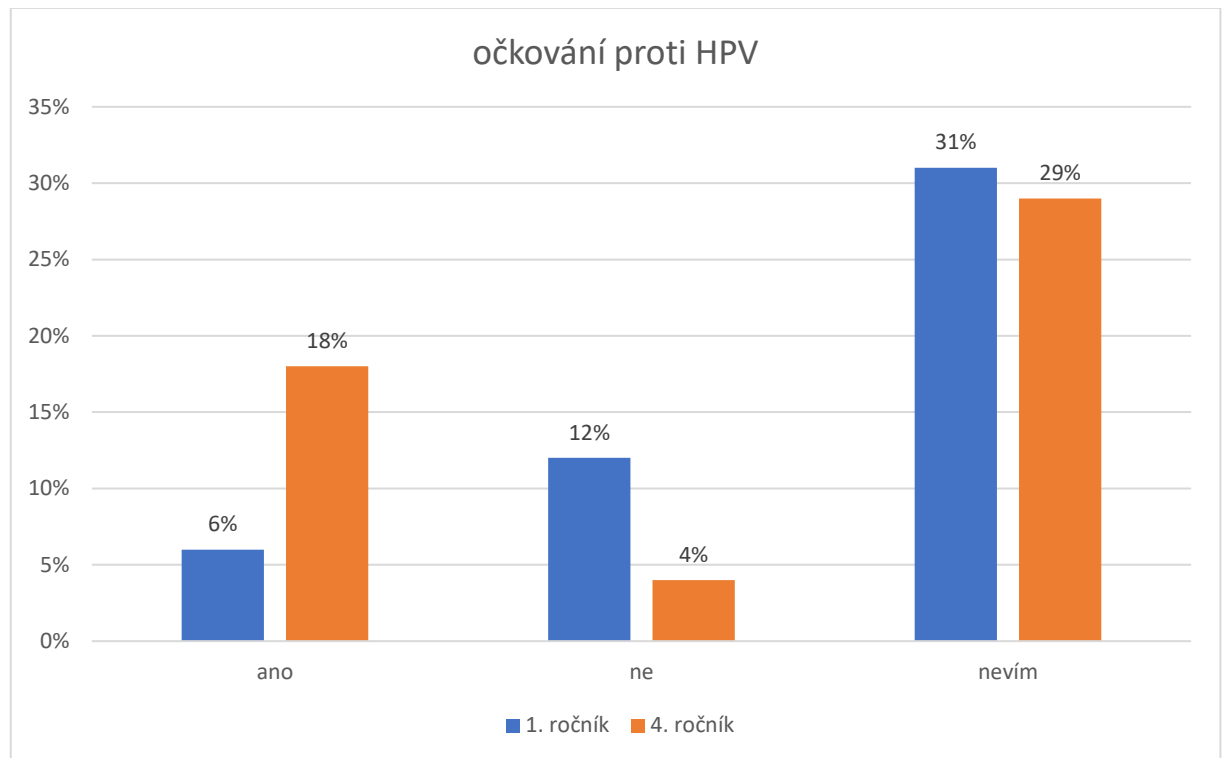
V 1. ročníku odpovědělo 33 respondentů (29%), že se málo mluví o STD, 9 respondentů (8%) si to nemyslí a 14 respondentů (12%) neví. Ve 4. ročníku odpovědělo 40 respondentů (35%), že se málo mluví o STD, 4 respondentů (4%) si to nemyslí a 14 respondentů (12%) neví.



Graf 12: Mluví se podle respondentů málo o STD?

Otázka č. 12 Existuje očkování proti HPV infekci

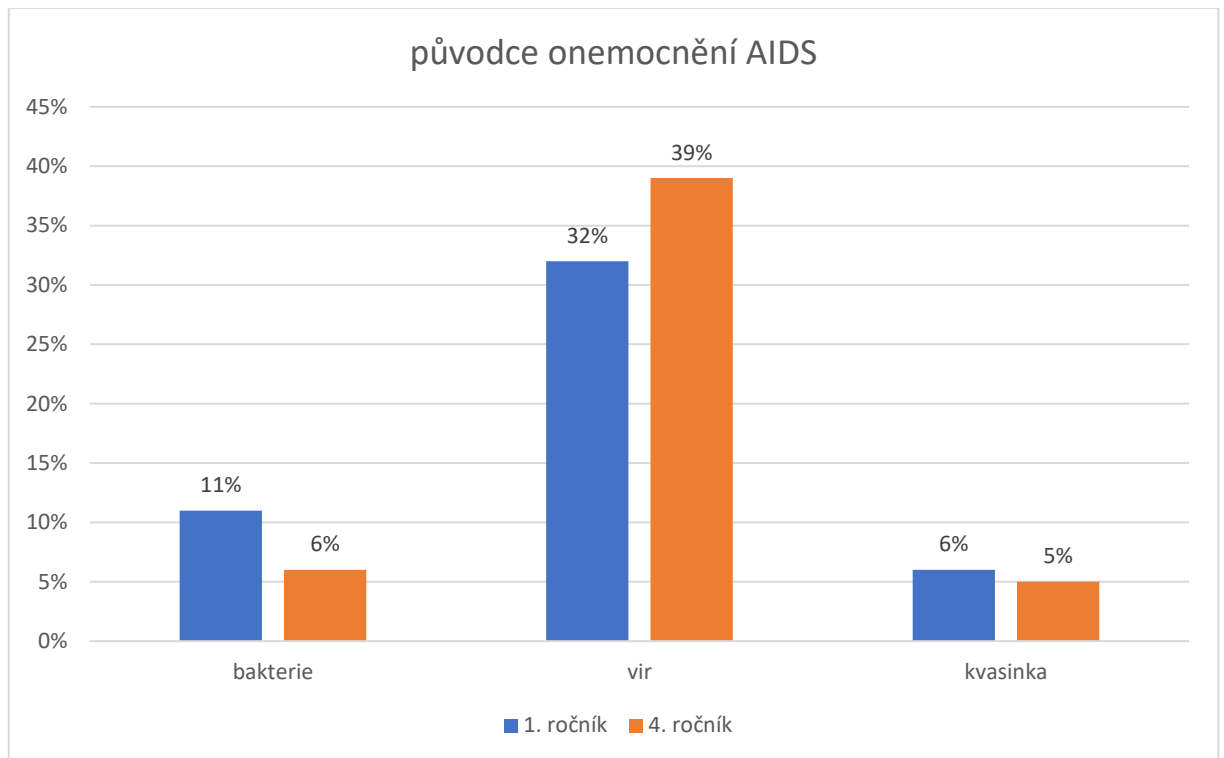
Respondenti byli v této otázce dotazováni, zda existuje očkování proti HPV infekci. V 1. ročníku odpovědělo 7 respondentů (6%) ano, 14 respondentů (12%) ne a 35 respondentů (31%) neví. Ve 4. ročníku odpovědělo 21 respondentů (18%) ano, 4 respondentů (4%) ne a 33 respondentů (29%) neví.



Graf 13: Existuje očkování proti HPV infekci

Otázka č. 13 Kdo je původcem onemocnění AIDS

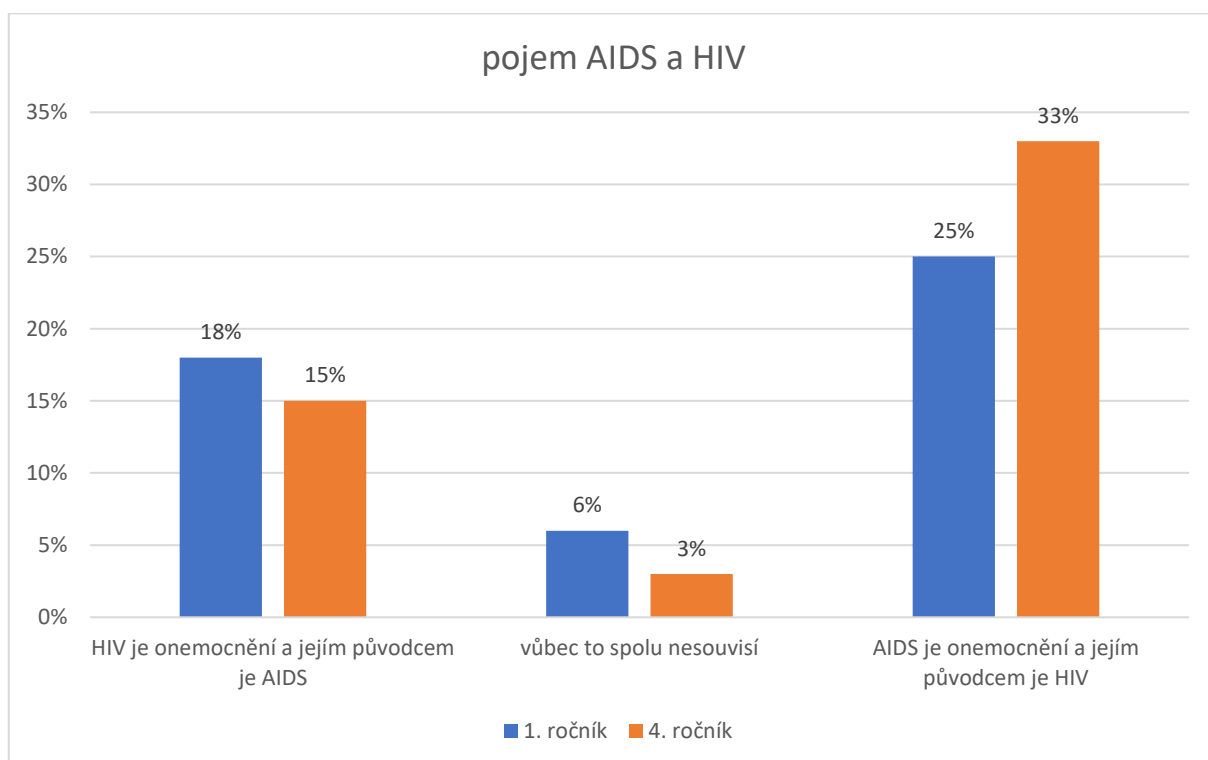
V této otázce respondenti odpovídali, co je původcem onemocnění AIDS. V 1. ročníku označilo odpověď bakterie 13 respondentů (11%), vir 36 respondentů (32%) a kvasinka 7 respondentů (6%). Respondenti ze 4. ročníku označili odpověď bakterie 7 respondentů (6%), vir 45 respondentů (39%) a kvasinka 6 respondentů (5%).



Graf 14: Původce onemocnění AIDS

Otázka č. 14 Mají něco společného pojmy AIDS a HIV

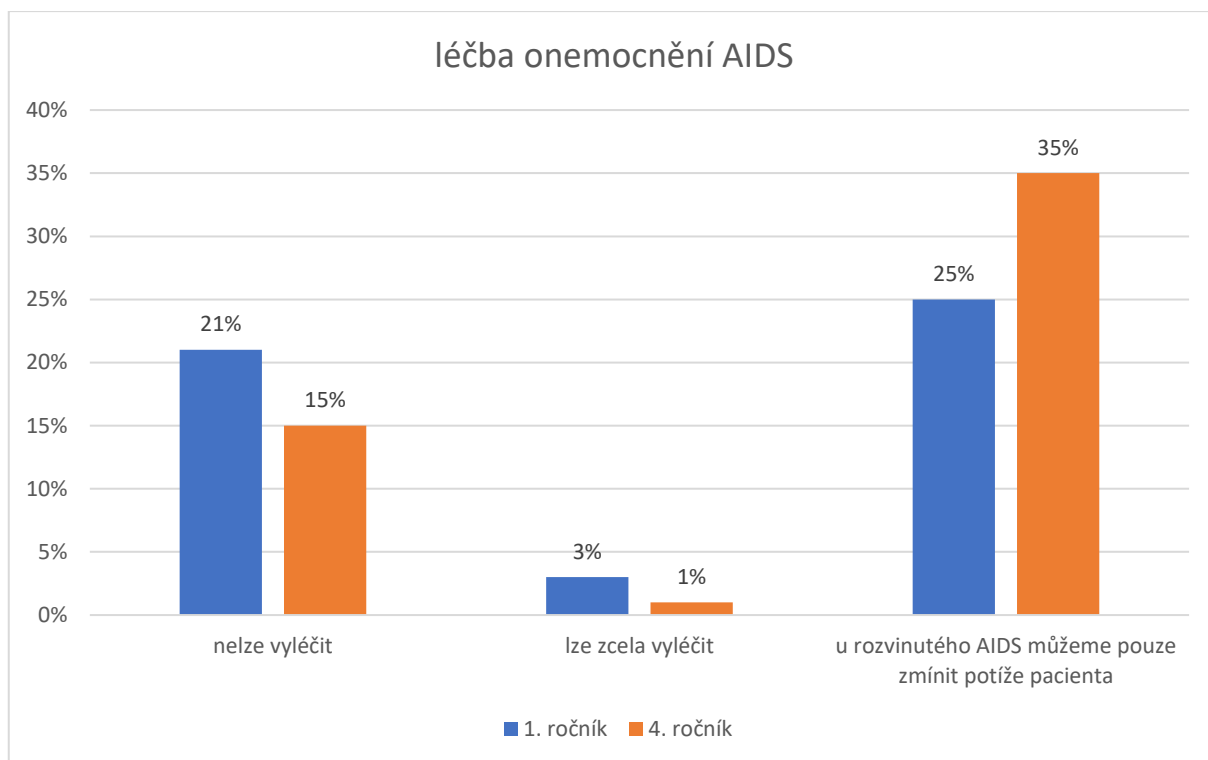
V 1. ročníku respondenti odpověděli následovně: HIV je onemocnění a jejím původcem je AIDS 20 respondentů (18%), AIDS je onemocnění a jejím původcem je HIV 29 respondentů (25%) a tyto pojmy vůbec spolu nesouvisí 7 respondentů (6%). Ve 4. ročníku respondenti odpověděli následovně: HIV je onemocnění a jejím původcem je AIDS 17 respondentů (15%), AIDS je onemocnění a jejím původcem je HIV 38 respondentů (33%) a tyto pojmy vůbec spolu nesouvisí 3 respondentů (3%).



Graf 15: Co mají společného pojmy AIDS a HIV

Otázka č. 15 Lze zcela vyléčit onemocnění AIDS

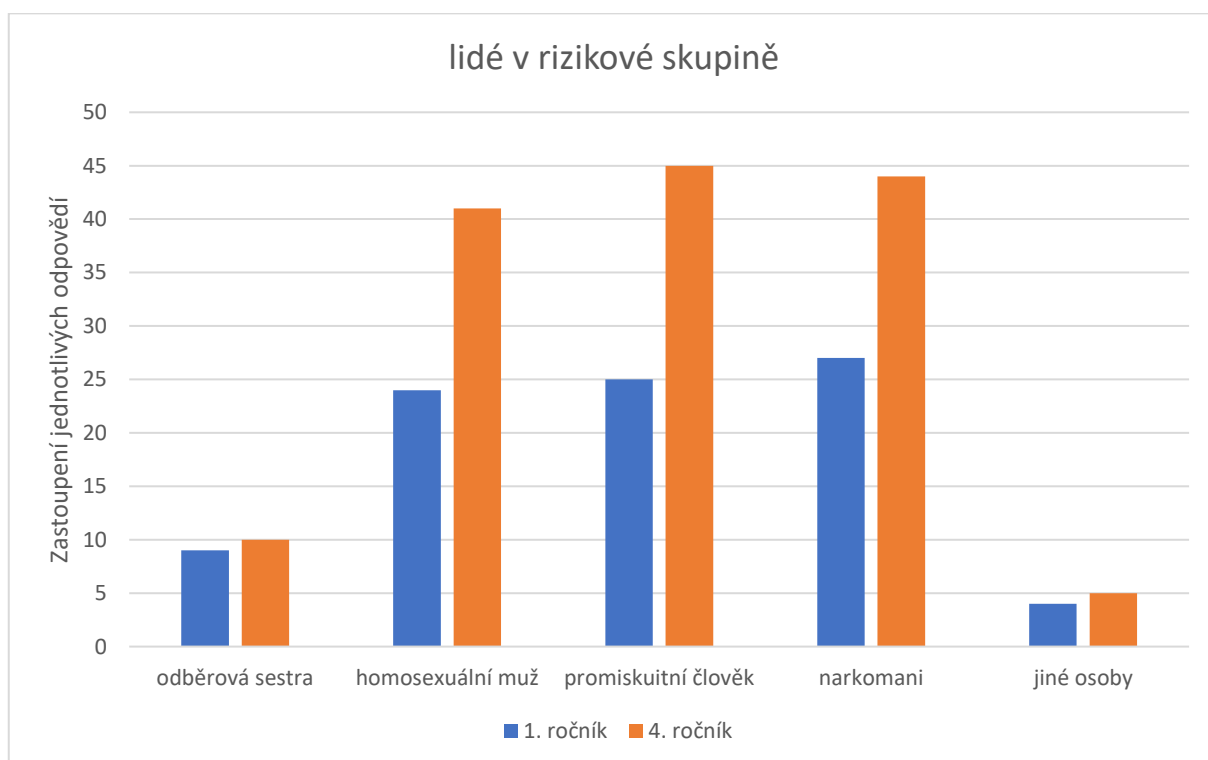
V 1. ročníku označilo odpověď nelze vyléčit onemocnění AIDS 24 respondentů (21%), lze zcela 3 respondentů (3%), u rozvinutého AIDS můžeme pouze zmínit potíže pacienta 29 respondentů (25%). Ve 4. ročníku označilo odpověď nelze vyléčit onemocnění AIDS 17 respondentů (15%), lze zcela 1 respondentů (1%), u rozvinutého AIDS můžeme pouze zmínit potíže pacienta 40 respondentů (35%).



Graf 16: Lze zcela vyléčit onemocnění AIDS

Otázka č. 16 Kterí lidé patří do rizikové skupiny sexuálně přenosných chorob

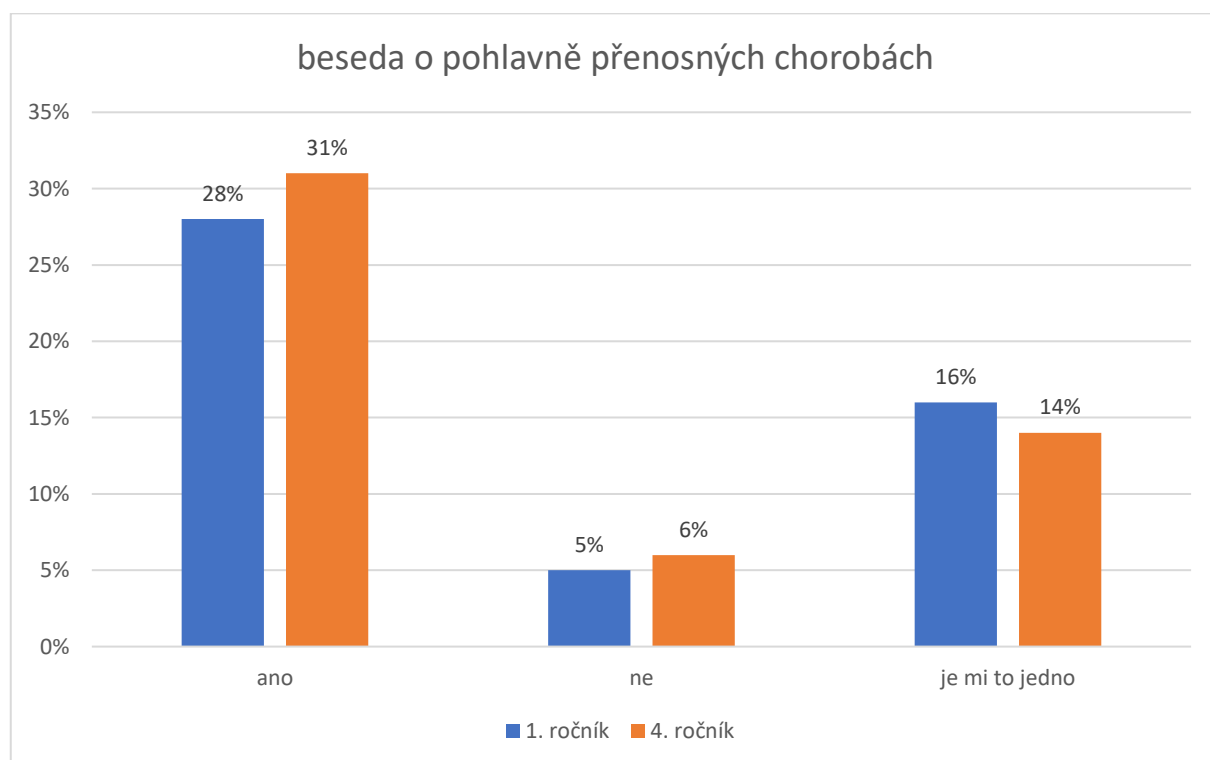
V této otázce byli respondenti dotazováni, kteří lidé patří do rizikové skupiny STD. Respondenti mohli v této otázce označit více možností. V 1. ročníku označilo odpověď odběrová sestra 9 respondentů, homosexuální muž 24 respondentů, promiskuitní člověk 25 respondentů, narkomani 27 respondentů a jiné osoby 4 respondenti. Ve 4. ročníku označilo odpověď odběrová sestra 10 respondentů, homosexuální muž 41 respondentů, promiskuitní člověk 45 respondentů, narkomani 44 respondentů a jiné osoby 5 respondentů.



Graf 17: Lidé, kteří patří do rizikové skupiny STD

Otázka č. 17 Uvítal/a bys besedu o pohlavních nemocech a ochraně při pohlavním styku ve škole

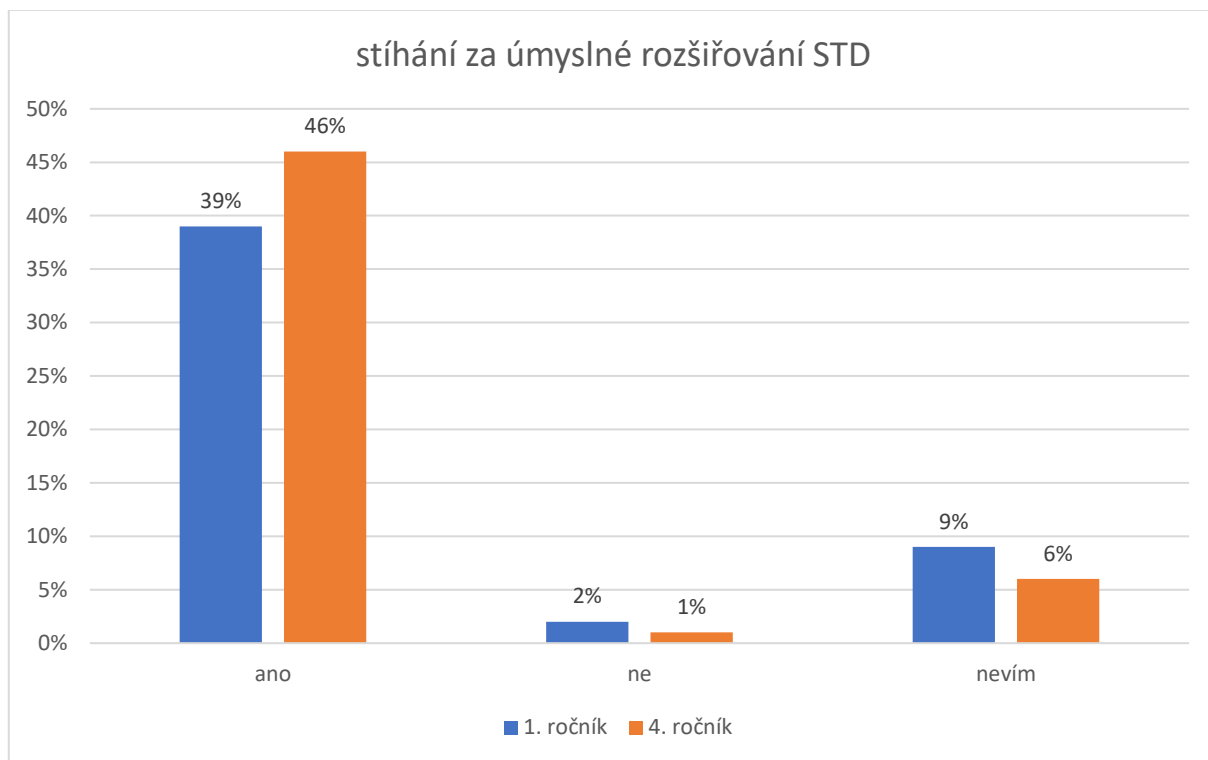
32 respondentů (28%) z 1. ročníku by uvítalo besedu o pohlavních nemocech a ochraně při pohlavním styku ve škole, 6 respondentů (5%) by besedu neuvítalo a 18 respondentů (16%) neví. 35 respondentů (31%) ze 4. ročníku by uvítalo besedu o pohlavních nemocech a ochraně při pohlavním styku ve škole, 7 respondentů (6%) by besedu neuvítalo a 16 respondentů (14%) neví.



Graf 18: Uvítání respondentů besedy o pohlavních nemocech a ochraně při pohlavním styku ve škole

Otázka č. 18 Může být stíhán člověk, který úmyslně šíří pohlavní nemoc

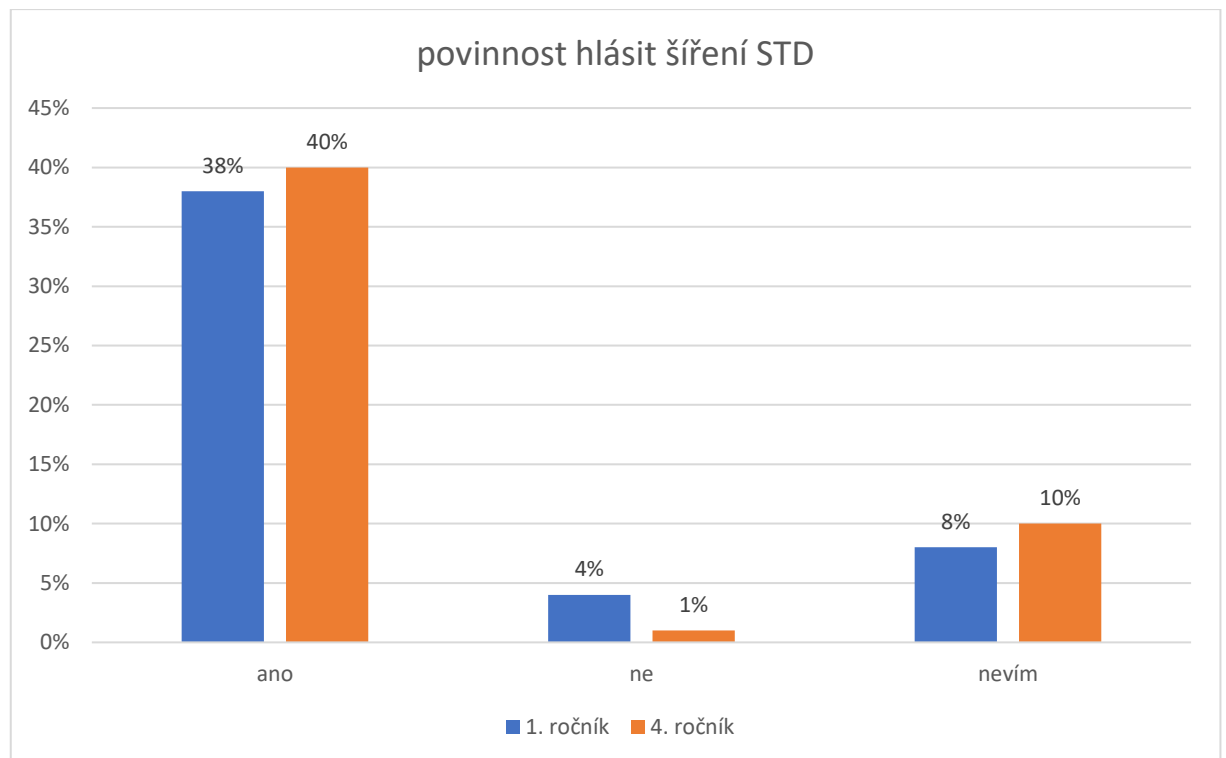
V této otázce respondenti odpovídali na dotaz, zda může být stíhán člověk šířící úmyslně pohlavní nemoc. V 1. ročníku odpovědělo 44 respondentů (39%) ano, 2 respondenti (2%) ne, 10 respondentů (9%) neví. Ve 4. ročníku odpovědělo 52 respondentů (46%) ano, 1 respondent (1%) ne, 7 respondentů (6%) neví.



Graf 19: Může být člověk stíhán za úmyslné rozšiřování STD

Otázka č. 19 Je povinnost nahlásit všechny své sexuální partnery / partnerky, v případě zjištění nákazy pohlavní chorobou

V této otázce byli dotazováni, zda je povinnost nahlásit všechny své sexuální partnery / partnerky, v případě zjištění nákazy pohlavní chorobou. V 1. ročníku odpovědělo 43 respondentů (38%) ano, 4 respondenti (4%) ne, 9 respondentů (8%) neví. Ve 4. ročníku odpovědělo 46 respondentů (40%) ano, 1 respondent (1%) ne, 11 respondentů (10%) neví.



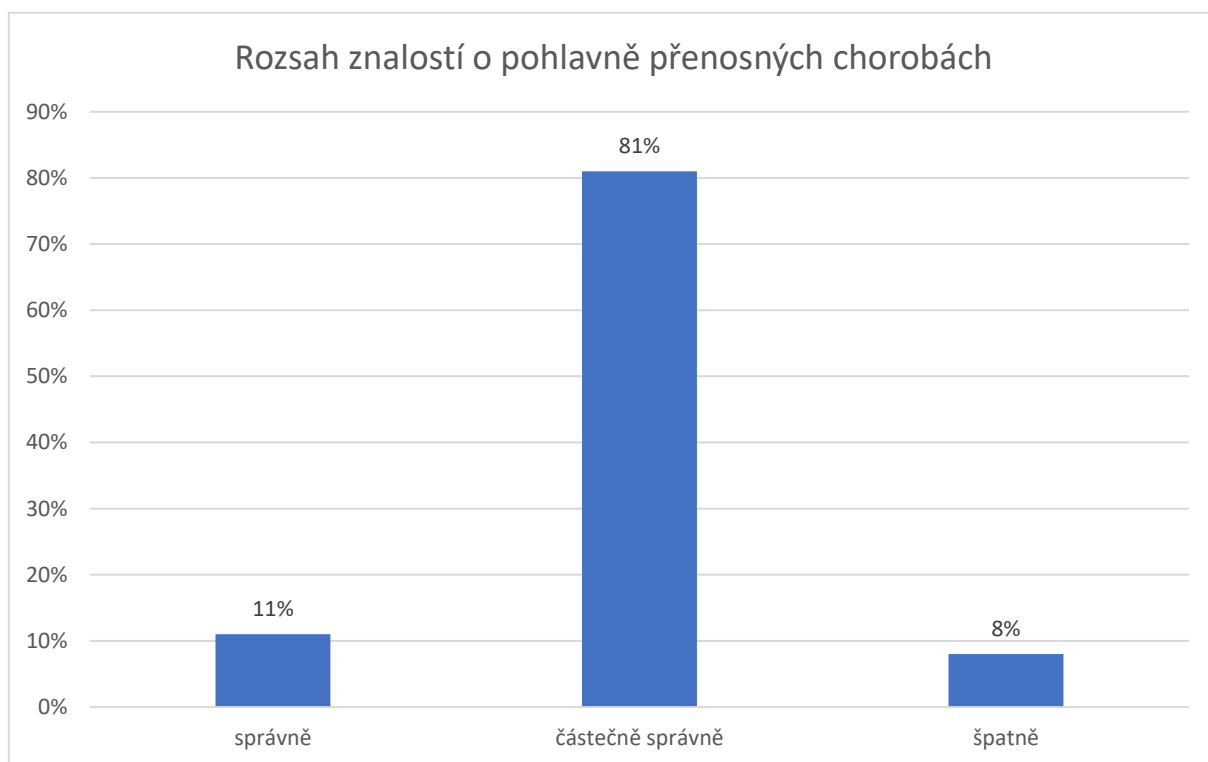
Graf 20: Povinnost hlášení partnerů při nákaze STD

7 DISKUZE

Tato bakalářská práce se zabývá otázkou, jaká je informovanost středoškolské mládeže o sexuálně pohlavních nemocech. Za cíle v této bakalářské práci jsme si zvolili zjistit rozsah znalostí středoškolských studentů o pohlavně přenosných chorobách, porovnat rozsah znalostí o pohlavně přenosných chorobách mezi 1. a 4. ročníkem.

Hlavní cíl č. 1: Zjistit rozsah znalostí středoškolských studentů o pohlavně přenosných chorobách

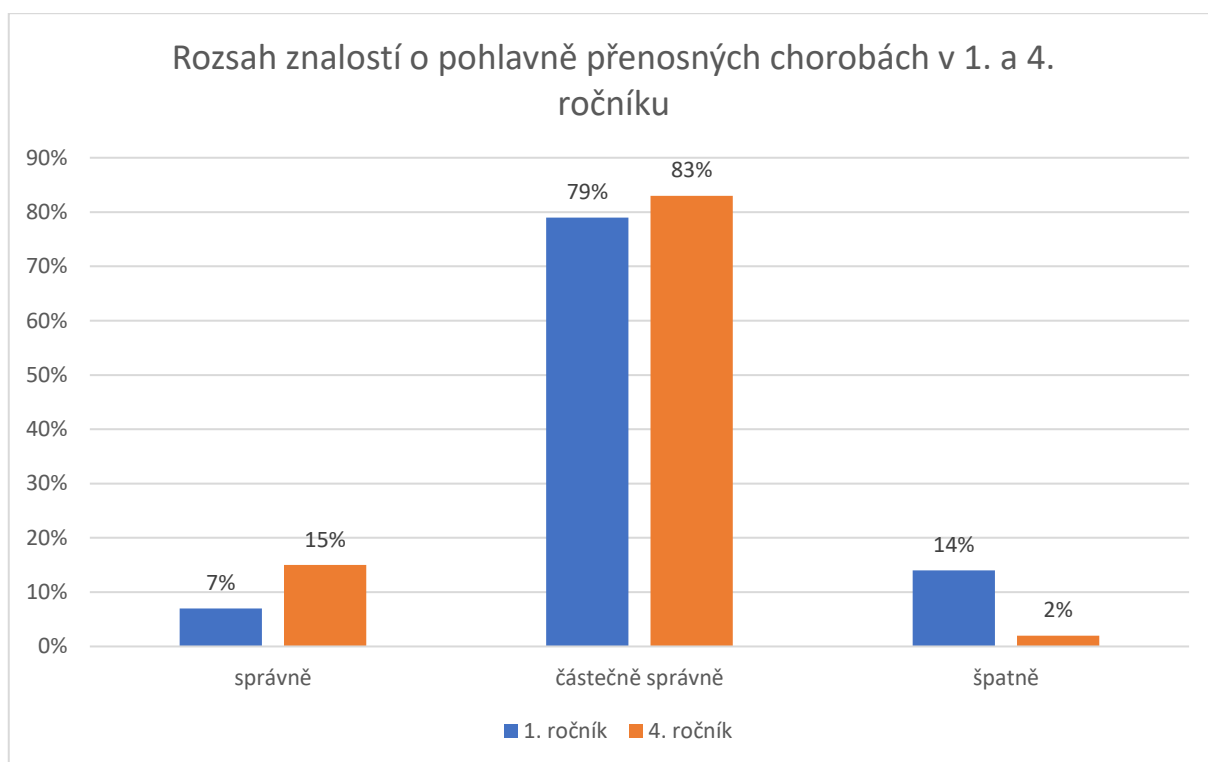
Otázek zjišťujících znalosti respondentů bylo celkem 10, konkrétně to byly otázky č. 6, 7, 8, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19. Z analyzovaných dat nám vyplynulo, že studentů, kteří odpověděli na otázky správně, bylo 13 (11%). Tito studenti odpověděli na všechny otázky správně či u jedné otázky s mnohočetnými odpovědi neměli označené všechny odpovědi. Studentů, kteří odpověděli částečně správně, v dotazníkovém šetření měli u více otázek zaškrtnutou špatnou či neúplnou odpověď či měli méně jak 5 otázek špatně, bylo 92 (81%). Studentů, kteří odpověděli více jak 5 otázek špatně, bylo 9 (8%). (viz níže graf č. 21)



Graf 21: Rozsah znalostí středoškolských studentů o pohlavně přenosných chorobách

Hlavní cíl č. 2: Porovnat rozsah znalostí o pohlavně přenosných chorobách mezi studenty 1. a 4. ročníku

Při našem výzkumu jsme hlavně porovnávali dvě skupiny podle ročníku studia. Z analyzovaných dat nám vyplynulo, že v první skupině, kterou tvořili studenti 1. ročníku, odpovědělo z celkového počtu 56 (100%) na otázky o pohlavně přenosných chorobách správně 4 (7%), částečně správně 44 (79%) a špatně 8 (14%). Na rozdíl druhá skupina tvořící studenti 4. ročníku odpovědělo z celkového počtu 58 (100%) na otázky o pohlavně přenosných chorobách správně 9 (15%), částečně správně 48 (83%) a špatně 2 (2%). **Mezi 1. a 4. ročníkem je patrný rozdíl ve správnosti odpovědí. Předpokládáme, že studenti 1. ročníku se o pohlavně přenosných chorobách neučili či nebyli informováni či se sami neinformovali tak jako studenti 4. ročníku.** (viz níže graf č. 22)

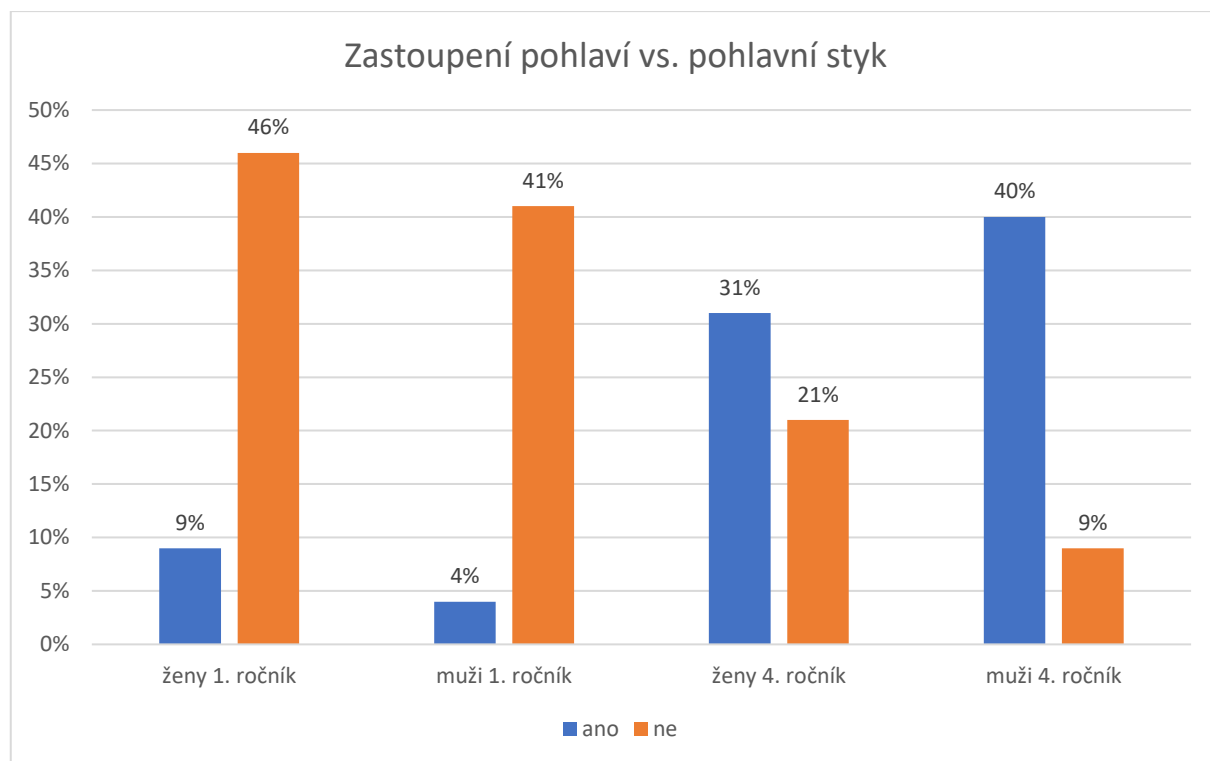


Graf 22: Porovnání rozsahu znalostí o pohlavně přenosných nemocech mezi 1. a 4. ročníkem

Dílčí cíl č. 1: Zjistit, zda má pohlaví respondentů vliv na míru sexuálních zkušeností.

V další položce dotazníku jsme zkoumali, u kolika respondentů proběhl již první pohlavní styk. První pohlavní styk proběhl již u 7 (6%) respondentů z 1. ročníku a u 41 (36%) respondentů ze 4. ročníku. Na rozdíl první pohlavní styk neproběhl u 49 (43%) respondentů z 1. ročníku a 17 (15%) respondentů ze 4. ročníku. V zastoupení pohlaví proběhl pohlavní styk u 5 (4%) žen z 1. ročníku, u 2 (3%) mužů z 1. ročníku, u 18 (16%) žen ze 4. ročníku a u 23

(20%) mužů ze 4. ročníku. Na rozdíl pohlavní styk neproběhl u 26 (23%) žen z 1. ročníku, u 23 (20%) mužů z 1. ročníku, u 12 (10%) žen ze 4. ročníku a u 5 (4%) mužů ze 4. ročníku. **Tímto se domněnka č. 1 nepotvrdila.** (viz výše graf č. 4, níže graf č. 23)



Graf 23: Zastoupení pohlaví u proběhnutí pohlavního styku

Dílčí cíl č. 2: Zjistit, jaký je průměrný věk prvního pohlavního styku.

Respondenti, u kterých již proběhl pohlavní styk, byli dotazováni v kolika letech u nich první pohlavní styk proběhl. Nejvíce doplněný věk byl 15. rok, tuto odpověď jsme našli u 17 (35%) respondentů. Na druhém místě byl se 13 (27%) respondenty 16. rok. 17. rok byl u 11 (23%) respondentů, 18. rok u 5 (10%) respondentů a 19. rok u 2 (4%) respondentů. Bylo pravděpodobné, že 15. a 16. rok života bude více zastoupen než 17. rok a výše z důvodu, že 15. a 16. rok života již proběhl u většiny respondentů. Zatímco 18. a 19. rok života mají studenti studující 4. ročník. Průměrný věk u prvního pohlavního styku byl v tomto dotazníkovém šetření 16,2, medián 16. **Domněnka č. 2 se potvrdila.** (viz výše graf č. 5)

Autoři prof. PhDr. Petr Weiss, Ph.D., doc. MUDr. Jaroslav Zvěřina, CSc. ve svém vědeckém článku z roku 2009 zkoumají sexuální chování české populace. Srovnávali sexuální chování v roce 2008 s předchozími výzkumy z let 1993, 1998 a 2003. Dotazováno bylo celkem 1 719 osob (v roce 1993), 2 003 osob (v roce 1998) a 2 000 osob (v roce 2003) a 2 000 osob (v roce 2008). Respondenti byli osoby starší 15 let. Podle jejich výsledků je věk prvního

pohlavního styku 18 let. Dle naší analýzy bylo zjištěno, že průměrný věk u prvního pohlavního styku je 16,2 let. **Kvůli jinému počtu respondentů jsou porovnání pouze orientační. Zjistili jsme, že v tomto bodu se výzkumy neshodují. Domníváme se, že rozdílné výsledky výzkumných šetření mohou být ovlivněny věkem respondentů a dobou, kdy se výzkumné šetření provádělo.**

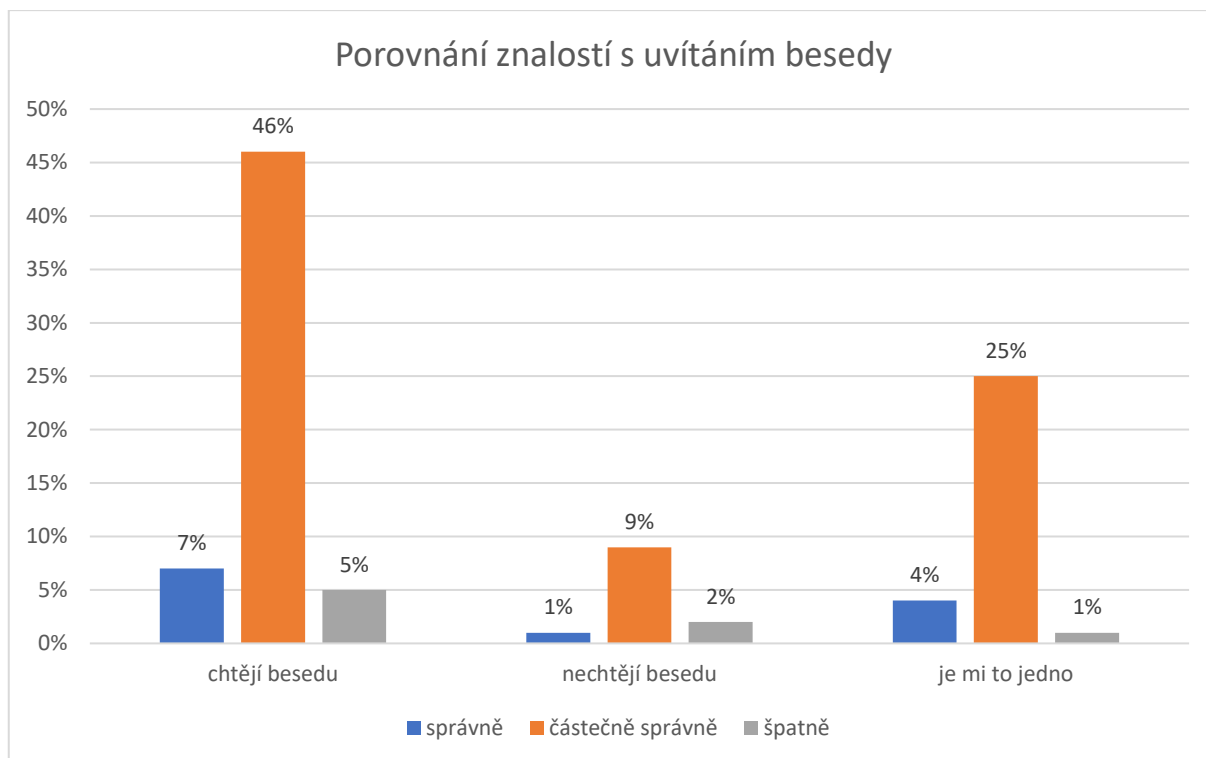
Dílčí cíl č. 3: Porovnat mezi skupinami respondentů zdroj informací týkajících se sexuální výchovy.

Informace týkající se tématu sexuální výchova respondenti získávali v obou ročnících nejvíce od kamarádů, z internetu, od rodičů a školy. Poté se u respondentů z 1. ročníku objevovala odpověď film či seriál, knihy či časopisy. U respondentů ze 4. ročníku se na dalších místech objevovaly odpovědi knihy či časopisy, filmy či seriály, ale i odpověď „nikdy jsem se neptal/a“, zdravotník, porno, podcast či první partner. **V těchto bodech se naše domněnka č. 3 potvrdila.** (viz výše graf č. 6)

Dílčí cíl č. 4: Porovnat vztah mezi kvalitou znalostí a zájmem o besedu věnovanou pohlavním chorobám a jejich prevenci.

V otázce č. 17 se respondentů dotazujeme, zda by uvítali besedu o pohlavních nemocech a ochraně při pohlavním styku ve škole. Po analýze dat nám vyšlo, že více než 50% respondentů z obou ročníků by rádi uvítali besedu, 30% respondentů z obou ročníků by besedu neuvítalo a zbylých 11% respondentů neví. (viz výše graf č. 18)

Poté jsme díky analyzovaných dat mohli respondenty rozdělit na tři skupiny, zda chtějí či nechtějí besedu nebo jim je to jedno. V první skupině bylo celkem 67 respondentů (59%). Z toho 8 respondentů (7%) měli odpovědi týkající se znalostí o STD správně, 53 respondentů (46%) částečně správně a 6 respondentů (9%) špatně. Na rozdíl druhá skupina, kterou tvořili respondenti nechtějící besedu, měla 14 respondentů (11%). Z toho 1 respondent (1%) odpověděl na odpovědi týkající se znalostí o STD správně, 10 respondentů (9%) částečně správně a 2 respondenty (2%). Ve třetí skupině jsou respondenti, kteří odpověděli na otázku odpověď „je mi to jedno“. V této skupině je 34 respondentů (30%), z toho 4 respondenti (4%) odpověděli správně, 29 respondentů (25%) částečně správně a 1 respondent (1%) špatně. **Z toho vyplývá, že se domněnka č. 4 nepotvrdila.** (viz níže graf č. 24)



Graf 24: Porovnání znalostí s uvítáním besedy o pohlavních nemocech a ochraně při pohlavním styku ve škole

U otázky ohledně úmyslného šíření pohlavní nemoci a jeho stíhání respondenti odpověděli takto. 44 respondentů (39%) z 1. ročníku a 52 respondentů (46%) ze 4. ročníku označili odpověď ano. 2 respondenti (2%) z 1. ročníku a 1 respondent (1%) ze 4. ročníku označili odpověď ne. 10 respondentů (9%) z 1. ročníku a 7 respondentů (6%) ze 4. ročníku neví, zda může být stíhán člověk šířící úmyslně pohlavní nemoc. (viz výše graf č. 19)

Podle 43 respondentů (38%) z 1. ročníku a 46 respondentů (40%) ze 4. ročníku je povinné nahlásit všechny své sexuální partnery / partnerky, v případě zjištění nákazy pohlavní chorobou. 4 respondenti (4%) z 1. ročníku a 1 respondent (1%) ze 4. ročníku odpověděli ne a 9 respondentů (8%) z 1. ročníku a 11 respondentů (1%) ze 4. ročníku označili odpověď nevím. (viz výše graf č. 20)

Dílčí cíl č. 5: Porovnat zjištění s výsledky jiných výzkumných šetření věnujících se problematice STD

Autorka Jana Žalská ve své bakalářské práci z roku 2018 zkoumala vliv informovanosti o pohlavně přenosných onemocněních na sexuální chování středoškolské mládeže. Její dotazník obsahoval 20 položek, dotazník jí vyplnilo 88 respondentů. Respondenti byli studenti 3. ročníku středních odborných škol, který sídlí v Trutnově. V jedné otázce od respondentů zjišťovala

stejně jako my v našem dotazníku, zda existuje očkování proti HPV infekci, autorka uvádí, že o očkování ví 84,09 %, o očkování neví 1,14 % a odpověď neví zvolilo 14,77 %. Podle našeho výzkumu, o očkování ví 24 %, o očkování neví 16 % a odpověď neví zvolilo 60 %. **Kvůli jinému počtu respondentů jsou porovnání pouze orientační. Zjistili jsme, že v těchto bodech se výzkumy neshodují. Domníváme se, že rozdílné výsledky výzkumných šetření mohou být ovlivněny věkem respondentů a druhem střední školy, kterou respondenti studují.**

Autorka Bc. Renata Kolářová ve své diplomové práci z roku 2014 zkoumala znalosti studentů středních škol o sexuálně přenosných chorobách. Pro získání dat použila anonymní dotazník, který rozdala na středních školách ve druhém ročníku. Dotazník obsahoval 20 položek, její dotazník vyplnilo 223 respondentů. V jedné otázce z dotazníku zjišťovala stejně jako my v našem dotazníku, zda se respondenti chovali rizikově vůči pohlavně přenosným chorobám. Autorka uvádí, že 9,78 % respondentů se chovalo rizikově a 90,13 % respondentů se nechovalo rizikově vůči pohlavně přenosným chorobám. Dle naší analýzy dat bylo zjištěno, že 10 % respondentů se chovalo rizikově a 90 % respondentů se nechovalo rizikově vůči pohlavně přenosným chorobám. **Kvůli jinému počtu respondentů jsou porovnání pouze orientační. V těchto bodech jsme se v zásadě shodují, jen v naší práci je jiný procentuální poměr obou možností. V obou pracích většina respondentů, kteří se chovali rizikově, udávali nechráněný styk.**

Dále jsme si položili stejnou otázku, ve které jsme se zabývali, jaký je zájem respondentů se dozvědět více o sexuální výchově. Paní Bc. Kolářová ve své bakalářské práci uvádí, že respondenti ze 79,82 % se chtějí dozvědět více a 20,18 % se nechtějí dozvědět více o této problematice. V naší analýze dat jsme zjistili, že 59 % respondentů by rádo uvítalo možnost se dozvědět více, 11 % respondentů se nechtějí dozvědět více a 30 % respondentům označili odpověď je mi to jedno. **Zájem studentů klesl od analýzy dat z roku 2014. Tento výsledek může být ovlivněn odlišným počtem respondentů či skutečností, že se nyní již více studenti vzdělávají o této problematice v rámci výuky.**

ZÁVĚR

Bakalářská práce pojednává o informovanosti středoškolské mládeže o sexuálně přenosných chorobách. Tato problematika je stále diskutovaným tématem. Práce se člení na teoretickou a empirickou část.

Teoretická část bakalářské práci popisuje historii pohlavních chorob, rizikové chování a skupiny, prevence před nakažením, jednotlivé přenosné choroby a jejich diagnostiku, léčbu.

V praktické části se věnujeme rozsahu znalostí středoškoláků. Byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu, který proběhl formou dotazníku. Výzkumného šetření se zúčastnili studenti z 1. a 4. ročníku z Prvního soukromého jazykového gymnázia v Hradci Králové. Tito studenti byli ochotni se zúčastnit výzkumného šetření. Praktická část popisuje jednotlivé výsledky a ověřuje stanovené hypotézy.

Hlavním cílem naší práce bylo zjistit, do jaké míry středoškolský studenti znají pohlavní choroby a zda se umí před nimi chránit. Dalším hlavním cílem bylo porovnat respondenty z 1. a 4. ročníku.

Z výzkumného šetření jsme zjistili, že studenti nejsou zcela informováni o pohlavně přenosných chorobách. Nejvíce mají povědomí o tom, jaké nemoci patří do pohlavních chorob, čím se mají chránit před pohlavními nemocemi. Informace o této problematice získává podle výzkumu z internetu, rodiny, přátel a školy.

Podle mého názoru je nutné dále rozvíjet edukaci v této oblasti. Mělo by se začít již u rodičů, kteří by se neměli stydět či bát mluvit o tomto tématu a předávat svým dětem správné informace. Bylo by vhodné, aby škola ve spolupráci se zdravotníky pořádala besedy. Škola by měla vytvořit spolupráci s rodinami, společnostmi, od kterých žáci/studenti získají správné informace a tím do budoucna snížit či zamezit šíření pohlavních chorob ve společnosti. Cíle i dílčí cíle práce byly splněny.

Byl vytvořen letáček na podporu informovanosti (viz níže příloha č. 3) a spolu s výsledky našeho výzkumu budou poskytnuty respondentům z Prvního soukromého jazykového gymnázia v Hradci Králové.

ANOTACE

Autor: Michaela Roubalová

Instituce: Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové, oddělení ošetrovatelství

Název práce: Informovanost středoškolských studentů o pohlavně přenosných chorobách

Vedoucí práce: Mgr. Jana Matulová

Počet stran: 76

Počet příloh: 3

Rok obhajoby: 2022

Klíčová slova: pohlavní nemoci, informovanost středoškoláků, očkování, prevence

Tato bakalářská práce pojednává o informovanosti středoškolské mládeže o pohlavně přenosných nemocech. Člení se na teoretickou a empirickou část.

V teoretické části je obsažena historie, diagnostika, prevence proti pohlavních chorobách, vybraná sexuálně přenosná onemocnění. Práce se též zabývá bariérovou mužskou antikoncepcí, pojmy adolescence a sexuální výchova. V empirické části se věnujeme rozsahu znalostí středoškolských studentů.

ANNOTATION

Author: Michaela Roubalová

Institution: Institute of Social Medicine, Charles University, Faculty of Medicine in Hradec Kralove, Department of Nursing

The name of the work: The awareness of high school students about sexually transmitted diseases

Supervisor: Mgr. Jana Matulová

The number of pages: 76

The number of attachments: 3

Defended in: 2022

Key words: sexually transmitted diseases, awareness of high school students, vaccination, prevention

This bachelor thesis deals with the awareness of high school students about sexually transmitted diseases. It is divided into theoretical and empirical parts.

In the theoretical part is contained the history, diagnosis, prevention against sexually transmitted diseases and examples of sexually transmitted diseases. The thesis also deals with male anticonception, adolescence, and sex education. In the empirical part, we focus on the range of knowledge of high school students about sexually transmitted diseases.

LITERATURA A PRAMENY

DOPORUČENÍ MŠMT K REALIZACI SEXUÁLNÍ VÝCHOVY V ZÁKLADNÍCH ŠKOLÁCH. MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY [online]. Praha: MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY, 2010 [cit. 2022-01-28]. Dostupné z: <https://www.msmt.cz/vzdelavani/zakladni-vzdelavani/doporuceni-msmt-k-realizaci-sexualni-vychovy-v-zakladnich>

FAIT, T. Antikoncepce a sex. Moderní gynekologie a porodnictví. 2004, **13**(1), 5. ISSN 1214-2093.

FAIT, Tomáš. *Očkování proti lidským papilomavirům: kvadrivalentní HPV vakcína Silgard tři roky v klinické praxi*. Praha: Maxdorf, c2009. Preventivní medicína. ISBN 978-80-7345-204-9.

JANOŠOVÁ, Pavlína. *Dívčí a chlapecká identita: vývoj a úskalí*. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2284-9.

JILICH, David a Veronika KULÍŘOVÁ. *Infekce HIV*. Praha: Maxdorf, [2021]. Jessenius. ISBN 978-80-7345-688-7.

KLÍMA, Jiří. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5014-9.

KNOX, Michael D. a Caroline H. SPARKS. *HIV and Community Mental Healthcare*. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press, 1998. ISBN 0-8018-5803-8.

KOLÁŘOVÁ, Renata. *Znalosti studentů středních škol o sexuálně přenosných chorobách* [online]. Olomouc, 2014 [cit. 2022-02-24]. Dostupné z: https://theses.cz/id/jh7xq1/Diplomov_prce_STD.pdf?lang=sk. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, Katedra antropologie a zdravotní vědy.

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

LIVOTI, Carol a Elizabeth TOPP. *Vagina: manuál pro majitelky*. Praha: Smart Press, 2005. ISBN 80-239-4113-5.

MAŠATA, Jaromír a Anna JEDLIČKOVÁ. *Infekce v gynekologii a porodnictví a základy jejich antiinfekční léčby*. Praha: Maxdorf, c2004. ISBN 80-7345-038-0.

NOŽIČKOVÁ, Marie a Karel ETTLER. *Pohlavní choroby: diagnostika a léčba*. Praha: Karolinum, 1997.

NOŽIČKOVÁ, Marie. *Vybrané kapitoly z dermatovenerologie: doplňkové skriptum*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0583-x.

PATTMAN, Richard. *Oxford handbook of genitourinary medicine, HIV, and sexual health*. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2010. ISBN 978-0-19-957166-6.

PONDĚLÍČKOVÁ-MAŠLOVÁ, Jaroslava a Jan RABOCH. *O sexualitě a partnerských vztazích*. Praha: Galén, c2005. Makropulos. ISBN 80-7262-323-0.

RESL, Vladimír. *Dermatovenerologie: učební texty pro bakalářské studium*. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-395-4.

RICHENS, John. Sexually transmitted infections and HIV among travellers: A review. *Travel Medicine and Infectious Disease* [online]. 2006, 4(3-4), 184-195 [cit. 2022-02-07]. ISSN 14778939. Dostupné z: doi:10.1016/j.tmaid.2005.06.010

ROGSTAD, Karen E. *ABC of sexually transmitted infections*. Sixth Edition. Hoboken, NJ: BMJ Books, 2011, ©2011. ISBN 978-1-4051-9816-5.

SEDLÁŘOVÁ, Petra. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1613-8.

SLEZÁKOVÁ, Lenka, Martina ANDRÉSOVÁ, Petra KADUCHOVÁ, Monika ROUČOVÁ a Eva STAROŠTÍKOVÁ. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0214-3.

ŠTENCLOVÁ, Lenka. *Informovanost a prevence sexuálně přenosných chorob u teenagerů* [online]. Brno, 2018 [cit. 2022-02-24]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/wvigq/bakalarka-definitivni_tisk.pdf. Bakalářská práce. Masarykova univerzita v Brně, Fakulta pedagogická, Katedra tělesné výchovy a výchovy ke zdraví.

UZEL, Radim. *Jak neotěhotnět*. Praha: Scientia Medica, 1992. ISBN 80-85526-15-8.

VÁGNEROVÁ, Marie, Lidka LISÁ. Vývojová psychologie: dětství a dospívání. Třetí. Praha: Karolinum, 2021. ISBN 978-80-246-4961-0.

VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie I.: dětství a dospívání. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0956-8.

VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie: dětství a dospívání. Vydání druhé, doplněné a přepracované. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2153-1.

VOSMÍK, František. *Dermatovenerologie*. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-633-3.

WEIS, Petr a Jaroslav ZVĚŘINA. Sexuální chování české populace. *Urologie pro praxi* [online]. 2009, **10**(3), 4 [cit. 2022-03-27]. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2009/03/02.pdf>

ZÁHUMENSKÝ, Jozef, David JILICH a Daniela VAŇOUSOVÁ. *Základy moderní venerologie: učebnice pro mezioborové postgraduální vzdělávání*. Praha: Maxdorf, [2015]. Jessenius. ISBN 978-80-7345-429-6.

ZÍMOVÁ, Jana a Pavel ZÍMA. Kapavka - gonorrhoea, aktuálně a v přehledu (2. část). *Urologie pro praxi* [online]. 2013, **14**(1), 5 [cit. 2022-02-07]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/uro/2013/01/08.pdf>

ŽALSKÁ, Jana. *Vliv informovanosti o pohlavně přenosných onemocněních na sexuální chování středoškolské mládeže* [online]. Hradec Králové, 2018 [cit. 2022-02-24]. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/103529/130237390.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Ústav sociálního lékařství.

SEZNAM ZKRATEK A ZNAKŮ

% – procento

+ – plus (a)

< – menší než

> – větší než

≈ – přibližně

°C – stupeň celsius

μl – mikrolitr

AIDS – Acquired Immune Deficiency Syndrome

ALT – alaninaminotransferáza

Apod. – a podobně

AST – aspartátaminotransferáza

Atd. – a tak dále

ATP – adenosintrifosfát

cca – přibližně

CDC – centrum pro kontrolu onemocnění

CNS – centrální nervový systém

č. – číslo

ČR – Česká republika

DNA – deoxyribonukleová kyselina

ELISA – enzymoimunoanalýza

g – gram

HAV – virová hepatitida typu A

HBsAg – povrchový antigen hepatitidy B

HBV – virová hepatitida typu B

HCV – virová hepatitida typu C

HIV – Human Immunodeficiency Virus

HPV – Human papilomavirus

HR HPV – High Risk Human papilomavirus

HSV – Herpes simplex virus

IgG – Imunoglobulin G

IgM – Imunoglobulin M

LR HPV – Low Risk Human papillomavirus

Např. – například

p.o. – per os

PCR – polymerázová řetězová reakce

pH – potential of hydrogen, vodíkový exponent

PMN – polymorfonukleár

RNA – ribonukleová kyselina

STD – Sexually transmitted diseases

STI – Sexually transmitted infection

str. – strana

TPHA – Trepona pallidum hemaglutinační test

Tzn. – to znamená

Tzv. – takzvaně

WHO – Světová zdravotnická organizace

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Zastoupení respondentů v jednotlivých ročnících.....	35
Graf 2: Jaké je zastoupení pohlaví v 1. a 4. ročníku.....	36
Graf 3: Věkové zastoupení respondentů.....	37
Graf 4: Odpověď respondentů na (ne)proběhnutí pohlavního styku.....	39
Graf 5: Věk prvního pohlavního styku u respondentů.....	40
Graf 6: Zdroj informací respondentů o sexuální výchově.....	41
Graf 7: Co podle respondentů patří do pohlavně přenosných nemocí.....	42
Graf 8: Jaké jsou způsoby přenosu pohlavně přenosných nemocí podle respondentů.....	43
Graf 9: Metoda bránící nakažení STD.....	44
Graf 10: Jakou metodou se respondenti chrání.....	45
Graf 11: Choval se někdy respondent rizikově vůči přenosu STD.....	46
Graf 12: Mluví se podle respondentů málo o STD?.....	47
Graf 13: Existuje očkování proti HPV infekci.....	48
Graf 14: Původce onemocnění AIDS.....	49
Graf 15: Co mají společného pojmy AIDS a HIV.....	50
Graf 16: Lze zcela vyléčit onemocnění AIDS.....	51
Graf 17: Lidé, kteří patří do rizikové skupiny STD.....	52
Graf 18: Uvítání respondentů besedy o pohlavních nemocech a ochraně při pohlavním styku ve škole.....	53
Graf 19: Může být člověk stíhán za úmyslné rozšiřování STD.....	54
Graf 20: Povinnost hlášení partnerů při nákaze STD.....	55
Graf 21: Rozsah znalostí středoškolských studentů o pohlavně přenosných chorobách.....	56
Graf 22: Porovnání rozsahu znalostí o pohlavně přenosných nemocech mezi 1. a 4. ročníkem.....	57
Graf 23: Zastoupení pohlaví u proběhnutí pohlavního styku.....	58
Graf 24: Porovnání znalostí s uvítáním besedy o pohlavních nemocech a ochraně při pohlavním styku ve škole.....	60

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Symptomy, příznaky a nálezy u trichomonádové infekce (Mašata, 2004, str. 44)	24
Tabulka 2: Přehled antikoncepčních metod s uvedením spolehlivosti - Pearlův index (Slezáková, 2017, str. 103)	27

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Žádost o povolení výzkumného šetření	73
Příloha č. 2 Dotazník	74
Příloha č. 3 Letáček na podporu informovanosti	76

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 Žádost o povolení výzkumného šetření

Vážený pan
PhDr. Ladislav Bartůška
Ředitel školy
Brandlova 875, Hradec Králové 3, PSČ 500 03

V Hradci Králové dne 1.9.2021

Žádost o povolení výzkumného šetření na Prvním soukromém jazykovém gymnáziu

Vážený pane řediteli,

dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na Vašem gymnáziu, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studentky Michaely Roubalové narozené 12.5.2000, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, prezenční formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem této práce je posoudit rozsah znalostí středoškolských studentů o pohlavně přenosných chorobách a zjistit, jak jejich znalosti ovlivňují jejich sexuální chování.

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

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Jany Matulové, vedoucího práce.

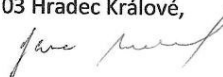
Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí

S pozdravem

Michaela Roubalová
Třída SNP 851/54 Hradec Králové

vedoucí práce
Mgr. Jana Matulová,
Lékařská fakulta v Hradci Králové
Šimkova 870, 500 03 Hradec Králové,
tel. 495 816 423



Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Datum: 16. 9. 2021

Podpis a razítko



PRVNÍ SOUKROMÉ JAZYKOVÉ GYMNAZIUM
HRADCE KRÁLOVÉ, spol. s r.o.
Brandlova 875

Příloha č. 2 Dotazník

jmenuji se Michaela Roubalová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského oboru Všeobecná sestra na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové.

Obracím se na Vás s prosbou o spolupráci při vyplnění krátkého anonymního dotazníku zaměřujícího se na pohlavně přenosné nemoci. Víím, že některé otázky jsou velice osobní, přesto Vás prosím o jeho pravdivé vyplnění.

Podklady získané z tohoto dotazníku použiji pro zpracování své bakalářské práce s názvem: Informovanost středoškolských studentů o sexuálně přenosných chorobách

Děkuji za Vaši ochotu a čas!

- 1) Vyber své pohlaví
 - a) muž
 - b) žena

- 2) Kolik ti je let?

- 3) Měl/a jsi už pohlavní styk?
 - a) ano
 - b) ne

- 4) Pokud ano, v kolika letech to bylo?

- 5) Od koho jsi dostal/a nejvíce informací týkající se tématu sexuální výchova?

- 6) Označ, co podle tebe patří mezi pohlavní nemoci (můžeš vybrat více možností):

a) kapavka	d) mononukleóza
b) chřipka	e) hepatitida A
c) HPV infekce	f) HIV

- 7) Vyber, jakým způsobem se můžeš nakazit pohlavní nemocí (můžeš vybrat více možností)?

a) krví	d) dotykem
b) sexuálním stykem	e) použitím stejné jehly s nakaženým
c) polibkem	f) vzduchem

- 8) Jaká je podle tebe nejspolehlivější ochrana proti pohlavním nemocem?

a) antikoncepce	d) nitroděložní tělísko
b) přerušovaná soulož	e) hormonální náplast
c) kondom	

- 9) Jakou metodou se chráníš proti pohlavně přenosným chorobám?

a) antikoncepce	d) žádnou metodou se necháním
b) kondom	e) nemám pohlavní styk
c) přerušovaná soulož	f) hormonální náplast

- 10) Choval/a jste se někdy rizikově vůči přenosu pohlavně přenosných chorob? Pokud ano, popište stručně, jak jsi se rizikově zachoval/a?
- ne
 - ano,.....
- 11) Myslíš, že se málo mluví o sexuálně přenosných chorobách?
- ano
 - ne
 - nevím
- 12) Existuje očkování proti HPV infekci?
- ano
 - ne
 - nevím
- 13) Kdo je původcem onemocnění AIDS?
- bakterie
 - vir
 - kvasinka
- 14) Mají něco společného pojmy AIDS a HIV?
- HIV je onemocnění a jejím původcem je AIDS
 - vůbec to spolu nesouvisí
 - AIDS je onemocnění a jejím původcem je HIV
- 15) Lze zcela vyléčit onemocnění AIDS?
- nelze vyléčit
 - lze zcela vyléčit
 - u rozvinutého AIDS můžeme pouze zmínit potíže pacienta
- 16) Kteří lidé patří do rizikové skupiny sexuálně přenosných chorob? Můžete vybrat více odpovědí.
- odběrová sestra
 - homosexuální muž
 - promiskuitní člověk
 - narkomani
 - jiné osoby:
- 17) Uvítal/a bys besedu o pohlavních nemocech a ochraně při pohlavním styku ve škole?
- ano
 - ne
 - je mi to jedno
- 18) Může být stíhán člověk, který úmyslně šíří pohlavní nemoc?
- ano
 - ne
 - nevím
- 19) Je povinnost nahlásit všechny své sexuální partnery / partnerky, v případě zjištění nákazy pohlavní chorobou?
- ano
 - ne
 - nevím



CHRAŇ SE !!

Používáš při pohlavním styku kondom?
Máš stálého partnera?
Znáš svého partnera dobře?

Nejčastější sexuálně pohlavní choroby:

- Syfilis
- Kapavka
- Chlamydiová infekce
- Infekce HPV
- Genitální herpes
- Infekce HIV

Kondom neslouží jenom k ochraně před těhotenstvím, ale i k ochraně před pohlavními nemocemi!

