Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

Jana Picková

Informovanost adolescentů o pohlavně přenosných chorobách

The adolescents´ awareness about sexually transmitted diseases

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Miluše Kulhavá

Praha, 2013

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 08. 04. 2013

Jana Picková

Podpis _____

Identifikační záznam:

PICKOVÁ, Jana. *Informovanost adolescentů o pohlavně přenosných chorobách*. [*The adolescents´ awareness about sexually transmitted diseases*]. Praha, 2013. 107 s., 16 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetřovatelství, 2013. Vedoucí práce Kulhavá, Miluše.

Poděkování

Touto cestou bych ráda upřímně poděkovala vedoucí mé bakalářské práce paní Mgr. Miluši Kulhavé za cenné rady a připomínky k mé bakalářské práci. Lepší vedoucí své bakalářské práce jsem si nemohla přát.

Mé velké osobní poděkování také patří rodině, která to se mnou nemá občas jednoduché.

Poděkování patří také všem respondentů, díky kterým tato práce mohla vzniknout.

Děkuji

Abstrakt v ČJ:

Bakalářská práce je zaměřená na informovanost adolescentů o pohlavně přenosných chorobách. Tato práce je teoreticko - empirická.

V teoretické části je stručně charakterizováno období adolescence, vztahy adolescentů s okolím, historické proměny a neméně důležitý mravní vývoj. Následující kapitola je věnována pohlavním nemocem. Jednotlivé její podkapitoly obsahují informace týkajících se konkrétních pohlavně přenosných onemocnění a diagnostiky. Poslední dvě kapitoly jsem věnovala pro mě důležitým pojmům a to HIV pozitivitě a sexuální výchově.

Empirická část práce je realizována pomocí dotazníkového šetření, které bylo realizováno na čtyřech školách a je zde i doplňující náhodný výběr respondentů z populace. Dotazníkové šetření mělo za cíl objasnit informovanost adolescentů o pohlavně přenosných chorobách, o jejich příznacích, výskytu a o atraktivitě ochrany proti pohlavně přenosným nemocem.

Klíčová slova: informovanost, adolescent, pohlavně přenosné choroby, prevence, diagnostika onemocnění

Abstract:

The bachelor's thesis is focused on the adolescent's awareness of sexually transmitted diseases. This thesis is theoretical and empirical.

The theoretical part briefly characterizes the period of adolescence, adolescent relationship with others, historical changes and equally important moral development. The following chapter is focused on sexual diseases. It is individual subsections contain information on specific sexually transmitted diseases and diagnosis. The last two chapters deal with important terms namely HIV infection and sex education.

Empirical part is implemented using questionnaires, which was administered at four schools and there is a random selection of respondents from the population. The survey was intended to explain adolescents' awareness of sexually transmitted diseases, their symptoms and the attractiveness of protection against sexually transmitted diseases.

Key words: awareness, adolescent, sexually transmitted diseases, prevention, diagnoses of the diseases

OBSAH

ÚVOD 9

TEORETICKÁ ČÁST

1 OBDOBÍ ADOLESCENCE 11

1.1 CHARAKTERISTIKA OBDOBÍ 11

1.2 VZTAHY S RODIČI 13

1.3 PARTNERSKÉ VZTAHY 14

1.4 HISTORICKÉ PROMĚNY V POSTAVENÍ MLADISTVÝCH 16

1.5 MRAVNÍ VÝVOJ V ADOLESCENCI 17

2 POHLAVNĚ PŘENOSNÁ ONEMOCNĚNÍ 20

2.1 VÝSLEDKY VÝSKYTU POHLAVNĚ PŘENOSNÝCH CHOROB V HISTORICKÉ KONTEXTU 20

2.2 DRUHY POHLAVNĚ PŘENOSNÝCH CHOROB 27

2.2.2 KAPAVKA (GONORRHOEA) 29

2.2.3 SYFILIS (LUES) 30

2.2.4 GENITÁLNÍ OPAR (HERPES GENITALIS) 32

2.2.5 HPV VIRUS 33

2.2.6 PEDICULOSIS PUBIS 34

2.2.7 MĚKKÝ VŘED (ULCUS MOLLE) 35

2.3 DIAGNOSTIKA POHLAVNĚ PŘENOSNÝCH CHOROB 36

3 HIV POZITIVITA 40

4 SEX A SEXUÁLNÍ VÝCHOVA 47

EMPIRICKÁ ČÁST

1 ÚVOD 54

2 EMPIRICKÝ PROBLÉM 55

3 CÍLE EMPIRICKÉHO ŠETŘENÍ 56

4 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU 57
5 METODIKA EMPIRICKÉHO ŠETŘENÍ 58
6 PRŮBĚH EMPIRICKÉHO ŠETŘENÍ 62
7 ZPRACOVÁNÍ EMPIRICKÉHO ŠETŘENÍ 63
8 VYHODNOCENÍ EMPIRICKÉHO ŠETŘENÍ 64
9 ZÁVĚRY EMPIRICKÉHO ŠETŘENÍ 64
10 DISKUZE 95
11 NÁVRHY PRO PRAXI 97
12 ZÁVĚR 98
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A INFORMAČNÍCH ZDROJŮ 100
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK 103
SEZNAM TABULEK A GRAFŮ 104
SEZNAM PŘÍLOH 107

ÚVOD

„ Slyšeli jste, že bylo řečeno: Nezcizoložíš. Já však vám pravím, že každý, kdo hledí na ženu hladově či chtivě, již s ní zcizoložil ve svém srdci.“

(Nový zákon, *Evangelium podle Matouše 5, 27n, str. 14*)[1]

Jako téma své bakalářské práce jsem si zvolila „Informovanost adolescentů o pohlavně přenosných chorobách“. K výběru tohoto tématu mě vedl fakt, že pohlavní nemoci již nejsou výhradně záležitostí jen chudých zemí, ale stále více se objevují v naší populaci. Mým názorem je, že vzestupná tendence těchto nemocí je způsobena nedostatečnou prevencí a špatnou informovaností populace, zvláště pak adolescentů. Proto cílem mé práce je zjistit, jak jsou v dnešní době adolescenti informováni o pohlavně přenosných chorobách a přiblížit tuto problematiku veřejnosti.

Pohlavní nemoci jsou stále v naší vyspělé době téma, o kterém se mnoho nemluví, i když lidstvo doprovázejí téměř od nepaměti. Již staří Řekové a Římané znali pohlavní nemoci. Vojáci ve válečných výpravách nebyli pouze dobyvatelé, ale i nositelé a přenášeči pohlavních chorob. Při dobytí říše nebo města bylo bráno znásilňování žen za obvyklou věc a díky špatným hygienickým podmínkám se šířily pohlavní nemoci velice rychle.

Epidemie syfilisu si v 16. a 17. století vyžádala více obětí, než obávaný mor. Situace se změnila až po vynalezení penicilínu. Syfilis byla nazývána také jako „francouzská nemoc“.

Do 60. let 20. století lidé znali pouze tyto dvě nemoci a to: syfilis a kapavku. V 70. letech se začínají ve společnosti objevovat další a další, které ale na rozdíl od syfilisu a kapavky zanechávají po vyléčení stopy na lidském organismu.

Na řadě pohlavních nemocí je nejnebezpečnější to, že se některé z jejich příznaků mohou objevit až týdny či měsíce po nákaze. A v této inkubační době nakažený člověk

[1] *Bible: písmo svaté Starého a Nového zákona: český ekumenický překlad Miloš Bič [et al.]*. 6. vyd. Překlad Miloš Bič. Praha: Česká biblická společnost, 1992, 863, 287 s. ISBN 80-900-8810-4.

roznáší pohlavní nemoc a nemusí o ní ani vědět. Každý rok se na celém světě objeví zhruba 250 milionů nových případů a to není nezanedbatelné číslo.

Naskýtá se mi otázka, jak je možné, že toto číslo je tak vysoké, když o pohlavních chorobách toho víme tolik? Jsou publikace natolik srozumitelné, aby byly účinné ve většině populace? Víme právě to důležité, abychom se uměli chránit? A když máme informace o tom, jak se chránit, děláme to?

Sex je přirozenou součástí naší lidské existence a je přirozené, že mladí lidí chtějí co nejdříve sex vyzkoušet, a zvláště ti, kteří o něm nemají dostatek informací. Dříve nám sex sloužil pouze jako rozmnožovací akt. V dnešní době je zhruba u 98 % sexuálních aktů touha po slasti.

Při rizikovém sexu nebo sexu na jednu noc, nemusíme přidělat starost jen sobě, ale můžeme ohrozit i naše blízké. V dnešní moderní době lidé nemají potřebu strávit celý život s první osobou, do které se zamilují, nebo se kterou mají jen pohlavní styk. A díky tomu, že věrnost není u dnešních mladých lidí v „trendu“, tak počet nakažených roste neuvěřitelnou rychlostí.

Proto se ve své bakalářské práci zabývám mladými lidmi (adolescenty), kteří jsou podle mého názoru nejrizikovější skupinou. A jestli bude snahou snížit počet nakažených pohlavními chorobami, musí se více věnovat pozornost vzdělání adolescentů a vést je k věrnosti a monogamii. Adolescence je vhodným obdobím pro osvojení si správných zásad bezpečného sexu.

Z tohoto důvodu bych chtěla v této práci upozornit, že sex není jenom hra a vzrušení, ale že jeho provozování s sebou nese určitá rizika.

Cílem teoretické části je předvést a pochopit období adolescenta, jeho vztahy s rodiči a historické změny v postavení adolescentů. Zaměřuji se na rozdělení pohlavních chorob, jejich výskyt, prevenci i sexuální výchovu.

V praktické části jsem si zvolila několik cílů, které bych chtěla díky dotazníkové metodě vyzkoumat.

Díky této práci bych chtěla nejen podat informace o pohlavních chorobách, ale také ukázat nový náhled na adolescenty.

TEORETICKÁ ČÁST

1 OBDOBÍ ADOLESCENCE

Termín adolescence je odvozený z latinského slova *adolesco*, což znamená období dorůstání, vyvíjení. V naší zemi se ale spíše používá výraz dospívání. Toto období je obvykle označováno od začátku 16. do konce 20. roku života, popřípadě do 22. roku života jedince. V této době se má adolescent vyznat v sám v sobě a najít si své místo v životě. Ve starších literaturách bylo toto období označováno jako období jinošství a panenství.

Adolescence je tedy období mezi dětstvím a dospíváním a zahrnuje i pubescenci. Pubescence je lokalizována mezi 11. a 15. rokem života. Já se ale ve své práci soustředím pouze na adolescenci. Může trvat různě dlouho, než je uvedeno, protože ji považujeme za období přechodu k psychické dospělosti.[2]

V primitivních společenstvích je přechod k dospělosti pouze rituální, kdy rituál je brán za mezník a nový počátek. Doba rituálu je přesně určena, a díky této určenosti je po absolvování rituálu jedinec brán za dospělého.[3] Masajové odcházejí sami se stádem krav do buše a musí stádo ohlídat po dobu několika týdnů a vrátit se nejlépe se zubem lva, kterého zabili. Na tichomořských ostrovech skáčou mladí muži ze stromu hlavou dolů přivázáni za nohy na liánách. Indiáni v severní Americe odcházejí na několik dní sami do divočiny na hledání vize.[4]

1.1 CHARAKTERISTIKA OBDOBÍ

Začátek období je charakterizován pohlavním dospíváním. V této vývojové fázi vrcholí fyzická zdatnost. Dovršuje se také úroveň psychické vyspělosti. Zájmy a postoje se u většiny jedinců v době adolescence už podstatně nemění a také jejich intelektový

[2] NAKONEČNÝ, M. *Psychologie: přehled základních oborů*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2011, 863 s. ISBN 978-807-3874-438.

[3] VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Vyd. 1. V Praze: Karolinum, 2008, 467 s. ISBN 978-80-246-0956-0.

[4] Rituály dospělosti. *Rituály dospělosti* [online]. [cit. 2012-10-22]. http://www.janbim.cz/cviceni/prechodove-ritualy/

a citový vývoj dosáhne svého vrcholu. Prohlubuje se poznání a vztah k profesionálnímu životu.

Pro adolescenty je důležitá a charakteristická jejich *subkultura*. Subkultura je kultura osobité menšinové skupiny, na které se adolescenti dočasně podílejí. Tyto subkultury jsou spíše jen protestem proti konvencím a je zde vyjádřena jejich potřeba diferencovat se od platných a převažujících standardů, ale i životních stereotypů.

Je zde nebezpečná zvláště jejich náchylnost k užívání drog a hledání neobvyklých a nebezpečných zážitků. Zvláště při účasti na diskotékové subkultuře jsou adolescenti vystaveni „velkým pokušením“, které raději zkusí, než aby vypadali špatně v „očích“ přátel a až potom přemýšlí o důsledcích. Účast na diskotékách a jiných událostech, pohlcuje adolescentům velmi mnoho času a energie, ale dává jim pocit neopakovaných zážitků z hudby a možnost flirtu, což je nezávazná komunikace s milostným nebo erotickým podtextem.

Někteří adolescenti se v tomto období mohou stát osobami velmi aktivními i ve společenském životě. Jsou pro drastické změny a stávají se mnohdy extrémisty a revolucionáři. Ale je spousta jedinců, kteří jsou outsidery a bývají šikanováni od těch silnějších. Život adolescentů se proto řídí v některých situacích pravidlem „přežijí jen ti nejsilnější“.

Většina adolescentů má již v tomto období za sebou první sexuální zkušenost, nebo mají pravidelný pohlavní život, obvykle promiskuitní. Promiskuita je častější u chlapců. Může se objevovat nechtěné těhotenství a s tím je spojené i neuvážené manželství.

Zejména u studentů pokračuje hledání identity a prohlubuje se „propast“ mezi duševně dozrávajícími a již dozrálými jedinci. Součástí identity adolescenta je jeho tělesný vzhled. Tělesný vzhled trápí většinu adolescentů a velice se jím zabývají.[2]

V adolescenci je růst do výšky výraznější u chlapců než u dívek. Průměrný chlapec vyroste v tomto období o více než 8 centimetrů, děvče zhruba o polovinu. Trup roste nyní více než končetiny a adolescent už není „ samá ruka – samá noha“. Chlapecká postava pak dále mužní. Chlapci se dočkají očekávaného „ chmýří, “, které už lze holit. Radost může být bohužel zkalena estetickým problémem tzv. akné. Chlapecký hlas se stává hrubším a poklesne o oktávu níže. Zhruba v této době adolescent přichází

o iluze, že dohoní případné zpoždění růstu. Smířit se s malou postavou může být problém. Kdo se s malou postavou nevyrovná, může se u něho projevit „napoleonský komplex“ (psychický komplex vycházející z malé výšky). U dívek výška není takovým problémem, dívky se spíše starají, aby nevypadaly příliš mužně.[5]

Období adolescence lze podle Marie Vágnerové stručně charakterizovat několika důležitými mezníky.

Je zde lokalizován, jak už bylo řečeno, první pohlavní styk. Dalším nemálo důležitým mezníkem je ukončení povinné školní docházky a poté dovršení přípravného období na profesi, následováno vstupem do pracovního prostředí, které je důležité pro ekonomickou samostatnost. Posledním mezníkem je dosažení plnoletosti, kdy podle našeho práva je člověk dospělý v 18 letech a je tedy zodpovědný za své chování. V této fázi se může objevit *psychosociální moratorium*. To vyjadřuje skutečnost, že adolescenti nemusí být připraveni na tolik zodpovědnosti a dospělost se jim může jevit jako velmi náročná, a proto ji mohou chtít odložit.

Obecně jsou dívky připraveny dříve než chlapci. Mají dříve potřebu citového vztahu a na konci adolescence se může také objevit touha po dítěti. Chlapci jsou méně zodpovědní a touží více po poznávání nebezpečných a intenzivních prožitků.

Adolescenti se tedy snaží žít naplno a budoucnost je zajímá pouze v případě, kdy pro ně přítomnost není uspokojivá.[6] Proto by se adolescenti měli vést k postupné zodpovědnosti, aby byli připraveni na samostatnost a problémy společenského života. K narůstající zodpovědnosti by je měli vést hlavně rodiče, přestože vztahy v době adolescence procházejí velkými změnami. Tímto tématem se budu zabývat v následné kapitole.

1.2 VZTAHY S RODIČI

Na počátku adolescence si rodiče myslí, že jejich děti nemohou být samostatné. To bývá zdrojem častých konfliktů, protože adolescenti chtějí být samostatní.

---

[5] ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2006, 390 s. ISBN 80-736-7124-7.

[6] VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Vyd. 1. V Praze: Karolinum, 2008, 467 s. ISBN 978-80-246-0956-0.

Klíčovou roli zde hraje rodičovský zájem, angažovanost, ale podstatná je i rodičovská autorita. Pokud rodiče své děti dostatečně poslouchají a nechávají jim alespoň pocit, že mohou vyjadřovat svůj názor, nemají konflikty takový dopad. V průběhu adolescence dochází pak k postupnému vyrovnání vztahů s rodiči. Toto je znamením, že jejich dítě dosáhlo určité fáze samostatnosti a osvojilo si zralejší způsoby chování a nemá tedy potřebu reagovat záporně a agresivně. Výsledkem je proměna vzájemných vztahů ve smyslu akceptace.[7]

Rodiče představují pro adolescenta určitý model způsobu chování a života, který by je měl čekat v budoucnosti. Tento model adolescent velice často kritizuje, protože je porovnává s ideálem, který si sám vytvořil a hledá variantu, která pro něj bude uspokojivá. Jeho varianta může naopak být rodiči kritizována a tím přestanou být pro adolescenta zajímaví, a proto se rozhodne hledat jiné vzory. Takové, které by mu imponovaly a představovaly pro něj přirozenou autoritu.

Rodiče a domov berou adolescenti jako zdroj služeb a pohodlí. Nenapadne je, že telefon a jídlo stojí peníze, že se nádobí samo neumyje.

Matky jsou častěji vnímány jako otevřenější, více naslouchají a snaží se porozumět potřebám svých dětí. K matkám tíhnou spíše synové. Naopak otcové jsou soudci, a k otcům tíhnou spíše dcery. [8] Vztah s rodiči utváří adolescentům vzor pro další vztahy. Obvykle také hledají protějšky, které jsou v některých věcech podobní našim vlastním rodičům.

1.3 PARTNERSKÉ VZTAHY

Zralost jedince se také projeví navázáním dlouhodobého vztahu. Nezralý jedinec, který nevěří sám sobě, nemusí být schopen navázat vztah. V tomto období jsou pak partnerské vztahy charakterizované velkou zamilovaností a protějšek se stává zcela ideálním.[9]

---

[7] NAKONEČNÝ, M. *Psychologie: přehled základních oborů*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2011, 863 s. ISBN 978-807-3874-438.

[8] VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Vyd. 1. V Praze: Karolinum, 2008, 467 s. ISBN 978-80-246-0956-0.

[9] Adolescent a partnerské vztahy. *Adolescent a partnerské vztahy* [online]. 2010 [cit. 2012-10-23]. Dostupné z: http://www.chytrazena.cz/obdobi-adolescence-ii-adolescent-a-okoli-11793.html

Potřeba partnera má pro adolescenta význam potřeby – psychické, sociální a tělesné. Adolescentní milostný vztah prochází typickými změnami. Je zde potřeba mít objekt lásky neustále u sebe a je zde nechuť k tomu, aby dělala cokoliv jiného, jinde a s někým jiným. Takový postoj svědčí o nejistotě ve vztahu. Většina lásek má experimentální charakter, a proto dlouho nevydrží.

Partnerský vztah prochází určitými fázemi. První fáze je *fází zamilovanosti*. V této fázi bývá protějšek idealizován. Typickým znakem zamilovanosti jsou pocity vzrušení a euforie. Zamilovanost je pociťována k osobám nám atraktivním. Na tuto fázi navazuje *fáze navázání vztahu*, nebo *fáze romantické lásky*. Zde dochází ke stylizaci i sebe sama. Sebehodnocení je pod vlivem lásky zkreslené. Dochází zde k idealizaci vztahu. Páry mohou propadat iluzi, že jejich láska je věčná a že díky ní zvládnou všechny překážky. V této době se „pravá láska“ jeví tak, že se jí už žádný jiný vztah nemůže vyrovnat. Taková iluze dlouho nevydrží a první vztahy adolescentů se rozpadají.

Adolescenti rádi prezentují své protějšky přátelům a tím potvrzují svoji atraktivitu a prestiž. Prestiž si také zvyšují i brzkým začátkem pohlavního života. V pohlavním životě adolescenti nejdříve objevují svoji autoerotiku, která zde může být až v narcistní (sexuální deviace) zalíbenosti ke svému vlastnímu tělu. Atraktivita a zvědavost pak vedou k pokusům o heterosexuální erotiku, popřípadě erotiku na homosexuální úrovni. Když si sociologové a zvláště psychologové kladou otázku, jaké motivy vedou mladé lidi k tomu, aby začali pohlavně žít, jejich obecná odpověď zní, že se zvyšuje a prosazuje jejich pudová potřeba. Chlapci také udávají, že jejich motivem je zvědavost, u dívek převládají citové pohnutky. Dívky často ustupují při naléhaní chlapce, kterého milují. O sexu se více dozvíme pak v samostatné kapitole sex a sexuální výchova.

Někteří adolescenti naopak pociťují nechuť k dlouhodobému partnerskému vztahu. Prožívají takovou představu, že vztah je pro ně pouze omezením. Proto preferují často promiskuitní chování.[10] Jejich promiskuitní chování zvládají podstatně hůře jejich rodiče, zatímco si zvyknou na svého potencionálního zetě či snachu, na prahu jim už stojí nový/á. V historii by takové chování adolescentů nebylo možné. K historii proměn mladistvých se dostaneme v následující kapitole.

[10] NAKONEČNÝ, M. *Psychologie: přehled základních oborů*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2011, 863 s. ISBN 978-807-3874-438.

1.4 HISTORICKÉ PROMĚNY V POSTAVENÍ MLADISTVÝCH

V minulosti adolescenti měli podstatně kratší období mezi přechodem z dětství do mladistvého věku a do dospělosti. Příčinou bylo zaměstnávání dětí jako levné pracovní síly. Největší problémy s tímto byly v Západní Evropě a v USA. Zákaz zaměstnávat děti do 9 let byl ustanoven v roce 1833 v textilním průmyslu a u starších dětí byla pouze omezena pracovní doba na 12 hodin denně. Přesto však v roce 1860 pracovala více jak polovina anglických dětí. A to zde nebyly započítávány děti, které pracovaly doma a na polích. [11]

Ani ve volbě partnera se adolescenti nedočkali více pochopení. Volba partnera byla kontrolována rodiči. Nebylo nutné, aby se snoubenci předem znali. Tato manželství především sloužila jako opatřovací. Snoubenci museli být striktně ze stejných společenských poměrů (vrstev). Věk nevěsty byl okolo 15. až 17. roku života. Tento věk byl takto nízký i díky tomu, že dívky nestudovaly. Výchova dívek se omezovala pouze na vedení domácností a přípravu na mateřství. Speciální vzdělávání bylo umožněno pouze synům horní vrstvy. Ti především odcházeli do armády, nebo do vedoucích pozic v armádě či politice. Tímto si vydobývali silnější pozice a zvětšovali tak majetek svých rodin. Byla jim zdůrazňována především jejich tělesná síla, vytrvalost a respekt k rodině.

Možnost vzdělávání byla jen pro relativně malý počet mladistvých. Byly zde zcela opomíjeny jejich zájmy a schopnosti. Byl na ně kladem nepřiměřený tlak podrobit se autoritám a plnit veškerá přání rodičů bez ohledu na přání vlastní.

Obecně jsou v dnešní době mladiství svými rodiči a společností podrobováni menší kontrole než kdysi. Mají individuální svobodu ve volbě partnera. Hlavně dívky jsou na tom o dosti lépe, než v minulosti. Je zde možnost mnohostranného vzdělávání, zmizela diskriminace pohlaví a zesilují se tedy rovné šance. Adolescenti lépe pečují o tělesné a duševní zdraví. Dnešní adolescenti se povzbuzují i k individuální svobodě chování už

[11] Práce dětí. *Práce dětí* [online]. 2012 [cit. 2012-10-24]. Dostupné z:http://cs.wikipedia.org/wiki/D%C4%9Btsk%C3%A1_pr%C3%A1ce

od raného dětství. I některé rituály z minulosti se týkají naší přítomnosti jako například dětské večírky, zásnuby a svatby.[12]

Historický vývoj nám nepřinesl pouze větší svobodu, ale i tradice a obřady, bez kterých bych dnešní život nebyl tak bohatý a výjimečný. Na konec této kapitoly jsem se rozhodla také zařadit mravní vývoj v adolescenci, protože podle mého názoru je toto téma zajímavé a velmi důležité.

1.5 MRAVNÍ VÝVOJ V ADOLESCENCI

Již u předškoláka lze vidět svědomí, které působí i tehdy, když není autorita přítomna a nehrozí tedy trest ani odměna. Je ovšem samozřejmé, že se dítě neřídí svým svědomím ve všech případech. Záleží na tom, jak dítě či adolescent chápe dobro a zlo, jak rozumí mravním principům a jak si také zdůvodní to, co udělá a naopak neudělá. Už kolem sedmého roku života se objevuje tzv. *autonomní morálka* (Piaget). U této morálky už nezáleží na názoru dítěte, ale na tom, že je tu mravní zákon a ten určuje, co je správné a co ne. Důležitým zákonem v tomto období je poslušnost. Poslouchat se má, nejen proto, že to po dětech vyžadují rodiče, ale protože to je obecně přijatá norma.

Adolescent při svém jednání přihlíží k motivům a jeho okolnostem. Čin už není jen sám o sobě dobrý nebo špatný. Jde také o to, co jednací zamýšlel, zda něco udělal nerad, z přinucení, omylem nebo úmyslně. Mravné je pro něj jednat tak, aby to prospívalo lidem. Adolescent je v morálce absolutista. Fascinuje ho také sebeobětování v zájmu lidstva. Dovede trápit bídou lidí na konci světa a uvažuje i o vzdálených důsledcích svých drobných činů. Absolutních normy, podle nichž sám nedovede žít, soudí adolescent přísně a nezastaví se ani před žádnou autoritou. Adolescentní morální fanatismus je ke konci tohoto bouřlivého období překonán, ale zůstává v dospělém člověku jako stálá připomínka nedokonalosti toho, co bylo dosaženo, jako stálý apel k hledání něčeho lepšího. Mravní vývoj má svá nebezpečí. Například, když adolescent pozná, že má neuskutečnitelné ideály, může se zlomit a hledat opačnou cestu v bezohledném egoismu. Druhé nebezpečí pramení ze zjemnělosti mravního usuzování. Mnoho lidí zůstává na primitivním stupni mravního vývoje, což ve svých důsledcích

[12] NAKONEČNÝ, M. *Psychologie: přehled základních oborů*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2011, 863 s. ISBN 978-807-3874-438.

brzdí i celkový růst osobnosti. Mohou dokonce i chápat mravní principy poměrně dospěle, ale když se mají rozhodovat a jednat, projeví se jako děti.

Účinná mravní výchova v naší kultuře potřebuje spočívat v něčem jiném, než je poučování a řečnické zdůrazňování správného způsobu jednání. Adolescent má být v kontaktu s někým, pro koho jsou mravní otázky živé, kdo se jimi zabývá a řeší je. Teorie mravnosti má být v předstihu před úsudkem a prožitkem.[13]

OSOBNÍ NÁHLED NA ADOLESCENCI

Adolescence je období mezi dětstvím a dospělostí. V tomto období vrcholí fyzická zdatnost, citový a intelektový vývoj dosáhne svého vrcholu.

Pro adolescenty je důležitá jejich subkultura, která jim uspokojuje potřebu někam patřit a něčeho důležitého se zúčastnit.

Mladí lidé v tomto věku začínají žít svůj milostný a pohlavní život, kdy přichází první velká láska a následné zklamání z rozchodu. Na začátku období bývají také vyhrocené vztahy mezi adolescentem a rodiči, ale postupně díky dozrávání adolescenta se vztahy uklidní a dostanou pozitivní obsah.

Zajímavé jsou proměny postavení adolescentů v historii, kdy dříve děti fungovaly spíše jako levná pracovní síla, a rodiče si jich tolik nevážili, protože dětí bylo všude spousta. Naopak je tomu v dnešní době, kdy jsou u určitých jedinců velké problémy s početím a děti jsou brány jako „dar života“.

Na konec této kapitoly jsem také zařadila mravní vývoj adolescenta, který prochází velkými a zásadními změnami. Mravní vývoj se začíná utvářet již v předškolním období, kdy si jednotlivec vytváří stupeň mravní vyspělosti, který ho provází celý život a ovlivňuje jeho chování.

Smutné je, že v tomto období, kdy se mladí lidé teprve hledají, dochází k nejvíce dokonaným sebevraždám. V období mezi rokem 2006 až 2010 spáchalo sebevraždu 13 dětí pod 14 let, mezi 15. a 19. rokem života jich rapidně přibylo a číslo se vyšplhalo až k počtu 137. Bohužel nejtragičtějšími věkovými skupinami jsou mladí lidé ve věku

[13] ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2006, 390 s. ISBN 80-736-7124-7.

20-24 let, kdy spáchalo sebevraždu 361 mladých lidí, a ve věku 25-29 let to je neuvěřitelné číslo 417 sebevražd.[14]

V některých případech se může u jednotlivců v tomto období objevit hebefrení schizofrenie, která je typická pro tento věk, a projevuje se také jako „přehnaná puberta“. Rodiče by se měli proto o své potomky zajímat a naslouchat jim, aby mohli objevit případné poruchy ve vývoji a zajistit svým potomkům adekvátní péči.

[14] Sebevraždy. *Sebevraždy* [online]. 2011 [cit. 2012-11-01]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/p/4012-11

2 POHLAVNĚ PŘENOSNÁ ONEMOCNĚNÍ

Pohlavně přenosná onemocnění jsou onemocnění, které se přenáší pohlavním stykem. Mezinárodně používaná zkratka je STD, která je přejatá z anglických slov sexually transmitted diseases a znamená pohlavně přenosná onemocnění. Pohlavní styk zaručuje patogenním mikroorganismům, že nebudou ohrožováni vnějším prostředím. Díky tomu se u dívek v pochvě a vnitřních rodidlech mohou rychle množit.

Sexuálním stykem se mohou přenášet nejen plísně, bakterie, protozoa (prvoci), ale i viry. Jsou známé i případy přenosu viru hepatitidy B a C pohlavním stykem. [15]

Každoročně se objeví na celém světě zhruba 500 miliónů nových případů pohlavních nemocí. Nejzávažnější průběh, šíření a následky mají v tzv. třetím světě. Postihují především pohlavní ústrojí, případně močový trakt nebo ostatní orgány.[16]

Díky první kapitole víme o sklonu adolescentů k promiskuitě a je tedy na místě se také informovat o druzích a výskytu pohlavních nemocí, které adolescenty nejčastěji ohrožují.

2.1 VÝSLEDKY VÝSKYTU POHLAVNĚ PŘENOSNÝCH CHOROB V HISTORICKÉ KONTEXTU

Informace o výskytu pohlavních nemocí jsem získala díky povinnému hlášení těchto nemocí. Povinnému hlášení podléhá vrozená syfilis (A50), časná syfilis (A51), pozdní syfilis (A52), jiná a neurčená syfilis (A53), gonokoková infekce (A54), chlamydiové infekce (A55), ulcus molle (A56).

Informace o onemocnění hlásí každé zdravotnické zařízení, které jej diagnostikuje. Na stránkách Státního zdravotnického ústavu jsou v době zpracování mé bakalářské práce publikované periodiky o výskytu pohlavních nemocí od roku 2002 až 2011, které přiblížím v následující kapitole. Na závěr u každého roku přikládám do příloh přesná čísla v tabulkách, kdy se soustředím na věkové skupiny od 4. do 29. roku života.

---

[15] KOBILKOVÁ, J. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Karolinum, c2005, xv, 368 s. ISBN 80-246-1112-0.

[16] Pohlavně přenosné choroby. *Pohlavně přenosné choroby* [online]. 2011 [cit. 2012-10-30]. Dostupné z: http://www.wikiskripta.eu/index.php/Sexu%C3%A1ln%C4%9B_p%C5%99enosn%C3%A9_infekce

Pohlavní nemoci v roce 2002

V tomto roce došlo ke stabilizaci růstu pohlavních nemocí. Klesl výskyt syfilis na rozdíl od kapavky, u které došlo k mírnému nárůstu. Rizikovou skupinou pro onemocnění syfilis byla věková rozmezí od 20 do 34 let u mužů, a u žen ve věkové skupině 15 až 25 let. V počtu výskytu pohlavní nemocí vede Moravskoslezský kraj, dále Ústecký kraj a na třetím místě byla Praha.[17]

Přesná čísla jsou uvedeny v *příloze A* – Statistické údaje o výskytu pohlavních nemocí v ČR v roce 2002, tabulka č. 1 rozdělení pohlavních nemocí podle věku u mužů, tabulka č. 2 rozdělení pohlavních nemocí podle věku u žen, tabulka č. 3 hlášená onemocnění pohlavními nemocemi podle krajů.

Pohlavní nemoci v roce 2003

V roce 2003 bylo celkem hlášeno 1 879 přenosně pohlavních nemocí, což je srovnatelný počet s předešlým rokem. Z tohoto celkového počtu bylo hlášeno 849 případů syfilis, kdy nejvíce případů bylo hlášeno v kraji Moravskoslezském a to 250 případů, následovaným krajem Ústeckým se 133 případy a nakonec Prahou s 99 případy. Oproti roku 2002 stoupl počet gonokokových nákaz a to o 119 případů, kdy se tato infekce nejčastěji objevuje v Praze. K 31. 12. 2003 bylo zjištěno 662 případů HIV pozitivity a z toho se AIDS rozvinula ve 172 případech. Nových případů HIV pozitivity bylo hlášeno 61 a 9 nových případů AIDS.[18]

Přesná čísla jsou uvedeny v *příloze B* – Statistické údaje o výskytu pohlavních nemocí v ČR v roce 2003, tabulka č. 1 rozdělení pohlavních nemocí podle věku u mužů, tabulka č. 2 rozdělení pohlavních nemocí podle věku u žen, tabulka č. 3 hlášená onemocnění pohlavními nemocemi podle krajů.

Pohlavní nemoci v roce 2004

Celkem bylo v roce 2004 hlášeno 1 631 pohlavně přenosných onemocnění. Počet případů syfilis i gonokokové infekce proti minulému roku poklesl. Syfilis se vyskytuje

[17] *Zdravotnická statistika. Pohlavní nemoci*. 2003. ISBN 80-7280-217-8

[18] *Zdravotnická statistika. Pohlavní nemoci*. 2004. ISBN 80-7280-427-8.

převážně u žen, a naopak gonokoková infekce je záležitostí mužů. Bylo hlášeno 684 onemocnění syfilis, což je o 165 případů méně než v předchozím roce. Nejvíce případů syfilis v tomto roce hlásil Moravskoslezský kraj a to 124 případů, následovaným krajem Ústeckým s112 případy a opět Prahou s 95 případy.

Proti minulému roku klesl počet gonokokových infekcí o 83 případů. Gonokoková infekce se objevuje nejvíce v Praze, kde bylo zaznamenáno 311 případů. Další v pořadí byl Ústecký kraj se 106 případy a Jihomoravský kraj se 105 případy. K 31. 12. 2004 bylo zjištěno již 737 případů HIV a z toho se AIDS rozvinula v184 případech. Nových případů HIV bylo zjištěno 75 a 12 případů se rozvinulo v AIDS.[19]

Přesná čísla jsou uvedeny v *příloze C* – Statistické údaje o výskytu pohlavních nemocí v ČR v roce 2004, tabulka č. 1 rozdělení pohlavních nemocí podle věku u mužů, tabulka č. 2 rozdělení pohlavních nemocí podle věku u žen, tabulka č. 3 hlášená onemocnění pohlavními nemocemi podle krajů.

Pohlavní nemoci v roce 2005

Syfilis a gonokoková infekce měla opět v tomto roce klesající trend. Celkem bylo zjištěno 1 382 případů onemocnění syfilis a gonokokových infekcí. Obě tyto choroby byly nejčastěji diagnostikovány u mladých lidí. Syfilis byla nejčastěji diagnostikována mezi 25. až 29. rokem života, kdy bylo hlášeno 112 případů. Gonokoková infekce byla naopak nejčastější mezi 20 a 24 rokem života a to 267 případů.

Podle krajů byla nejmenší incidence syfilis a gonokokové infekce v kraji Vysočina, v Pardubickém a Zlínském kraji. Naopak tomu bylo v hlavním městě Praze a v Karlovarském kraji, kde jich bylo hlášeno nejvíce.[20]

Přesná čísla jsou uvedeny v *příloze D* – Statistické údaje o výskytu pohlavních nemocí v ČR v roce 2005, tabulka č. 1 rozdělení pohlavních nemocí podle věku u mužů, tabulka č. 2 rozdělení pohlavních nemocí podle věku u žen, tabulka č. 3 hlášená onemocnění pohlavními nemocemi podle krajů.

---

[19] *Zdravotnická statistika. Pohlavní nemoci. 2005.* ISBN 80-7280-470-7

[20] *Zdravotnická statistika. Pohlavní nemoci. 2006.* ISBN 80-7280-584-3

Pohlavní nemoci v roce 2006

Celkem bylo v roce 2006 hlášeno 1 584 onemocnění syfilis a gonokokových infekcí. Počet případů těchto chorob přenášených převážně sexuálně proti roku 2005 vzrostl o 202 případů. Početní nárůst případů se týkal pouze gonokokové infekce, zatímco u syfilis byl zaznamenán mírný pokles. Regiony s nejvyšším výskytem syfilis byly hlavní město Praha, Karlovarský kraj a Ústecký kraj.

Syfilis je z hlediska pohlaví poměrně rovnoměrně rozdělena mezi muže a ženy, na rozdíl od gonokokové infekce, která je dvakrát častější u mužů než u žen.[21]

Přesná čísla jsou uvedeny v *příloze E* – Statistické údaje o výskytu pohlavních nemocí v ČR v roce 2006, tabulka č. 1 rozdělení pohlavních nemocí podle věku u mužů, tabulka č. 2 rozdělení pohlavních nemocí podle věku u žen, tabulka č. 3 hlášená onemocnění pohlavními nemocemi podle krajů.

Pohlavní nemoci v roce 2007

Oproti předchozímu roku výrazně vzrostla incidence onemocnění syfilis a to o 822 případů. To znamená, že bylo zjištěno o 320 případů více než v předcházejícím roce. Kapavkou podle registru v roce 2007 onemocnělo ještě o 327 osob více, to znamená o 1 149 nových případů. Z hlediska jednotlivých forem syfilis se nejvíce zvýšil výskyt u časného stádia syfilis a téměř o polovinu se také zvýšil počet v neurčitých stádiích. U gonokokové infekce byl vyšší počet u akutního stádia. Pohlavní nemoci častěji postihují muže. U mužů bylo v tomto roce zaznamenáno 489 nových onemocnění syfilis, u žen to bylo 333 případů.

Z hlediska rozdělení na kraje vede v počtu onemocnění gonokokové infekce a syfilis hlavní město Praha, Ústecký a Karlovarský kraj. Naopak nejlépe na tom byl kraj Vysočina a Pardubice.[22]

Přesná čísla jsou uvedeny v *příloze F* – Statistické údaje o výskytu pohlavních nemocí v ČR v roce 2007, tabulka č. 1 rozdělení pohlavních nemocí podle věku u mužů, tabulka

[21] *Zdravotnická statistika. Pohlavní nemoci. 2007*. ISBN 978-80-7280-700-0.

[22] *Zdravotnická statistika. Pohlavní nemoci. 2008*. ISBN 978-80-7280-786-4.

č. 2 rozdělení pohlavních nemocí podle věku u žen, tabulka č. 3 hlášená onemocnění pohlavními nemocemi podle krajů.

Pohlavní nemoci v roce 2008

V průběhu roku 2008 bylo registrováno na území ČR 1 667 případů pohlavních onemocnění, z toho 850 případů se týkalo onemocnění syfilis a 816 případů bylo onemocnění kapavkou.

U kapavky došlo v roce 2008 k výraznému poklesu incidence, z 11 případů na pouhých 8 případů.

Nejvíce případů kapavky bylo diagnostikováno ve věkovém období mezi 20. - 24. rokem života, kdy bylo 46 případů u mužů a 19 případů u žen. Výskyt onemocnění syfilis převládá ve věkovém období mezi 20. až 30. rokem života, kdy bylo 21 případů u mužů a 16 případů u žen. Celkově se incidence v roce 2008 v porovnání s předchozími roky zvýšila a to téměř ve všech věkových skupinách.

Velikost výskytu pohlavních nemocí se v jednotlivých krajích významně liší. V roce 2008 bylo nejvíce případů pohlavních onemocnění u obyvatel hlavního města Prahy. Nejvyšší výskyt pohlavních nemocí byl také v Ústeckém kraji. Naopak výskyt pohlavních nemocí výrazně klesl v Karlovarském kraji. V Jihomoravském a Moravskoslezském kraji klesl výskyt kapavky u obyvatel téměř na polovinu. Zvýšený výskyt byl ale zjištěn v Plzeňském kraji a kraji Vysočina.[23]

Přesná čísla jsou uvedeny v *příloze G* – Statistické údaje o výskytu pohlavních nemocí v ČR v roce 2008, tabulka č. 1 rozdělení pohlavních nemocí podle věku u mužů, tabulka č. 2 rozdělení pohlavních nemocí podle věku u žen, tabulka č. 3 hlášená onemocnění pohlavními nemocemi podle krajů.

Pohlavní nemoci v roce 2009

V průběhu roku 2009 bylo v České republice nahlášeno 1 721 případů pohlavních onemocnění, z toho se více než dvě třetiny onemocnění vázaly na muže. V 997 případech se jednalo o syfilis a v 724 případech o gonokokovou infekci.

[23] *Zdravotnická statistika. Pohlavní nemoci. 2009.* ISBN 978-80-7280-830-4

Výskyt syfilis v tomto roce vzrostl v porovnání s rokem 2006 téměř na dvojnásobek. Syfilis byl hlášen u mužů především mezi 25. a 29. rokem života, kde bylo 33 případů. U žen dosáhl počet onemocnění syfilis svého maxima, a to ve věkové skupině 20 až 24 let. Nejvýraznější nárůst by u dívek mezi 15. až 19. rokem.

Incidence kapavky je nejvýraznější u mužů především ve věku 20 až 24 let, u žen se zde vyskytlo pouze 33 případů. Právě v této věkové skupině u dívek došlo k nejvýraznějšímu poklesu oproti pětiletému průměru.

Největšího počtu v diagnostikování pohlavních chorob dosáhlo hlavní město Praha.[24]

Přesná čísla jsou uvedeny v *příloze H* – Statistické údaje o výskytu pohlavních nemocí v ČR v roce 2009, tabulka č. 1 rozdělení pohlavních nemocí podle věku u mužů, tabulka č. 2 rozdělení pohlavních nemocí podle věku u žen, tabulka č. 3 hlášená onemocnění pohlavními nemocemi podle krajů.

Pohlavní nemoci v roce 2010

V roce 2010 bylo hlášeno 1 779 případů pohlavních nemocí. Z tohoto počtu bylo 1022 případů syfilis a 756 případů gonokokové infekce. Reálný počet osob s hlášeným onemocněním syfilis v roce 2010 činil 668 mužů a 351 žen, a u kapavky činil 526 mužů a 211 žen. Je zde mírný nárůst syfilis o 25 případů. Incidence onemocnění byla opakovaně jako v letech minulých vyšší u mužů. Zvýšený výskyt se objevil u syfilis v období 25 let věku a u kapavky v období 20 let. Incidencí syfilis ve věkové skupině 15 až 25 let ženy mírně převýšily muže. Kdy nejvýraznější růst je sledován u žen ve věkové skupině 20 - 24 let. V případě kapavky se incidence mírně snížila.

Nejvyšší počet hlášených pohlavních nemocí byl opět v hlavním městě Praha, kdy zde bylo 27 případů syfilis a 23 případů kapavky. Praha byla následována krajem Ústeckým, kde bylo hlášeno 16 případů syfilis, ale pouze 6 případů kapavky. V těsném závěsu byl Jihomoravský kraj s 11 případy syfilis a 8 případy kapavky.[25]

Přesná čísla jsou uvedeny v *příloze CH* – Statistické údaje o výskytu pohlavních nemocí v ČR v roce 2010, tabulka č. 1 rozdělení pohlavních nemocí podle věku u mužů,

[24] *Zdravotnická statistika. Pohlavní nemoci. 2010.* ISBN 978-80-7280-899-1

[25] *Zdravotnická statistika. Pohlavní nemoci. 2011.* ISBN 978-80-7280-948-6

tabulka č. 2 rozdělení pohlavních nemocí podle věku u žen, tabulka č. 3 hlášená onemocnění pohlavními nemocemi podle krajů.

Pohlavní nemoci v roce 2011

Na území České Republiky bylo hlášeno 1 452 případů pohlavních nemocí. Z toho 737 případů syfilis (dg. A50 – A53) a 709 případů gonokokové infekce „kapavky“. Vývoj výskytu onemocnění syfilis se vyznačoval nárůstem. Incidence kapavky po poklesu z 11 na 8 případů v roce 2008 zůstává na úrovni okolo 7 případů. Z absolutního počtu 709 případů kapavky v roce 2011 představovala 680 hlášení akutní forma a zbývajících 29 případů bylo chronických. Pohlavně přenosná onemocnění se vyznačovala vyšším výskytem u mužů oproti ženám. Nejvyšší výskyt syfilis byl zaznamenán ve věku 25 až 29 let jak u mužů, tak u žen. U kapavky lze pozorovat zvýšený výskyt dle věku již mezi 20 až 24 roky.

Nejvyšší výskyt pohlavně přenosných onemocnění byl z hlediska bydliště zaznamenán v Praze. Vysokým počtem onemocnění syfilis se dále opět vyznačoval Ústecký kraj s 11 případy, Plzeňský a Jihomoravský kraj. V Jihomoravském kraji byl také zaznamenán druhý nejvyšší výskyt onemocnění kapavkou.[26]

Přesná čísla jsou uvedeny v *příloze I* – Statistické údaje o výskytu pohlavních nemocí v ČR v roce 2011, tabulka č. 1 rozdělení pohlavních nemocí podle věku u mužů, tabulka č. 2 rozdělení pohlavních nemocí podle věku u žen, tabulka č. 3 hlášená onemocnění pohlavními nemocemi podle krajů.

Vývoj počtu případů HIV/AIDS

Nově zjištěné případy v roce 2011 značily rostoucí trend výskytu tohoto onemocnění. Celkem bylo evidováno na území ČR 197 nových případů HIV pozitivity a 26 případů AIDS. Nárůst se týkal především mužů. Nejvíce nových případů připadalo na hlavní město Prahu. Nejvýraznější pokles byl zaznamenán v Jihočeském a Moravskoslezském kraji. Od roku 1985 bylo u obyvatelů ČR zjištěno 2 022 případů HIV pozitivity, kdy stádium AIDS se rozvinulo u 383 nakažených a z toho 169 pacientů zemřelo.

[26] *Zdravotnická statistika. Pohlavní nemoci. 2012.* ISBN 978-80-7472-006-2

Počet žijících HIV pozitivních pacientů ke konci roku 2011 činil 1 422 osob, z toho 1 160 mužů a 262 žen, kdy 166 osob přešlo do stádia onemocnění AIDS. Nejvíce HIV pozitivních mužů bylo ve věkovém rozmezí mezi 35 až 39 let a u žen ve věkovém rozmezí mezi 30 až 34 let.

Od roku 1985 zemřelo v ČR celkem 253 HIV pozitivních osob, z toho 178 v důsledku onemocnění AIDS. [27]

Přesná čísla jsou uvedeny *v příloze J* – tabulka č. 1 vývoj počtu případů HIV/AIDS.

Když již známe informace o výskytu pohlavních chorob v populaci, v následující kapitole se budu tedy věnovat druhům pohlavních nemocí.

2.2 DRUHY POHLAVNĚ PŘENOSNÝCH CHOROB

Pohlavní nemoci je třeba rozlišit na dvě skupiny, a to sice na pohlavní nemoci, které se týkají přímo pohlavních orgánů a poté nemoci pohlavně sdělné, které se netýkají jen pohlavních orgánů, ale i dalších tělních soustav.[28]

Ve své bakalářské práci se budu zabývat především těmi pohlavně sdělnými, kterými jsou chlamydiové infekce, kapavka (gonorrhoea), syfilis (lues), genitální opar (herpes genitalis), HPV virus, pediculosis pubis a měkký vřed (ulcus molle),

Do širší skupiny STD můžeme také řadit nemoci houbové, virové i parazitární, kterými se v této práci zabývat nebudu.

Diagnostika, léčba i následná opatření sexuálně pohlavních nemocí jsou u nás dána v zákonech *č. 258/2000 Sb.* o ochraně veřejného zdraví, ve *Vyhlášce MZ ČR č. 195/2005 Sb.*, podmínky o předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění, ve *Směrnici č. 30/1968 Věstníku MZ*, o opatření proti pohlavním nemocem, zapsaná ve sbírce zákonů a *Věstníku MZ ČR z prosince 1997,* částka 10 standardy vyšetřovacích postupů STD.[29]

---

[27] *Zdravotnická statistika. Pohlavní nemoci. 2012.* ISBN 978-80-7472-006-2

[28] Pohlavní nemoci. *Pohlavní nemoci* [online]. [cit. 2012-11-07]. Dostupné z: http://www.fist.cz/j/texty/nemoci.html

[29] WEISS, P. *Sexuologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, xiii, 724 s. ISBN 978-80-247-2492-8.

2.2.1 CHLAMYDIOVÉ INFEKCE

Chlamydiové infekce způsobuje Chlamydia trachomatis (sérotyp D-K), je to nejčastější sexuálně přenášený patogen. Výskyt v populaci je až 10 %, ale i přesto nepodléhá toto onemocnění v naší zemi povinnému hlášení.

Chlamydia trachomatis způsobuje choroby jako je trachom, lymphogranuloma venerum, záněty očních spojivek a infekce novorozenců.

V Číně a v Egyptě byla chlamydiová infekce známá před několika tisíci lety. Podle WHO v oblastech tropů a subtropů žije až 150 miliónů lidí s touto nákazou. Cesta nákazy může být klasickou pohlavní cestou, dále nepřímou cestou, tedy nedodržením hygieny. K přenosu může dojít i při porodu z matky na novorozence. Podle mnoha autorů je chlamydiová infekce po rakovině a AIDS třetím nejzávažnějším problémem světového zdravotnictví. Chlamydie napadají zejména pohlavní orgány, plíce, klouby, srdce a mozek.

Zánět probíhá bezpříznakově a infekce se projeví až v akutní fázi, bohužel již s vážnými genitálními a extragenitálními následky. Akutní zánět může přecházet do chronické infekce a ta v urogenitální oblasti vytváří jizvící záněty. Zánět u mužů napadá prostatu, nadvarlata a varlata. U žen vytváří zánět děložního krčku a vejcovodů, s rizikem k mimoděložnímu těhotenství. Může přecházet u obou pohlaví do chronického zánětu sliznice konečníku, někdy i jater, chlamydiové uretritidy a reaktivního zánětu kloubů a převážně u mužů se vyskytujícího Reiterova syndromu (uretritidy, artritidy a konjunktivitidy = zánět močové trubice, kloubů, spojivek).

Chlamydiová infekce způsobuje onemocnění nazývané Trachom, což je prudký zánět spojivkového vaku oka. Přenáší se zejména v rozvojových zemích při nedostatečných hygienických podmínkách. Nejzamořenější je oblast Afriky, okolo Nilu. K první infekci dochází u dětí od dvou let. Ve vážných stádiích u pacientů mohou vznikat drobné nekrózy, hojící se zjizvením a vyvrácením horních víček. Při každém mrknutí oka pak oční řasy škrábou rohovku a obvykle tak za 25 let přichází slepota.

Další onemocnění je Venerický lymfogranulom. Toto onemocnění se vyskytuje opět hlavně u obyvatel tropů, nosiči bývají obvykle homosexuální muži. Mezi hlavní příznaky patří zvětšení uzlin na genitáliích a zánět spojivek. Onemocnění probíhá ve stádiích. V první stádiu se objevuje nebolestivý puchýřek nebo ulcerace, ve druhém

stadiu již dochází k zduření uzlin v třísle a dochází ke střídání horečky a zimnice. Ve třetím stadiu vzniká rozsáhlý destruktivní zánět genitálu a konečníku, s následným zjizvením. Třetí stádium se vyskytuje pouze u neléčených osob a častěji u žen.[30]

Je zde riziko postižení novorozenců, kteří se narodí matce s cervikální chlamydiovou infekcí, kdy se u nich může ve 20 až 50 % vyvinout konjunktivitida a u 10 až 20 % pneumonie.

Jelikož se jedná o sexuálně přenosnou chorobu, je tedy třeba léčit všechny sexuální partnery. K léčbě se používá penicilin nebo erytromycin.[31]

2.2.2 KAPAVKA (GONORRHOEA)

Kapavka je hnisavé onemocnění, které se přenáší sexuálním stykem. Původcem je gram – negativní diplokok *Neisseria gonorrhoeae.* Nejvyšší prevalence je u mladých, sexuálně aktivních lidí a výskyt se snižuje po 25. roce života. Infekce nejprve postihuje uretrální žlázky, endocervix a velkou Bartholiniho žlázu, je označovaná jako *dolní kapavka*. Brzy se šíří infekce na děložní sliznici, vejcovod a může přejít až na pobřišnici, označuje se jako *horní kapavka*.

Nejprve se objevují dysurické obtíže a hnisaná sekrece z ústí uretry u mužů (*uretritis gonorrhoea*). U žen pak přestoupí infekce z pochvy na sliznici děložního hrdla (*cervicitis gonorrhoea*), ze kterého vytéká hnisavý fluor.

U všech akutních zánětů ženských pohlavních orgánů se provádí vyšetření se zaměřením na kapavku. Kapavka již podléhá povinnému hlášení. Lékem první volby jsou cefalosporiny. Za vyléčenou pacientku je považována ta, která má třikrát negativní kultivaci z děložního hrdla. Odběr se provádí po menstruaci.[32]

---

[30] ŽDICHYNEC, B. *Chlamydie: skrytá hrozba v těle*. 2. vyd. Praha: Český klub, 2011, 111 s. Zdraví a život. ISBN 978-80-86922-41-6.

[31] KOBILKOVÁ, J. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Karolinum, c2005, xv, 368 s. ISBN 80-246-1112-0.

[32] KOBILKOVÁ, J. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Karolinum, c2005, xv, 368 s. ISBN 80-246-1112-0.

Následkem prodělaného zánětu může být poškození vejcovodů s následnou sterilitou a nebezpečím vzniku mimoděložního těhotenství. Z neznámých příčin se u asymptomatických nosičů může vyvinout diseminovaná (rozesetá) infekce.[33]

2.2.3 SYFILIS (LUES)

Syfilis je choroba kráčející lidskými dějinami. Koncem 15. století došlo k masivnímu rozšíření díky válečnému tažení francouzského krále Karla VIII. do Itálie. Při dobytí Říma a Neapole roznesli žoldáci onemocnění syfilis po celé Evropě. K dalšímu velkému rozmachu ve výskytu syfilis došlo při druhé světové válce, kdy za druhé světové války syfilis a kapavka připravila americkou armádu o celou jednu divizi vojáků.[34]

Syfilis je tedy sexuálně přenosné onemocnění, vyvolané spirochétou Treponema pallidum. Infekce se přenáší sexuálním kontaktem nebo transplantací. Incidence tohoto onemocnění díky povinnému screeningu a efektivní léčbě, v rozvinutých zemích rapidně klesla, ale i přes povinnou depistáž (včasné vyhledávání nemocných) v České republice, incidence luetických novorozenců stoupá.

Primární infekce syfilis se projevuje za 10 až 90 dnů. V místě infekce se vytváří nebolestivý vřed – ulcus molle. U žen je vřed uložen na cervixu nebo v pochvě. U mužů je vřed lokalizován na penisu nebo v perianální krajině. Většinou jsou zvětšené regionální lymfatické uzliny, které jsou tuhé, ale nebolestivé. V tomto stádiu je onemocnění velice infekční. Vřed po pěti až šesti týdnech spontánně vymizí. Nebezpečné je, že při zjištění vředu jsou sérologické testy negativní. Pozitivita se objevuje až po čtyřech týdnech. Na tuto primární syfilis navazuje sekundární syfilis.

Sekundární syfilis se může objevit od šesti týdnů do šesti měsíců po primární infekci. Obvykle se projevuje nesvědivým makulopapulárním exantémem (vyrážka). Tato vyrážka je také spojena se zvětšením lymfatických uzlin a teplotou. Z exantému se

---

[33] MAŠATA, J. a A. JEDLIČKOVÁ. *Infekce v gynekologii a porodnictví: a základy jejich antiinfekční léčby*. 1. vyd. Praha: MAXDORF-JESSENIUS, c2004, 371 s. ISBN 80-734-5038-0.

[34] Syfilis. *Syfilis* [online]. 2010 [cit. 2012-11-13]. Dostupné z: http://www.ceskatelevize.cz/porady/1095946610-diagnoza/200-syfilis/video/

aktivně uvolňují spirochéty, a díky tomu je toto stádium vysoce infekční. Jestliže není zahájena specifická léčba, kožní exantém spontánně vymizí za 2 – 4 týdny.

Syfilis může na několik let vymizet. O této fázi mluvíme, jako o časné latentní syfilis. V tomto období relapsů se může syfilis přenášet sexuálním stykem nebo transplacentárně. Později se již syfilis nemůže přenášet sexuálním kontaktem a následuje pozdní latentní stádium. Přibližně u 20 % neléčených pacientů přejde onemocnění do terciální kardiovaskulární syfilis s aortálním aneurysmatem a insuficiencí. U 5- 10 % se vyvine neurosyfilis s meningovaskulárním postižením, následně s generalizovanou parézou a pomateností.

U těhotných žen představuje syfilis velké riziko pro plod. Plod může být infikován v jakémkoliv stupni těhotenství. Infekce před 18. týdnem těhotenství je vzácná vzhledem k imunokompetenci plodu. Po 18. týdnu těhotenství plod na infekci reaguje imunitní reakcí, která může způsobit tkáňové poškození. Pravidlem je, že čím dříve nastane kontakt s infekcí, tím je riziko poškození plodu větší a nepříznivější. Těžká infekce může způsobit intrauterinní smrt plodu, potrat, nebo se dítě narodí se známkami časné kongeniální syfilis. O časné kongenitální syfilis se hovoří v případě, kdy se novorozenec narodí se známkami nemoci, nebo se choroba u něho projeví do dvou let života. Může být postižen kterýkoliv orgán novorozence. S touto časnou kongenitální syfilis se dnes prakticky nesetkáváme, díky screeningu, který se provádí z pupečníkové krve u každého novorozence. U dětí, u kterých se objeví stigmata syfilis až po druhém roce života, u nich mluvíme o pozdní kongenitální syfilis, kdy se u těchto dětí objevuje *Hutchinsonova trias* (intersticiální keratitida, soudkovité řezáky a senzorická hluchota). Dalšími příznaky jsou *šavlovité tibie, sedlovitý nos* a *huhňavá mluva*.

Lékem první volby je penicilin jak v těhotenství, tak i při časné a pozdní kongenitální syfilis. Léčba v těhotenství by měla být zahájena před 20. týdnem gravidity, aby se zabránilo vniku kongenitálních stigmat.[35]

[35] MAŠATA, J. a A. JEDLIČKOVÁ. *Infekce v gynekologii a porodnictví: a základy jejich antiinfekční léčby*. 1. vyd. Praha: MAXDORF-JESSENIUS, c2004, 371 s. ISBN 80-734-5038-0.

2.2.4 GENITÁLNÍ OPAR (HERPES GENITALIS)

Herpetická onemocnění patří mezi nejvíce rozšířená virová onemocnění v naší populaci. Infekce herpetickými viry může u novorozenců a osob se sníženou imunitou probíhat velmi těžce, až smrtelně. Viry po prodělaném onemocnění přetrvávají v neaktivní formě v hostiteli po celý život, a kdykoliv mohou být znovu aktivovány. Zdrojem infekce jsou lidé, kteří vylučují virus sekretem z úst a genitálu. Přibližně dvě třetiny nákaz má na svědomí virus HSV – 2 a jednu třetinu virus HSV- 1.

Počet rekurencí (opětovný výskyt) genitálního oparu závisí na typu viru, který vyvolal primární infekci. Po infekci virem HSV – 1, je mnohem menší počet rekurencí, než u infekce virem HSV - 2. Primární nákaza virem HSV – 1 je častá v dětském věku, přítomnost protilátek proti HSV – 1 nás v určité míře chrání proti nákaze virem HSV - 2 a naopak.

Pacienti mají obvykle celkové příznaky, včetně teploty, bolesti hlavy, únavy, bolesti svalů a zad. Celkové příznaky začínají týden po nákaze a maximální intenzitu mají čtvrtý den od vzniku lokální léze. Po 2-7 denní inkubační době se genitální herpes projevuje typickou herpetickou vyrážkou, která je doprovázena svěděním a zarudnutím. Vyrážka je tvořena malými bolestivými puchýřky, které přecházejí v drobné pustuly s rudým lemem. Puchýřky jsou lokalizované u žen na vulvě a mons veneris (Venušin pahorek) a u mužů na glans nebo těle penisu. Po výsevu vyrážky se ještě v průběhu 4 až 10 dnů objevují stále nové. V následujících dnech puchýřky splývají a postižená sliznice je pokryta šedobělavým exsudátem. Při hojení se puchýřky pokrývají krustami a mohou se hojit jizvou. Průměrná doba hojení od vzniku vyrážky je přibližně 3 týdny. Infikovaná osoba vylučuje virus v průměru 12 dní, v některých případech i 3 týdny.

Velmi vážná jsou herpetická onemocnění v těhotenství, kdy dochází k vertikálnímu přenosu infekce na plod při porodu. Výsledkem je neonatální infekce, která má fatální následky. Při této neonatální infekci může být postižena kůže, játra i centrální nervový systém. Prevencí před přenesením infekce na plod je císařský řez.

Léčba herpetických infekcí probíhá pomocí acykloviru.[36]

---

[36] MAŠATA, J. a A. JEDLIČKOVÁ. *Infekce v gynekologii a porodnictví: a základy jejich antiinfekční léčby*. 1. vyd. Praha: MAXDORF-JESSENIUS, c2004, 371 s. ISBN 80-734-5038-0.

2.2.5 HPV VIRUS

Human papilloma virus neboli lidský papilomavirus patří mezi DNA viry. V současné době je známo více než sto typů papilomavirů. Papilomavirové infekce patří mezi nejčastější sexuálně přenosná onemocnění.

HPV virus způsobuje špičaté flíčky *condylomata accuminata.* V posledních 20 letech byl prokázán podíl HPV infekce na vzniku prekanceróz a karcinomu děložního hrdla.

Zmínky o genitálních kondylomatech můžeme najít již ve spisech starořeckých lékařů. Sexuální přenos infekce byl potvrzen již v roce 1954 u vojáků, kteří se vrátili z korejské války. Infekce se běžně přenáší pohlavním stykem a do organismu se viry dostávají kožními a slizničními mikrotraumaty. Pro onkogenní viry je typickou vstupní cestou metaplastický epitel zóny cervixu. Nebezpečné je, že infekce, která způsobuje karcinom děložního hrdla, může po delší dobu probíhat zcela asymptomaticky, a až v pozdních stádiích se projeví krvácením, nebo bolestí po pohlavním styku.

K hlavním rizikovým faktorům HPV infekce patří nejen rizikové sexuální chování, ale také imunosupresivní léčba, hormonální antikoncepce, těhotenství, kouření, alkoholismus a toxikomanie. Hormonální antikoncepce je rizikovým faktorem díky tomu, že zvětšuje plochu metaplazie, což je spojeno s vyšším rizikem získání infekce.

HPV infekce stejně jako jiné sexuálně přenosné choroby má nejvyšší prevalenci u mladých sexuálně aktivních žen mezi 20 – 25 lety.[36]

Je nezbytné rozlišovat infekci způsobenou benigními HPV viry a viry HPV s onkogenním potencionálem. Benigní viry způsobují proliferaci a vznik kondylomat, kdežto onkogenní viry způsobují vznik karcinomu cervixu. Z hlediska onkogenního potenciálu se rozlišují papilomaviry s nízkým rizikem (low risk – 6, 11, 42, 43, 44), se středním rizikem (intermediární – 31, 33, 35, 39, 51) a s vysokým rizikem (high risk – 16, 18, 45, 46, 52, 53, 56, 58, 59, 66, 68).

Léčba condyloma accuminatum spočívá v lokální aplikaci podophyllinu, nebo aplikaci kyseliny bi a trichloroctové. Větší ložiska vyžadují chirurgické odstranění pomocí laseru a kryokauteru (kryochirurgický přístroj určený zvláště pro léčení nádorových onemocnění rychlým hlubokým zchlazením).[37]V současné době je

[37] KOBILKOVÁ, J. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Karolinum, c2005, xv, 368 s. ISBN 80-246-1112-0.

nejperspektivnější při prevenci karcinomu děložního čípku používání vakcín. První z vakcín je vakcína Silgard. Jedná se o vakcínu kvadrivalentní, která chrání před čtyřmi HPV typy – dvěma vysoce rizikovými 16 a 18 a dvěma nízkorizikovými 6 a 11. Je určena pro ženy a dívky od 9 let a chlapce o 9 do 15 let. Chrání proti více než 70 % případů karcinomu hrdla děložního, ale současně i proti části nádorů vulvy (zevních rodidel), pochvy (vaginy), penisu a rekta. Vedle ochrany před těmito smrtelnými nemocemi současně zvyšuje kvalitu života významným omezením výskytu příslušných přednádorových lézí a více jak v 90 % případů genitálních bradavic. Aplikuje se ve třídávkovém schématu s druhou dávkou po 2 měsících a třetí po 6 měsících od první. Účinnost je zachována i při aplikaci všech tří dávek během jednoho roku. Druhá je vakcína Cervarix. Tato vakcína chrání před dvěma vysoce rizikovými HPV typy 16 a 18. Chrání tedy také proti maligním změnám hrdla děložního ve více jak v 70 %. Studie o ochraně před ostatními nádory nejsou zatím dokončeny. Na vznik kondylomat (genitálních bradavice) nemá vliv. Je určena pro ženy a dívky od 10 do 25 let. Aplikuje se v třídávkovém schématu s podáním druhé dávky za měsíc a třetí za 6 měsíců po první.[38]

Jelikož známky infekce virem HPV se nemusí u ženy projevit gynekologickými problémy, tak je velmi důležité, aby se ženy či dívky nezanedbávaly, a i když nemají žádné problémy, tak pravidelně podstupovaly gynekologické prohlídky, protože gynekolog zjišťuje HPV infekci pomocí kolposkopického a cytologického obrazu.

2.2.6 PEDICULOSIS PUBIS

Veš, muňka - *Pthirus pubis,* se přenáší převážně sexuálním kontaktem, ale může se přenést i infikovaným ložním prádlem, ručníkem, záchodovým prkénkem a dokonce i ze sedaček v městské hromadné dopravě.

Veš se přichycuje na ochlupení nejčastěji v genitální oblasti, ale můžeme ji najít i v axile, hrudi a na očních řasách. Vajíčka bývají přichycena na kořínčích chlupů ve zmíněných krajinách a jejich vývoj trvá zhruba 7 až 9 dní. Z příznaků dominuje především intenzivní svědění, které vede ke škrábání kůže, a to může způsobit její

[38] Očkování proti HPV. *Očkování proti HPV* [online]. 2010 [cit. 2012-11-18]. Dostupné z: http://www.hpv-college.cz/ockovani-proti-hpv/ockovani-proti-hpv.html

bakteriální infekci. Muňky se živí naší krví a při bodnutí zanechávají na kůži šedomodravé skvrny.

Při odvšivování se aplikují přípravky ve formě šamponu, spreje nebo gelu. Nutná je výměna ložního i osobního prádla. Aby bylo odvšivování důkladné, měl by se ho zúčastnit i partner. [39]

V posledních letech dochází ve vyspělých zemích ke snižování výskytu tohoto druhu vší, což souvisí se současným módním trendem – vyholování intimních partií a podpaží.[40]

2.2.7 MĚKKÝ VŘED (ULCUS MOLLE)

Ulcus molle neboli *chancroid*, je sexuálně přenosné onemocnění, které je charakterizované bolestivým vředem na genitálu, inguinální adenitidou (tříselný zánět žláz), erytémem a přítomnou fluktuací (charakteristický jev, který je příznakem nahromadění tekutiny v ohraničeném útvaru, prokazuje se dvěma prsty, které střídavě stlačují podezřelou část orgánu, vlnění, vlna - fluctus). Vyvolavatelem infekce je gramnegativní tyčka *Haemophilus ducreyi*. Choroba podléhá ohlašovací povinnosti. Díky tomu se ví, že v České republice se toto onemocnění již několik let neobjevilo, což však při vysoké migraci v globalizovaném světě není stoprocentní. Měkký vřed je velmi nebezpečný v tom, že zvyšuje riziko získání HIV infekce.

Inkubační doba je obvykle 4–10 dní. Diagnosticky se projevuje exantémem na hrázi, v pochvě nebo cervixu. V pozdějších fázích léze splývají a vytváří se miskovitý vřed ohraničený zánětlivým valem. Léze je velmi bolestivá a s velkým množstvím sekretu, který je infekční.

Základem léčby je celková aplikace antibiotik, kdy se upřednostňuje azitromycin.[41]

---

[39] MAŠATA, J. a A. JEDLIČKOVÁ. *Infekce v gynekologii a porodnictví: a základy jejich antiinfekční léčby*. 1. vyd. Praha: MAXDORF-JESSENIUS, c2004, 371 s. ISBN 80-734-5038-0.

[40] Pediculosis pubis. *Pediculosis pubis*[online]. [cit. 2012-11-14]. Dostupné z: http://www.pohlavni-nemoci-a-jejich-priznaky.cz/ves-munka-munky-filcky/

[41] MAŠATA, J. a A. JEDLIČKOVÁ. *Infekce v gynekologii a porodnictví: a základy jejich antiinfekční léčby*. 1. vyd. Praha: MAXDORF-JESSENIUS, c2004, 371 s. ISBN 80-734-5038-0.

Záměrně jsem se v těchto podkapitolách o druzích pohlavních nemocí vyhýbala diagnostice, ta je podle mého názoru natolik významná, že si zaslouží samostatnou kapitolu.

2.3 DIAGNOSTIKA POHLAVNĚ PŘENOSNÝCH CHOROB

Diagnostika a diagnostické metody se podle mého názoru staly největšími mezníky v našem lékařství. Krása diagnostiky spočívá hlavně v její rychlosti a nenáročnosti. Základem je vytváření diagnostických hypotéz, které se pak stávají stavebními kameny pro konečnou diagnózu.

U pohlavních nemocí je diagnostika problémem, protože diagnostická kritéria jsou málo senzitivní a nespecifická, a proto často vycházejí výsledky falešně pozitivní nebo naopak negativní. S falešně pozitivními výsledky jsou především zkušenosti u HIV pozitivy, která je velkou psychickou zátěží pro pacienty. Při výběru diagnostické metody by se mělo přihlížet k tomu, že ideální test má detekovat 100 % pozitivních žen (100 % senzitivita), a měl by být negativní u všech negativních žen (100 % specificita).

Principy diagnostiky chlamydiové infekce jsou prakticky shodné s vyhledáváním jiných bakteriálních infekcí. Odebírají se uretrální vzorky tamponem na drátku, nebo na tenké tyčce. Odběr pro muže může být velmi bolestivý, a proto by se měl výkon provádět vleže, aby pacient nezkolaboval. Pacient by neměl před odběrem 1-2 hodiny močit. U žen se odběr provádí z cervikálního kanálu po odstranění hlenu, kdy se používá sterilní kartáček na abrazi epiteliálních buněk. V 80. letech byla zavedena do praxe přímá imunofluorescence a enzymofluorescence. Přelomem v diagnostice se stalo až zavedení amplifikačních metod. Jedinou jejich nevýhodou je však vysoká cena. Klasickou metodou pro zjišťování je také barvení podle Giemsy.

Kapavka se může stanovit také mikroskopickým barvením preparátu, ale podle Grama. Diagnózu ale ještě musí potvrdit kultivace na speciálních kultivačních půdách. Alternativně se může využít i amplifikačních metod jako je LCR a PCR. Pro správnou diagnostiku se odebírá opět vzorek s cervixu, kdy je vzorek vhodný odebírat i v průběhu menses a u mužů z uretry.[42] Při diagnostikování této nemoci je pacient povinen podrobit

[42] MAŠATA, J. a A. JEDLIČKOVÁ. *Infekce v gynekologii a porodnictví: a základy jejich antiinfekční léčby*. 1. vyd. Praha: MAXDORF-JESSENIUS, c2004, 371 s. ISBN 80-734-5038-0.

se vyšetření a následným kontrolám, kdy se mu odběry provádí před léčbou do 48 hodin, po jejím ukončení a za další týden poté v průběhu šesti měsíců, kdy je veden v evidenci u svého lékaře, venerologa.[43]

U syfilis se zahrnuje do diagnostiky také vyšetření kožního povrchu a sliznic. Důležité je hlavně vyšetření v oblasti zevního genitálu a v perianální krajině, včetně palpace uzlin. Zároveň se odebírá biologický materiál z děložního hrdla, z lézí na děložním hrdle a stanovujeme pH pochvy. Také se odebírá vzorek krve na sérologické vyšetření.[42] V sérologickém vyšetření se zjišťují látky proti fosfolipidovým antigenům. Dříve se velmi často jako sérologické vyšetření používalo vyšetření BWR, neboli Bordet – Wassermanova reakce, od které se již upouští, jelikož byla překonána modernějšími testy, hlavně těmi treponemovými a netreponovými, ale pro „běžného člověka“ zůstává tím nejsrozumitelnějším při diagnostice lues. Jako vyhledávající vyšetření se používá treponemové reakce. Každý pacient se opět jako u onemocnění kapavkou musí podrobit léčbě. Specifické je to u ženy, která již byla jednou léčena na syfilis. Ta se musí podrobovat tzv. zajišťovací terapii v každém těhotenství, současně se vyšetřuje i na HIV pozitivitu. Preventivní vyšetření na syfilis je požadované také u dospělých do 50 let při každé první hospitalizaci, u těhotných žen dvakrát během gravidity a u dárců krve, kostní dřeně, orgánů a spermatu. [44]

Diagnostika HSV viru je prováděna polymerázovou řetězovou reakcí a průkazu antigenu HSV fluorescenčními metodami.[45]

U onemocnění Ulcus molle je diagnostika jednoduší, než u předchozích onemocnění. Zde je především důležité zaměřit se na specifické klinické příznaky. Ty jsou spolehlivější než kultivační test, který je provádění na přítomnost Haemophilu ducreyi, jeho barvení probíhá podle Grama nebo Giemsy. Bakterie se nejlépe izolují z hnisu, který je získáván punkcí z inguinálních lymfatických uzlin.[46]

---

[43] Pohlavní nemoci. *Pohlavní nemoci* [online]. 2008 [cit. 2012-11-17]. Dostupné z:http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=3050&magazine_id=11

[44] Pohlavní nemoci. *Pohlavní nemoci* [online]. 2010 [cit. 2012-11-17]. Dostupné z: http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=3050&magazine_id=11

[45] WEISS, P. *Sexuologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, xiii, 724 s. ISBN 978-80-247-2492-8.

[46] Pohlavní nemoci. *Pohlavní nemoci* [online]. 2010 [cit. 2012-11-17]. Dostupné z: http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=3050&magazine_id=11

Poslední infekcí, o které se chci ve své práci zmínit je HPV infekce, která se prokazuje pomocí amplifikačních a hybridizačních metod. U HPV viru je nejvíce důležitý onkogenní potenciál. Rozpoznání onkogenního potenciálu a negativní cytologie umožní prodloužení intervalu mezi jednotlivými kontrolami až na dva roky. U diagnostiky je tedy důležité cytologické vyšetření a kolposkopie, prováděné gynekologem. [47]

OSOBNÍ NÁHLED NA POHLAVNĚ PŘESNOSNÉ CHOROBY

Ráda bych shrnula tuto kapitolu, díky dosavadním poznatkům, které jsou pro mě jakožto pro zdravotní sestru velmi důležité. Začnu klíčovým rozdělením sexuálně přenosných chorob.

Sexuálně přenosná onemocnění můžeme rozdělovat do několika skupin.

První skupinu tvoří klasické pohlavní nemoci, které zahrnují syphilis (lues) – původce Treponema pallidum, gonorrhoea (kapavka) – původce Neisseria gonorrhoeae, ulcus molle (měkký vřed) – původce Haemophilus ducreyi, lymphogranuloma venerum (venerický lymfogranulom) – původce Chlamydia trachomatis sérotyp L1–13.

Druhou skupinu tvoří sexuálně přenosné choroby, jako jsou chlamydiové – původce Chlamydia trachomatis, mykoplazmatické infekce – původcem je Ureaplasma urealyticum, Mycoplasma hominid, virové - vyvolané herpetickými viry, condylomata accuminata, protozoální infekce vyvolané prvoky – trichomoniasis, infekce mykotické – candidosis, parazitární choroby – scrabies, pediculosis pubis a ostatní bakteriální onemocnění vyvolaná těmito agens: Gardnerella vaginalis, Mobilluncus spec., Staphylococcus aureus, Streptococcus agalactiae, Enterococcus faecalis, Escherichia coli, Proteus mirabilis atd.[48]

---

[47] MAŠATA, J. a A. JEDLIČKOVÁ. *Infekce v gynekologii a porodnictví: a základy jejich antiinfekční léčby*. 1. vyd. Praha: MAXDORF-JESSENIUS, c2004, 371 s. ISBN 80-734-5038-0.

[48] Rozdělení pohlavně přenosných nemocí. *Rozdělení pohlavně přenosných nemocí* [online]. 2010 [cit. 2012-12-08]. Dostupné z: http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=3584&magazine_id=11

Velmi mě překvapila informace, že přítomnost anogenitálních kondylomat u dětí může být příznakem sexuálního zneužívání, kdy mě nenapadlo spojovat pohlavní nemoci s pohlavním zneužíváním.

Za rok 2008 bylo zjištěno téměř 2000 případů pohlavního zneužívání dětí do 18 let. Oběťmi byli nejčastěji dívky a chlapci ve věku od 6 do 15 let.[49]

[49] Pohlavní zneužívání dětí. *Pohlavní zneužívání dětí* [online]. 2009 [cit. 2012-11-19]. Dostupné z: http://www.nasedite.cz/cs/nadace_a_media/tiskove_zpravy_2009/266pripadu_sexualniho_zneuzivani_a_tyrani_deti_pribylo

3 HIV POZITIVITA

HIV virus, to jsou tři písmena, při kterých nás mrazí.

Onemocnění HIV navazuje na pohlavně přenosná onemocnění, o kterých jsem již informovala v předešlé kapitole. Ale informace veřejnosti o HIV viru jsou natolik rozporuplné, že jsem se rozhodla věnovat tomuto tématu celou vlastní kapitolu.

První zmínky o této infekci jsou 31 let staré, tedy z roku 1981, kdy v odborné literatuře byli především popisováni mladí muži, homosexuálové.[50] Vědci jako pravděpodobný zdroj HIV infekce identifikovali šimpanze.[51]

Nejpostiženější oblastí nákazy HIV infekce je Afrika a Botswana, kde ze způsobů přenosu dominuje heterosexuální přenos.

Průměrný věk při zjištění diagnózy je hlavně u nás v ČR 32 let. Tím se řadíme mezi země, kde HIV infekce postihuje především mladší generaci.

V ČR se na HIV infekci testuje od roku 1985. Bez souhlasu se může testovat pacient z diagnostických důvodů, pacienta, který nemůže dát souhlas, například z důvodu bezvědomí, a osoby podezřelé ze spáchání trestného činu ohrožování pohlavní nemocí. HIV test je také doporučován u pacientů se sexuálně přenosnými nemocemi. Vlastní testování na HIV infekci, by mělo být doprovázeno před a po testovém poradenstvím.

Pozitivní výsledek testu znamená, že organismus proti viru vyrábí protilátky. Pro získání dostatečně spolehlivého negativního, nebo pozitivního výsledku testu je důležité, aby pacient přišel na test až 2 -3 měsíce po uplynutí posledního rizikového sexuálního chování. Můžeme se nechat testovat také na vlastní žádost, buď u svého praktického lékaře, nebo ve specifických poradnách.

V běžné laboratorní praxi se používají protilátkové Elisa testy, které jsou v posledních letech kombinovány s testem na antigen p24. Také jsou k dispozici tzv. rychlé testy, ty umožňují vyšetření z kapilární krve. Jejich výhoda je v šetrnějším odběru a rychlém zjištění výsledku. Vhodnou metodou pro diagnostiku jsou také slinné testy, které se používají hlavně při terénní práci.

---

[50] WEISS, P. *Sexuologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, xiii, 724 s. ISBN 978-80-247-2492-8.

[51] HIV. *HIV* [online]. 2011 [cit. 2012-12-04]. Dostupné z: http://www.cdc.gov/hiv/default.htm

Přestože je pro české pojištěnce dostupná a plně hrazená protivirová léčba, případů AIDS přibývá. To podle mého názoru souvisí s pozdní diagnostikou (stanovení diagnózy až při propuknutí příznaků).

Virus HIV patří do skupiny retrovirů a dělí se na dva základní typy HIV-1 a HIV-2. Virus je velmi citlivý na vnější prostředí, ničí ho teploty nad 60 stupňů Celsia, běžné dezinfekční prostředky a zaschnutí.

Virus HIV má fosfolipidový obal, v němž je zakotveno 72 povrchových glykoproteinových komplexů, které zajišťují jeho zachycení a následnou fúzi s hostitelskou buňkou. Důležitou roli hrají glykoproteiny gp 41 a gp 120. Pod obalem je vnitřní membrána. Uvnitř je také kapsida tvořená proteinem p42, která obsahuje genetickou informaci viru, uloženou ve dvou identických molekulách virové ribonukleové kyseliny. Ta je důležitá pro přepis informace do hostitelské DNA enzym reverzibilní transkriptázou. Pro úplné dokončení přepisu jsou důležité další dva enzymy HIV integráza a HIV proteáza. Virus napadá buňky nesoucí na svém povrchu znak CD4+, což jsou zejména T4 pomocné lymfocyty. K jejich přichycení je dále nezbytná přítomnost koreceptorů – CCR5 a CXCR4.

Poslední a nejzávažnější fází HIV představuje AIDS. Ke stanovení této diagnózy musí být splněny dvě podmínky. Jednak přítomnost tzv. AIDS definujícího onemocnění, kam patří některé oportunní infekce a některé nádory, dále pak laboratorní nálezy jako je například snížení počtu T-lymfocytů. Při stanovení diagnózy AIDS dochází ke zvýšení počtu kopií HIV RNA v séru (tzv. nulové nálože). Tzv. nulová nálož by měla správně být nazvána nezměřitelnou, protože to znamená jen velmi nízký počet virových částic v séru (pod 50/ml), které ale nikdy nevymizí. Navíc v mízních uzlinách, mozkomíšním moku či ejakulátu může být počet částic podstatně vyšší. Také přítomnost jiných infekcí či zátěže může zvýšit hladinu virové nálože.

V minulosti osoba s diagnostikovaným AIDS zůstala od začátku až do své smrti ve stavu hlubokého imunodeficitu.

Klinické projevy se objevují zhruba 2. - 6. týden po nákaze a připomínají chřipkové období se zduřením mízních uzlin. V této době dochází k vytvářením HIV protilátek rozpoznatelných screeningovým HIV testem, v této době je vysoká infekčnost. Po tomto období následuje několik let (8 – 9) trvající asymptomatické období, kdy dochází

k replikaci HIV viru. Před obdobím AIDS se může projevit příznakové období s neurčitými a méně závažnými symptomy, například zduření mízních uzlin, průjmy, kožní onemocnění, neuropatie, trombocytopenická purpura a organické změny na CNS. Pokud nedojde k nasazení protivirové léčby, pak dojde během několika let k rozvoji AIDS.

Protivirová léčba se standardně podává od poloviny 90. let. Mezi standardní léky patří inhibitory reverzní transkriptázy (azidothymidin, lamivudin), inhibitory reverzní transkriptázy nenukleosidové (neviparin), inhibitory proteázy (ritonavir, lopinavir). Mezi novější léky patří inhibitory fúze a CCR 5 antagonisté a ve vývoji jsou inhibitory integrázy.

I když se ví, jak HIV infekci omezovat a do jisté míry léčit, i přesto by se mělo dbát především na prevenci a šíření informací o přenosu viru, a tím se snažit docílit změny chování u rizikových osob.

Virus HIV se přenáší krví, krev je tedy z hlediska přenosu nejnebezpečnější tekutinou. Rizikové je zejména používání injekčních stříkaček, ať už sdílených mezi narkomany, nebo opakovaně používaných v zemích se zaostalým lékařstvím. U injekčních toxikomanů je preventivním opatřením *harm reduction strategie,* kdy jde především o podporu neinjekčního užívání drog a výměnu použitých jehel. Přenos krevní transfúzí je dnes díky testování velmi vzácný. Riziku je také vystaven zdravotnický personál při manipulaci s krví. Přes hmyzí kousnutí se virus nepřenáší.

K dalšímu ze způsobu přenosů viru se řadí sexuální přenos, kdy se jedná o celosvětově nejčastější formu přenosu. Pravděpodobnost přenosu při jednorázovém nechráněném pohlavním styku je mezi 0,05 – 30 %. Riziko je tedy velké a záleží na mnoha faktorech, mezi které náleží například: aktuální množství viru, současné nákaze jinou pohlavně přenosně chorobou, lubrikaci, subtypu viru, přítomnosti menstruační krve či stavu imunity. Sexuální přenos byl zaznamenán z ženy na muže, muže na ženu, muže na muže i ženy na ženu. K přenosu může docházet při análních, vaginálních praktikách a menší riziko představuje i orální sex. Přenos při erotickém polibku byl údajně dokumentován jen jednou v případě pokročilého onemocnění AIDS. Rizikové pro přenos HIV nejsou nekoitální a masturbační aktivity.

Přenos viru je možný také z matky na dítě. Proto všechny gravidní ženy jsou podle *zákona o ochraně veřejného zdraví* z roku 2000 testovány na HIV. Důvodem je prevence perinatálního přenosu HIV infekce, ta může být důvodem k ukončení těhotenství. U plánované gravidity u HIV pozitivní ženy, je důležitá kontrola imunity a provedení homologní artificiální inseminace promytým ejakulátem. Během těhotenství se pak podává antivirová léčba, porod je veden císařským řezem s následným krátkodobým podáváním antivirotik novorozenci. U matek není doporučováno kojení, protože přes mateřské mléko může také dojít k přenosu HIV infekce.

Z hlediska prevence je nejdůležitější *trias* znalost. Za trias znalost považujeme *ABC*. *A* jako abstinence. Tato prevence se týká především mladých lidí, kteří ještě nezahájili sexuální život. Spíše než o úplnou abstinenci se jedná o oddálení začátku. *B* jako být věrný. Tato zásada má smysl pouze v případě věrnosti prokazatelně HIV negativnímu partnerovi a zároveň vyžaduje věrnost od obou partnerů. *C* jako kondom. O existenci kondomu by měly být informovány již školní děti. Měly by dostat informace jak s kondomem správně zacházet. Latexové kondomy určené pro muže jsou vysoce účinné v prevenci HIV a ostatních STD zahrnující chlamydiální infekci, gonoreu. Kondom může snižovat riziko přenosu viru Herpes simplex. Při alergii na latex se doporučuje použití kondomů z jiných syntetických materiálů, například z polyuretanu. Příčinou selhání kondomu je špatná manipulace. Kondom je třeba používat nejen při vaginálním, ale i orálním a análním styku. Vždy je nutné zkontrolovat jeho neporušenost a zabránit protržení a sklouznutí. [52]

V naší vyspělé době jsou k dispozici i ženské kondomy – Femidony. V České republice jsou, ale špatně dostupné a nejjednodušší je objednat si je ze zemí jako například Velká Británie nebo USA.[53] Ženské kondomy jsou vyrobeny z polyuretanové membrány, která má na obou koncích kroužek a zavádí se do pochvy. Jedná se zde o účinnou mechanickou bariéru proti virům včetně HIV a spermatu. O jejich použití lze

[52] WEISS, P. *Sexuologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, xiii, 724 s. ISBN 978-80-247-2492-8.

[53] Ženské kondomy. *Ženské kondomy* [online]. 2011 [cit. 2012-12-23]. Dostupné z: http://www.okondomech.info/kondomy-pro-zeny.html

uvažovat v případech, kdy nelze zajistit správné použití mužského kondomu. Pokud je soulož doplněna lubrikantem, tak by se mělo jednat o lubrikant, který není na tukové bázi. Ten narušuje strukturu kondomu. Pro anální sex je vhodnější používat zesílené kondomy. Tyto jsou doporučovány i pro pohlavní styk u HIV diskordantních párů (jeden HIV+ a HIV-). Během rozvoje epidemie AIDS bylo v řadě zemí dokumentováno častější používání kondomu, ale v posledních letech dochází opět k ústupu.

Kromě zmíněných metod existují i jiné účinné strategie jak redukovat přenos HIV. Potvrzenou metodou je u mužů provedení cirkumdukce (obřízky). Účinnost obřízky se vysvětluje především snadnějším dodržováním hygieny a snížením rizika přenosu jiných pohlavních nemocí. Na častějším přenosu HIV se mohou podílet i sexuální praktiky, jako je piercing v žaludu.

Za zmínku stojí také sexualita HIV pozitivních lidí, kdy většina lidí může mít pocit, že pro tyto pacienty sexuální život skončil, ale není tomu tak. V případě HIV serodiskordantních páru je doporučováno používat kondom. Bezpečnější sex by také měli dodržovat i dva HIV pozitivní partneři, je to důležité, proto aby se vyvarovali reinfekce. Přenos HIV infekce může být trestně stíhán podle §§ 189, 190 o šíření infekčních chorob. V ČR byli souzeni pro tento delikt dva HIV pozitivní pacienti.

V České republice v roce 1989 vznikla Česká společnost AIDS pomoc (ČSAP), která má za cíl pomoc a podporu HIV pozitivních osob. V roce 1999 byl otevřen Dům světla, který nabízí HIV pozitivním přechodné bydlení. Z občanských sdružení jsou důležité organizace s názvem Rozkoš bez rizika, Projekt Jana, Projekt šance, v komunitě gayů je důležité sdružení SOHO (Code 004, Jihočeská Lambda, Kluci. info, Gay iniciativa).[54]

OSOBNÍ NÁHLED NA HIV POZITIVITU

Úplný název HIV je z anglických slov Human Immunodeficiency Virus, což znamená virus způsobující ztrátu obranyschopnosti u člověka. Na něj navazující stádium AIDS je Acquired Immune Deficiency Syndrome a zde se již jedná o syndrom získaného imunodeficitu.[55]

---

[54] WEISS, P. *Sexuologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, xiii, 724 s. ISBN 978-80-247-2492-8.

[55] HIV. *HIV* [online]. 2007 [cit. 2012-12-04]. Dostupné z: http://www.advocatesforyouth.org/publications/435?task=view

Podle mého názoru a podle podkladů, které jsem získala ke zpracování tohoto tématu, jsou některá fakta kolem HIV a AIDS poměrně nejasná. Našla jsem pochybnosti jak ohledně zažitých předpokladů, tak i statistik. Velmi diskutabilní je nedávno publikované doporučení Švýcarské národní AIDS komise, že u HIV pozitivních osob s prokazatelně neměřitelnou virovou náloží neexistuje riziko přenosu HIV při nechráněném styku, což odporuje všem zásadám bezpečného sexuálního života, které jsou „vtlouklány“ mladým lidem do paměti.

Vědci se domnívají, že se virus HIV se pravděpodobně přenesl na člověka z opic, konkrétně by mělo jít o šimpanze a mangabeje bělokrkého. Existuje ale i alternativní konspirační teorie, podle níž je virus HIV uměle vyroben člověkem jako druh biologické zbraně. A byl v populaci rozšířen pod záminkou celoplošného očkování. Zastánci této teorie také upozorňují na fakt, že nejmasovější útok AIDS přišel jen několik let po rozsáhlém očkování proti přenosným nemocem, které se konalo v 70. letech 20. století. Skutečně to může spolu souviset? Nebo jde jen o náhodu a invaze AIDS je nechtěným plodem civilizačního života? Skeptici ale upozorňují na to, že hypotézy jsou nepravděpodobné, protože technika nebyla v té době na tak vysoké úrovni. Podezřelá je i historie nemoci. Na scénu vstupuje v době, kdy se zdravotnickým organizacím nedostává financí. Podle některých informací se americká společnost CDC (centrum pro kontrolu chorob) „pídí po novém moru“. Proč? „*CDC hledala něco jako tohle, doufali, že přijde něco, co se stanem novým morem, protože bylo po obrně a rozpočet CDC se tak zmenšoval*“ spekuluje americký biochemik a držitel Nobelovy ceny Dr. Kary Mullis. Vědci dokonce vyslovili i pochybnost, která otřásá s nejznámějším tvrzením o AIDS, a to sice, že tuto nemoc způsobuje virus HIV. Kdy opět Dr. Kary Mullis také pochybuje: „*Jestliže existuje důkaz, že HIV virus způsobuje AIDS, měl by existovat vědecký dokument nebo dokumenty, které tento fakt demonstrují, alespoň s vysokou pravděpodobností. Žádný takový dokument neexistuje*.“

Tato tvrzení ve mně vyvolávají rozporuplné pocity. Já se spíše přikláním k teorii, že virus nám byl pravděpodobně předán od šimpanze. Konspirační teorie jsou velmi zajímavé, ale jak jsem nad tím uvažovala, tak mě napadají další a další otázky. Proč by tuto nemoc rozšiřovali, jak je podle výskytu HIV a AIDS vidět, hlavně do rozvojových zemí? Tyto země nemají peníze na financování drahých výzkumů a to by nebylo

z hlediska dostupnosti peněz výhodné. Stejně jako je velmi mnoho teorií o vzniku Země a Bohu, tak si myslím, že i u tak vážné nemoci jsou teorie na místě, a každý si najde tu svoji, o které je více či méně přesvědčen.

HIV virus může i pomáhat, je znám případ, kdy šestiletou dívku vyléčily z leukémie pomocí aplikace viru HIV. Experti se k radikální experimentální léčbě uchýlili poté, co u šestileté Emmy Whiteheadové neuspěli s chemoterapiemi. Lékaři jí nejprve odebrali milióny bílých krvinek T-lymfocytů a následně do těla aplikovali laboratorně „zkrocený" virus HIV, aby přeprogramovali její imunitní systém. Poté došlo k vytvoření nových T-lymfocytů, které „zaútočily" na B-buňky, které se staly zhoubnými. Dívka nakonec nejenže přežila, ale její tělo se samo zbavilo rakovinného bujení krevních buněk.[56]

Na konec této kapitoly bych chtěla přidat myšlenku od německého lékaře Cluase Koehnleina „ *Důvod, proč si všichni myslí, že HIV je smrtelný virus, je ten, že HIV pozitivní pacienti podstupují smrtící léčbu*".[57]

[56] Šestiletou dívku vyléčili z leukémie aplikací viru HIV. *Šestiletou dívku vyléčili z leukémie aplikací viru HIV* [online]. 2012 [cit. 2012-12-10]. Dostupné z: http://www.novinky.cz/zahranicni/amerika/287299-sestiletou-divku-vylecili-z-leukemie-aplikaci-viru-hiv.html

[57] KRULCOVÁ, J. *Enigma: AIDS A VIRUS HIV*. 20120, 3/2012, s. 70-74. ISSN 1802-7105.

4 SEX A SEXUÁLNÍ VÝCHOVA

Sexualita je významnou součástí lidského života a sexuální chování je výsledkem dlouhého evolučního procesu. V chápání sexuality se uplatňuje koncepce „ sexuálního pudu“. Tedy představa, že sex je potřebou jako potrava a pití.

Lidské sexuální chování může být velmi imperativní a do značné míry nezávislé na racionálním myšlení. Tyto subjektivní pocity se můžou nazvat „ pudová naléhavost“, ta dává vzniknout sexuální motivaci. Sexuální chování zahrnuje celou škálu aktivit. Jedná se především o párovou aktivitu a v lidském chování je pro ni název koketování, namlouvání a párování. Lidskou sexuální motivaci je doporučováno rozlišovat na čtyři základní komponenty. Těmito komponenty je sexuální identifikace, sexuální orientace, sexuální emoce (vzrušení, orgasmus, erotická fascinace, zamilovanost) a sexuální chování.

Sexuální identifikací se rozumí pocit příslušnosti k mužskému nebo ženskému pohlaví. Tento pocit je zprostředkován vlivem sexuálních steroidů na CNS ve fázích nitroděložního vývoje. Kritické období probíhá v druhém trimestru prenatálního vývoje, kdy velký stres vede k homosexualitě. Projevem sexuální identifikace je schopnost jedince zaujmout a tomu odpovídá i sociální role a orientace.[58]

Sexuální orientace je základ každého člověka. V době pohlavní zralosti se tvoří u žen malé množství mužských pohlavních hormonů. Orientace na druhé pohlaví vzniká až s vývojem sekundárních pohlavních znaků a je normálně heterogenní. Sekundární pohlavní znaky jsou nejsilnějšími pohlavními signály pro druhé pohlaví. Poruchou je sexuální orientace na děti (pedofilie) a na objekty stejného pohlaví (homosexualita, lesbická láska).[59]

Mezi sexuální emoce patří sexuální vzrušení, což je elementární sexuální emoce, která má typickou prožitkovou kvalitu a periferní projevy. Specifickým doprovodem sexuálního vzrušení je vazodilatace genitálu, která se u mužů projeví erekcí a u žen zvlhnutím poševní sliznice. Rozeznává se i sexuálního vzrušivost, která nám udává míru snadnosti s jakou je u subjektů dosahováno pohlavního vzrušení. Pocit vyvrcholení je

[58] ZVĚŘINA, J. *Lékařská sexuologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2012, 83 s. ISBN 978-80-246-2049-7.

[59] KOBILKOVÁ, J. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Karolinum, c2005, xv, 368 s. ISBN 80-246-1112-0.

konzumní fází sexuální motivace v koitálním aktu. Může být dosažen stejně snadno masturbací nebo nekoitální stimulací erotogenních zón. Orgasmus může být prožíván také ve spánku jakou součást erotických snů. Sexuální uspokojení (satisfakce) je stav uvolnění a refrakternost k sexuálnímu dráždění, které se dostaví po velkém orgasmu. Velkou emocí, kterou doprovází sex je zamilovanost, která je specifickým humánním vyjádřením schopnosti erotické fascinace sexuálním objektem. Emoci zamilovanosti se nelze naučit, dostavuje se až při dosažení určité zralosti.

Sexuální chování má párový charakter. V první fázi jde především o výběr vhodného partnera a navázáním partnerské erotické interakce. V této fázi se slaďují emoční stavy. Jednou ustálený sexuální pár má určitou soudržnost. Věrnost a monogamie nejsou fenoménem jen kulturním a sociálním. Logicky vyplývají již ze základních biologických motivačních vlastností lidské sexuality. V dobře fungujícím páru je sexualita prožívána nejpřirozeněji a nejintenzivněji. Specifickým kulturním fenoménem je konzumní přístup k sexualitě. Neosobní sex a sex s povrchně známými lidmi se tak stává vyhledávaným zbožím. Významnou složkou je také autoerotika. Člověk je zpravidla schopen se sexuálně vzrušit příslušnými fantaziemi, jeho představy nahrazují i vlastní sexuální chování. Obecně vyšší masturbační aktivitu vykazují muži. Moderní sexuologie kategoricky odmítá spekulace o škodlivém vlivu masturbace na duševní a tělesné zdraví. Naopak, schopnost uvolnit sexuální tenzi onanováním patří k samozřejmé výbavě normálního člověka.

V sexuálním chování u mužů a žen jsou zřetelné rozdíly. Dimorfnost sexuálního chování má svůj základ v biologických faktorech. Rozdíl nepochybně začíná již odlišným rodičovským vkladem obou pohlaví. V přírodě platí, že pohlaví s vyšším rodičovským vkladem je v sexuálním výběru selektivnější a více se věnuje péči o potomstvo.[60]

Dramatické a vývojové změny nastávají v pubertě. Těmto změnám jsem se již věnovala v kapitole Adolescence. Proto je již v této kapitole znovu rozvádět nebudu.

---

[60] KRATOCHVÍL, S. *Sexuální dysfunkce: příčiny a léčba*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003, 290 s. ISBN 80-247-0203-7.

K sexuálnímu chování patří i sexuální dysfunkce, které bych ráda jenom vyjmenovala a dále se jimi zabývat nebudu. Sexuální dysfunkce se dělí na primární a sekundární. U žen mezi sexuální dysfunkce patří poruchy libida, poruchy exitace (vzrušivosti), poruchy uspokojení, vaginismus, dyspareunie (nepříjemné pocity) a algopareunie (bolest při koitu). U mužů se jedná o poruchy erekce, předčasnou ejakulaci, retardovanou a chybějící ejakulaci, poruchy mužské sexuální apetence- nedostatek sexuální touhy, hypersexualitu, nutkavé sexuální chování a impulzivní sexuální chování.[61]

Sexuální výchova se stala v posledních letech politickým tématem, kdy se proti ní ozývají hlasy především od stran politických konzervativců. Ale výsledky studií potvrzují, že sexuální výchova oddaluje věk prvního styku, vede ke zvýšenému užívání antikoncepce, k dodržování zásad bezpečnějšího sexu, k tolerantnějším sexuálním postojům a ke snížení pocitů viny. Úkolem výchovy je ochrana před předčasnou sexualitou a sexuální traumatizací.

Důležité je vytváření přirozeného vztahu k lidskému tělu a sexualitě. Tím, že s dětmi hovoříme o lidském těle, pohlavních orgánech, že se jim vysvětluje, jak lidské tělo funguje, pomáháme dětem přijmout vlastní tělesnost a posléze vlastní sexualitu. Již malé děti se začínají zajímat o odlišnosti mezi chlapečky a holčičkami. Vede je k tomu úplně stejná zvědavost jako k jiným otázkám. Pro co nejlepší prevenci před pohlavním zneužíváním je zapotřebí, aby děti věděly, že jejich pohlavní orgány jsou místem, kterého se nikdo jiný nesmí dotýkat. Mladé lidi by také měla sexuální výchova vybavit dovednostmi pro rozhovory o sexualitě, najít vhodný slovník a naučit je nejen formulování požadavků, ale i jejich přiměřenému prosazování. Sexuální výchova je zaměřena na vytváření vlastních názorů a postojů a je podpořena pozitivními rodinnými vztahy. Může pomáhat mladým lidem získat přesvědčení, že sexualita by se měla spojovat s láskou.

Nejvýznamnější český dětský psycholog Zdeněk Matějíček, hovoří o tom, že sexuální výchova v rodině má tři základní součásti a těmi jsou vztah, vzor a poučení. Je zapotřebí

---

[61] KRATOCHVÍL, S. *Sexuální dysfunkce: příčiny a léčba*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003, 290 s. ISBN 80-247-0203-7.

zdůraznit to, že děti by se neměly stát důvěrníky a svědky sexuálního života rodičů. Zároveň by rodiče neměli očekávat od svých dětí, že se jim budou svěřovat se svými sexuálními zážitky.

Důležitá v sexuální výchově je role školy. V současnosti je náplní školní sexuální výchovy předávání základních biologicky orientovaných informací o pohlavním dospívání, početí, porodu, těhotenství, mateřství, o zabránění těhotenství a o ochraně před sexuálně přenosnými chorobami. S výukou se začíná na prvním stupni základních škol a většinou pokračuje i na středních školách. Sexuální výchova je na českých školách rozptýlena do různých předmětů, především prvouky, přírodopisu, občanské nauky a rodinné výchovy. Biologické aspekty pohlavního dospívání, sexuality, početí, vývoje před narozením, porodu či těhotenství jsou probírány v přírodopisu. Otázky týkající se partnerských a rodičovských vztahů či právních otázek se probírají ve výchově k občanství. Některé školy také doplňují pravidelnou výuku besedami s psychology, lékaři a právníky.[62]

V sexuálním životě existuje několik základních principů. Každý člověk má právo na uspokojivý sexuální život. Liší se pouze projevy, možnosti a tužby každého jedince. Sex je konsensuální, probíhá se souhlasem partnera. Všechny formy sexuálního života jsou rovnocenné, heterosexuální i homosexuální sex a autoerotika. Sexualita je možná i mimo rámec manželství. Zákonnou normou pro zahájení sexuálního života je 15 let, sex s dětmi je nepřípustný.

Problematická je sexualita dětí s mentálním postižením. Tyto děti jsou intenzivněji fixovány na matku nebo jinou blízkou osobu. Je pro něj náročné získávat samostatné zkušenosti a ověřovat své sociální chování. Postupné odpoutání od rodiny bývá daleko obtížnější a puberta obvykle nastupuje později. U lidí s mentálním postižením může dojít k oddělení vztahové a sexuální potřeby.

Lidé s mentální retardací jsou více ohrožováni různými formami zneužívání. Vždy je narušeno adaptační chování, které v chráněném prostředí může být dobře zvládnuto. Hlubší stupně retardace vyžadují asistenci.

---

[62] ŠILEROVÁ,L. *Sexuální výchova: jak a proč mluvit s dětmi o sexualitě : rodinná pravidla a hodnoty; situace, které mohou rodiče uvést do rozpaků; vývoj zájmu o sexualitu; užitečné kontakty a informace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003, 103 s. Pro rodiče. ISBN 80-247-0291-6.

Mentální retardaci rozdělujeme na lehkou mentální retardaci (IQ 50-69), středně těžkou mentální retardaci (IQ 35-49) a těžkou a hlubokou mentální retardaci (IQ 20-34, pod 20).

Lehká mentální retardace nemusí být rozpoznána v předškolním věku, někdy na ní upozorní až problémy ve škole. Tito pacienti nemívají v navazování kontaktů specifické problémy. Hrozí riziko zneužívání, pro menší schopnost odhadnout rizika.

U středně těžké mentální retardace jsou obtíže markantnější než u předchozího stupně postižení. Sexuální pud může být vymizelý nebo oslabený, jedinci nemají potřebu sexuálně žít. Pokud mají zájem o partnerský vztah, realizuje se spíše v počátečních fázích, jako jsou namlouvání, dvoření. Realizace sexuálních potřeb je uskutečňována autoerotikou. Není propojena potřeba sexu a partnerství.

Pacienti s těžkou a hlubokou mentální retardací nemají potřeby milostného vztahu, často jim chybí chápání souvislosti sexuálního uspokojení s párovou sexualitou. V rámci sebeuspokojení je vhodné zajistit soukromí a sledovat, zda nedochází ke zranění.

Sexuální výchova lidí s MR směřuje k poznání svých potřeb, svého těla a možnosti sexuálních kontaktů. Pokud dochází k problematice u sexuálního chování, je prvním krokem analýza chování a zjištění původu. Vhodné sexuální chování posiluje skupinová osvěta.

Předávání informací skupinovou formou má svoje výhody i nevýhody. Výhodou je možnost sdělení co nejvíce srozumitelných informací co nejvíce lidem. Druhou výhodou je možnost interakcí mezi účastníky skupiny. Existuje několik zásad sexuální osvěty a to je přiměřenost (posouzení aktuálních schopností klientů), sjednocení a kultivování pojmů, důvěra, neotvírat nic co není otevřeno, návaznost. V sexuální osvětě jsou vybrané tematické bloky jako například tělo, normy a hodnoty, vztahy, prevence nepříjemných zážitků (přesný popis je uveden v *příloze K- tematické bloky sexuální osvěty*).[63]

[63] VENGLÁŘOVÁ, M. a V. BROŽOVÁ. *Nové trendy v sexuální výchově*. Vyd. 1. Praha: Národní institut pro další vzdělávání, 2009, 39 s. ISBN 978-80-86956-52-7.

OSOBNÍ NÁHLED NA SEXUÁLNÍ VÝCHOVU

Už podle mezinárodní úmluvy o právech dítěte z roku 1989 má dítě právo na informace všeho druhu, právo na vzdělání. Úmluva ukládá státům výchovu k plánovanému rodičovství. Z toho vyplývá nutnost zajistit dětem sexuální výchovu. U nás byla poprvé sexuální výchova zařazena do učebních osnov středních škol až v roce 1919.

V sexuální výchově hrají určitou roli i rodinné hodnoty. Hodnota je obvykle něco, co je pro jedince, skupinu či rodinu žádoucí. Podle hodnotové orientace se rozděluje sexuální výchova na sexuální výchovu pragmatickou (účelovou), humanistickou, tradiční a konzervativní či extrémně negativní.

Pragmatická (účelová) je taková hodnotová orientace, která klade důraz na nejvhodnější chování ve skutečné, aktuální situaci, nezabývá se do hloubky morálním hodnocením. Příliš neřeší co je „dobré“ a co „špatné“ na obecné úrovni, spíše hledá řešení pro každou situaci a každý případ zvlášť. Hlavní důraz je kladen na zamezení negativních důsledků sexuality.

Humanisticky orientovaná sexuální výchova zdůrazňuje dobré mezilidské vztahy, úctu a zodpovědnost k sobě, k partnerovi a k lidskému životu. Podporuje spojení sexuality s láskou a s partnerským vztahem. Věrnost ve vztahu je považována za velmi důležitou.

Naopak je to u tradiční a konzervativní orientace. Ta má jasně vymezené hodnoty, které jsou především panenství, mateřství a absolutní věrnost k partnerovi. K pohlavním stykům má docházet až v manželství a jejich hlavním cílem je početí nového života. Metody ochrany před početím jako je prezervativ nebo hormonální antikoncepce, jsou považovány za nepřirozené a nepřípustné. Tento postoj je uplatňován zejména v křesťanství.

Velkým extrémem je negativní orientace, kde je sexualita považována za něco skutečně špatného, nečistého, co kazí člověka. Pohlavní styk je považován za hříšný a realizuje se většinou jen za účelem početí.

Mně se nejvíce líbí humanisticky orientovaná sexuální výchova. Ale každý člověk vyznává svůj způsob života a proto bych volila „zlatou střední cestu“.

Na toto téma bylo prováděno mnoho výzkumů, které zjistily, že většina rodin se vyhýbá tématu masturbace a sexuálního zneužívání. Na otázku „jak jsem přišel na svět“ dalo nejvíce rodičů odpověď nepravdivou a to, že je přinesl čáp.[64]

[64] VENGLÁŘOVÁ, M. a V. BROŽOVÁ. *Nové trendy v sexuální výchově*. Vyd. 1. Praha: Národní institut pro další vzdělávání, 2009, 39 s. ISBN 978-80-86956-52-7.

EMPIRICKÁ ČÁST

1 ÚVOD

Téma mé bakalářské práce je informovanost adolescentů o pohlavně přenosných chorobách. Toto téma jsem si vybrala jednak z důvodu atraktivity a také mě velmi zajímalo, jak se mladí lidé vyrovnávají se začátkem pohlavního života a jak jsou informováni o pohlavně přenosných nemocech. Při zpracování teoretické části byly i pro mne určité informace nové, tak mě zajímalo, na jak vysoké úrovni je informovanost běžné populace adolescentů.

Empirické šetření se dočkalo u mých respondentů velkého zájmu. Informovanost adolescentů o pohlavních nemocech je velmi rozsáhlé téma a nebylo možné zahrnout všechny informace.

Ve výzkumu jsem se snažila stanovit dosažitelné cíle a postupovat co nejseriózněji, abych dosáhla co nejaktuálnějších a nejpravdivějších informací.

Mého výzkumu co zúčastnilo 93 respondentů ve věku 18 – 22 let.

Zaměřila jsem se na adolescenty, jako na ohroženou část populace a to především z důvodu sklonu k promiskuitě.

2 EMPIRICKÝ PROBLÉM

Výzkumným problémem mé bakalářské práce je informovanost adolescentů o pohlavně přenosných chorobách. Jak jsem zjistila, touto problematikou se zabývají dvě bakalářské práce.

Jedna práce je z olomoucké fakulty a má název: „Vědomosti adolescentů o sexuálně přenosných chorobách“. Práce byla publikována v roce 2011. Výsledky této práce ukázaly, že lepší znalosti o pohlavních nemocech mají chlapci, než–li dívky. Z tohoto výzkumu také vyplynulo, že adolescenti nejvíce informací čerpají z medií a z vyučování ve školách. Ukázalo se, že chlapci přistupují k sexuálnímu chování zodpovědněji než dívky.

Druhá práce pochází z Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně a má název: „Aspekty pohlavního života mladých lidí v současnosti“. Tato práce byla publikována v roce 2008. Ve výzkumu bylo zjištěno, že adolescenti začínají s pohlavním životem v 16 letech a téměř všichni použili při svém prvním pohlavním styku ochranu. Většina z nich, tedy 65 %, měla pohlavní styk se stálým partnerem a pouze 35 % s partnerem náhodným.

Tyto údaje v závěru mé bakalářské práce porovnávám s výsledky mého empirického šetření, kde také srovnávám informovanost adolescentů v obcích a ve městech.

3 CÍLE EMPIRICKÉHO ŠETŘENÍ

Cíle mého empirického šetření jsem stanovila ve spolupráci s vedoucím mé bakalářské práce Mgr. Miluší Kulhavou. Stanovila jsem celkem pět cílů, které vycházejí z otázek mého dotazníku.

Cíl č. 1: zjistit, zda jsou adolescenti informováni o přenosně pohlavních chorobách.

Cíl č. 2: zjistit, zda adolescenti používají antikoncepční metody.

Cíl č. 3: zjistit, zda by se adolescenti společně se svým partnerem, nechali před novým vztahem dobrovolně vyšetřit na virus HIV.

Cíl č. 4: zjistit, z jakých informačních zdrojů adolescenti nejraději čerpají informace.

Cíl č. 5: zjistit, zda se adolescenti chrání před pohlavními chorobami.

Výsledky jsou interpretovány v závěru empirického šetření.

4 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU

Výzkumný vzorek tvořili studenti čtyř různých škol, Vyšší odborné školy ekonomických studií a střední průmyslové školy potravinářských technologií Praha, Střední školy ekonomiky a cestovního ruchu Žďár nad Sázavou, Univerzity Palackého v Olomouci (Právnické fakulty), Gymnázia K. V. Raise Hlinsko ve věkové skupině 18 – 22 let a náhodný výběr adolescentů v Praze, Hlinsku v Čechách a v obci Krucemburk. Výběr respondentů ze zmiňovaných škol a obcí byl náhodný.

Počet respondentů ve Vyšší odborné škole ekonomických studií a střední průmyslové škole technologií Praha tvořil 40 dotazovaných. Z tohoto počtu bylo 33 žen a 7 mužů, z důvodu nedostatečného vyplnění dotazníků, jsem byla nucena vyřadit dotazník jednoho muže a dvou žen. Konečný počet byl tedy 37 respondentů.

Počet respondentů ve Střední škole ekonomiky a cestovního ruchu Žďár nad Sázavou tvořilo 16 dotazovaných. Z tohoto počtu bylo 7 mužů a 9 žen, z důvodu nedostatečného vyplnění dotazníků jsem byla nucena vyřadit dotazníky od 3 žen. Konečný počet tedy byl 13 respondentů.

Počet respondentů na Právnické fakultě v Olomouci tvořilo 10 dotazovaných. Z tohoto počtu bylo 5 žen a 5 mužů.

Počet respondentů na Gymnáziu K. V. Raise tvořilo 16 dotazovaných. Z tohoto počtu bylo 12 žen a 4 muži. Z důvodu nedostatečného vyplnění dotazníků, jsem byla nucena vyřadit dotazník od jedné ženy. Konečný počet tedy byl 15 respondentů.

V náhodném výběru adolescentů ve městech a obcích bylo celkem dotazováno 18 respondentů. Z tohoto počtu bylo 12 žen a 6 mužů. Náhodného výběru v Praze se zúčastnilo 6 žen a 2 muži, v Hlinsku v Čechách to byla 1 žena a 1 muž a v obci Krucemburk to byli 3 muži a 5 žen.

Výzkum jsem realizovala v měsíci prosinci a lednu 2012 - 2013 na výše uvedených školách a u náhodného výběru, kdy jsem celkem rozdala 100 dotazníků. V empirické části je jich zpracováno pouze 93, protože 7 dotazníků muselo být vyřazeno z důvodu nedostatečného vyplnění.

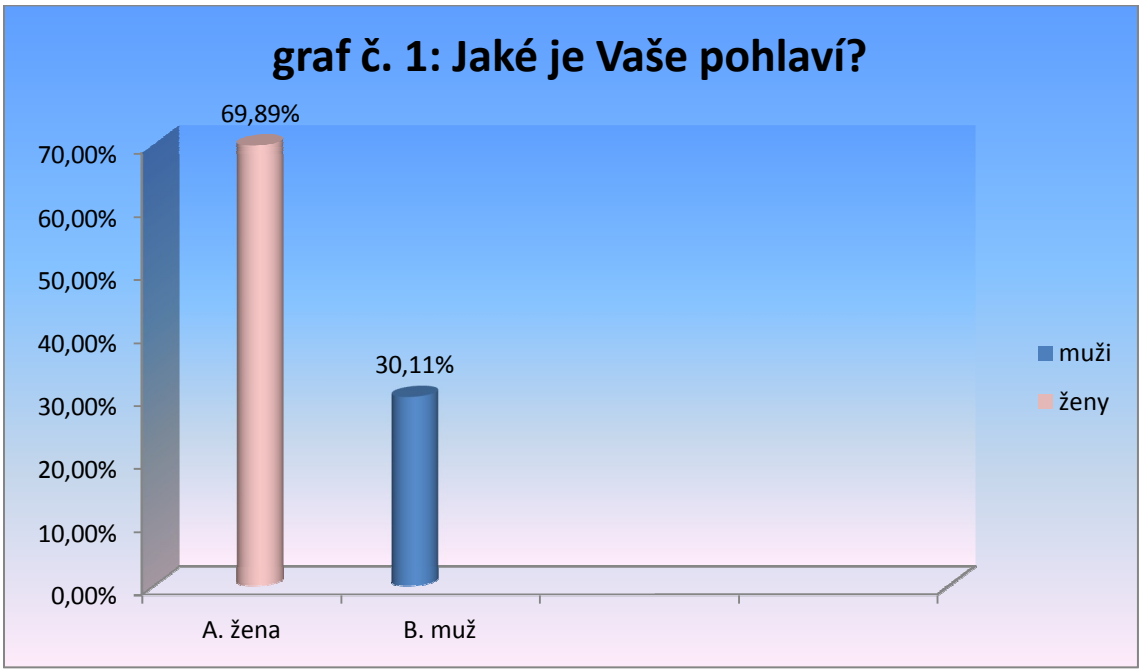
Charakteristika výzkumného vzorku

Položka číslo 1

Tabulka č. 1: Jaké je Vaše pohlaví?

	Celkem	Celkem %
A. žena	65	69,89 %
B. muž	28	30,11 %
Celkem respondentů	93	100 %

Graf č. 1: Jaké je Vaše pohlaví?



Odpovídalo 93 respondentů. Z tohoto celkového počtu bylo 65 žen a 28 mužů. Kdy z procentuálního hlediska bylo zastoupení žen 69, 89 % a mužů bylo 30, 11 %.

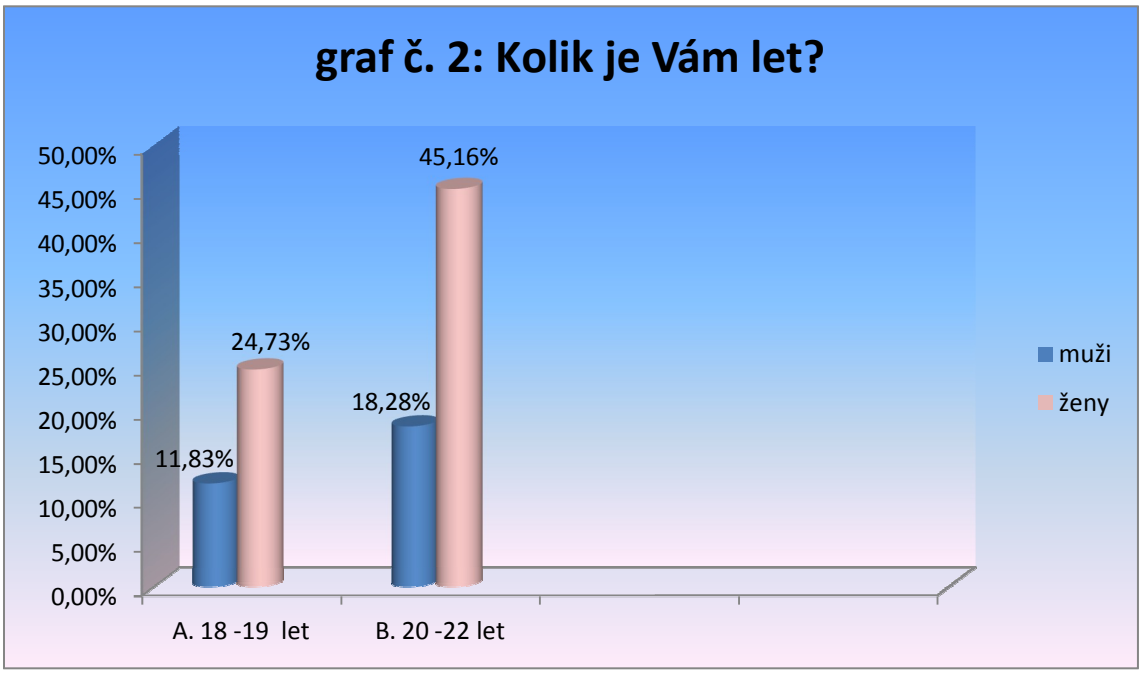
Je zde vidět velký rozdíl v zastoupení z hlediska pohlaví.

Položka číslo 2

Tabulka č. 2: Kolik je Vám let?

	Muži (%)	Muži (celkem)	Ženy (%)	Ženy (celkem)	Celkem respondentů
A. 18 -19 let	11, 83 %	11	24,73 %	23	
B. 20 – 22 let	18, 28 %	17	45,16 %	42	
Celkem	28		65		93

Graf č. 2: Kolik je Vám let?



Odpovídalo 93 respondentů. Na odpověď A, která udávala věk mužů od 18 do 19 let, odpovědělo z celkového počtu 28 mužů, 11 mužů (11, 83 %). Ostatních 17 mužů (18, 28 %) náleželo do věkové kategorie 20 až 22 let.

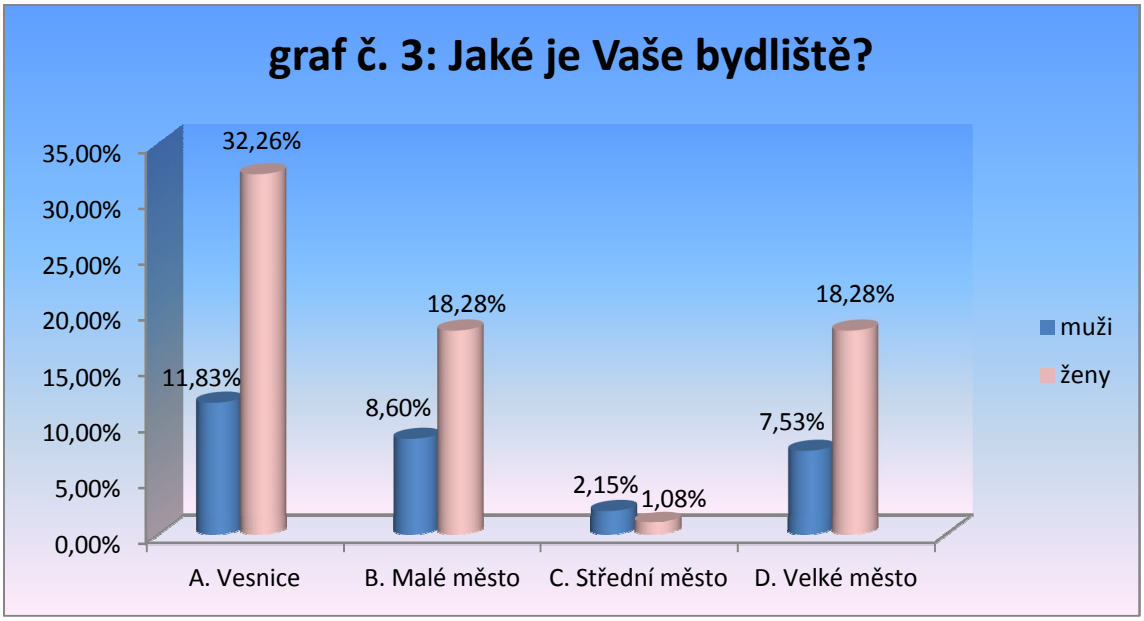
Žen ve věkové kategorii 18 až 19 let bylo z celkového počtu 65 žen, 23 (24, 73 %) žen, zbývajících 42 žen (45, 16 %) náleželo do věkové kategorie 20 až 22 let.

Položka číslo 3

Tabulka č. 3: Jaké je Vaše bydliště?

	Muži (%)	Muži (celkem)	Ženy (%)	Ženy (celkem)	Celkem respondentů
A. Vesnice	11,83 %	11	32,26 %	30	
B. Malé město	8,60 %	8	18,28 %	17	
C. Střední město	2,15 %	2	1,08 %	1	
D. Velké město	7,53 %	7	18,28 %	17	93

Graf č. 3: Jaké je Vaše bydliště?



Odpovídalo 93 respondentů. V této otázce 11 mužů (11, 83 %) uvedlo, že žijí na vesnici, 8 mužů (8, 60 %) uvedlo, že žijí na malém městě, 2 muži (2, 15 %) uvedli, že žijí ve středně velkém městě a 7 mužů (7, 53 %) uvedlo, že žijí ve velkém městě.

Nejvíce žen, tedy 30 žen (32, 26 %) uvedlo, že žijí na vesnici, 17 žen (18, 28 %) uvedlo, že žijí na malém městě, 1 žena (1, 08 %) uvedla, že žije ve středně velkém městě a 17 žen (18, 28 %) uvedlo, že žijí ve velkém městě.

Nejvíce respondentů jak mužů, tak i žen na otázku svého bydliště využilo odpověď A, tedy možnost Vesnice.

5 METODIKA EMPIRICKÉHO ŠETŘENÍ

Jelikož se jedná o kvantitativní výzkum, použila jsem pro zjištění potřebných údajů formu anonymního dotazníku.

Struktura mého dotazníku byla konzultovaná s vedoucím mé bakalářské práce Mgr. Miluší Kulhavou. Jednotlivé otázky se týkaly sexuálně přenosných chorob a jejich příznaků, ochrany proti pohlavním nemocem a užívání antikoncepce a nakonec otázky na zjištění věku adolescentů při zahájení sexuálního života.

Dotazník obsahoval celkem 20 otázek. Otázky demografické, které byly celkem 3 (1, 2, 3). Otázky uzavřené, kdy respondenti odpovídali ANO/ NE, těchto otázek bylo dohromady 10 (5, 6, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 17, 18). Otázky polozavřené, kdy se jedná o kombinaci uzavřené a otevřené otázky, tedy odpověď ANO/ NE a vlastní odpověď respondentů, tyto otázky byly dvě (8, 11). Otázky otevřené, kdy respondenti měli možnost vyjádřit svůj názor, tyto otázky byly také dvě (19, 20). A nakonec otázky výčtové, kdy odpověď skýtala více možností, tyto otázky byly tři (4 ,7, 12).

Návratnost dotazníků byla 100 %, ale sedm dotazníků muselo být vyřazeno z důvodu neúplné vyplnění. Proto v mém výzkumu tedy 100 % tvoří 93 respondentů. Z tohoto počtu bylo 65 žen a 28 mužů.

Konkrétní dotazník přikládám do *přílohy L* - anonymní dotazník.

Tabulka návratnosti dotazníků

Počet rozdaných dotazníků	100 ks
Počet navrácených dotazníků	100 ks
Počet vyřazených dotazníků	7 ks
Konečný počet	93 ks

6 PRŮBĚH EMPIRICKÉHO ŠETŘENÍ

Empirické šetření probíhalo v měsících prosinci a lednu 2012-2013.

Na začátku svého empirického šetření jsem si stanovila, do jakých škol bych nejspíše dotazníky chtěla distribuovat. Potom jsem oslovila prostředníka, kterému jsem důvěřovala, se svěřením svých dotazníků a zjišťovala, jestli by respondenti měli zájem o mé empirické šetření a věnovali trochu času na vyplnění dotazníků. Oslovení prostředníci byli náležitým způsobem instruováni ohledně důvodu mého výzkumu a požadavků na vyplnění dotazníku.

Kladla jsem důraz na anonymitu dotazníku a žádala jsem co největší pravdivost při vyplňování stanovených otázek.

Otázky jsem se snažila napsat co nesrozumitelněji a nejvýstižněji. Nejvíce mě zajímaly odpovědi na otázky číslo 8, 11 a 20, kde jsem zjišťovala, jestli se adolescenti chrání proti pohlavním nemocem, zda používají hormonální antikoncepci a v kolika letech zahájili svůj pohlavní život.

Prostředníci, díky kterým byl tento výzkum realizován, byli především moji známí a rodinní příslušníci, kteří ještě studují na středních školách.

Snažila jsem se i o neutrální výběr a to rozdáváním dotazníků v Praze a Hlinsku v Čechách. V Praze jsem dotazníky rozdávala při východu z metra Háje, ulice Arkalycká. Tento náhodný výběr byl spíše doplňující. Moji prioritou byli adolescenci na středních, vyšších a vysokých školách.

Náhodný výběr respondentů, realizovaný distribucí dotazníku na ulici, tvořil z celkového počtu 93 respondentů pouze malou část, protože respondentů takto oslovených bylo pouze 18.

7 ZPRACOVÁNÍ EMPIRICKÉHO ŠETŘENÍ

Výsledky mého dotazníkového šetření jsou zpracovány ve formě tabulek a grafů.

Početní hodnoty jsou zpracovány pomocí matematické trojčlenky, která řeší příklady přímé a nepřímé úměry, kdy si nejprve uvědomíme kolik je 100 %, spočítáme kolik je 1 % a tímto číslem z 1 % dělíme počet respondentů.

Procentuální vyjádření jsem zaokrouhlila na dvě desetinná čísla, takže jejich prostý součet nemusí vždy odpovídat 100 %. Zaokrouhlováno dolů je v případě, že je hraniční číslo v rozmezí od nuly do čtyř. A naopak nahoru je zaokrouhlováno v případě, že je hraniční číslo v rozmezí od pěti do devíti.

Tabulky jsou použity klasické, kde jsou znázorněny možnosti odpovědí a rozdělení tabulky na odpovědi mužů, žen a celkového počtu respondentů.

V grafickém znázornění jsem zvolila jednotný typ grafu. Vybrala jsem si sloupový typ grafu, konkrétně skupinový válcový graf. Tento graf mi připadá nejpřehlednější a nejvíce atraktivní. Barvy v grafu jsem volila podle pohlaví, kdy procentuální zastoupení odpovědí mužů je znázorněno tmavě modrou barvou a procentuální znázornění odpovědí žen je znázorněno barvou růžovou. V grafu jsem vyjádřila možnosti odpovědí a procentuální zastoupení odpovědí respondentů nad každým sloupcem.

8 VYHODNOCENÍ EMPIRICKÉHO ŠETŘENÍ

Výsledky jsem zpracovala do tabulek a grafů, které jsem doplnila příslušným komentářem.

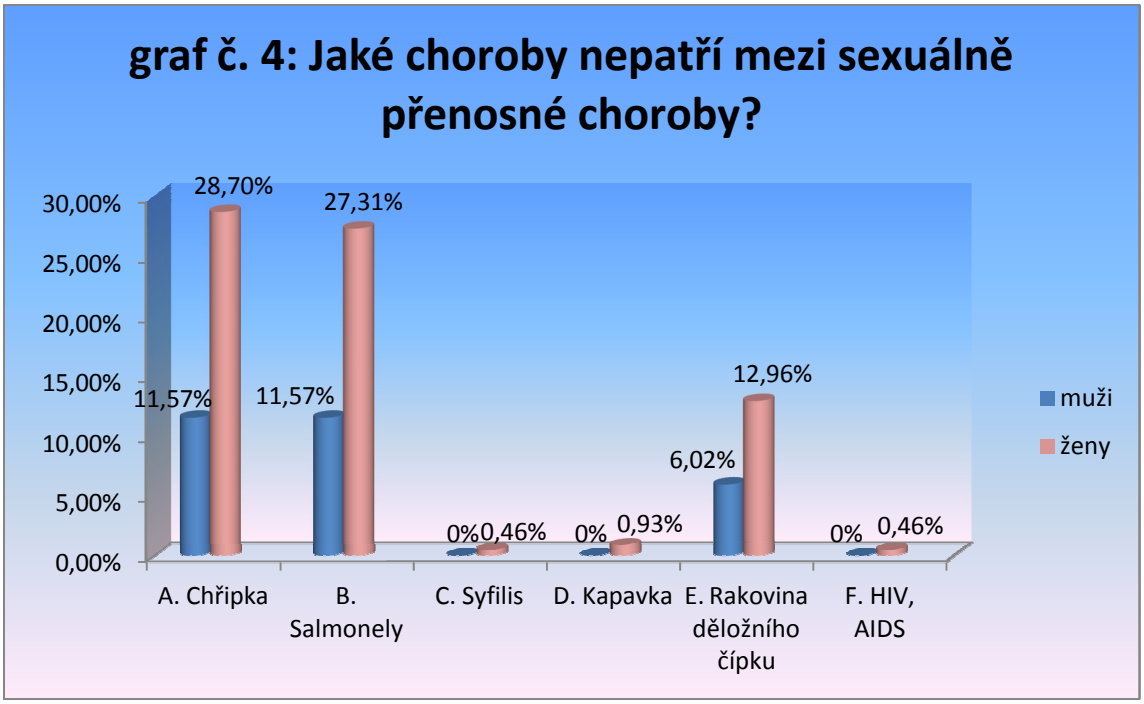
Vyhodnocení jednotlivých položek

Vyhodnocení položky číslo 4

Tabulka č. 4: Jaké choroby nepatří mezi sexuálně přenosné choroby? (možnost více odpovědí)

	Muži (%)	**Muži (celkem)**	**Ženy (%)**	**Ženy (celkem)**
A. Chřipka	11,57 %	25	28,70 %	62
B. Salmonely	11,57 %	25	27,31 %	59
C. Syfilis	0,00 %	0	0,46 %	1
D. Kapavka	0,00 %	0	0,93 %	2
E. Rakovina děložního čípku	6,02 %	13	12,96 %	28
E. HIV, AIDS	0,00 %	0	0,46 %	1

Graf č. 4: Jaké choroby nepatří mezi sexuálně přenosné choroby? (možnost více odpovědí)



Správné odpovědi této otázky jsou možnosti A i B, tedy Chřipka i Salmonely.

Na odpověď A, která udávala možnost Chřipka, odpovědělo 25 mužů (11, 57 %). Na odpověď B, která udávala možnost Salmonely, odpovědělo také 25 mužů (11, 57 %). Na odpověď E, která udávala možnost Rakovina děložního čípku, odpovědělo 13 mužů (6, 02%).

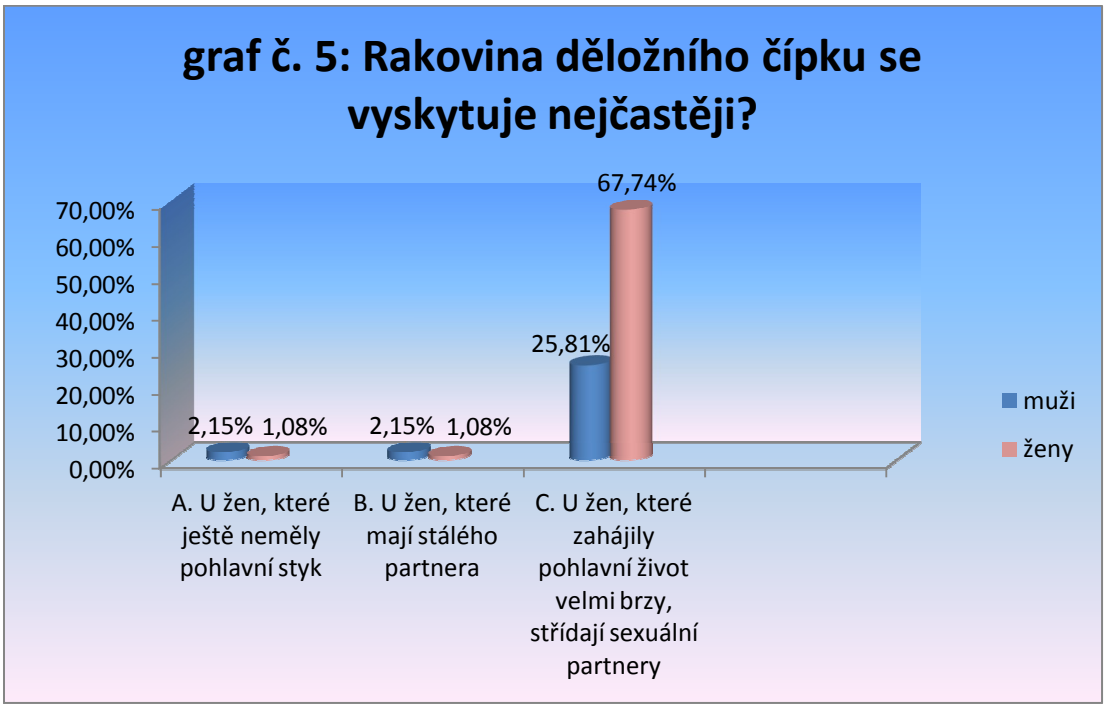
Nejvíce žen si vybralo odpověď A, která udávala možnost Chřipka, odpovědělo 62 žen (28, 70 %). Na odpověď B, která udávala možnost Salmonely, odpovědělo 59 žen (27, 31 %). Na odpověď C, která udávala možnost Syfilis, odpověděla 1 žena (0, 46 %). Na odpověď D, která udávala možnost Kapavky, odpověděly 2 ženy (0, 93 %). Na odpověď E, která udávala možnost Rakovina děložního čípku, odpovědělo 28 žen (12, 96 %). Na odpověď F, která udávala možnost HIV a AIDS, odpověděla 1 žena (0, 46 %).

Vyhodnocení položky číslo 5

Tabulka č. 5: Rakovina děložního čípku se vyskytuje nejčastěji?

	Muži (%)	Muži (celkem)	Ženy (%)	Ženy (celkem)	Celkem respondentů
A. U žen, které neměly pohlavní styk	2,15 %	2	1,08 %	1	
B. U žen, které mají stálého partnera	2,15 %	2	1,08 %	1	
C. U žen, které zahájily pohlavní život velmi brzy, střídají sexuální partnery	25,81 %	24	67,74 %	63	93

Graf č. 5: Rakovina děložního čípku se vyskytuje nejčastěji?



Správná odpověď v této otázce byla odpověď C, tedy U žen, které zahájily pohlavní život velmi brzy, střídají sexuální partnery.

Na odpověď A, která udávala, možnost U žen, které ještě neměly pohlavní styk, odpověděli 2 muži (2, 15 %). Na odpověď B, která udávala, U žen, které mají stálého partnera, odpověděli také 2 muži (2, 15 %). Na odpověď C, která udávala, U žen, které zahájily pohlavní život velmi brzy, střídají sexuální partnery, odpovědělo 24 mužů (25, 81 %).

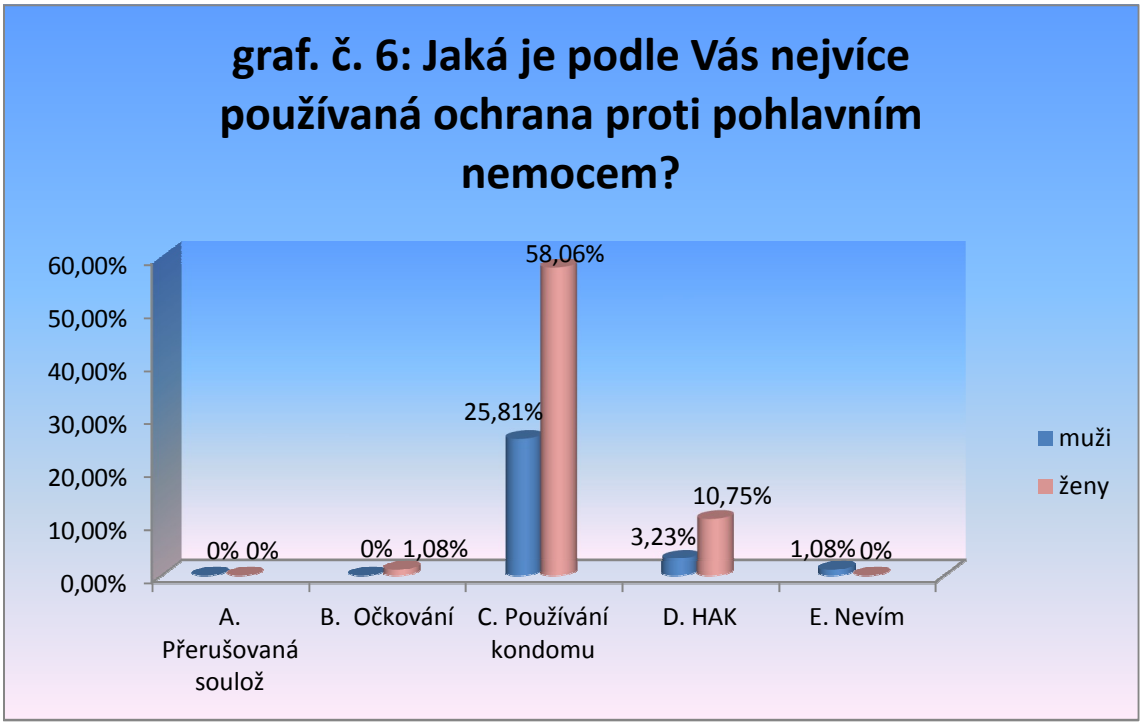
Nejvíce žen si vybralo možnost C, která udávala, U žen, které zahájily pohlavní život velmi brzy, střídají sexuální partnery, v počtu 63 žen (67, 74 %). Na odpověď B, která udávala, U žen, které mají stálého partnera, odpověděla 1 žena (1, 08 %). Na odpověď C, která udávala možnost U žen, které zahájily pohlavní život velmi brzy, střídají sexuální partnery, odpověděla také 1 žena (1, 08 %).

Vyhodnocení položky číslo 6

Tabulka č. 6: Jaká je podle Vás nejvíce používaná ochrana proti pohlavním nemocem?

	Muži (%)	**Muži (celkem)**	**Ženy (%)**	**Ženy (celkem)**	**Celkem respondentů**
A. Přerušovaná soulož	0,00 %	0	0,00 %	0	93
B. Očkování	0,00 %	0	1,08 %	1	
C. Používání kondomu	25,81 %	24	58,06 %	54	
D. Hormonální antikoncepce	3,23 %	3	10,75 %	10	
E. Nevím	1,08 %	1	0,00 %	0	

Graf č. 6: Jaká je podle Vás nejvíce používaná ochrana proti pohlavním nemocem?



Na odpověď C, která udávala možnost, používání kondomu, odpovědělo 24 mužů (25, 81 %). Na odpověď D, která udávala možnost používání hormonální antikoncepce, odpověděli 3 muži (3, 23 %). Na odpověď E, která udávala možnost nevím, odpověděl 1 muž (1, 08 %).

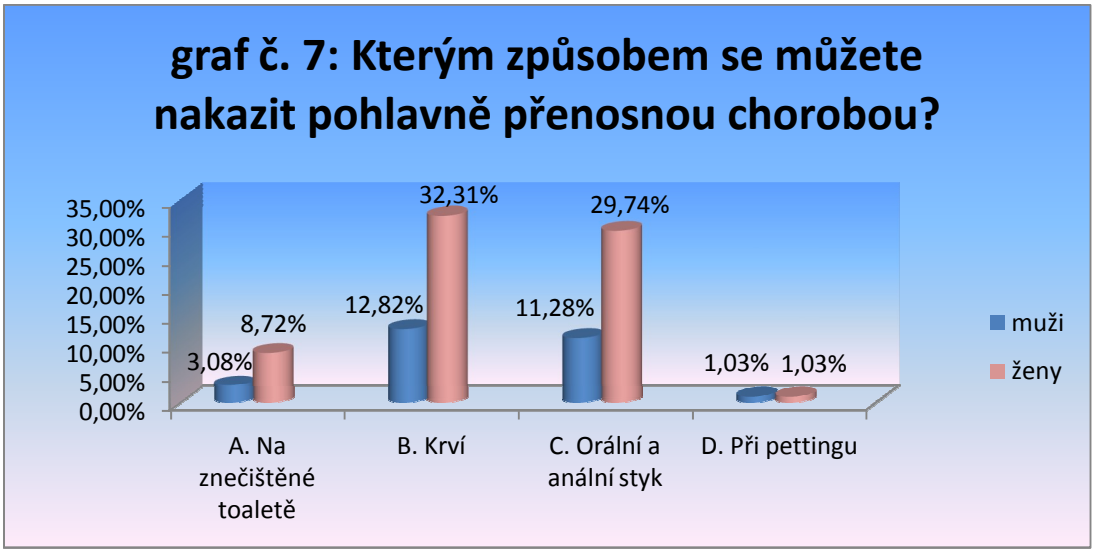
Nejvíce žen si vybralo odpověď C, která udávala možnost používání kondomu, v počtu 54 žen (58, 06 %). Na odpověď B, která udávala možnost očkování, odpověděla 1 žena (1, 08 %). Na odpověď D, která udávala možnost používání hormonální antikoncepce, odpovědělo 10 žen (10, 75 %).

Vyhodnocení položky číslo 7

Tabulka č. 7: Kterým způsobem se můžete nakazit pohlavně přenosnou chorobou? (možnost více odpovědí)

	Muži (%)	Muži (celkem)	Ženy (%)	Ženy (celkem)
A. Na znečistěné toaletě	3,08 %	6	8,72 %	17
B. Krví	12,82 %	25	32,31 %	63
C. Orálním a análním stykem	11,28 %	22	29,74 %	58
D. Při pettingu	1,03 %	2	1,03 %	2

Graf č. 7: Kterým způsobem se můžete nakazit pohlavně přenosnou chorobou? (možnost více odpovědí)



Na odpověď A, která udávala možnost na znečištěné toaletě, odpovědělo 6 mužů (3, 08 %). Na odpověď B, která udávala možnost krví, odpovědělo 25 mužů (12, 82 %). Na odpověď C, která udávala možnost orální a anální styk, odpovědělo 22 mužů (11, 28 %). Na odpověď D, která udávala možnost petting, odpověděli 2 muži (1, 03 %).

Nejvíce žen si vybralo odpověď B, která udávala možnost krví, v počtu 63 žen (32, 31 %). Na odpověď A, která udávala možnost na znečištěné toaletě, odpovědělo 17 žen (8, 72 %). Na odpověď C, která udávala možnost orální a anální styk, odpovědělo 58 žen (29, 74 %). Na odpověď D, která udávala možnost petting, odpověděly 2 ženy (1, 03 %).

Vyhodnocení položky číslo 8

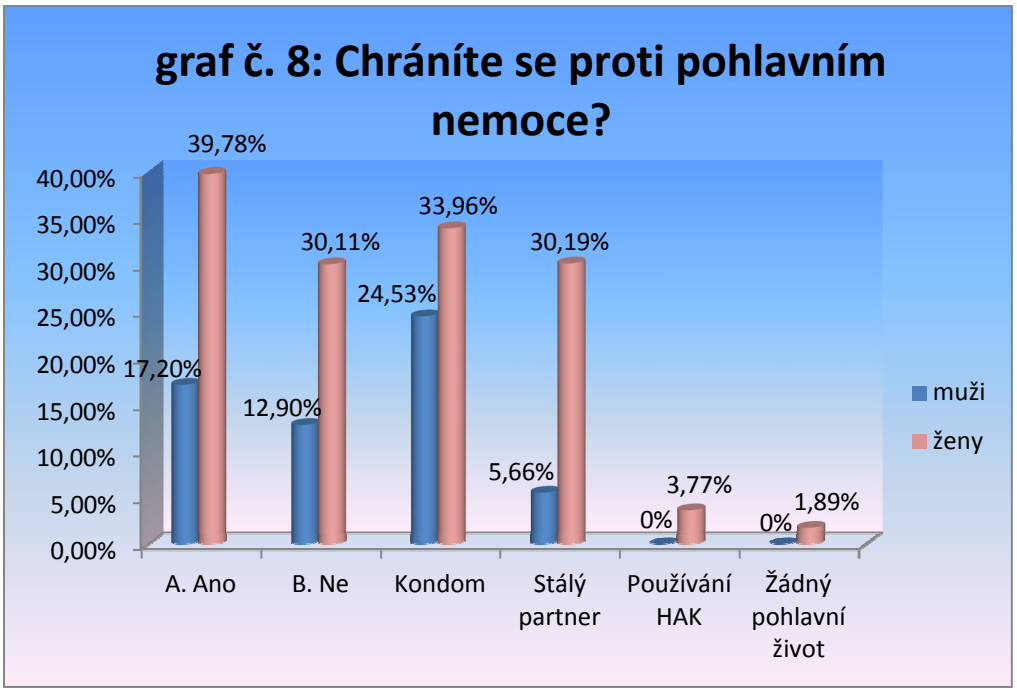
Tabulka č. 8a: Chráníte se proti pohlavním nemocem?

	Muži (%)	Muži (celkem)	Ženy (%)	Ženy (celkem)	Celkem respondentů
A. Ano	17,20 %	16	39,78 %	37	93
B. Ne	12,90 %	12	30,11 %	28	

Tabulka odpovědí na otázku číslo 8b: Jakým způsobem se chráníte proti pohlavním nemocem?

	Muži (%)	Muži (celkem)	Ženy (%)	Ženy (celkem)
Kondom	24,53 %	13	33,96 %	18
Stálý partner	5,66 %	3	30,19 %	16
Hormonální antikoncepce	0,00 %	0	3,77 %	2
Žádný pohlavní život	0,00 %	0	1,89 %	1
Celkem	16		37	

Graf č. 8: Chráníte se proti pohlavním nemocem?



Z celkového počtu 53 respondentů, kteří se chrání před pohlavními nemocemi, odpověděli tímto způsobem. Na odpověď A, která udávala možnost Ano, odpovědělo 16 mužů (17, 20 %). Na odpověď B, která udávala možnost Ne, odpovědělo 12 mužů (12, 90 %). Z celkového počtu 16 chránících se mužů proti pohlavním nemocem, 13 mužů (24, 53 %) si vybralo možnost kondom. Ostatní 3 muži (5, 66 %) si vybrali možnost stálého sexuálního partnera.

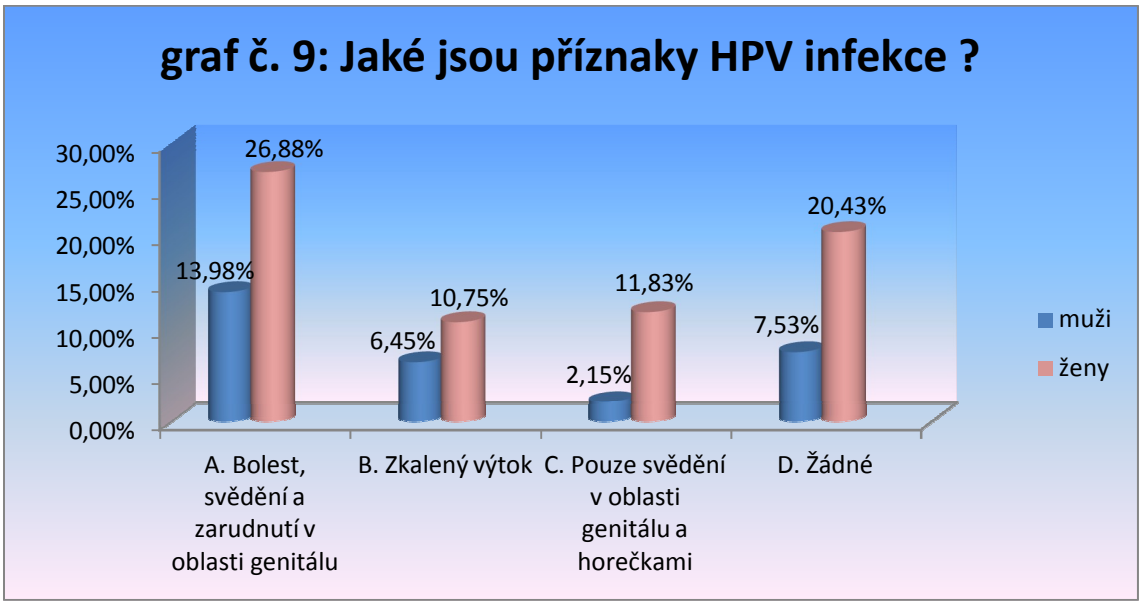
Nejvíce žen si vybralo odpověď A, která udávala možnost Ano, odpovědělo 37 žen (39,78 %). Na odpověď B, která udávala možnost Ne, odpovědělo 28 žen (30, 11 %). Z celkového počtu 37 chránicích se žen, 18 žen (33, 96 %) si vybralo možnost kondom. Ostatních 16 žen (30, 19 %) si vybralo možnost stálého sexuálního partnera. Pouze 3 ženy (3, 77 %) si vybraly možnost používání hormonální HAK a 1 žena (1, 89 %) zvolila možnost sexuálního celibátu.

Vyhodnocení položky číslo 9

Tabulka č. 9: Jaké jsou příznaky HPV infekce?

	Muži (%)	Muži (celkem)	Ženy (%)	Ženy (celkem)	Celkem respondentů
A. Bolest, svědění a zarudnutí v oblasti genitálu	13,98 %	13	26,88 %	25	
B. Zkalený výtok	6,45 %	6	10,75 %	10	
C. Pouze svědění v oblasti genitálu a horečky	2,15 %	2	11,83 %	11	
D. Žádné	7,53 %	7	20,43 %	19	93

Graf č. 9: Jaké jsou příznaky HPV infekce?



Na odpověď A, která udávala možnost bolest, svědění a zarudnutí v oblasti genitálu, odpovědělo 13 mužů (13, 98 %). Na odpověď B, která udávala možnost zkalený výtok, odpovědělo 6 mužů (6, 45 %). Na odpověď C, která udávala možnost pouze svědění v oblasti genitálu a horečkami, odpověděli 2 muži (2, 15 %). Na odpověď D, která udávala možnost žádné příznaky, odpovědělo 7 mužů (7, 53 %).

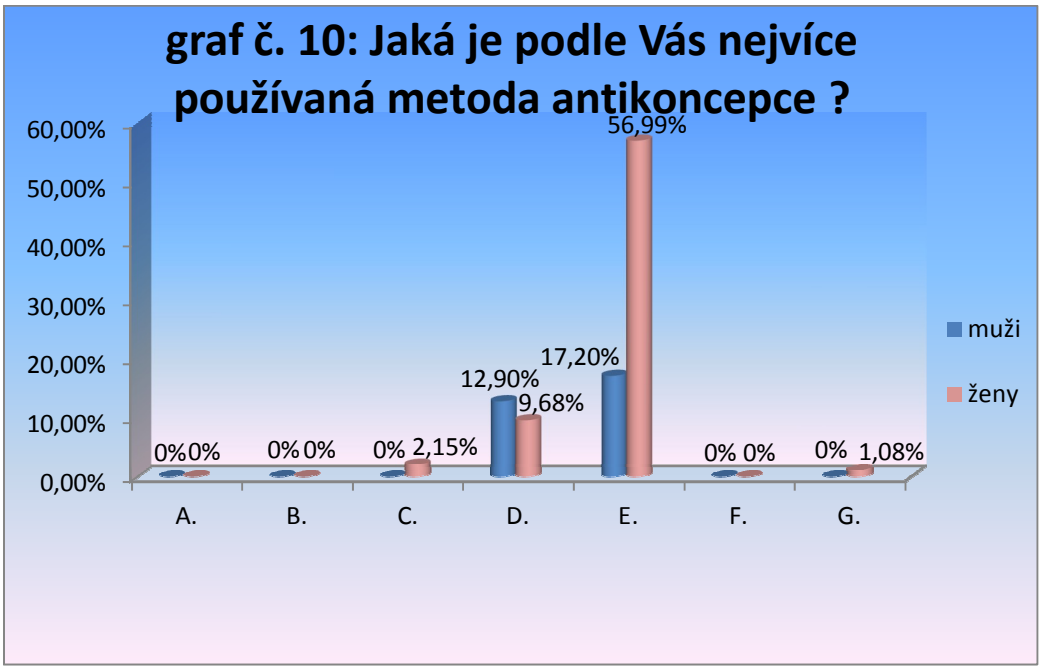
Nejvíce žen si vybralo odpověď A, která udávala možnost bolest, svědění a zarudnutí v oblasti genitálu, odpovědělo 25 žen (26, 88 %). Na odpověď B, která udávala možnost zkalený výtok, odpovědělo 10 žen (10, 75 %). Na odpověď C, která udávala možnost pouze svědění v oblasti genitálu a horečkami, odpovědělo 11 žen (11, 83 %). Na odpověď D, která udávala možnost žádné příznaky, odpovědělo 19 žen (20, 43 %).

Vyhodnocení položky číslo 10

Tabulka č. 10: Jaká je podle Vás nejvíce používaná metoda antikoncepce?

	Muži (%)	Muži (celkem)	Ženy (%)	Ženy (celkem)	Celkem respondentů
A. Metoda plodných a neplodných dnů	0,00 %	0	0,00 %	0	
B. Poševní pesar	0,00 %	0	0,00 %	0	
C. Nitroděložní tělísko	0,00 %	0	2,15 %	2	
D. Kondom	12,90 %	12	9,68 %	9	
E. Hormonální tabletky	17,20 %	16	56,99 %	53	
F. Hormonální náplast	0,00 %	0	0,00 %	0	
G. Žádnou antikoncepci nepoužívám	0,00 %	0	1,08 %	1	93

Graf č. 10: Jaká je podle Vás nejvíce používaná metoda antikoncepce?



Na odpověď D, která udávala možnost kondom, odpovědělo 12 mužů (12, 90 %). Ostatních 16 mužů (17, 20 %) si vybralo odpověď E, která udávala možnost hormonální tabletky.

Nejvíce žen si vybralo odpověď E, která udávala možnost hormonální tabletky, v počtu 53 žen (56, 99 %). Na odpověď C, která udávala možnost nitroděložního tělísko, odpověděly 2 ženy (2, 15 %). Na odpověď D, která udávala možnost kondom, odpovědělo 9 žen (9, 68 %). Na odpověď G, která udávala možnost nepoužívání antikoncepce, si odpověděla 1 žena (1, 08 %).

Vyhodnocení položky číslo 11

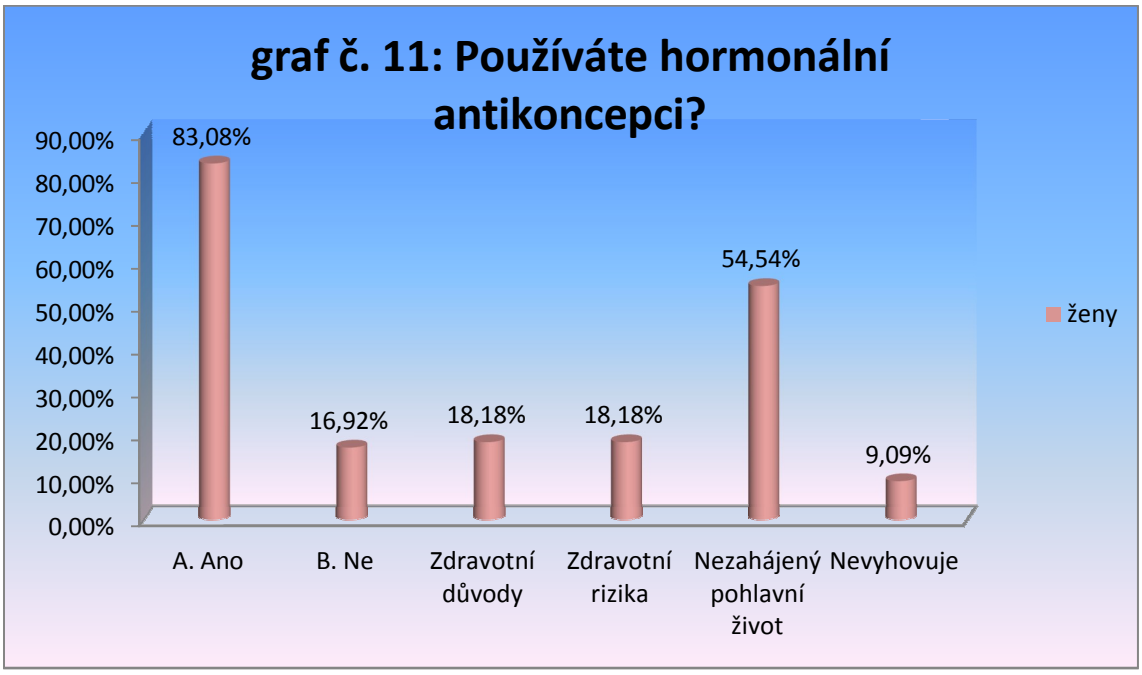
Tabulka č. 11a: Používáte hormonální antikoncepci?

	Ženy (%)	Ženy (celkem)	Celkem respondentů
A. Ano	83,08 %	54	65
B. Ne	16,92 %	11	

Tabulka odpovědí na otázku č. 11b: Důvod proč nepoužíváte hormonální antikoncepci?

	Ženy (%)	Ženy (celkem)	Celkem respondentů
Zdravotní důvody	18,18 %	2	11
Zdravotní rizika	18,18 %	2	
Nezahájený pohlavní život	54,54 %	6	
nevyhovuje	9,09 %	1	

Graf č. 11: Používáte hormonální antikoncepci?



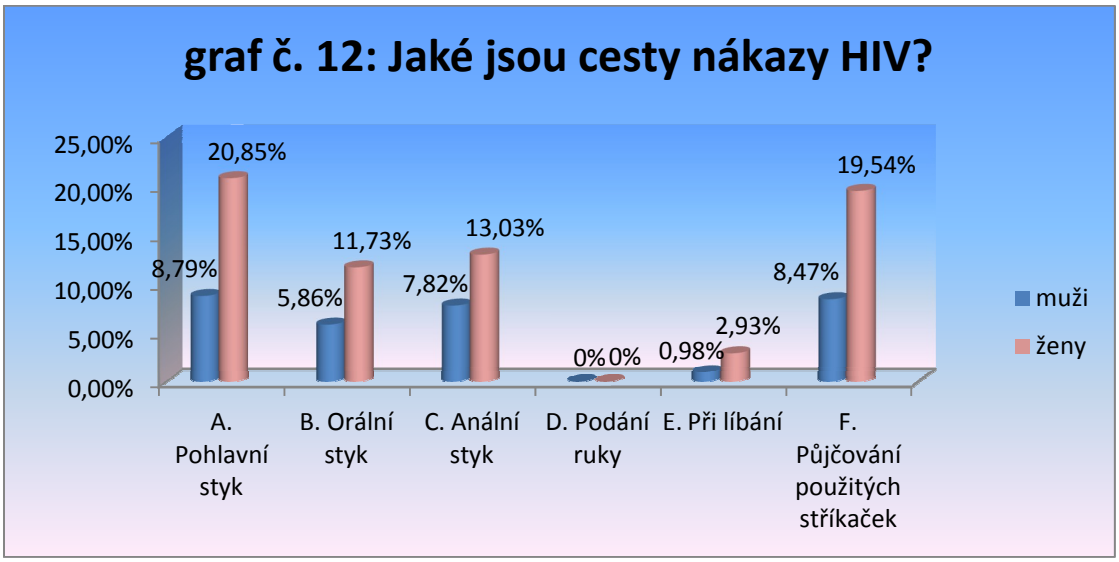
Na odpověď A, která udávala možnost používání hormonální antikoncepce, odpovědělo z celkového počtu 54 žen (83, 08 %). Ostatních 11 žen (16, 92 %) si vybralo odpověď B, která udávala možnost nepoužívání hormonální antikoncepce. Z těchto 11 žen, si 2 ženy (18, 18 %) vybraly jako důvod nepoužívání hormonální antikoncepce zdravotní důvody. Zdravotní riziko jako důvod nepoužívání hormonální antikoncepce si také vybraly 2 ženy (18, 18 %). Nezahájený pohlavní život jako důvod nepoužívání hormonální antikoncepce, si vybralo 6 žen (54, 54 %). Poslední důvod jako nepoužívání hormonální antikoncepce 1 žena (9, 09 %) uvedla, že jí nevyhovuje.

Vyhodnocení položky číslo 12

Tabulka č. 12: Jaké jsou cesty nákazy HIV? (možnost více odpovědí)

	Muži (%)	Muži (celkem)	Ženy (%)	Ženy (celkem)
A. Pohlavní styk	8,79 %	27	20,85 %	64
B. Orální styk	5,86 %	18	11,73 %	36
C. Anální styk	7,82 %	24	13,03 %	40
D. Podání ruky	0,00 %	0	0,00 %	0
E. Při líbání	0,98 %	3	2,93 %	9
F. Půjčování použitých stříkaček	8,47 %	26	19,54 %	60

Graf č. 12: Jaké jsou cesty nákazy HIV? (možnost více odpovědí)



Správné odpovědi na tuto otázku jsou možnosti A, B, C a F.

Na odpověď A, která udávala možnost pohlavní styk, odpovědělo 27 mužů (8, 79 %). Na odpověď B, která udávala možnost orální styk, odpovědělo 18 mužů (5, 86 %). Na odpověď C, která udávala možnost anální styk, odpovědělo 24 mužů (7, 82 %). Na odpověď E, která udávala možnost líbání, odpověděli 3 muži (0, 98 %). Na odpověď F, která udávala možnost půjčování použitých stříkaček, odpovědělo 26 mužů (8, 47 %).

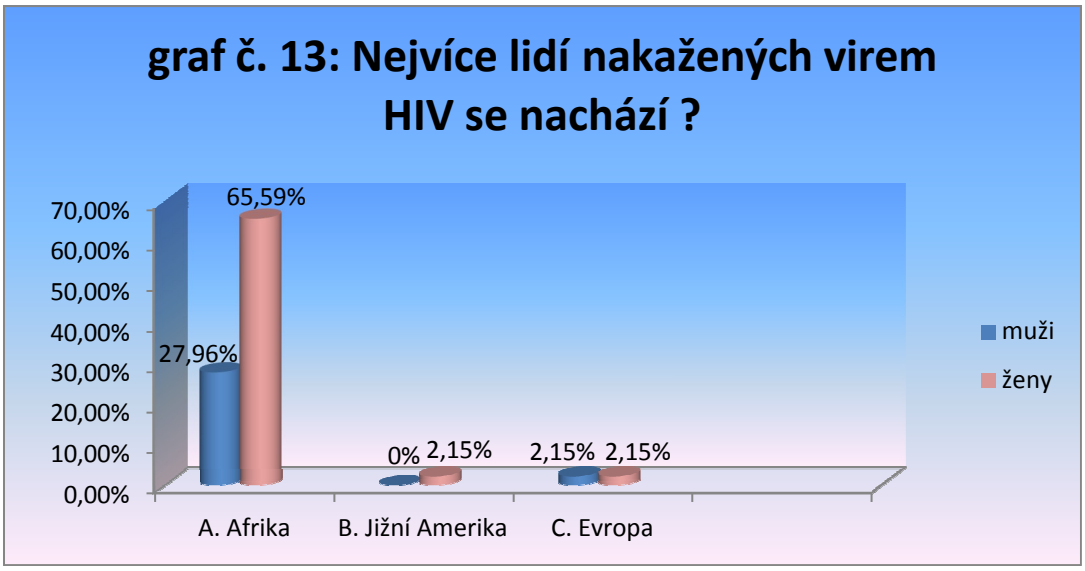
Nejvíce žen si vybralo odpověď A, která udávala možnost pohlavní styk, v počtu 64 žen (20, 85 %). Na odpověď B, která udávala možnost orální styk, odpovědělo 36 žen (11, 73 %). Na odpověď C, která udávala možnost anální styk, odpovědělo 40 žen (13, 03 %). Na odpověď E, která udávala možnost líbání, odpovědělo 9 žen (2, 93 %). Na odpověď F, která udávala možnost půjčování použitých stříkaček, odpovědělo 60 žen (19, 54 %).

Vyhodnocení položky číslo 13

Tabulka č. 13: Nejvíce lidí nakažených virem HIV se nachází?

	Muži (%)	Muži (celkem)	Ženy (%)	Ženy (celkem)	Celkem respondentů
A. Afrika	27,96 %	26	65,59 %	61	
B. Jižní Amerika	0,00 %	0	2,15 %	2	
C. Evropa	2,15 %	2	2,15 %	2	93

Graf č. 13: Nejvíce lidí nakažených virem HIV se nachází?



Správná odpověď je odpověď A.

Na odpověď A, která udávala možnost Afrika, odpovědělo 26 mužů (27, 96 %). Ostatní 2 muži (2, 15 %) si vybrali odpověď C, která udávala možnost Evropa.

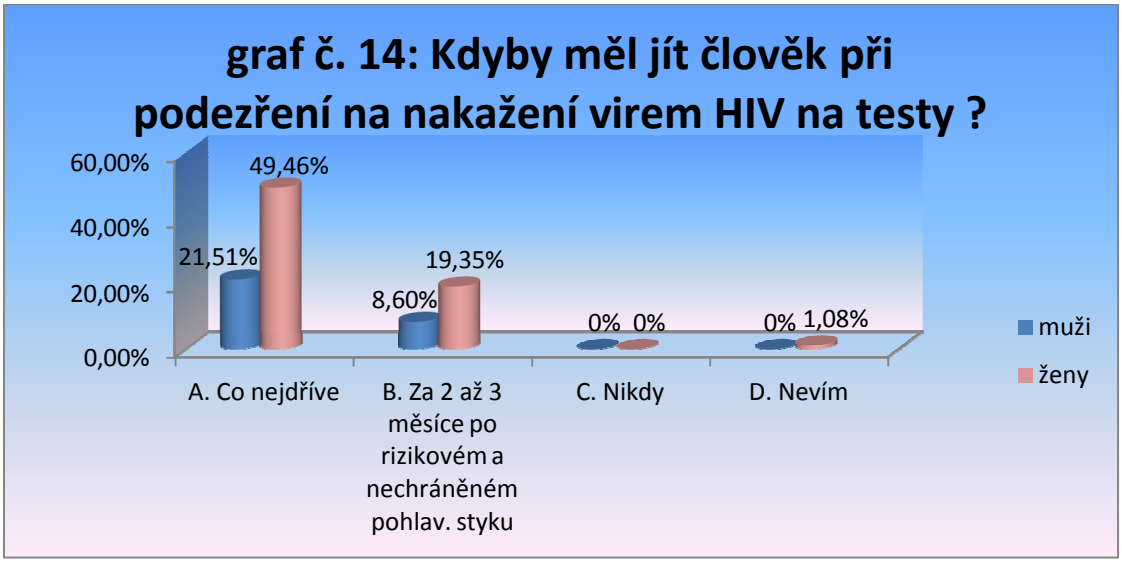
Nejvíce žen si vybralo odpověď A, která udávala možnost Afrika, v počtu 61 žen (65, 59 %). Na odpověď B, která udávala možnost Jižní Amerika, odpověděly 2 ženy (2, 15 %). Na odpověď C, která udávala možnost Evropa, odpověděly také 2 ženy (2, 15 %).

Vyhodnocení položky číslo 14

Tabulka č. 14: Kdyby měl jít člověk při podezření na nakažení virem HIV na testy?

	Muži (%)	Muži (celkem)	Ženy (%)	Ženy (celkem)	Celkem respondentů
A. Co nejdříve	21,51 %	20	49,46 %	46	
B. Za 2 až 3 měsíce po rizikovém a nechráněném pohlavním styku	8,60 %	8	19,35 %	18	
C. Nikdy	0,00 %	0	0,00%	0	
D. Nevím	0,00 %	0	1,08 %	1	93

Graf č. 14: Kdyby měl jít člověk při podezření na nakažení virem HIV na testy?



Správná odpověď je možnost B.

Na odpověď A, která udávala možnost co nejdříve, odpovědělo 20 mužů (21, 51 %). Na odpověď B, která udávala možnost za 2 až 3 měsíce po rizikovém a nechráněném pohlavním styku, odpovědělo 8 mužů (8, 60 %).

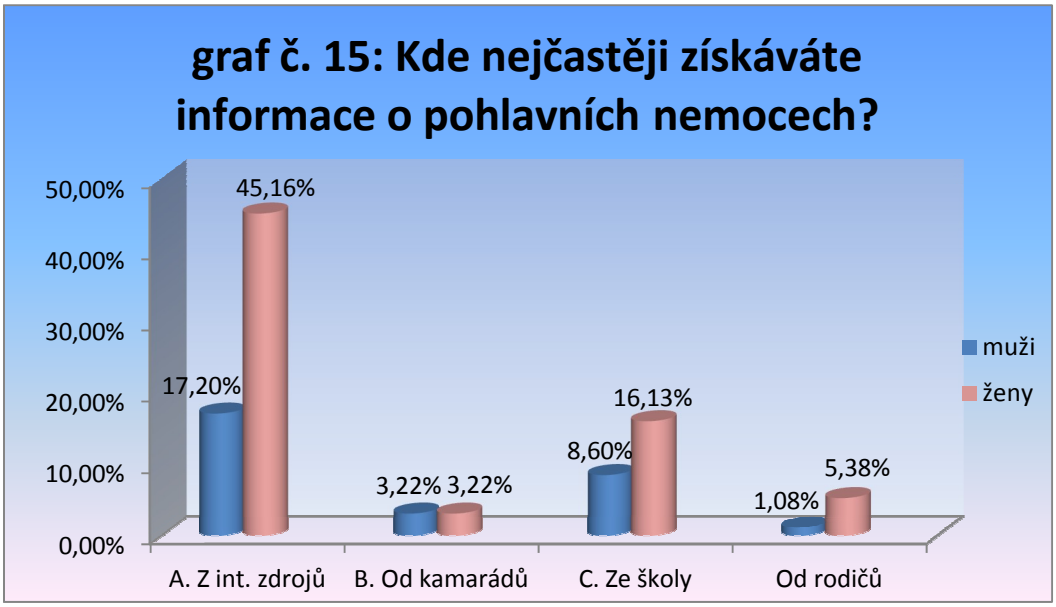
Nejvíce žen si vybralo odpověď A, která udávala možnost co nejdříve, v počtu 46 žen (49, 46 %). Na odpověď B, která udávala možnost za 2 až 3 měsíce po rizikovém a nechráněném pohlavním styku, odpovědělo 18 žen (19, 35 %). Pouze 1 žena (1, 08 %) si vybrala odpověď D, která udávala možnost Nevím.

Vyhodnocení položky číslo 15

Tabulka č. 15: Kde nejčastěji získáváte informace o pohlavních nemocech?

	Muži (%)	Muži (celkem)	Ženy (%)	Ženy (celkem)	Celkem respondentů
A. Z internetových zdrojů	17,20 %	16	45,16 %	42	93
B. Od kamarádů	3,22 %	3	3,22 %	3	
C. Ze školy	8,60 %	8	16,13 %	15	
D. Od rodičů	1,08 %	1	5,38 %	5	

Graf č. 15: Kde nejčastěji získáváte informace o pohlavních nemocech?



Na odpověď A, která udávala možnost internet. zdroje, odpovědělo 16 mužů (17, 20 %). Na odpověď B, která udávala možnost kamarádi, odpověděli 3 muži (3, 22 %). Na odpověď C, která udávala možnost škola, odpovědělo 8 mužů (8, 60 %). Na odpověď D, která udávala možnost rodiče, odpověděl 1 muž (1, 08 %).

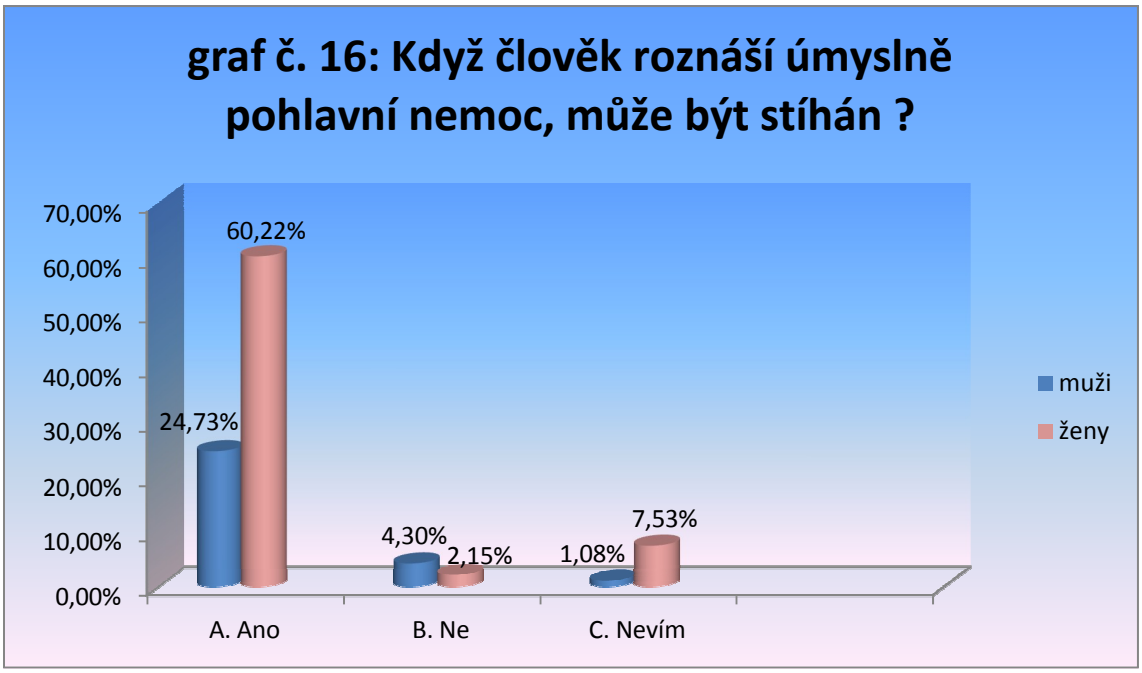
Nejvíce žen si vybralo odpověď A, která udávala možnost internet. zdroje, v počtu 42 žen (45, 16 %). Na odpověď B, která udávala možnost kamarádi, odpověděly 3 ženy (3, 22 %). Na odpověď C, která udávala možnost škola, odpovědělo 15 žen (16, 13 %). Na odpověď D, která udávala možnost rodiče, odpovědělo 5 žen (5, 38 %).

Vyhodnocení položky číslo 16

Tabulka č. 16: Když člověk roznáší úmyslně pohlavní nemoc, může být stíhán?

	Muži (%)	Muži (celkem)	Ženy (%)	Ženy (celkem)	Celkem respondentů
A. Ano	24,73 %	23	60,22 %	56	
B. Ne	4,30 %	4	2,15 %	2	
C. Nevím	1,08 %	1	7,53 %	7	93

Graf č. 16: Když člověk roznáší úmyslně pohlavní nemoc, může být stíhán?



Správná odpověď byla odpověď A, tedy ANO.

Na odpověď A, která udávala možnost Ano, odpovědělo 23 mužů (24, 73 %). Na odpověď B, která udávala možnost Ne, odpověděli 4 muži (4, 30 %). Na odpověď C, která udávala možnost Nevím, odpověděl 1 muž (1, 08 %).

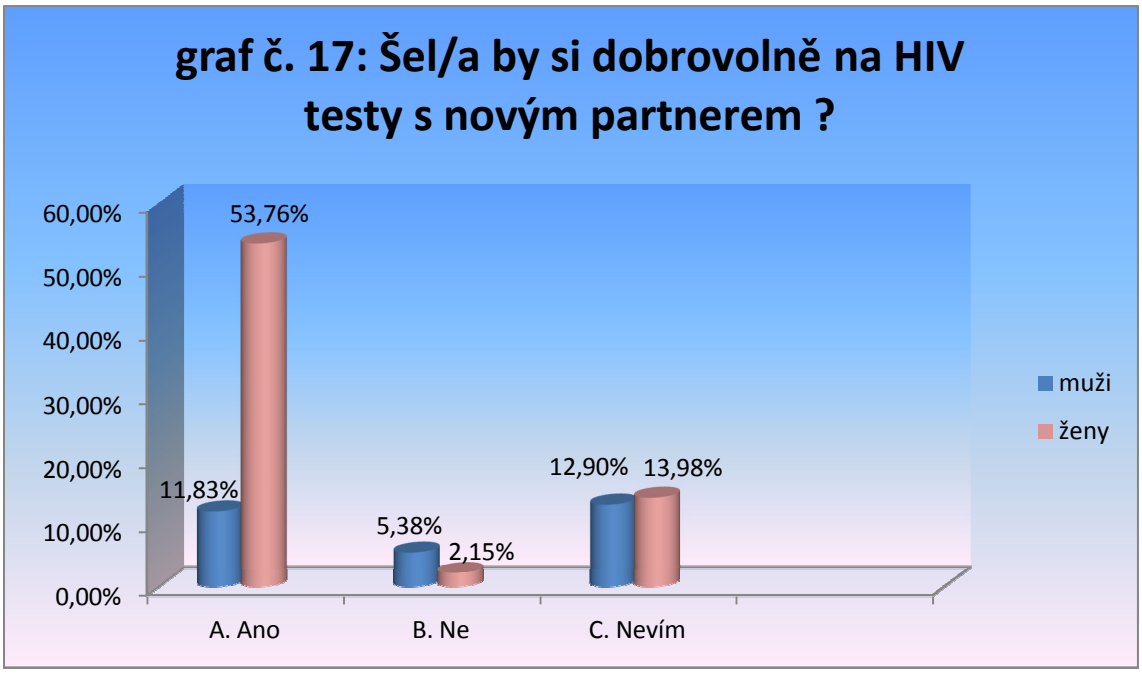
Nejvíce žen si vybralo odpověď A, která udávala možnost Ano, v počtu 56 žen (60, 22 %). Na odpověď B, která udávala možnost Ne, odpověděly 2 ženy (2, 15 %). Na odpověď C, která udávala možnost Nevím, odpovědělo 7 žen (7, 53 %).

Vyhodnocení položky číslo 17

Tabulka č. 17: Šel/a by si dobrovolně na HIV testy s novým přítelem?

	Muži (%)	Muži (celkem)	Ženy (%)	Ženy (celkem)	Celkem respondentů
A. Ano	11,83 %	11	53,76 %	50	
B. Ne	5,38 %	5	2,15 %	2	
C. Nevím	12,90 %	12	13,98 %	13	93

Graf č. 17: Šel/a by si dobrovolně na HIV testy s novým přítelem?



Na odpověď A, která udávala možnost Ano, odpovědělo 11 mužů (11, 83 %). Na odpověď B, která udávala možnost Ne, odpovědělo 5 mužů (5, 38 %). Na odpověď C, která udávala možnost Nevím, odpovědělo 12 mužů (12, 90 %).

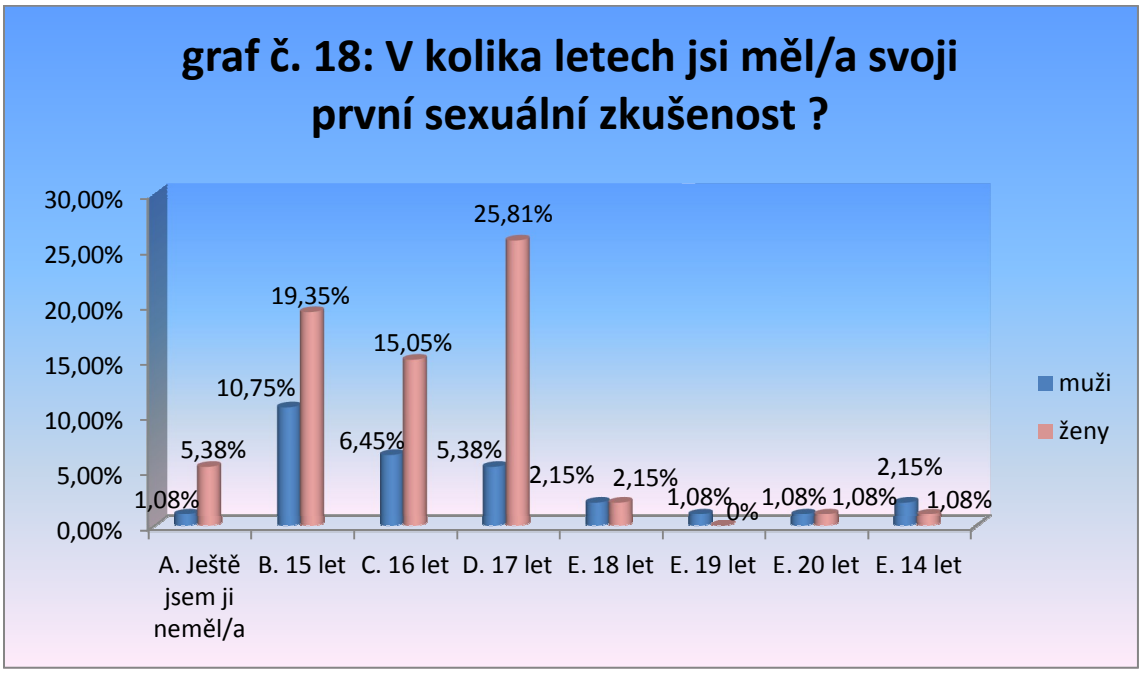
Nejvíce žen si vybralo odpověď A, která udávala možnost Ano, v počtu 50 žen (53, 76 %). Na odpověď B, která udávala možnost Ne, odpověděly 2 ženy (2, 15 %). Na odpověď C, která udávala možnost Nevím, odpovědělo 13 žen (13, 98 %).

Vyhodnocení položky číslo 18

Tabulka č. 18: V kolika letech si měl/a svoji první sexuální zkušenost?

	Muži (%)	Muži (celkem)	Ženy (%)	Ženy (celkem)	Celkem respondentů
A. Ještě jsem ji neměl/a	1,08 %	1	5,38 %	5	
B. 15	10,75 %	10	19,35 %	18	
C. 16	6,45 %	6	15,05 %	14	
D. 17	5,38 %	5	25,81 %	24	
E. Jiné:					
14	2,15 %	2	1,08 %	1	
18	2,15 %	2	2,15 %	2	
19	1,08 %	1	0,00 %	0	
20	1,08 %	1	1,08 %	1	93

Graf č. 18: V kolika letech jsi měl/a svoji první sexuální zkušenost?



Na odpověď A, která udávala možnost žádné sexuální zkušenosti, odpověděl 1 muž (1, 08 %). Na odpověď B, která udávala možnost 15 let, odpovědělo 10 mužů (10, 75 %). Na odpověď C, která udávala možnost 16 let, odpovědělo 6 mužů (6, 45 %). Na odpověď D, která udávala možnost 17 let, odpovědělo 5 mužů (5, 38 %). Na odpověď E, která udávala možnost jiné odpovědi, si 2 muži (2, 15 %) vybral možnost 14 let. Další možnost výběru mužů bylo 18 let, v počtu 2 mužů (2, 15 %). Muži si také vybrali možnost 19 let v počtu 1 muže (1, 08 %). Poslední odpověď mužů byla 20 let v počtu také 1 muže (1, 08 %).

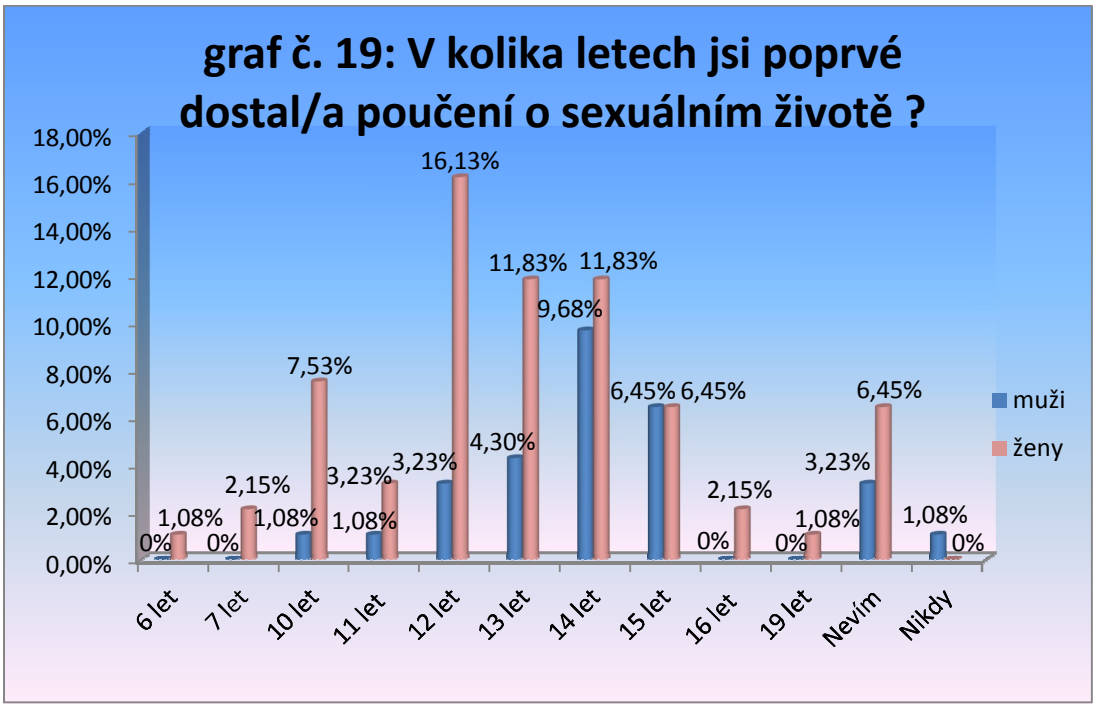
Nejvíce žen si vybralo odpověď D, která udávala možnost 17 let, v počtu 24 žen (25, 81 %). Na odpověď A, která udávala možnost žádné sexuální zkušenosti, odpovědělo 5 žen (5, 38 %). Na odpověď B, která udávala možnost 15 let, odpovědělo 18 žen (19, 35 %). Na odpověď C, která udávala možnost 16 let, odpovědělo 14 žen (15, 05 %). Na odpověď E, která udávala možnost jiné odpovědi, si 1 žena (1, 08 %) vybrala možnost 14 let. Další možnost výběru žen bylo 18 let, v počtu 2 žen (2, 15 %). Poslední odpověď žen byla 20 let, v počtu 1 ženy (1, 08 %).

Vyhodnocení položky číslo 19

Tabulka č. 19: V kolika letech jsi poprvé dostal/a poučení o sexuálním životě?

	Muži (%)	**Muži (celkem)**	**Ženy (%)**	**Ženy (celkem)**	**Celkem respondentů**
6 let	0,00 %	0	1,08 %	1	
7 let	0,00 %	0	2,15 %	2	
10 let	1,08 %	1	7,53 %	7	
11 let	1,08 %	1	3,23 %	3	
12 let	3,23 %	3	16,13 %	15	
13 let	4,30 %	4	11,83 %	11	
14 let	9,68 %	9	11,83 %	11	
15 let	6,45 %	6	6,45 %	6	
16 let	0,00 %	0	2,15 %	2	
19 let	0,00 %	0	1,08 %	1	
Nevím	3,23 %	3	6,45 %	6	
Nikdy	1,08 %	1	0,00 %	0	93

Graf č. 19: V kolika letech jsi poprvé dostal/a poučení o sexuálním životě?



Tato otázka byla zcela otevřená.

Nejnižší odpověď mužů ohledně poučení byla 10 let, v počtu 1 muže (1, 08 %). Věk 11 let si vybral také 1 muž (1, 08 %). Věk 12 let si vybrali 3 muži (3, 23 %). Věk 13 let si vybrali 4 muži (4, 30 %). Věk 14 let si vybralo 9 mužů (9, 68 %). Věk 15 let si vybralo 6 mužů (6, 45 %). Následující odpověď mužů byla Nevím, v počtu 3 mužů (3, 23 %). Poslední 1 muž (1, 08 %) si vybral, odpověď Nikdy.

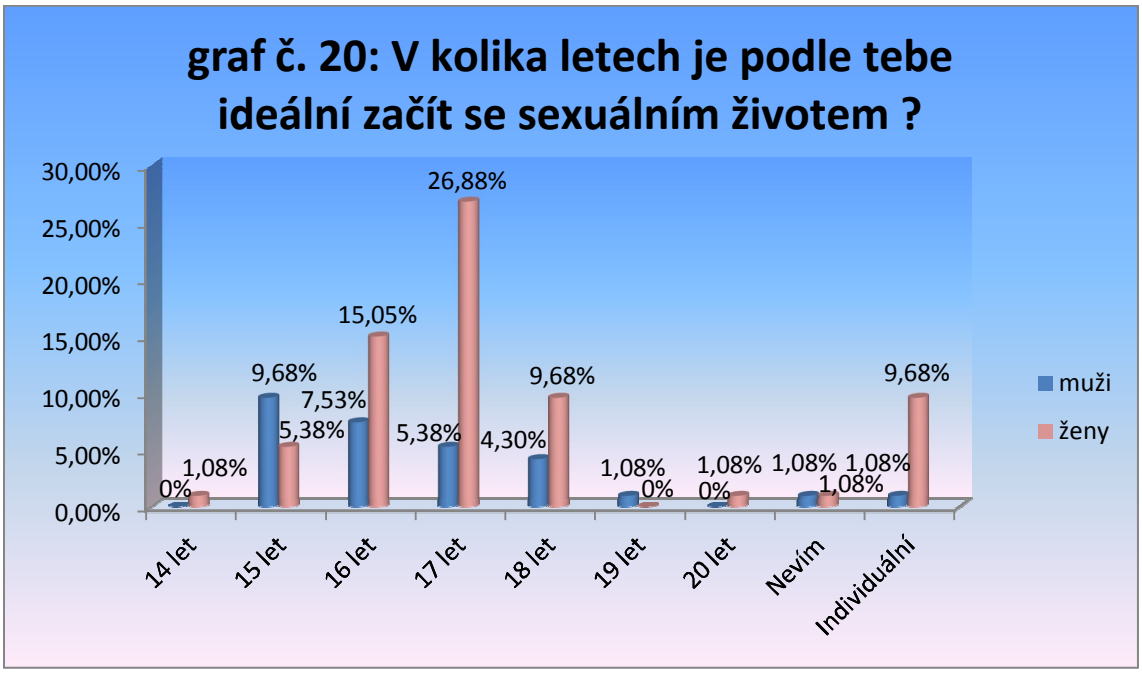
Nejnižší odpověď žen ohledně poučení bylo 6 let, v počtu 1 ženy (1, 08 %). Věk 7 let si vybraly 2 ženy (2, 15 %). Věk 10 let si vybralo 7 žen (7, 53 %). Věk 11 let si vybraly 3 ženy (3, 23 %). Věk 12 let si vybralo 15 žen (16, 13 %). Věk 13 let, stejně jako věk 14 let, si vybralo 11 žen (11, 83 %). Věk 15 let, si vybralo 6 žen (6, 45 %). Věk 16 let, si vybraly 2 ženy (2, 15 %). Věk 19 let si vybrala 1 žena (1, 08 %). Následující odpověď žen byla, Nevím, v počtu 6 žen (6, 45 %).

Vyhodnocení položky číslo 20

Tabulka č. 20: V kolika letech je podle tebe ideální začít se sexuálním životem?

	Muži (%)	**Muži (celkem)**	**Ženy (%)**	**Ženy (celkem)**	**Celkem respondentů**
14 let	0,00 %	0	1,08 %	1	93
15 let	9,68 %	9	5,38 %	5	
16 let	7,53 %	7	15,05 %	14	
17 let	5,38 %	5	26,88 %	25	
18 let	4,30 %	4	9,68 %	9	
19 let	1,08 %	1	0,00 %	0	
20 let	0,00 %	0	1,08 %	1	
Nevím	1,08 %	1	1,08 %	1	
Individuální	1,08 %	1	9,68 %	9	

Graf č. 20: V kolika letech je podle tebe ideální začít se sexuálním životem?



Tato otázka byla zcela otevřená.

Nejnižší odpověď ohledně začátku sexuálního života, byla u mužů možnost 15 let, v počtu 9 mužů (9, 68 %). Věk 16 let si vybralo 7 mužů (7, 53 %). Věk 17 let si vybralo 5 mužů (5, 38 %). Věk 18 let si vybrali 4 muži (4, 30 %). Věk 19 let si vybral 1 muž (1, 08 %). Následující odpověď mužů byly odpovědi Nevím a Individuálně v počtu 1 muže a 1 muže (1, 08 %).

Nejnižší odpověď ohledně začátku sexuálního života, byla u žen možnost 14 let, v počtu 1 ženy (1, 08 %). Věk 15 let si vybralo 5 žen (5, 38 %). Věk 16 let si vybralo 14 žen (15, 05 %). Věk 17 let si vybralo 25 žen (26, 88 %). Věk 18 let si vybralo 9 žen (9, 68 %). Věk 20 let si vybrala 1 žena (1, 08 %). Následující odpověď Nevím si také, vybrala 1 žena (1, 08 %). Závěrečnou odpověď Individuálně, si vybralo 9 žen (9, 68 %).

9 ZÁVĚRY EMPIRICKÉHO ŠETŘENÍ

V tomto závěru bych ráda shrnula nejvýznamnější a nejzajímavější výsledky, ke kterým jsem dospěla díky svému dotazníkovému šetření.

Na mé empirické šetření odpovídalo více žen než mužů, více respondentů bylo ve věku 20 – 22 let a nejvíce respondentů bydlelo v obci.

Cíl č. 1: zjistit, zda jsou adolescenti informováni o přenosně pohlavních chorobách. Z mého zjištění vyplývá, že adolescenti mají nedostatky v informovanosti o přenosně pohlavních chorobách. Překvapivým zjištěním bylo, že adolescenti nemají dostatečné informace na zodpovězení otázek ohledně informovanosti o rakovině děložního čípku, kdy si 13 mužů a 28 žen myslelo, že nepatří mezi přenosně pohlavní choroby. Ohledně příznaků HPV infekce a doby testování na HIV infekci, jsou vidět také velké nedostatky. Mnoho adolescentů si také myslí, že se mohou nakazit pohlavní chorobou na znečistěné toaletě, kdy si tuto možnost vybralo 6 mužů a 17 žen. Ve skutečnosti je zde velmi malé procento možnosti získat pohlavně přenosnou chorobu, daleko větší je možnost nákazy stafylokoky či streptokoky.

Cíl č. 2: zjistit, zda adolescenti používají antikoncepční metody.

Z mého zjištění vyplývá, že z celkového počtu 65 žen, antikoncepci používá většina, tedy 54 žen (83, 08 %). Ostatních 11 žen (16, 92 %) odpovědělo negativně. Nejvíce používanou metodu antikoncepce adolescenti, uvedli používání hormonálních tabletek. Tuto odpověď si vybralo 53 žen a 16 mužů. Překvapivým zjištěním bylo, že většina adolescentů se domnívá, že používání hormonální antikoncepce, stačí jako metoda ochrany proti pohlavním nemocem. Kdy si tuto odpověď vybrali 3 muži a 10 žen.

Cíl č. 3: zjistit, zda by se adolescenti společně se svým partnerem, nechali před novým vztahem dobrovolně vyšetřit na virus HIV.

Z mého výzkumu vyplývá, že většina adolescentů zodpovědně přistupuje ke svému sexuálnímu životu. Zodpovědnějšími jsou podle výsledků mého výzkumu ženy. Kdy z celkového počtu 65 žen, tuto odpověď vybralo 50 žen (53, 76 %). Překvapivým výsledkem, byl lhostejný postoj dotazovaných mužů, kdy z celkového počtu 28 mužů, si možnost testování vybralo pouze 11 mužů (11, 83 %).

Cíl č. 4: zjistit, z jakých informačních zdrojů adolescenti nejraději čerpají informace. Z mého výzkumu vyplývá, že většina adolescentů vyhledávat informace na internetu, z celkového počtu si tuto odpověď vybralo 16 mužů (17, 20 %) a 42 žen (45, 16 %). Další možností nejčastějšího výběru byla možnost informací ze školy, tuto odpověď si vybralo 8 mužů (8, 60 %) a 15 žen (16, 13 %).

Cíl č. 5: zjistit, zda se adolescenti chrání před pohlavními chorobami. Z mého výzkumu vyplývá, že většina adolescentů bere ochranu proti pohlavním chorobám, jako něco zbytečného. Kdy se chrání pouze 16 mužů a 37 žen, z celkového počtu 93 dotazovaných respondentů.

10 DISKUZE

V naší populaci je vidět rostoucí trend výskytu kapavky a syfilis. Také výskyt HIV vrostl a to o 197 případů a 26 případů HIV přešlo do stádia AIDS. Je zde vidět nedostatečná prevence a informovanost populace. Mělo by být více dostupných informací o rostoucím trendu těchto pohlavních nemoci. Tyto čísla výskytu těchto onemocnění nejsou, podle mého názoru dostatečně viditelné pro běžnou populaci, a proto populace nepokládá tyto onemocnění za nebezpečné.

Také mě velmi trápí případy sebevražd mladých jedinců. Podle mého názoru je důvodem váznoucí komunikace mezi jedincem a rodinou nebo prostředím, ve kterém jedince žije.

O pohlavní nemoci jménem syfilis byl také natočen film Petrolejové lampy. V knihách a odborné literatuře je tento film velmi vychvalován. Ale na mě tento film byl „ příliš těžký“ a nelíbil se mi. Jediné co jsem ocenila, byla krásně zahraná chůze.

Překvapil mě velký ostych v rodině ohledně sexuální výchovy, který je velmi probírán knihách. Já si nemyslím, že je bariéra jen na straně rodičů, podle mého názoru je zde ostych i ze strany adolescentů. Ze své osobní zkušenosti vím, jak těžké je o některých problémových tématech s rodiči mluvit. Proto chápu i výsledky vyplývající z empirického šetření, kde vyšlo, že adolescenti nejvíce nalézají informace na internetu.

Velmi mně překvapili špatné výsledky ohledně informovanosti o rakovině děložního čípku. Tuto špatnou informovanost přičítám špatné kampani. Kdy je kampaň na očkování děložního čípku zaměřena pouze na dívky, a chlapci jsou vynecháni. To je podle mě velký problém, protože tuto nemoc roznášejí muži, a pokud chceme, být důslední v prevenci měli bychom projevit zájem, i o očkování mužské populace.

Překvapil mě také stále přetrvávající mýtus u otázky jaká je cesta nákazy HIV, kdy 9 žen a 3 muži si stále myslí, že se virem HIV můžou nakazit díky líbání. V historii je znám pouze jeden případy nákazy virem HIV přes líbání.

Oproti dřívější práci s názvem „*Znalosti adolescentů o sexuálně přenosných chorobách“*, ve které vyšlo, že muži jsou zodpovědnější než ženy. V mém empirickém šetření vyšel pravý opak, tedy že, zodpovědnější jsou ženy.

Při porovnání s dřívější prací s názvem „*Aspekty pohlavního života mladých lidí v současnosti"* vyplývá, že moje populace adolescentů začíná s pohlavním životem o

rok dříve než kolegyni, tedy v 15 letech. Statistika České republiky, ale ukazuje, že k prvnímu sexu dojde většinou kolem osmnáct.

Poučení o sexuálním životě muži získávají ve 14 letech a ženy ve 12 letech. Tady je vidět dřívější dospívání dívek a mužů.

U mužů a u žen se odpověď na otázku kdy je ideální začít s pohlavním životem, shoduje s odpovědí na první sexuální zkušenosti a je to tedy 15 let u mužů a 17 let u žen.

Porovnávala jsem nejprve informovanost adolescentů z obcí a malého města. Zde je vidět lepší informovanost respondentů v obci. Přesná čísla přikládám v *příloze M* – tabulka - Porovnání informovanosti respondentů v obci a v malém městě.

Poté jsem porovnávala informovanost adolescentů v obci a ve středně velkém městě. Zde jsem měla pouze 3 odpovídající respondenty ze středně velkého města. Je zde rozdíl ve výběru ochrany proti pohlavním nemocem, kde se všichni respondenti se středně velkého města shodli na používání kondomu, ale u respondentů pocházejících z obcí je velký výběr nesprávné odpovědi a to hormonální antikoncepce. Velký rozdíl je také v otázce v čísle 9, kdy žádný z respondentů ze středně velkého města nedokázal na tuto otázku odpovědět správně. Špatná byla také informovanost těchto respondentů v otázkách 12, 13, 14 kdy správně dokázal odpovědět pouze 1 respondent. Rozdíl byl také ve věku první sexuální zkušenosti, kdy respondenti v obcích vybírali odpověď 15 nebo 17 let, na rozdíl od respondentů ve středně velkém městě kteří si vybrali věk 16 let. Také k poučení u respondentů ve středních městech došlo o 3 roky déle než u respondentů v obcích, a to tedy v 15 letech. Přesná čísla přikládám v *příloze N* – tabulka – Porovnání informovanosti respondentů v obci a v středně velkém městě.

Na závěr jsem také porovnala informovanost respondentů v obci a ve velkém městě. Lépe odpovídali respondenti v obcích. Pouze na otázku číslo 12 lépe odpovídali respondenti z velkých měst. Přesná čísla přikládám v *příloze O* – tabulka – Porovnání informovanosti respondentů v obci a ve velkém městě.

11 NÁVRHY PRO PRAXI

Doporučovala bych především zlepšit komunikaci ohledně sexuální výchovy a zvýšit úroveň vyučování sexuální výchovy ve školách tím, že učitelé a žáci najdou společná témata, která by zajímaly obě dvě strany. Zahrnout do výuky i praktické informace o tom, kde se mohou dát žáci testovat, kdy se dát testovat, jak se vyhnout ,, nebezpečným známostem“ a hlavně je poučit, že vždy mají více možností na výběr a všechny problémy se dají řešit.

Doporučovala bych zlepšit, jak už jsem nastínila v minulé kapitole kampaň ohledně očkování proti rakovině děložního čípku. Kde bych bilboardy komponovala i s informacemi o očkování mužů a starších žen. Většina starších žen podle mě, ani neví, že je očkování prospěšné i pro ně. Na stávajících billboardech vidíme pouze mladou dívku a to může starší ženy odradit. Důležitým článkem jsou i gynekologové, kteří by měli aktivně nabízet očkování a vysvětli výhody i nevýhody.

Bylo by příznivé nastínit statistické informace o výskytu sexuálně přenosných onemocnění i v prostorách běžných a přístupných veškeré populaci.

Měli by se zde angažovat i zdravotničtí pracovníci, kteří mohou přispět cennými informacemi.

12 ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala otázkou informovanosti adolescentů o pohlavně přenosných nemocech a sexuálním životem adolescentů. V teoretické části jsem se snažila podat ucelené a provázané informace o období a charakteristice adolescence, informace o pohlavně přenosných chorobách, kde jsem vybrala pouze nemoci základní a nejčastěji se vyskytující. Z důvodu obsáhlosti dané problematiky nebylo možné zařadit všechna onemocnění podrobně. V závěru teoretické části jsem nastínila i téma HIV a sexuální výchovy. Zdroje k tomuto tématu byly rozsáhlé. Informace jsem čerpala z co nejnovější literatury a vybírala jsem nejdůležitější a nejzajímavější informace.

V praktické části jsem si stanovila několik cílů, kterých se mi podařilo dosáhnout. Výsledky výzkumu mi přinesly zajímavé zjištění, které bych dále chtěla stručně shrnout. Podle výsledků mého výzkumu jsem zjistila, že adolescenti začínají pohlavně žít dříve, než je uváděno ve statistice pro Českou Republiku. Dalším zjištěním bylo, že dívky přistupují k ochraně před pohlavními nemoci zodpovědněji než chlapci. Překvapivé bylo zjištění špatné informovanosti o rakovině děložního čípku.

Na závěr mé bakalářské práce bych ráda shrnula sexuální výchovu, která je vyučována na základních školách. Sexuální výchova je realizována na školách v předmětu rodinná, občanská výchova a výchova ke zdraví. Učební osnovy přináší poznatky o člověku, o vztazích, o ochraně svého zdraví, o rodině, hygienických a stravovacích návycích a těhotenství.

Já bych navrhovala lépe sestavit učební osnovy, které by se více zaměřovaly na vlastní sexuální výchovu. Orientovala bych je spíše na rizikové sexuální chování, spojení sexu s láskou, těhotenství, možnosti antikoncepce a sexuální zneužití. Sexuální výchova je na školách obvykle vyučována od 6 třídy, 1krát týdně 1 vyučovací hodinu. Tento časový rozvrh bych také změnila vyučování, kdy bych od 6 třídy vyučovala 1 hodinu a v 7 třídě bych už pokračovala 2 vyučovacími hodinami. Vyučujícími v těchto hodinách, by měly být osoby neutrální, tedy pocházející mimo pedagogický sbor. Můj osobní názor je ten, že adolescenti se více budou ptát a svěřovat „ neznámým osobám“, než vyučujícího pedagoga, kterého potkávají každý den.

Sexuální výchova v rodině je také velmi důležitá. Děti se od svých rodičů učí pomocí napodobování, a proto je důležité být dobrým vzorem i v této oblasti. Výchova by podle mého názoru měla být přirozená. Děti jsou přirozeně pátravé, a proto si sami určí, kdy jsou připraveni na otázky ohledně sexu. Důležitá je upřímnost a z obecnění tohoto tématu.

Doufám, že zpracování mé bakalářské práce poslouží nejen studentům, ale i sestrám v oblasti edukace zabývající se problematikou prevence pohlavně přenosných onemocnění u adolescentů.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

1. *Bible: písmo svaté Starého a Nového zákona: český ekumenický překlad Miloš Bič [et al.]*. 6. vyd. Překlad Miloš Bič. Praha: Česká biblická společnost, 1992, 863, 287 s. ISBN 80-900-8810-4
2. KOBILKOVÁ, J. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Karolinum, c2005, xv, 368 s. ISBN 80-246-1112-0
3. KRATOCHVÍL, S. *Sexuální dysfunkce: příčiny a léčba*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003, 290 s. ISBN 80-247-0203-7.
4. KRULCOVÁ, J. *Enigma: AIDS A VIRUS HIV*. 20120, 3/2012, s. 70-74. ISSN 1802-7105.
5. MAŠATA, J. a A. JEDLIČKOVÁ. *Infekce v gynekologii a porodnictví: a základy jejich antiinfekční léčby*. 1. vyd. Praha: MAXDORF-JESSENIUS, c2004, 371 s. ISBN 80-734-5038-0.
6. NAKONEČNÝ, M. *Psychologie: přehled základních oborů*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2011, 863 s. ISBN 978-807-3874-438.
7. ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2006, 390 s. ISBN 80-736-7124
8. ŠILEROVÁ,L. *Sexuální výchova: jak a proč mluvit s dětmi o sexualitě : rodinná pravidla a hodnoty; situace, které mohou rodiče uvést do rozpaků; vývoj zájmu o sexualitu; užitečné kontakty a informace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003, 103 s. Pro rodiče. ISBN 80-247-0291-6
9. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Vyd. 1. V Praze: Karolinum, 2008, 467 s. ISBN 978-80-246-0956-0.
10. VENGLÁŘOVÁ, M. a V. BROŽOVÁ. *Nové trendy v sexuální výchově*. Vyd. 1. Praha: Národní institut pro další vzdělávání, 2009, 39 s. ISBN 978-80-86956-52-7
11. WEISS, P. *Sexuologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, xiii, 724 s. ISBN 978-80-247-2492-8.
12. Zdravotnická statistika. Pohlavní nemoci. 2003. ISBN 80-7280-217-8
13. Zdravotnická statistika. Pohlavní nemoci. 2004. ISBN 80-7280-427-8
14. Zdravotnická statistika. Pohlavní nemoci. 2005. ISBN 80-7280-470-7

15. Zdravotnická statistika. Pohlavní nemoci. 2006. ISBN 80-7280-584-3
16. Zdravotnická statistika. Pohlavní nemoci. 2007. ISBN 978-80-7280-700-0.
17. Zdravotnická statistika. Pohlavní nemoci. 2008. ISBN 978-80-7280-786-4.
18. Zdravotnická statistika. Pohlavní nemoci. 2009. ISBN 978-80-7280-830-4
19. Zdravotnická statistika. Pohlavní nemoci. 2010. ISBN 978-80-7280-899-1
20. Zdravotnická statistika. Pohlavní nemoci. 2011. ISBN 978-80-7280-948-6
21. Zdravotnická statistika. Pohlavní nemoci. 2012. ISBN 978-80-7472-006-2
22. ZVĚŘINA, J. *Lékařská sexuologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2012, 83 s. ISBN 978-80-246-2049-7.
23. ŽDICHYNEC, B. *Chlamydie: skrytá hrozba v těle*. 2. vyd. Praha: Český klub, 2011, 111 s. Zdraví a život. ISBN 978-80-86922-41-6.

Informační zdroje:

1. Adolescent a partnerské vztahy. *Adolescent a partnerské vztahy* [online]. 2010 [cit. 2012-10-23]. Dostupné z: http://www.chytrazena.cz/obdobi-adolescence-ii-adolescent-a-okoli-11793.html
2. HIV. *HIV* [online]. 2011 [cit.2012-12-04]. Dostupné z: http://www.cdc.gov/hiv/default.htm
3. HIV. *HIV* [online]. 2007 [cit.2012-12-04]. Dostupné z: http://www.advocatesforyouth.org/publications/435?task=view
4. Očkování proti HPV. *Očkování proti HPV* [online]. 2010 [cit. 2012-11-18]. Dostupné z: http://www.hpv-college.cz/ockovani-proti-hpv/ockovani-proti-hpv.html
5. Pediculosis pubis. *Pediculosis pubis* [online]. [cit. 2012-11-14]. Dostupné z: http://www.pohlavni-nemoci-a-jejich-priznaky.cz/ves-munka-munky-filcky/
6. Pohlavně přenosné choroby. *Pohlavně přenosné choroby* [online]. 2011 [cit. 2012-10-30]. Dostupné z: http://www.wikiskripta.eu/index.php/Sexu%C3%A1ln%C4%9B_p%C5%99enosn%C3%A9_infekce
7. Pohlavní nemoci. *Pohlavní nemoci* [online]. [cit. 2012-11-07]. Dostupné z: http://www.fist.cz/j/texty/nemoci.html

8. Pohlavní nemoci. *Pohlavní nemoci* [online]. 2008 [cit. 2012-11-17]. Dostupné z: http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=3050&magazine_id=11
9. Pohlavní nemoci. *Pohlavní nemoci* [online]. 2010 [cit. 2012-11-17]. Dostupné z: http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=3050&magazine_id=11
10. Pohlavní zneužívání dětí. *Pohlavní zneužívání dětí* [online]. 2009 [cit. 2012-11-19]. Dostupné z: http://www.nasedite.cz/cs/nadace_a_media/tiskove_zpravy_2009/266pripadu_sexualniho_zneuzivani_a_tyrani_deti_pribylo
11. Práce dětí. *Práce dětí* [online]. 2012 [cit. 2012-10-24]. Dostupné z: http://cs.wikipedia.org/wiki/D%C4%9Btsk%C3%A1_pr%C3%A1ce
12. Rituály dospělosti. *Rituály dospělosti* [online]. [cit. 2012-10-22]. Dostupné z: http://www.janbim.cz/cviceni/prechodove-ritualy/.
13. Rozdělení pohlavně přenosných nemocí. *Rozdělení pohlavně přenosných nemocí* [online]. 2010 [cit.2012-12-08]. Dostupné z: http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=3584&magazine_id=11
14. Sebevraždy. *Sebevraždy* [online]. 2011 [cit. 2012-11-01]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/p/4012-11
15. Syfilis. *Syfilis* [online]. 2010 [cit.2012-11-13]. Dostupné z: http://www.ceskatelevize.cz/porady/1095946610-diagnoza/200-syfilis/video
16. Šestiletou dívku vyléčili z leukémie aplikací viru HIV. *Šestiletou dívku vyléčili z leukémie aplikací viru HIV* [online]. 2012 [cit. 2012-12-10]. Dostupné z: http://www.novinky.cz/zahranicni/amerika/287299-sestiletou-divku-vylecili-z-leukemie-aplikaci-viru-hiv.html
17. Ženské kondomy. *Ženské kondomy* [online]. 2011 [cit. 2012-12-23]. Dostupné z: http://www.okondomech.info/kondomy-pro-zeny.html

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AIDS	Syndrom získaného selhání imunity (Acquired Immune Deficiency Syndrome)
BWR	Bordetova-Wassermannova reakce
CCR 5	Receptory pro chemokiny
CDC	Centrum pro kontrolu a prevenci nemocí USA
CD 4+	Specifický lymfocyt
CNS	Centrální nervový systém
CXCR 4	Chemokinový receptor
ČR	Česká Republika
Dr.	Lékař
HIV	Virus lidské imunodeficience (Human Imunodeficiency virus)
HPV	Lidský papilomavirus
HSV-1, HSV -2	Herpes simplex virus typu 1 a 2
LCR	Ligázová řetězová reakce
MR	Mentální retardace
PCR	Polymerázová řetězová reakce
RNA	Ribonukleová kyselina
STD	Sexuálně přenosná onemocnění (sexually transmitted disease)
TZV	Takzvaný

T4	Specifický lymfocyt
USA	Spojené státy americké
Str.	Strana

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka č. 1: Jaké je Vaše pohlaví? 57str.
Tabulka č. 2: Kolik je Vám let? 58str.
Tabulka č. 3: Jaké je Vaše bydliště? 59 str.
Tabulka návratnosti dotazníků 60str.
Tabulka č. 4: Jaké choroby nepatří mezi sexuálně přenosné choroby? 63str.
Tabulka č. 5: Rakovina děložního čípku se nejčastěji vyskytuje? 65 str.
Tabulka č. 6: Jaké je podle Vás nejvíce používaná ochrana proti pohlavním nemocem? 66str.
Tabulka č. 7: Kterým způsobem se můžete nakazit pohlavně přenosnou chorobou? 68str.
Tabulka č. 8a: Chráníte se proti pohlavním nemocem? 69str.
Tabulka odpovědí na otázku číslo 8b: Jakým způsobem se chráníte proti pohlavním nemocem? 69str.
Tabulka č. 9: Jaké jsou příznaky HPV infekce? 70str.
Tabulka č. 10: Jaká je podle Vás nejvíce používaná metoda antikoncepce? 72str.
Tabulka č. 11a: Používáte hormonální antikoncepci? 73str.
Tabulka odpovědí na otázku číslo 11b: Důvod proč nepoužíváte hormonální antikoncepci? 73str.
Tabulka č. 12: Jaké jsou cesty nákazy HIV? 75str.
Tabulka č. 13: Nejvíce lidí nakažených virem HIV se nachází? 76 str.
Tabulka č. 14: Kdyby měl jít člověk při podezření na nakažení virem HIV na testy? 77str.
Tabulka č. 15: Kde nejčastěji získáváte informace o pohlavních nemocech? 78str.
Tabulka č. 16: Když člověk roznáší úmyslně pohlavní nemoc, může být stíhán? 79str.
Tabulka č. 17: Šel/a by si dobrovolně na HIV testy s novým partnerem? 80str.
Tabulka č. 18: V kolika letech si měl/a svoji první sexuální zkušenost? 81str.
Tabulka č. 19: V kolika letech jsi poprvé dostal/a poučení o sexuálním životě? 83str.

Tabulka č. 20: V kolika letech je podle tebe ideální začít se sexuálním životem? 85 str.
Tabulka – Porovnání informovanosti respondentů v obci a v malém městě Příloha M
Tabulka – Porovnání informovanosti respondentů v obci a ve středně velkém městě Příloha N
Tabulka – Porovnání informovanosti respondentů v obci a ve velkém městě Příloha O

Seznam grafů

Graf č. 1: Jaké je Vaše pohlaví? 57 str.
Graf č. 2: Kolik je Vám let? 58 str.
Graf č. 3: Jaké je Vaše bydliště? 59 str.
Graf č. 4: Jaké choroby nepatří mezi sexuálně přenosné choroby? 64 str.
Graf č. 5: Rakovina děložního čípku se vyskytuje nejčastěji? 66 str.
Graf č. 6: Jaká je podle Vás nejvíce používaná ochrana proti pohlavním nemocem? 67 str.
Graf č. 7: Kterým způsobem se můžete nakazit pohlavně přenosnou chorobou? 68 str.
Graf č. 8: Chráníte se proti pohlavním nemocem? 69 str.
Graf č. 9: Jaké jsou příznaky HPV infekce? 71 str.
Graf č. 10: Jaká je podle Vás nejvíce používaná metoda antikoncepce? 73 str.
Graf č. 11: Používáte hormonální antikoncepci? 73 str.
Graf č. 12: Jaké jsou cesty nákazy HIV? 75 str.
Graf č. 13: Nejvíce lidí nakažených virem HIV se nachází? 76 str.
Graf č. 14: Kdyby měl jít člověk při podezření na nakažení virem HIV na testy? 77 str.
Graf č. 15: Kde nejčastěji získáváte informace o pohlavních nemocech? 78 str.
Graf č. 16: Když člověk roznáší úmyslně pohlavní nemoc, může být stíhán? 79 str.
Graf č. 17: Šel/a by si dobrovolně na HIV testy s novým partnerem? 80 str.
Graf č. 18: V kolika letech si měl/a svoji první sexuální zkušenost? 82 str.
Graf č. 19: V kolika letech jsi poprvé dostal/a poučení o sexuálním životě? 84 str.
Graf č. 20: V kolika letech je podle tebe ideální začít se sexuálním životem? 86 str.

SEZNAM PŘÍLOH

A Statistické údaje o výskytu pohlavních nemocí v ČR v roce 2002

B Statistické údaje o výskytu pohlavních nemocí v ČR v roce 2003

C Statistické údaje o výskytu pohlavních nemocí v ČR v roce 2004

D Statistické údaje o výskytu pohlavních nemocí v ČR v roce 2005

E Statistické údaje o výskytu pohlavních nemocí v ČR v roce 2006

F Statistické údaje o výskytu pohlavních nemocí v ČR v roce 2007

G Statistické údaje o výskytu pohlavních nemocí v ČR v roce 2008

H Statistické údaje o výskytu pohlavních nemocí v ČR v roce 2009

CH Statistické údaje o výskytu pohlavních nemocí v ČR v roce 2010

I Statistické údaje o výskytu pohlavních nemocí v ČR v roce 2011

J Vývoj počtu případů HIV/AIDS

K Tematické bloky sexuální osvěty

L Anonymní dotazník

M Porovnání informovanosti respondentů v obci a v malém městě

N Porovnání informovanosti respondentů v obci a ve středně velkém městě

O Porovnání informovanosti respondentů v obci a ve velkém městě

Příloha A - Statistické údaje o výskytu pohlavních nemocí v ČR v roce 2002

Tabulka č. 1 rozdělení pohlavních nemocí podle věkových skupin u mužů

Diagnóza	Věková skupina					
	Od 4 let	5 – 9	10 – 14	15 – 19	20 – 24	25 – 29
	muži					
Syfilis (A50 -53)	7	-	-	14	67	107
Vrozená (A 50)	4	-	-	-	-	-
Časná (A 51)	3	-	-	12	28	31
Pozdní (A52)	-	-	-	-	4	8
Jiná a neurčitá (A53)	-	-	-	2	35	68
Gonokoková infekce	3	-	-	54	202	172
Akutní	3	-	-	50	185	158
Chronická	-	-	-	4	17	14

Tabulka č. 2 rozdělení pohlavních nemocí podle věkových skupin u žen

Diagnóza	Věková skupina					
	Od 4 let	5 - 9	10 – 14	15 – 19	20 – 24	25 - 29
	ženy					
Syfilis (A50- 53)	-	-	1	52	97	90
Vrozená (A50)	-	-	-	-	-	-
Časná (A51)	-	-	1	38	45	33
Pozdní (A52)	-	-	-	1	8	9
Jiná a neurčitá (A53)	-	-	-	13	44	48
Gonokoková infekce	-	-	1	80	97	55
Akutní	-	-	1	54	65	33
Chronická	-	-	-	26	32	22

Tabulka č. 3 hlášená onemocnění pohlavními nemocemi podle krajů

kraj	syfilis					
	vrozená	časná	pozdní	Jiná a neurčitá	celkem	Gonokoková infekce
	absolutně					
Praha	2	43	14	18	109	245
Středočeský kraj	-	17	16	12	45	83
Jihočeský kraj	2	13	5	8	28	35
Plzeňský kraj	-	7	5	29	41	21
Karlovarský kraj	-	38	13	17	68	35
Ústecký kraj	-	92	11	106	209	131
Liberecký kraj	2	10	10	34	56	55
Královéhradecký kraj	-	3	7	3	13	32
Pardubický kraj	-	6	7	10	23	17
Vysočina	-	1		3	4	6
Jihomoravský kraj	-	14	4	22	40	103
Olomoucký kraj	1	4	7	23	35	70
Zlínský kraj	-	1	11	1	13	12
Moravskoslezský kraj	-	29	10	198	237	56

Příloha B - Statistické údaje o výskytu pohlavních nemocí v ČR v roce 2003

Tabulka č. 1 rozdělení pohlavních nemocí podle věkových skupin u mužů

Diagnóza	Věková skupina					
	Od 4 let	5 – 9	10 – 14	15 – 19	20 – 24	25 – 29
	muži					
Syfilis (A50 -53)	2	-	-	8	46	70
Vrozená (A 50)	2	-	-	-	-	-
Časná (A 51)	-	-	-	6	17	22
Pozdní (A52)	-	-	-	-	2	3
Jiná a neurčitá (A53)	-	-	-	2	27	45
Gonokoková infekce	1	-	-	61	200	203
Akutní	1	-	-	59	190	184
Chronická	-	-	-	2	10	19

Tabulka č. 2 rozdělení pohlavních nemocí podle věkových skupin u žen

Diagnóza	Věková skupina					
	Od 4 let	5 - 9	10 – 14	15 – 19	20 – 24	25 - 29
	ženy					
Syfilis (A50- 53)	3	-	1	29	81	104
Vrozená (A50)	3	-	-	-	-	-
Časná (A51)	-	-	-	14	38	32
Pozdní (A52)	-	-	-	1	4	10
Jiná a neurčitá (A53)	-	-	1	14	39	62
Gonokoková infekce	1	-	2	82	124	65
Akutní	1	-	2	72	102	52
Chronická	-	-	-	10	22	13

Tabulka č. 3 hlášená onemocnění pohlavními nemocemi podle krajů

kraj	syfilis					
	vrozená	časná	pozdní	Jiná a neurčitá	celkem	Gonokoková infekce
	absolutně					
Praha	2	45	27	20	94	327
Středočeský kraj	-	22	12	7	41	84
Jihočeský kraj	1	12	4	2	19	45
Plzeňský kraj	-	8	4	27	39	20
Karlovarský kraj	1	30	9	7	47	29
Ústecký kraj	2	54	8	69	133	141
Liberecký kraj	1	13	6	20	40	28
Královéhradecký kraj	-	-	16	6	22	30
Pardubický kraj	1	2	12	5	20	18
Vysočina	-	-	1	2	3	17
Jihomoravský kraj	1	9	10	25	45	122
Olomoucký kraj	-	10	5	19	34	63
Zlínský kraj	-	-	12	-	12	20
Moravskoslezský kraj	2	15	5	228	250	72

Příloha C - Statistické údaje o výskytu pohlavních nemocí v ČR v roce 2004

Tabulka č. 1 rozdělení pohlavních nemocí podle věkových skupin u mužů

Diagnóza	Věková skupina					
	Od 4 let	5 – 9	10 – 14	15 – 19	20 – 24	25 – 29
	muži					
Syfilis (A50 -53)	3	-	-	8	37	60
Vrozená (A 50)	3	-	-	-	-	-
Časná (A 51)	-	-	-	5	23	26
Pozdní (A52)	-	-	-	-	2	1
Jiná a neurčitá (A53)	-	-	-	3	12	33
Gonokoková infekce	2	-	-	45	170	173
Akutní	2	-	-	42	166	166
Chronická	-	-	-	3	4	7

Tabulka č. 2 rozdělení pohlavních nemocí podle věkových skupin u žen

Diagnóza	Věková skupina					
	Od 4 let	5 - 9	10 – 14	15 – 19	20 – 24	25 - 29
	ženy					
Syfilis (A50- 53)	5	-	-	17	66	74
Vrozená (A50)	4	-	-	-	-	-
Časná (A51)	-	-	-	12	28	20
Pozdní (A52)	-	-	-	-	7	11
Jiná a neurčitá (A53)	1	-	-	5	31	43
Gonokoková infekce	1	-	1	69	128	73
Akutní	1	-	1	57	104	61
Chronická	-	-	-	12	24	12

Tabulka č. 3 hlášená onemocnění pohlavními nemocemi podle krajů

kraj	syfilis					
	vrozená	časná	pozdní	Jiná a neurčitá	celkem	Gonokoková infekce
	absolutně					
Praha	2	52	31	10	95	311
Středočeský kraj	1	14	8	12	35	85
Jihočeský kraj	-	11	10	4	25	69
Plzeňský kraj	-	7	1	15	23	27
Karlovarský kraj	1	34	4	8	47	36
Ústecký kraj	1	38	15	58	112	106
Liberecký kraj	1	9	4	16	30	32
Královéhradecký kraj	1	1	16	7	25	20
Pardubický kraj	-	1	8	2	11	10
Vysočina	-	1	1	10	12	13
Jihomoravský kraj	2	18	8	42	70	105
Olomoucký kraj	1	4	1	8	14	22
Zlínský kraj	-	7	6	2	15	12
Moravskoslezský kraj	-	11	3	110	638	81

Příloha D - Statistické údaje o výskytu pohlavních nemocí v ČR v roce 2005

Tabulka č. 1 rozdělení pohlavních nemocí podle věkových skupin u mužů

Diagnóza	Věková skupina					
	Od 4 let	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29
	muži					
Syfilis (A50- A53)	1	-	-	4	23	54
Vrozená (A50)	1	-	-	-	-	
Časná (A51)	-	-	-	4	11	26
Pozdní (A52)	-	-	-	-	-	5
Jiná a neurčitá (A53)	-	-	-	-	12	23
Gonokoková infekce	-	-	1	53	162	179
Akutní	-	-	1	51	153	164
Chronická	-	-	-	2	9	15

Tabulka č. 2 rozdělení pohlavních nemocí podle věkových skupin u žen

Diagnóza	Věková skupina					
	Od 4 let	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29
	ženy					
Syfilis (A50- A53)	1	-	1	13	39	14
Vrozená (A50)	1	-	-	-	-	-
Časná (A51)	-	-	1	7	13	1
Pozdní (A52)	-	-	-	1	4	4
Jiná a neurčitá (A53)	-	-	-	5	22	9
Gonokoková infekce	1	-	-	48	105	9
Akutní	1	-	-	40	90	6
Chronická	-	-	-	8	15	3

Tabulka č. 3 hlášená onemocnění pohlavními nemocemi podle krajů

kraj	syfilis					
	vrozená	časná	pozdní	Jiná a neurčitá	celkem	Gonokoková infekce
	absolutně					
Praha	-	39	33	10	82	331
Středočeský kraj	-	13	21	5	39	98
Jihočeský kraj	-	1	7	2	10	35
Plzeňský kraj	-	4	4	14	22	19
Karlovarský kraj	-	17	3	7	27	43
Ústecký kraj	-	44	12	32	88	74
Liberecký kraj	-	2	6	19	27	13
Královéhradecký kraj	-	2	14	4	20	20
Pardubický kraj	-	2	4	3	9	11
Vysočina	1	4	3	3	11	10
Jihomoravský kraj	-	12	13	40	65	96
Olomoucký kraj	1	-	-	10	11	25
Zlínský kraj	1	1	4	-	6	10
Moravskoslezský kraj	-	8	2	65	75	66

Příloha E - Statistické údaje o výskytu pohlavních nemocí v ČR v roce 2006

Tabulka č. 1 rozdělení pohlavních nemocí podle věkových skupin u mužů

Diagnóza	Věková skupina					
	Od 4 let	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29
	muži					
Syfilis (A50-53)	-	-	-	8	28	39
Vrozená (A50)	-	-	-	-	-	-
Časná (A51)	-	-	-	5	18	20
Pozdní (A52)	-	-	-	-	2	5
Jiná a neurčitá (A53)	-	-	-	3	8	14
Gonokoková infekce	-	-	-	53	190	219
Akutní	-	-	-	49	176	201
Chronická	-	-	-	4	14	18

Tabulka č. 2 rozdělení pohlavních nemocí podle věkových skupin u žen

Diagnóza	Věková skupina					
	Od 4 let	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29
	ženy					
Syfilis (A50-53)	1	-	-	10	38	40
Vrozená (A50)	1	-	-	-	-	-
Časná (A51)	-	-	-	5	16	12
Pozdní (A52)	-	-	-	1	5	4
Jiná a neurčitá (A53)	-	-	-	4	17	24
Gonokoková infekce	2	-	-	69	105	67
Akutní	1	-	-	61	86	57
Chronická	1	-	-	8	19	10

Tabulka č. 3 hlášená onemocnění pohlavními nemocemi podle krajů

kraj	syfilis					
	vrozená	časná	pozdní	Jiná a neurčitá	celkem	Gonokoková infekce
	absolutně					
Praha	-	50	46	6	102	378
Středočeský kraj	-	12	18	10	40	95
Jihočeský kraj	-	2	7	2	11	32
Plzeňský kraj	-	3	-	17	20	14
Karlovarský kraj	1	16	2	11	30	50
Ústecký kraj	1	54	7	33	95	98
Liberecký kraj	-	4	8	5	17	28
Královéhradecký kraj	-	2	6	8	16	44
Pardubický kraj	-	2	-	5	7	30
Vysočina	-	6	3	2	11	27
Jihomoravský kraj	4	11	4	42	61	129
Olomoucký kraj	-	2	2	12	16	35
Zlínský kraj	-	2	2	2	6	11
Moravskoslezský kraj	-	8	16	36	60	100

Příloha F – Statistické údaje o výskytu pohlavních nemocí v ČR v roce 2007

Tabulka č. 1 rozdělení pohlavních nemocí podle věkových skupin u mužů

Diagnóza	Věková skupina					
	Od 4 let	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29
	muži					
Syfilis (A50-A53)	2	-	-	14	79	96
Vrozená (A50)	2	-	-	-	1	-
Časná (A51)	-	-	-	9	65	69
Pozdní (A52)	-	-	-	-	3	3
Jiná a neurčitá (A53)	-	-	-	5	10	24
Gonokoková infekce	-	-	2	67	208	203
Akutní	-	-	2	66	194	189
Chronická	-	-	-	1	14	14

Tabulka č. 2 rozdělení pohlavních nemocí podle věkových skupin u žen

Diagnóza	Věková skupina					
	Od 4 let	5-9	10-14	15-19	20-24	25-19
	ženy					
Syfilis (A 50-53)	2	1	1	21	52	79
vrozená (A50)	2	-	-	-	-	-
Časná (A51)	-	-	-	14	26	30
Pozdní (A52)	-	-	-	1	4	16
Jiná a neurčitá (A53)	-	1	1	6	22	33
Gonokoková infekce	2	-	-	66	131	60
Akutní	2	-	-	52	112	44
Chronická	-	-	-	14	19	16

Tabulka č. 3 hlášená onemocnění pohlavními nemocemi podle krajů

kraj	syfilis					
	vrozená	časná	pozdní	Jiná a neurčitá	celkem	Gonokoková infekce
	absolutně					
Praha	1	142	38	9	190	349
Středočeský kraj	-	42	15	14	71	94
Jihočeský kraj	-	6	6	4	16	45
Plzeňský kraj	-	10	-	31	41	48
Karlovarský kraj	1	34	-	17	52	52
Ústecký kraj	1	82	13	53	149	140
Liberecký kraj	1	13	9	12	35	41
Královéhradecký kraj	-	9	3	10	22	18
Pardubický kraj	-	5	2	2	9	24
Vysočina	-	9	-	7	16	9
Jihomoravský kraj	1	23	4	29	57	143
Olomoucký kraj	1	6	2	12	21	37
Zlínský kraj	-	4	4	5	13	29
Moravskoslezský kraj	-	18	16	75	109	113

Příloha G - Statistické údaje o výskytu pohlavních nemocí v ČR v roce 2008

Tabulka č. 1 rozdělení pohlavních nemocí podle věkových skupin u mužů

Diagnóza	Věková skupina					
	Od 4 let	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29
	muži					
Syfilis (A50-53)	-	-	-	23	59	68
Vrozená (A50)	-	-	-	-	-	-
Časná (A51)	-	-	-	20	56	57
Pozdní (A52)	-	-	-	-	-	2
Jiná a neurčitá (A53)	-	-	-	3	3	9
Gonokoková infekce	-	-	1	40	143	133
Akutní	-	-	1	38	135	129
Chronická	-	-	-	2	8	4

Tabulka č. 2 rozdělení pohlavních nemocí podle věkových skupin u žen

Diagnóza	Věková skupina					
	Od 4 let	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29
	ženy					
Syfilis (A50 -53)	1	-	-	11	27	31
Vrozená (A50)	1	-	-	-	-	-
Časná (A51)	-	-	-	7	20	19
Pozdní (A52)	-	-	-	-	-	1
Jiná a neurčitá (A53)	-	-	-	4	7	11
Gonokoková infekce	1	1	-	52	60	40
Akutní	1	1	-	44	53	33
Chronická	-	-	-	8	7	7

Tabulka č. 3 hlášená onemocnění pohlavními nemocemi podle krajů

kraj	syfilis					
	vrozená	časná	pozdní	Jiná a neurčitá	celkem	Gonokoková infekce
	absolutně					
Praha	-	218	48	21	287	221
Středočeský kraj	-	52	18	19	89	87
Jihočeský kraj	-	13	6	4	23	27
Plzeňský kraj	-	10	1	16	27	54
Karlovarský kraj	-	21	-	8	29	49
Ústecký kraj	-	49	12	36	97	102
Liberecký kraj	-	12	11	7	30	34
Královéhradecký kraj	1	5	1	5	12	13
Pardubický kraj	-	8	1	3	12	11
Vysočina	-	7	1	7	15	10
Jihomoravský kraj	1	42	6	21	70	81
Olomoucký kraj	-	10	-	17	27	30
Zlínský kraj	-	8	6	-	14	23
Moravskoslezský kraj	-	48	11	31	90	59

Příloha H - Statistické údaje o výskytu pohlavních nemocí v ČR v roce 2009

Tabulka č. 1 rozdělení pohlavních nemocí podle věkových skupin u mužů

Diagnóza	Věková skupina					
	Od 4 let	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29
	muži					
Syfilis (A50-A53)	-	-	-	19	66	110
Vrozená (A50)	-	-	-	-	-	-
Časná (A51)	-	-	-	14	58	93
Pozdní (A52)	-	-	-	1	2	2
Jiná a neurčitá (A53)	-	-	-	4	6	15
Gonokoková infekce	-	-	-	46	134	84
Akutní	-	-	-	46	123	80
Chronická		-		-	11	4

Tabulka č. 2 rozdělení pohlavních nemocí podle věkových skupin u žen

Diagnóza	Věková skupina					
	Od 4 let	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 -29
	ženy					
Syfilis (A50-53)	1	-	-	30	60	33
Vrozená (A50)	-	-	-	-	-	-
Časná (A51)	1	-	-	27	48	27
Pozdní (A52)	-	-	-	-	3	2
Jiná a neurčitá	-	-	-	3	9	4
Gonokoková infekce	1	-	-	46	44	10
Akutní	1	-	-	37	37	5
Chronická	-	-	-	9	7	5

Tabulka č. 3 hlášená onemocnění pohlavními nemocemi podle krajů

kraj	syfilis					
	vrozená	časná	pozdní	Jiná a neurčitá	celkem	Gonokoková infekce
	absolutně					
Praha	-	327	25	35	387	259
Středočeský kraj	-	72	11	17	100	63
Jihočeský kraj	-	24	2	4	30	19
Plzeňský kraj	-	18	1	18	37	24
Karlovarský kraj	-	12	1	16	29	41
Ústecký kraj	-	52	11	28	91	67
Liberecký kraj	1	17	7	5	30	24
Královéhradecký kraj	-	9	1	7	17	11
Pardubický kraj	-	12	-	1	13	5
Vysočina	-	6	2	4	12	8
Jihomoravský kraj	-	62	3	37	102	91
Olomoucký kraj	-	14	-	12	16	30
Zlínský kraj	-	8	3	4	15	16
Moravskoslezský kraj	-	33	12	22	67	61

Příloha CH - Statistické údaje o výskytu pohlavních nemocí v ČR v roce 2010

Tabulka č. 1 rozdělení pohlavních nemocí podle věkových skupin u mužů

Diagnóza	Věková skupina					
	Od 4 let	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29
	muži					
Syfilis (A50 – 53)	-	-	-	13	60	86
Vrozená (A50)	-	-	-	-	-	-
Časná (A51)	-	-	-	13	53	71
Pozdní (A52)	-	-	-	-	-	-
Jiná a neurčitá	-	-	-	-	7	15
Gonokoková infekce	-	-	1	36	124	124
Akutní	-	-	1	34	120	122
Chronická	-	-	-	2	4	2

Tabulka č. 2 rozdělení pohlavních nemocí podle věkových skupin u žen

Diagnóza	Věková skupina					
	Od 4 let	5 - 9	10 – 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29
	ženy					
Syfilis (A50 – 53)	3	-	-	24	70	47
Vrozená (A50)	3	-	-	-	-	-
Časná (A51)	-	-	-	23	62	35
Pozdní (A52)	-	-	-	-	3	2
Jiná a neurčitá	-	-	-	1	5	10
Gonokoková infekce	2	-	1	34	63	40
Akutní	2	-	1	33	55	33
Chronická	-	-	-	1	8	7

Tabulka č. 3 hlášená onemocnění pohlavními nemocemi podle krajů

kraj	syfilis					
	vrozená	časná	pozdní	Jiná a neurčitá	celkem	Gonokoková infekce
	absolutně					
Praha	1	268	34	33	336	293
Středočeský kraj	-	77	7	32	116	70
Jihočeský kraj	1	37	4	3	45	15
Plzeňský kraj	1	41	-	13	55	24
Karlovarský kraj	-	13	3	9	25	15
Ústecký kraj	-	87	9	41	137	50
Liberecký kraj	-	13	5	7	25	23
Královéhradecký kraj	-	17	-	2	19	4
Pardubický kraj	-	9	-	3	12	18
Vysočina	-	12	2	3	17	10
Jihomoravský kraj	-	51	6	67	124	88
Olomoucký kraj	-	11	1	11	23	16
Zlínský kraj	-	9	2	1	12	14
Moravskoslezský kraj	-	28	4	5	37	107

Příloha - Statistické údaje o výskytu pohlavních nemocí v ČR v roce 2011

Tabulka č. 1 rozdělení pohlavních nemocí podle věkových skupin u mužů

Diagnóza	Věková skupina					
	Od 4 let	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29
	muži					
Syfilis (A50 – 53)	2	-	-	8	38	69
Vrozená (A50)	2	-	-	-	-	-
Časná (A51)	-	-	-	6	27	62
Pozdní (A52)	-	-	-	-	5	1
Jiná a neurčitá	-	-	-	2	6	6
Gonokoková infekce	-	-	-	31	113	96
Akutní	-	-	-	30	112	92
Chronická	-	-	-	1	1	4

Tabulka č. 2 rozdělení pohlavních nemocí podle věkových skupin u žen

Diagnóza	Věková skupina					
	Od 4 let	5 - 9	10 – 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29
	ženy					
Syfilis (A50 – 53)	3	-	-	10	33	35
Vrozená (A50)	2	-	-	-	-	-
Časná (A51)	1	-	-	8	29	28
Pozdní (A52)	-	-	-	-	2	3
Jiná a neurčitá	-	-	-	2	2	4
Gonokoková infekce	-	1	-	34	56	29
Akutní	-	1	-	31	52	26
Chronická	-	-	-	3	4	3

Tabulka č. 3 hlášená onemocnění pohlavními nemocemi podle krajů

kraj	syfilis					
	vrozená	časná	pozdní	Jiná a neurčitá	celkem	Gonokoková infekce
	absolutně					
Praha	-	168	36	25	229	262
Středočeský kraj	-	47	14	20	81	84
Jihočeský kraj	-	15	8	8	31	35
Plzeňský kraj	-	30	3	14	47	26
Karlovarský kraj	-	6	3	9	18	9
Ústecký kraj	-	42	19	30	91	47
Liberecký kraj	-	6	2	9	17	26
Královéhradecký kraj	-	10	2	10	22	10
Pardubický kraj	-	8	1	2	11	7
Vysočina	-	11	-	2	13	9
Jihomoravský kraj	5	31	6	47	89	80
Olomoucký kraj	-	4	1	4	9	14
Zlínský kraj	-	7	1	2	10	14
Moravskoslezský kraj	-	20	1	4	25	74

Příloha J - vývoj počtu případů HIV/AIDS

rok	HIV +			AIDS +		
	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem
1985	3	-	3	-	-	-
1986	22	1	23	-	1	1
1987	23	1	24	2	-	2
1988	33	2	25	6	-	6
1989	6	2	8	7	-	7
1990	14	1	15	5	-	5
1991	12	1	13	2	-	2
1992	19	4	23	9	-	9
1993	18	9	27	11	4	15
1994	30	8	38	10	2	12
1995	26	14	40	13	-	13
1996	41	10	51	18	1	19
1997	48	14	62	18	2	20
1998	23	7	30	7	1	8
1999	34	16	50	15	2	17
2000	44	14	58	13	2	15
2001	41	10	51	6	2	8
2002	39	11	50	7	1	8
2003	49	14	63	8	1	9
2004	54	18	72	11	2	13
2005	70	20	90	8	5	13
2006	72	19	91	13	5	18
2007	97	24	121	18	5	23
2008	121	27	148	22	7	29
2009	130	26	156	17	6	23
2010	159	21	180	20	6	26

2011	139	14	153	15	8	23
celkem	**1 368**	**307**	**1 675**	**281**	**65**	**344**
žijící	**1 160**	**262**	**1 422**	**138**	**28**	**166**

Příloha K – tematické bloky sexuální osvěty

I. Tělo

- Vlastní tělo
- Tělo druhého pohlaví
- Péče o tělo
- Péče o zevnějšek
- Sexuální život
- Bezpečí sexuálního života

II. Normy a hodnoty

- Společenské chování
- První kontakt
- Chování v zaměstnání
- Společenská zábava
- Společenské a morální hranice
- Společensky nepřijatelné formy kontaktu

III. Vztahy

- Formy vztahů a jejich odlišnosti
- Vnímání mužské a ženské role
- Láska a co k ní patří
- Rodina

IV. Prevence nepříjemných zážitků

- co je příjemné jednomu, nemusí být příjemné druhému
- jak dát najevo svůj nesouhlas
- sexuální zneužívání a jeho prevence
- jak požádat o pomoc

Příloha L – anonymní dotazník

Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Jana Picková a jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Součástí mé státní závěrečné zkoušky je obhajoba bakalářské práce na téma - Informovanost adolescentů o pohlavně přenosných chorobách. K zjištění patřičných údajů, které jsou obsaženy ve výzkumné části mé práce, Vás prosím o vyplnění následujícího dotazníku. Upozorňuji, že dotazník je zcela anonymní. Údajů v dotazníku nebude zneužito a poslouží výhradně k dokončení mé bakalářské práce.

Děkuji

1) Jaké je Vaše pohlaví?
   A. Žena
   B. Muž

2) Kolik je Vám let?
   A. 18 -19 let
   B. 20 - 22 let

3) Jaké je Vaše bydliště?
   A. Vesnice
   B. Malé město (10 000 – 199 000 obyvatel)
   C. Střední město (200 000 – 600 000 obyvatel)
   D. Velké město (více než 600 000 obyvatel)

4) Jaké choroby ***nepatří*** mezi sexuálně přenosné choroby? (možnost více odpovědí)
   A. Chřipka
   B. Salmonely
   C. Syfilis
   D. Kapavka
   E. Rakovina děložního čípku
   F. HIV, AIDS

5) Rakovina děložního čípku se vyskytuje nejčastěji?
   A. U žen, které neměly pohlavní styk
   B. U žen, které mají stálého partnera
   C. U žen, které zahájily pohlavní život velmi brzy, střídají sexuální partnery

6) Jaká je podle Vás nejvíce používaná ochrana proti pohlavním nemocem?
   A. Přerušovaná soulož
   B. Očkování
   C. Používání kondomu
   D. Hormonální antikoncepce
   E. Nevím

7) Kterým způsobem se můžete nakazit pohlavně přenosnou chorobou? (možnost více odpovědí)
   A. Na znečištěné toaletě
   B. Krví
   C. Orální a análním stykem
   D. Při pettingu (milostná hra bez soulože)

8) Chráníte se proti pohlavním nemocem? Jestliže je odpověď ano, napište jakým způsobem?
   A. Ano
   B. Ne

   _____

9) Jaké jsou příznaky HPV infekce? (HPV – lidský papilomavirus, který způsobuje rakovinu děložního čípku)
   A. Bolest, svědění a zarudnutí v oblasti genitálu
   B. Zkalený výtok
   C. Pouze svědění v oblasti genitálu a horečky
   D. Žádné

10) Jaká je podle Vás nejvíce používaná metoda antikoncepce?

A. Metoda plodných a neplodných dnů
B. Poševní pesar
C. Nitroděložní tělísko
D. Kondom
E. Hormonální tabletky
F. Hormonální náplast
G. Žádnou antikoncepci nepoužívám

11) Používáte hormonální antikoncepci? Jestliže je odpověď ne, z jakého důvodu?

A. Ano
B. Ne

_____

12) Jaké jsou cesty nákazy HIV? (možnost více odpovědí)

A. Pohlavní styk
B. Orální styk
C. Anální styk
D. Podání ruky
E. Při líbání
F. Půjčování použitých stříkaček

13) Nejvíce lidí nakažených virem HIV se nachází?

A. Afrika
B. Jižní Amerika
C. Evropa

14) Kdyby měl jít člověk při podezření na nakažení virem HIV na testy?

A. Co nejdříve
B. Za 2 až 3 měsíce po rizikovém a nechráněném pohlavním styku
C. Nikdy
D. Nevím

15) Kde nejčastěji získáváte informace o pohlavních nemocech?

A. Z internetových zdrojů
B. Od kamarádů
C. Ze školy
D. Od rodičů

16) Když člověk roznáší úmyslně pohlavní nemoc, může být stíhán?

A. Ano
B. Ne
C. Nevím

17) Šel/a by si dobrovolně na HIV testy s novým partnerem?

A. Ano
B. Ne
C. Nevím

18) V kolika letech si měl/a svoji první sexuální zkušenost?

A. Ještě jsem ji neměl/a
B. 15 let
C. 16 let
D. 17 let
E. Jiné:

19) V kolika letech jsi poprvé dostal/a poučení o sexuálním životě?

_____

20) V kolika letech je podle tebe ideální začít se sexuálním životem?

_____

Příloha M

Tabulka - Porovnání informovanosti respondentů v obci a v malém městě

	Vesnice (celkem)	Vesnice (%)	Malé město (celkem)	Malé město (%)
Otázka č. 4	20	30,30 %	10	15,15 %
Otázka č. 5	40	60,61 %	23	34,85 %
Otázka č. 6				
Očkování	1	1,52 %	0	0,00 %
Používání kondomu	29	43,94 %	23	34,85 %
Hormonální antikoncepce	10	15,15 %	2	3,03 %
Otázka č. 7	24	36,36 %	14	21,21 %
Otázka č. 8				
ANO	25	37,88 %	13	19,70 %
NE	16	24,24 %	12	18,18 %
Otázka č. 9	11	16,67 %	6	9,09 %
Otázka č. 10				
Nitroděložní tělísko	0	0,00%	1	1,52 %
Kondom	10	15,15 %	3	4,55 %
Hormonální tbl.	30	45,45 %	21	31,82 %
Žádnou antikoncepci nepoužívám	1	1,52 %	0	0,00%
Otázka č. 11				
ANO	24	36,36 %	15	22,73 %
NE	8	12,12 %	1	1,52 %
Otázka č. 12	13	19,70 %	12	18,18 %
Otázka č. 13	40	60,61 %	23	34,85 %
Otázka č. 14	10	15,15 %	6	9,09 %
Otázka č. 15				
Internetové zdroje	31	46,97 %	19	28,79 %
Od kamarádů	3	4,55 %	0	0,00 %
Ze školy	7	10,61 %	6	9,09 %
Od rodičů	0	0,00 %	0	0,00 %
Otázka č. 16	36	54,55 %	20	30,30 %

Otázka č. 17				
ANO	27	40,91 %	16	24,24 %
NE	3	4,55 %	0	0,00 %
NEVÍM	0	0,00 %	9	13,64 %
Otázka č. 18				
Ještě jsem jí neměla	2	3,03 %	2	3,03 %
14	1	1,52 %	1	1,52 %
15	13	19,70 %	10	15,15 %
16	11	16,67 %	7	10,61 %
17	13	19,70 %	3	4,55 %
18	0	0,00 %	2	3,03 %
19	1	1,52 %	0	0,00 %
Otázka č. 19				
9	1	1,52 %	0	0,00 %
10	6	9,09 %	1	1,52 %
11	1	1,52 %	2	3,03 %
12	11	16,67 %	5	7,58 %
13	10	15,15 %	4	6,06 %
14	6	9,09 %	6	9,09 %
15	3	4,55 %	3	4,55 %
16	2	3,03 %	0	0,00 %
Nevím	1	1,52 %	3	4,55 %
Nikdy	0	0,00 %	1	1,52 %
Otázka č. 20				
15	5	7,58 %	6	9,09 %
16	6	9,09 %	7	10,61 %
17	15	22,73 %	5	7,58 %
18	4	6,06 %	5	7,58 %
19	1	1,52 %	0	0,00 %
Individuálně	8	12,12 %	2	3,03 %
Nevím	2	3,03 %	0	0,00 %
celkem	41		25	

Příloha N

Tabulka – Porovnání informovanosti adolescentů v obci a ve středním městě

	Vesnice (celkem)	Vesnice (%)	Střední město (celkem)	Střední město (%)
Otázka č. 4	20	45,45 %	3	6,82 %
Otázka č. 5	40	90,91 %	2	4,55 %
Otázka č. 6				
Očkování	1	2,27 %	0	0,00 %
Používání kondomu	29	65,91 %	3	6,82 %
Hormonální antikoncepce	10	22,73 %	0	0,00 %
Otázka č. 7	24	54,55 %	0	0,00 %
Otázka č. 8				
ANO	25	56,82 %	0	0,00 %
NE	16	36,36 %	3	6,82 %
Otázka č. 9	11	25,00 %	0	0,00 %
Otázka č. 10				
Nitroděložní tělísko	0	0,00 %	0	0,00 %
Kondom	10	22,73 %	1	2,27 %
Hormonální tbl.	30	68,18 %	2	4,55 %
Žádnou antikoncepci nepoužívám	1	2,27 %	0	0,00 %
Otázka č. 11				
ANO	24	54,55 %	1	2,27 %
NE	8	18,18 %	1	2,27 %
Otázka č. 12	13	29,55 %	1	2,27 %
Otázka č. 13	40	90,91 %	1	2,27 %
Otázka č. 14	10	22,73 %	1	2,27 %
Otázka č. 15				
Internetové zdroje	31	70,45 %	3	6,82 %
Od kamarádů	3	6,82 %	0	0,00 %
Ze školy	7	15,91 %	0	0,00 %
Od rodičů	0	0,00 %	0	0,00 %

Otázka č. 16	36	81,82 %	2	4,55 %
Otázka č. 17				
ANO	27	61,36 %	2	4,55 %
NE	3	6,82 %	0	0,00 %
NEVÍM	0	0,00 %	1	2,27 %
Otázka č. 18				
Ještě jsem jí neměla	2	4,55 %	0	0,00 %
14	1	2,27 %	0	0,00 %
15	13	29,55 %	0	0,00 %
16	11	25,00 %	2	4,55 %
17	13	29,55 %	1	2,27 %
18	0	0,00 %	0	0,00 %
19	1	2,27 %	0	0,00 %
Otázka č. 19				
9	1	2,27 %	0	0,00 %
10	6	13,64 %	0	0,00 %
11	1	2,27 %	0	0,00 %
12	11	25,00 %	0	0,00 %
13	10	22,73 %	0	0,00 %
14	6	13,64 %	0	0,00 %
15	3	6,82 %	3	6,82 %
16	2	4,55 %	0	0,00 %
17	0	0,00 %	0	0,00 %
Nevím	1	2,27 %	0	0,00 %
Nikdy	0	0,00 %	0	0,00 %
Otázka č. 20				
15	5	11,36 %	1	2,27 %
16	6	13,64 %	0	0,00 %
17	15	34,09 %	1	2,27 %
18	4	9,09 %	1	2,27 %
19	1	2,27 %	0	0,00 %
Individuálně	8	18,18 %	0	0,00 %
Nevím	2	4,55 %	0	0,00 %
celkem	41		3	

Příloha O

Tabulka – Porovnání informovanosti adolescentů v obci a ve velkém městě

	Vesnice (celkem)	Vesnice (%)	Velké město (celkem)	Velké město (%)
Otázka č. 4	20	30,77 %	11	16,92 %
Otázka č. 5	40	61,54 %	22	33,85 %
Otázka č. 6				
Očkování	1	1,54 %	0	0,00 %
Používání kondomu	29	44,62 %	23	35,38 %
Hormonální antikoncepce	10	15,38 %	0	0,00 %
nevím	0	0,00 %	1	1,54 %
Otázka č. 7	24	36,92 %	17	26,15 %
Otázka č. 8				
ANO	25	38,46 %	11	16,92 %
NE	16	24,62 %	13	20,00 %
Otázka č. 9	11	16,92 %	9	13,85 %
Otázka č. 10				
Nitroděložní tělísko	0	0,00 %	0	0,00 %
Kondom	10	15,38 %	4	6,15 %
Hormonální tbl.	30	46,15 %	20	30,77 %
Žádnou antikoncepci nepoužívám	1	1,54 %	0	0,00 %
Otázka č. 11				
ANO	24	36,92 %	13	20,00 %
NE	8	12,31 %	4	6,15 %
Otázka č. 12	13	20,00 %	15	23,08 %
Otázka č. 13	40	61,54 %	23	35,38 %
Otázka č. 14	10	15,38 %	8	12,31 %
Otázka č. 15				
Internetové zdroje	31	47,69 %	16	24,62 %
Od kamarádů	3	4,62 %	1	1,54 %
Ze školy	7	10,77 %	5	7,69 %
Od rodičů	0	0,00 %	2	3,08 %

Otázka č. 16	36	55,38 %	21	32,31 %
Otázka č. 17				
ANO	27	41,54 %	17	26,15 %
NE	3	4,62 %	0	0,00 %
NEVÍM	0	0,00 %	5	7,69 %
Otázka č. 19				
6	0	0,00 %	1	1,54 %
7	0	0,00 %	2	3,08 %
9	1	1,54 %	0	0,00 %
10	6	9,23 %	1	1,54 %
11	1	1,54 %	1	1,54 %
12	11	16,92 %	7	10,77 %
13	10	15,38 %	3	4,62 %
14	6	9,23 %	6	9,23 %
15	3	4,62 %	2	3,08 %
16	2	3,08 %	0	0,00 %
17	0	0,00 %	0	0,00 %
Nevím	1	1,54 %	1	1,54 %
Nikdy	0	0,00 %	0	0,00 %
Otázka č. 20				
15	5	7,69 %	1	1,54 %
16	6	9,23 %	8	12,31 %
17	15	23,08 %	8	12,31 %
18	4	6,15 %	1	1,54 %
19	1	1,54 %	0	0,00 %
20	0	0,00 %	1	1,54 %
Individuálně	8	12,31 %	2	3,08 %
Nevím	2	3,08 %	0	0,00 %
celkem	41		24	

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta

Kateřinská 32, Praha 2

Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce absolventa studijního programu

uskutečňovaného na 1. Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie

závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)	**Číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní pas**	**Signatura závěrečné práce**	**Datum**	**Podpis**