

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2014

Michaela Schlegelová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Veřejné zdravotnictví B 5347

Michaela Schlegelová

Studijní obor: Asistent ochrany a podpory veřejného zdraví 5346R007

NEMOCI A JEJICH PREVENCE

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Václav Beránek

PLZEŇ 2014

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Nemoci a jejich prevence“ zpracovala samostatně a použila jen literaturu uvedenou v seznamu literatury.

V Plzni dne 20. 3. 2014

.....

Michaela Schlegelová

Poděkování:

Děkuji panu Mgr. et Mgr. Václavu Beránkovi za velmi užitečné rady, které mi poskytl při zpracování mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat žákům základních škol za vyplnění dotazníků a ředitelům škol za umožnění provést výzkum.

Michaela Schlegelová

ANOTACE

Příjmení a jméno: Schlegelová Michaela

Katedra: Katedra záchranářství a technických oborů

Název práce: Nemoci a jejich prevence

Vedoucí práce: Mgr et. Mgr Václav Beránek

Počet stran: číslované - 91, nečíslované - 13

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 23

Klíčová slova: determinanty zdraví, prevence, sexuálně přenosné choroby, rizikové chování dospívajících, sexuální výchova

Souhrn:

Bakalářská práce s názvem Nemoci a jejich prevence se konkrétně zaměřuje na prevenci sexuálně přenosných onemocnění. Nejprve je teoretická část obecně zaměřena na klasifikaci nemocí, následně na faktory ovlivňující zdraví a jednotlivé části prevence. Podrobněji se teoretická část zabývá vybranými sexuálními chorobami a možnostmi jejich prevence.

Praktická část zjišťuje znalosti v oblasti prevence sexuálních chorob u žáků základních škol v porovnání se znalostmi žáků základních praktických škol. Dále porovnává znalosti žáků o konkrétních sexuálních chorobách.

ANNOTATION

Surname and name: Schlegelová Michaela

Department: Department of paramedical rescue work and technical studies

Title of thesis: Diseases and their prevention

Consultant: Václav Beránek MA.

Number of pages: numbered - 91, unnumbered - 13

Number of appendices: 3

Number of literature items used: 23

Key words: Determinant of healthy, preventiv, sexually transmitted diseases, risk behavior by adolescents, sex education

Summary:

Bachelor thesis with the name of Diseases and their prevention focuses on the prevention of sexually transmitted diseases. First, theoretical part is generally focused on the classification of diseases, then on the factors affecting health and individual sections of the prevention of. In the theoretical part deals with selected sexual diseases and their prevention.

The practical part of figuring out the knowledge in the area of prevention of sexual diseases in pupils of primary schools, in comparison with the knowledge of the pupils of special schools. Further compares the knowledge of students about specific sexual diseases. The last part is focused on the ways the pupils of special schools are finding and practical information about sexually transmitted diseases and their prevention.

OBSAH

ÚVOD	11
TEORETICKÁ ČÁST	13
1. NEMOC A JEJÍ PŘÍČINY	14
1.1 Definice nemoci.....	14
1.2 Klasifikace nemocí	14
1.3 Determinanty zdraví	15
1.3.1 Životní styl a osobní chování	16
2. UKAZATELE ZDRAVOTNÍHO STAVU	18
2.1 Ukazatele nemocnosti.....	18
2.1.1 Prevalence	18
2.1.2 Incidence	18
2.1.3 Průměrné trvání nemoci	19
2.2 Ukazatele úmrtnosti.....	19
2.2.1 Úmrtnost celková (hrubá).....	19
2.2.2 Specifická úmrtnost.....	19
3. PREVENCE	20
3.1 Primární prevence.....	21
3.2.1 Očkování	22
3.2 Sekundární prevence.....	22
3.3 Terciární prevence	23
3.4 Dispenzarizace.....	23
3.5 Depistáž	23
4. SEXUÁLNĚ PŘENOSNÁ ONEMOCNĚNÍ	24
4.1 Klasifikace sexuálně přenosných onemocnění	24

4.1.1 Infekce šířené téměř výhradně pohlavním stykem.....	24
4.1.2 Infekce šířené převážně pohlavním stykem	25
4.2 Kapavka (gonorrhoea)	25
4.2.1 Definice	25
4.2.2 Etiologie	25
4.2.3 Přenos	25
4.2.3 Epidemiologie	26
4.2.4 Klinický průběh.....	26
4.2.5 Extragenitální formy kapavky	27
4.2.6 Diagnostika	27
4.2.7 Léčba	28
4.3 Syfilis (lues, příjice)	28
4.3.1 Definice	28
4.3.2 Etiologie	28
4.3.3 Přenos	29
4.3.4 Epidemiologie	29
4.3.5 Klinický průběh.....	30
4.3.6 Diagnostika	32
4.3.7 Léčba	33
4.4 Lymphogranuloma venereum.....	33
4.4.1 Definice	33
4.4.2 Etiologie	34
4.4.3 Přenos	34
4.4.4 Epidemiologie	34
4.4.5 Klinický průběh.....	34
4.4.6 Diagnostika	35
4.4.7 Léčba	35
4.5 Infekce HIV/AIDS.....	35

4.5.1 Definice	35
4.5.2 Etiologie	35
4.5.3 Přenos	36
4.5.4 Epidemiologie	37
4.5.5 Klinický průběh.....	38
4.5.6 Diagnostika	39
4.5.7 Léčba	40
4.6 Legislativa a hlášení pohlavních nemocí.....	40
5. SYNDROM RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ V DOSPÍVÁNÍ	42
5.1 Rizikové sexuální chování.....	43
6. PREVENCE SEXUÁLNĚ PŘENOSNÝCH CHOROB.....	44
6.1 Klinická strategie snižující výskyt pohlavních nemocí	44
6.2 Ochranné prostředky.....	44
6.2.1 Kondom.....	44
6.2.2 Ženské kondomy	45
6.2.3 Lubrikanty	45
6.2.4 Preexpoziční vakcinace	45
6.3 Obecné principy prevence sexuálně přenosných chorob.....	45
7. SEXUÁLNÍ VÝCHOVA	46
7.1 Význam sexuální výchovy ve školách.....	46
7.2 Rodina a sexuální výchova	46
7.3 Škola a sexuální výchova	47
7.4 Spolupráce školy a rodiny	47
PRAKTICKÁ ČÁST	48
8. FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU	49

9. STANOVENÍ CÍLŮ A HYPOTÉZ	50
10. METODIKA VÝZKUMU	51
11. VZOREK RESPONDENTŮ.....	52
12. ZPRACOVÁNÍ DAT.....	53
13. DISKUZE	88
ZÁVĚR	90

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

SEZNAM TABULEK

SEZNAM GRAFŮ

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM PŘÍLOH

ÚVOD

Sexualita a sexuální chování je nedílnou součástí života společnosti a její kultury. Utváření správného postoje k sexuálnímu životu by mělo začínat již v dětství. Nezastupitelnou roli v sexuální výchově zastává rodina, která v jedinci utváří postoj k partnerským vztahům, k utváření mezilidských vztahů a k sexuálnímu životu. Rodina a škola by měly být v úzké spolupráci, neboť v těchto dvou prostředích tráví dítě nejvíce času.

Skupina sexuálně přenosných onemocnění je teoreticky dobře preventabilní, přesto incidence některých sexuálně přenosných nemocí v České republice stoupá. Hlavním problémem je především rizikové sexuální chování. Stále platí, že společnost snadněji nemoc diagnostikuje a vyléčí, než aby dokázala infekci předejít ovlivněním životních postojů lidí.

Za rizikovou skupinu jsou považováni zejména adolescenti. Tato skupina je specifická tím, že má ve vyšší míře sklony k hazardu a nezodpovědnému chování, které pramení někdy z pocitu bezúhonnosti, jindy ze zvědavosti, nebo nedostatečné informovanosti. Preventivní programy by měly být intenzivně zaměřeny právě na tuto věkovou skupinu, aby se informace k těmto jedincům dostaly ještě před započítím jejich sexuálního života.

Cílem mé bakalářské práce je zjistit, jak jsou mladí dospívající lidé informováni o možnostech prevence sexuálně přenosných chorob a jaká je jejich informovanost o konkrétních sexuálních chorobách. Dále jsem se zaměřila na způsoby, kterými získávají informace o této problematice.

Teoretickou část uvádí kapitola, která definuje stav nemoci, zabývá se systémem klasifikace nemocí a determinanty zdraví. Na první kapitolu navazují kapitoly, které popisují ukazatele nemocnosti a jednotlivé složky prevence. Následují kapitoly věnované sexuálně přenosným chorobám, syndromu rizikového chování, prevenci sexuálně přenosných chorob a významu sexuální výchovy ve škole a v rodině.

V praktické části jsou zpracovávána data, která jsem získala kvantitativní metodou pomocí dotazníku. Výzkum byl prováděn u 8. a 9. ročníků základních škol v Plzeňském kraji. Porovnávám mezi sebou skupinu respondentů ze základní školy s respondenty ze základních škol speciálních, kde je nesporně vyšší výskyt sociálně patologických jevů.

Z těchto skutečností se následně odvíjí mé hypotézy. Diskuze a závěr jsou věnovány vyhodnocení výsledků a následnému výstupu pro praxi.

TEORETICKÁ ČÁST

1. NEMOC A JEJÍ PŘÍČINY

V první kapitole mé práce si nejprve definujeme stav nemoci. Následuje podkapitola, která se zabývá systémem klasifikace nemocí a jejich hierarchickým členěním. Třetí část první kapitoly popisuje jednotlivé faktory, které působí na zdraví jedince. Zaměříme se na dělení těchto příčinných faktorů a popíšeme do jaké míry jsou ovlivnitelné.

1.1 Definice nemoci

Definic, které charakterizují stav nemoci je mnoho, neboť se na ní můžeme dívat ze subjektivních i objektivních pohledů (1). Obecně lze říct, že nemoc je chápána jako opak zdraví, nebo stav, který se odchyluje od normy (2). V publikaci autorky Čeledové (2, s. 20) je nemoc popsána jako: „*Patologický stav těla nebo mysli, který je projevem změny funkcí buněk, a v důsledku i morfologickým poškozením buněk, tkání a orgánů.*”

Machová (1, s. 12) ve své knize uvádí podrobnější definici nemoci jako: „*Potenciál vlastností organismu, které omezují jeho možnost vyrovnat se průběhu života s určitými nároky vnějšího a vnitřního životního prostředí bez porušení životních funkcí. Nemoc je tedy porucha adaptace člověka, nedostatečnost nebo selhání adaptativních mechanismů na podněty prostředí.*”

1.2 Klasifikace nemocí

Klasifikace nemocí je pevný systém, kde jsou nemoci hierarchicky vedeny pod svými statistickými kódy, které jsou jim přidělovány v souvislosti s různými hledisky např. anatomickými, etiologickými, atd.

První klasifikace nemocí, pocházející z roku 1893 byla ve svém začátku pouze seznamem příčin, které vedly ke smrti. V souvislosti s vývojem vědeckého poznání se tento dokument každých 10 let revidoval. Po druhé světové válce se revizí ujala Světová zdravotnická organizace. V roce 1948 se klasifikační systém rozšířil o klasifikaci nemocí a úrazů. Toto rozšíření dalo za vznik Mezinárodní statistické klasifikaci nemocí, úrazů a příčin smrti (MKN). V desáté revizi došlo v MKN ke změně ve způsobu kódování a úpravě dosavadního názvu. V České republice vstoupila v platnost dne 1. ledna 1994 pod názvem Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů.

V nově revidované klasifikaci jsou nemoci rozčleněny do 22. kapitol (I.-XXII.). V jednotlivých kapitolách začínají kódy začátečním velkým písmenem latinské abecedy od A do Z (kromě písmene U) a jsou doplněny přidělenými čísly dle hierarchického členění. Nemoc je vedena pod třímístným, čtyřmístným v některých případech i vícemístným statistickým kódem (3).

WHO aktualizuje MKN-10 jednou ročně a uveřejňuje její verzi vždy po projednání a schválení na výročním zasedání. Změny, které jsou malého charakteru („minor“) jsou schvalovány jednou ročně s platností k 1. lednu následujícího roku. Změny velké („major“) vychází v platnost každé 3 roky (4).

1.3 Determinanty zdraví

Na každého z nás působí denně spoustu rozmanitých faktorů, které pozitivně nebo negativně ovlivňují naše zdraví. Poznání vlivů, které působí negativně na zdraví jedince je rozhodující pro nastavení nejrůznějších opatření (3). Opatřeními, která vedou ke zlepšení stavu obyvatelstva se zabývá multidisciplinární obor veřejné zdravotnictví (5). Komplexní příčinné faktory ovlivňující zdraví jedince nesou název determinanty zdraví. Faktory nepůsobí nikdy odděleně. Naopak se navzájem ovlivňují a v důsledku mají buď biopozitivní nebo bionegativní charakter. Základní dělení determinantů je na vnitřní a vnější.

Do vnitřních činitelů patří dědičné faktory, které každý jedinec získává již na počátku svého vývoje. Do genetické základy jedince, se promítají vlivy vnějšího prostředí, především přírodní a společenské (2). Genetické vlivy se ve větší či menší míře podílejí na vzniku chorob. Rozhodující vliv mají genetické vlastnosti jedince v souvislosti s chorobami, které jsou geneticky podmíněny. V tomto případě je vliv tohoto vnitřního faktoru maximální. Podíl, kterým genetické vlivy působí na zdraví člověka je **10 - 15%** (3).

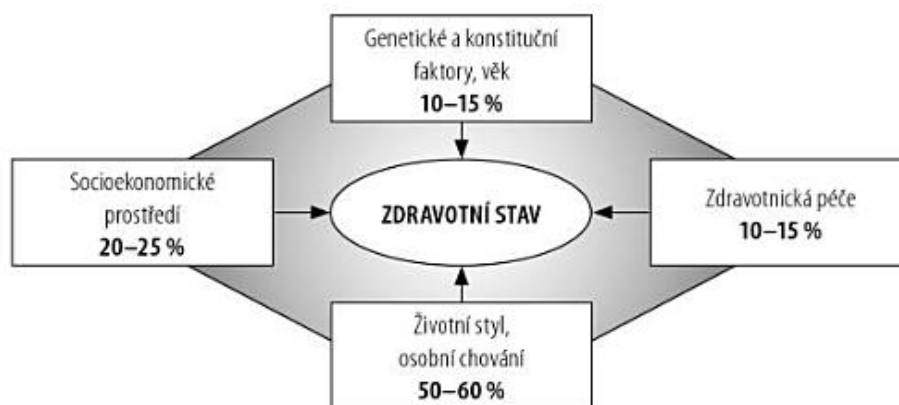
Do vnějších faktorů patří rozsáhlejší skupina zahrnující životní styl, socioekonomické prostředí, životní prostředí a úroveň zdravotní péče. Tyto činitele je možné ve větší či menší míře ovlivnit. Podle míry ovlivnitelnosti se vnější faktory dělí na:

- individuální faktory
- faktory prostředí.

Do individuálních faktorů, které nesou největší míru ovlivnitelnosti, patří životní styl, způsob života a osobní chování. Tento soubor činitelů lze ovlivnit z **50 - 60%**.

Do faktorů prostředí je zahrnuto socioekonomické prostředí, životní prostředí a zdravotní péče. Životní prostředí je spolu se socioekonomickým prostředím ovlivnitelné z **20 - 25%**. Kvalitu a úroveň zdravotní péče může jedinec ovlivnit z **10 - 15%** (2).

Podíl, kterým determinanty zdraví působí na člověka lze schematicky znázornit diamantovým modelem zdraví (6).



(Zdroj: 6, s. 19)

1.3.1 Životní styl a osobní chování

Životní styl má největší vliv na zdraví jedince, jak vyplynulo z předešlé kapitoly a je nejstěžejnější determinantou zdraví. Lze ho definovat jako formu chování, kterou si sami vybíráme z různých možností. Z toho je zřejmé, že chování je zcela dobrovolné a můžeme se rozhodovat pro alternativy, které naše zdraví nepoškozují. Rozhodování přesto není zcela svobodné a záleží na tom, v jaké ekonomické situaci se pohybujeme, jaké zvyky přejímáme z rodinného prostředí a jaké tradice uznává společnost. Dále při rozhodování hrají roli osobní charakteristické vlastnosti které zahrnují vzdělání, rasová příslušnost, pohlaví a v neposlední řadě životní postoje a hodnoty.

Rozhodování ovlivňují znalosti, které nám pomohou zhodnotit, která možnost je pro zdraví prospěšná nebo naopak škodlivá. Poskytování odborných znalostí, rozvíjení dovedností a návyků, včetně formování postojů je neopomenutelnou součástí výchovy dítěte. Výchova by měla probíhat jak v rodinném, tak ve školním prostředí a vytvořit v jedinci odpovědnost za vlastní zdraví.

Ukazatelé zdravotního stavu, na základě nichž se hodnotí zdravotní stav společnosti, jsou především nemocnost a úmrtnost. Z těchto údajů vyplývá, že zdraví nejvíce poškozuje užívání tabákových výrobků, nepřiměřené užívání alkoholu, užívání drog, nesprávná výživa, málo pohybové aktivity, nadměrná psychická zátěž a rizikové sexuální chování. Špatný životní styl je souhrou působení více rizikových faktorů současně. Komplexním dodržováním správných zásad lze dosáhnout pozitivního vlivu na zdraví člověka (1).

2. UKAZATELE ZDRAVOTNÍHO STAVU

Předešlá kapitola nám pomocí definic popsala nemoc, následně představila systém klasifikace nemocí a determinanty, které ovlivňují zdravotní stav populace.

Následující kapitola uvádí některé statistické údaje, kterými se výskyt nemocí v populaci vyjadřuje a zpřehledňuje. Ukazatelů je mnoho a proto jsem vybrala jen některé, s nimiž jsem se v literatuře setkávala nejčastěji. Ve své práci jsem z některými ukazateli pracovala i v následujících kapitolách.

Demograficko statistické údaje, které hodnotí zdravotní stav obyvatelstva souvisí s úrovní společnosti. Výsledky korespondují s tím, na jaké je společnost technické a ekonomické úrovni, v jakém rozvoji se nachází zdravotnická péče a zdravotní uvědomění populace (3).

2.1 Ukazatele nemocnosti

Do této kategorie spadají demografické údaje, které sledují jednotlivé diagnózy, výskyt a dynamiku nemocí. Do ukazatelů nemocnosti patří prevalence, incidence a průměrné trvání nemoci.

2.1.1 Prevalence

Udává počet existujících nemocí v daném okamžiku nebo za časový úsek. Podle časového údaje se dělí na okamžikovou a intervalovou. Ukazatel může být vyjádřen v absolutních nebo relativních číslech. Relativní prevalence dosáhneme vztahením počtu nemocných k počtu exponovaných osob. Údaj o počtu nemocných se vztahuje obvykle na 100 tisíc osob za časový úsek jednoho roku.

2.1.2 Incidence

Je ukazatelem dynamiky nemoci a zjišťuje počet nově vzniklých nemocnění vztahených k časovému intervalu. Intervaly mohou být denní, týdenní, nejčastěji však roční. Tento údaj může být rovněž vyjádřen jak v absolutních tak relativních číslech.

2.1.3 Průměrné trvání nemoci

Tento údaj mapuje časový úsek od začátku nemoci až po její konec. Za konec nemoci se kromě uzdravení považuje i rekonvalescence nebo smrt.

Ke sledování zdravotního stavu obyvatelstva je možné využít zdravotnické statistiky, epidemiologická a sociologická šetření. K utváření zdravotnických statistik slouží údaje o nemocích podléhající ze zákona povinnému hlášení. Nemoci, které podléhají povinnému hlášení jsou uvedeny v zákoně č. 258/200Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů.

2.2 Ukazatele úmrtnosti

2.2.1 Úmrtnost celková (hrubá)

Tento ukazatel udává počet zemřelých během kalendářního roku na 1000 obyvatel. Při výpočtu není brán v úvahu věk ani pohlaví. Tyto charakteristické údaje úmrtnost výrazně ovlivňují. Není tedy možné údaje srovnávat mezinárodně, protože výsledky by byly výrazně zkreslené. Pro účely mezinárodního srovnávání jsou používány standardizované údaje. V České republice se hodnoty celkové úmrtnosti pohybují okolo 10 - 11%. Největší podíl na úmrtnosti obyvatel České republiky mají nemoci oběhové soustavy.

2.2.2 Specifická úmrtnost

Tento údaj při výpočtu bere v úvahu věk i pohlaví. Vyjadřuje počet zemřelých určitého věku na 1000 obyvatel téhož věku.

2.2.2.1 Kojenecká úmrtnost

Její výpočet je dán počtem dětí, které zemřely do jednoho roku věku za uplynulý kalendářní rok na 1000 živě narozených dětí v daném roce. Kojenecká úmrtnost se dále dělí na novorozeneckou a ponovorozeneckou. Výpočet novorozenecké úmrtnosti je dán počtem dětí zemřelých do 28. dne po porodu na 1000 živě narozených dětí. Ponovorozenecká úmrtnost je dána počtem dětí, které zemřely od 29. dne života do 1 roku na 1000 živě narozených dětí. Oba údaje se rovněž počítají v intervalu jednoho roku.

2.2.2.2 Perinatální úmrtnost

Tento kombinovaný údaj zaznamenává počet dětí, které se narodily mrtvé spolu s dětmi, které zemřely do 7. dne po porodu. Údaj není standardizovaný a při mezinárodním srovnávání je třeba to zohlednit.

2.2.2.3 Mateřská úmrtnost

Udává počet žen, které zemřely v důsledku porodu, těhotenství a šestinedělí. Údaj je vztažen na 1000 živě narozených dětí. V České republice se mateřská úmrtnost pohybuje v nízkých hodnotách kolem 0,08%.

2.2.2.4 Smrtnost (letalita)

Tento údaj je charakteristický pro určení závažnosti dané choroby. Počet zemřelých na určitou chorobu je vztažen k počtu osob trpící stejnou chorobou. Výpočet je vztažen k časovému intervalu (3).

3. PREVENCE

Předešlé kapitoly byly věnované definici nemoci, systému klasifikace nemocí a dále souhrnným pojmům jako jsou determinanty zdraví a ukazatele zdravotního stavu populace.

V následující kapitole si řekneme, jaké nástroje společnost užívá k tomu, aby docílila zdravé populace. Budeme pracovat s pojmy jako je primární prevence, sekundární prevence, terciární prevence, dispenzarizace a depistáž.

Prevence obsahuje soubor činností, které vedou k zabránění, vzniku a šíření nežádoucích jevů. Je nedílnou součástí péče o zdraví a vede ke zvýšení kvality života i k jeho prodloužení. Prevence je prováděna buď u jednotlivce nebo celé společnosti. Nejčastěji se dělí podle času na primární, sekundární a terciární. Preventivní činnosti se mohou dále dělit na nespécifické a specifické (profylaktické).

3.1 Primární prevence

Její funkce spočívá především v ochraně a posílení zdraví. Týká se období, kdy nemoc ještě nevznikla a proto je orientována především na odstraňování rizikových faktorů, které se mohou nacházet v pracovním a životním prostředí nebo špatně zvoleném životním stylu.

Zdravotnické složky, které se podílí na preventivních opatřeních patří do oboru preventivního lékařství, ochrany veřejného zdraví a výchovy ke zdraví. Orgány ochrany veřejného zdraví působí především v oblastech, které jsou zaměřeny na ochranu životních a pracovních podmínek, dále na hygienu komunální, hygienu výživy, dětí a dorostu a na epidemiologické činnosti. Odborný dozor, který je vykonávaný orgány ochrany veřejného zdraví se řídí platnými prováděcími předpisy, především pak zákonem č. 258/2000Sb. o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů. Důležitým lékařským odvětvím, které se zabývá primární prevencí je epidemiologie. Jako ceněný lékařský obor je nedílnou součástí medicíny založené na důkazech. Pomáhá rozpoznat rizikové faktory, které vedou ke vzniku nemocí. Díky tomu je možné vzniku nemoci úplně předejít.

Činnostmi primární prevence by se mělo docílit tzv. pozitivního zdraví. Utváření pozitivního zdraví podporují složky zdravého životního stylu kam patří: zdravá výživa, tělesná aktivita, duševní hygiena, nerizikové chování, apod. Kromě posilování zdravého způsobu života patří do primární prevence zdravotnická opatření, která jsou specificky namířena proti určitým nemocem, např. očkování (2).

3.2.1 Očkování

Je zcela neodmyslitelnou složkou specifické primární prevence, díky které se podařilo dramaticky snížit výskyt některých infekčních onemocnění. Odhaduje se, že díky očkování je ročně zabráněno 3 miliónům úmrtí. V České republice by bez možnosti očkování ročně zemřelo kolem 500 dětí a další tisíce by trpěly doživotními následky po prodělaném onemocnění (17).

Důkazem, který je odmyslitelně spojován s důležitostí očkování, je celosvětová eradikace pravých neštovic (7). V roce 1960 v tehdejší Československu došlo díky očkování k vymizení přenosné dětské obrny. Československo patřilo mezi první státy v zavádění celoplošného očkování i u dalších infekčních nemocí jako je záškrť, zarděnky, dávivý kašel, příušnice a další. I tyto nemoci se zásluhou vakcinace na našem území nevyskytují (4).

Od 90. let, kdy byla nastartována globalizace, bojuje společnost s mnohými celosvětovými hrozbami s řad infekčních chorob. Mezi ně patří například tuberkulóza, HIV/AIDS, malárie a mnoho dalších (8).

Očkování proti infekčním nemocem je upraveno Vyhláškou ministerstva zdravotnictví č. 299/2010 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, ve znění pozdějších předpisů.

3.2 Sekundární prevence

Hlavním úkolem této složky prevence je včasné odhalení nemoci a její správná diagnóza. S tím souvisí i cíleně zaměřená léčba.

Dominantní postavení v sekundární prevenci mají preventivní prohlídky. Z výsledků vyšetření, které se v rámci těchto prohlídek provádějí lze usoudit v jakém zdravotním stavu se osoba nachází, popřípadě odhalit včas probíhající onemocnění. Preventivní prohlídky mohou provádět tzv. registrující praktičtí lékaři kam patří: praktický lékař pro děti a dorost, praktický všeobecný lékař, zubní lékař a ženský lékař.

Druhy preventivních prohlídek a jejich obsah a časové rozmezí stanovuje vyhláška č. 70/2012 Sb. o preventivních prohlídkách (4).

3.3 Terciární prevence

Terciární prevence zahrnuje soubor opatření a metod, které mají za úkol odvrátit komplikace spojené s onemocněním. Cílem této složky prevence je obnova poškozeného organismu a snížení následků na co nejnižší míru (1).

3.4 Dispenzarizace

Jde o velice důležitou preventivní metodu, která je založena na principu aktivního sledování osob ohrožených na zdraví. Osoby, které jsou podrobovány dispenzární péči patří buď do skupiny zdravých ohrožených osob nebo do skupiny osob trpících určitým onemocněním. Onemocnění, u kterých je prováděna dispenzární péče jsou stanoveny v legislativě (2).

3.5 Depistáž

Tato preventivní metoda je založena na aktivním vyhledávání osob, které mohou být ohrožené určitým onemocněním, nebo u nich nemoc již asymptomaticky probíhá. Cílem je včasné odhalení nemoci a zmírnění následků. Často užívanou depistážní metodou je screening (9).

4. SEXUÁLNĚ PŘENOSNÁ ONEMOCNĚNÍ

Od kapitoly, která se zabývala jednotlivými složkami prevence se nyní přesouváme ke kapitole, která je věnována sexuálně přenosným chorobám. Tuto skupinu nemocí je možné dělit z více hledisek. Já jsem zvolila jednoduché členění podle způsobu přenosu infekčního původce. Následně jsem si vybrala čtyři pohlavní nemoci, které jsem podrobně popsala. Tyto nemoci jsem zvolila z důvodu, že podléhají povinnému hlášení a tak je možné zjistit přesné informace o vývojovém trendu nemoci prostřednictvím demograficko statistických údajů.

Sexuálně přenosná onemocnění, u kterých je často používána komplexní zkratka STD (sexually transmitted diseases), jsou poměrně širokou skupinou infekčních chorob. Jejich společným charakteristickým znakem je přenos výhradně pohlavní cestou, nebo je pohlavní styk a sexuální praktiky jeden z možných způsobů nákazy. Věk a pohlaví hraje významnou roli v incidenci těchto nemocí. V současné době přibývá výskytu STD a ohroženou skupinou jsou především mladí a sexuálně aktivní jedinci (10).

4.1 Klasifikace sexuálně přenosných onemocnění

Nemoci patřící do této skupiny je možné dělit z mnoha hledisek. Nejčastěji se dělí dle způsobu přenosu infekčního agens. Dříve se venerologie zaměřovala především na klasické pohlavní choroby. Díky rozvoji diagnostických metod se skupina STD rozšiřuje o mnoho dalších. V posledních několika desetiletích bylo identifikováno mnoho celosvětově významných agens, mezi které patří např. lidský papillomavirus, virus HIV 1 a 2 a mnoho dalších.

4.1.1 Infekce šířené téměř výhradně pohlavním stykem

Do této skupiny patří infekce, které jsou známy pod souhrnným názvem klasické pohlavní nemoci. Tato pětice chorob je definována zákonem, stejně jako jejich diagnostika a léčba. Klasické pohlavní nemoci podléhají povinnému hlášení dle stávajících zákonů ČR. Patří sem kapavka (gonorrhoea), příjice (syphilis), měkký vřed (ulcus molle), lymphogranuloma venereum (čtvrtá pohlavní nemoc), granuloma inguinale (pátá pohlavní nemoc).

4.1.2 Infekce šířené převážně pohlavním stykem

Tato širší skupina zahrnuje nemoci, které nepodléhají povinnému hlášení. Lze je dělit podle druhu infekčních agens na:

- bakteriální infekce, urogenitální chlamydiové infekce (*Chlamydia trachomatis* sérotypů D-K), urogenitální nekapavčité infekce (*streptokoky*, *stafylokoky*)
- infekce vyvolané prvoky (*Trichomonas vaginalis*)
- infekce mykotické (*Candida albicans*)
- infekce ektoparazitární (*Sarcoptes scabiei*)
- infekce vyvolané L- organismy (*Mycoplasma hominis*)
- infekce vyvolané viry (*Hepatitida B*)

(11)

4.2 Kapavka (gonorrhoea)

4.2.1 Definice

Akutní nebo chronický zánět přenášený téměř výhradně pohlavním stykem. Postihuje primárně sliznici urogenitálního traktu, ale může způsobit také zánět oční spojivky, recta, vzácně i dalších sliznic. Infekčním původce je bakterie *Neisseria gonorrhoeae*. Jedinec postižený tímto onemocněním má zvýšenou vnímavost k infekci HIV. Kapavka je často sdružována s infekcí *Chlamydia trachomatis*.

4.2.2 Etiologie

Původcem je gramnegativní diplokok, který nese název *Neisseria gonorrhoeae*. Tato bakterie je velice citlivá na fyzikální, chemické vlivy, vysychání i kyslík. Infekční agens bylo objeveno Albertem Neisserem v roce 1879, který jej izoloval z hnisavého exudátu.

4.2.3 Přenos

Kapavka je přenášena téměř výhradně pohlavním stykem. K nakažení dochází prostřednictvím přímého kontaktu s infikovanou sliznicí. Jediným vnímavým jedincem je

člověk. Rizikovou skupinou jsou lidé do věku 25 let, kteří často střídají sexuální partnery. Vyšší výskyt kapavky je zaznamenán ve městech a v minoritních skupinách (11).

4.2.3 Epidemiologie

V České republice dochází od roku 1990 - 1992 k trvalému poklesu výskytu kapavky. Zatímco v roce 1992 byl absolutní počet výskytu kapavky 7455, tak v roce 2005 poklesl na 859 případů. Důvody pro tento vývoj mohou být různé a s největší pravděpodobností jsou způsobeny nedůsledností při vyplňování povinných hlášení, léčbou bez venerologického vyšetření a empirickou samoléčbou.

V roce 2012 byl zaznamenán vzestup gonokokových infekcí obdobně jako v letech 2006 a 2007. V roce 2012 bylo hlášeno 1151 případů. Tabulka s počtem výskytu kapavky za uplynulý rok 2012 je v příloze č. 1 (16).

4.2.4 Klinický průběh

4.2.4.1 Kapavka u muže

Inkubační doba je nejčastěji v intervalu 2 - 6 dní. Krajiní rozmezí inkubační doby se pohybuje v rozmezí 1 - 14 dní. Infekce probíhá lokálně v místě vstupu infekce pod obrazem uretritidy se žlutavým výtokem z močové trubice. Ústí trubice je zarudlé. Postižený má časté nucení na močení a při mikci pociťuje pálení a řezání.

Velice závažná je asymptomatická forma kapavky, které má největší význam při šíření choroby. Tato forma se vyskytuje asi u 10% postižených.

Neléčená kapavka může vést k závažným komplikacím, které způsobí rozšíření infekce do zadní části uretry. Komplikací kapavky je prostatitida, epididymitida nebo spermatocystitida. Za nezávažnější je považována epididymitida, která může vést až k neplodnosti.

4.2.4.2 Kapavka u ženy

Stejně jako u mužů probíhá tato infekce jako uretritida s častým nucením na močení. Močení je doprovázeno pálivým a řezavým pocitem. Kapavku u žen často doprovází i zánět děložního hrdla s výtokem. Tyto příznaky mohou být přehlédnuty a nebo zaměněny za jiné gynekologické onemocnění.

Přítomen může být také zánět pochvy, který je u dospělých žen vzácný. Daleko závažnější je pro dospívající dívky. Epitel pochvy u dospívající dívky je daleko citlivější a vulvovaginitida pak může mít závažný průběh.

Neléčená kapavka může mít podobně jako u mužů vážné důsledky, z nichž je nejzávažnějším neplodnost. Bez léčby se šíří infekce ascendentně do dělohy a vzniká endometritida. Záleží také v jaké fázi cyklu pronikne infekce do dělohy. Pokud se žena nachází uprostřed cyklu, tak při menstruaci dojde k odlupování sliznice a zánět se tak může i spontánně vyhojit. Sliznice je zranitelnější během menstruace nebo těsně po ní. Pokud gonokoky proniknou do dělohy v této době, postihne zánět i svalovinu a vzniká daleko závažnější endomyometritida. Postižená pociťuje bolesti v podbříšku, má teplotu a je přítomno abnormální krvácení. Další komplikací může být rozšíření infekce na vejcovody, pánevní peritoneum a ovaria. Infekce je v takovémto rozsahu velice závažnou komplikací a nazývá se jako hluboký pánevní zánět.

Následkem takto rozsáhlé gonokokové infekce může být sterilita a nebezpečí vzniku mimoděložního těhotenství (11).

4.2.5 Extragenitální formy kapavky

Infekce může být přítomna také v anorektální oblasti. U žen se většinou jedná o přenos perineální a často probíhá asymptomaticky. U mužů bývá výskyt této formy v důsledku homosexuálního styku.

Přítomnost kapavky u těhotné ženy může vést ke komplikacím v okamžiku porodu. Při průchodu novorozence porodním kanálem může dojít k infikování očí a vzniku konjunktivitidy. Neléčená konjunktivitida může vést až k slepotě. Profylaktické opatření spočívá v aplikaci prostředku s antibakteriálním účinkem, který je novorozenci aplikován do spojivkového vaku.

4.2.6 Diagnostika

Velice důležitý je správný odběr vzorku, od kterého se odvíjí vlastní diagnostika. U žen se provádí odběr vzorku z endocervixu nebo uretry. Vhodný je i odběr vzorku v době menses, kdy může nastat znovu vzplanutí infekce. Dále je vzorek možné odebírat z rekta, spojivkového vaku, laryngu, méně často se odebírá z kožních lézí.

V diagnostice se klade hlavní důraz na přímou diagnostiku. *Neisseria gonorrhoeae* je velice citlivá na prostředí a již samotný odběr musí splňovat určité podmínky, aby bylo možné původce prokázat.

Standardní diagnostika se opírá především o kultivaci, která musí splňovat charakteristické podmínky pro růst těchto bakterií. Důležitá je především vyšší tenze CO₂ v prostředí. Výhodou této metody je následná možnost testovat mikroba na antibiotika. Citlivost na antibiotika je důležitým vodítkem pro nastavení účinné léčby.

Kromě mikroskopie, která není tak často používána se v diagnostice využívá metody na detekci DNA, hybridizace nebo PCR. Při těchto metodách není možné testování bakterie na antibiotika, což znamená komplikace pro klinickou praxi. Přesto jsou tyto metody velice citlivé a to až s přesností 98,8%.

4.2.7 Léčba

Léčba je povinná pro všechny nakažené osoby. Pokud pacient trpí nekomplikovanou formou kapavky, stačí jednorázová léčba antibiotiky. Léčba je v takových případech ambulantní. U komplikovaných forem je léčba prováděná v hospitalizaci. Jedná se především o kapavku vyvolanou rezistentními kmeny (11).

4.3 Syfilis (lues, příjice)

4.3.1 Definice

Celosvětově se vyskytující se chronické systémové onemocnění vyvolané spirochetou *Treponema pallidum subsp. pallidum*. Syfilis postihuje různé orgány a má schopnost napodobovat mnohé nemoci. Původce choroby byl izolován na počátku 20 století a zhruba o půl století později se ukázalo, že antibiotika jsou nejúčinnější léčbou. Syfilis byl až do příchodu AIDS nejobávanější pohlavní nemocí.

4.3.2 Etiologie

Vyvolavatel nemoci je bakterie *Treponema pallidum subsp. pallidum*. Mikrob je velice citlivý na vnější prostředí. Narušený povrch kůže nebo sliznice je místem vniku infekce a následná proliferace zapříčiní primární projev. Z místa vstupu se kapilárami dostává do místních lymfatických uzlin, kde se pomnoží. Rozsev infekce je zprostředkován hematogenní cestou a následují další specifické projevy infekce.

4.3.3 Přenos

Syfilis je přenášena téměř výhradně pohlavním stykem a to až z 90%. Původce je přítomen v lézích infikovaného nacházejících se na sliznici nebo kůži. Mikrotraumata na kůži nebo sliznici partnera jsou vstupní branou pro infekci. Přenos je možný i transplacentárně z matky na plod, náhodným kontaktem z lézí, nebo v dřívějších dobách prostřednictvím krevní transfúze. Nepohlavní přenos infekce je zaznamenán přibližně u 10% případů.

Infekčnost je daleko vyšší u časných forem syfilis. Infekční syfilis trvá do 2 let od nákazy. Tato hranice je však uměle stanovena. S přechodem do pozdního latentního období nemoci infekčnost klesá a po 4 letech od nákazy je nemocný pro své okolí neinfekční z výjimkou transplacentárního přenosu (11).

4.3.4 Epidemiologie

4.3.4.1 Historie

Objevení nemoci je datováno kolem roku 1495, kdy došlo k obléhání Neapole francouzským králem Karlem VIII. Královskou armádu postihla epidemie nemoci, která vedla k ukončení tažení. Zatažení nemoci do armády bylo sváděno na Neapolitánce, ale s odchodem armády zmizela i záhadná nemoc. Po vypuknutí této nemoci mezi francouzskou armádou začaly celosvětové dohady, odkud se nemoc vzala a s tím také souvisely i nejrůznější názvy. Ze všech názvů bylo nejvíce používáno označení *morbus gallicus* - francouzská nemoc. Francouzi používali název *la grande vérole* - velké neštovice. Příjice byla spojována s ženami volných mravů a od toho vznikl název *lues venerea*. Název byl částečně odvozen od slova Venuše, která byla římskou bohyní lásky (12).

4.3.4.2 Epidemiologie ve světě

Po nástupu první epidemie na konci 15. století byly zaznamenány tři epidemie v USA v přibližném rozmezí deseti let. První nastala v roce 1982 mezi homosexuálními muži. Po ní následovala další v roce 1990 mezi Afroameričany, kde se podíl pohlaví výrazně nelišil. V roce 2003 byla zaznamenána epidemie opět mezi muži.

4.3.4.3 Epidemiologie v České republice

V českých zemích se v období 15. - 17. století rozšířil syfilis díky pohybu velkých armád, kde samozřejmě nechyběly vysoké počty prostitutek. Po druhé světové válce opět stoupl počet nakažených, jejichž počty přesahovaly hranici 15 tisíc. V roce 1951 byla uskutečněna akce dermatovenerologickou společností, při níž byly povinně vyšetřeny a léčeny osoby ve věku 15 - 40 let. Od té doby se výskyt syfilis pohyboval v řádech stovek. S otevřením hranic po roce 1989 počty nakažených trvale vzrůstaly. Vzrůstající trend byl zaznamenáván až do roku 2001. Mezi lety 2001 - 2006 se začala incidence syfilis snižovat. Rokem 2007 se vývojový trend zastavil. V tomto roce bylo nahlášeno 822 nových případů a to znamenalo 63% vzestup incidence oproti předešlému roku. Od roku 2008 začaly počty nově hlášených případů klesat a z epidemiologického hlediska je důležité, že pacientům je diagnostikována nemoc v období časně formy syfilis a to až z 60 - 70% případů (11). Za uplynulý rok 2012 bylo v České republice nově hlášeno 696 případů syfilis. Jeho výskyt za poslední léta mírně klesá (16) . Nejrizikovější skupinu u syfilis představují lidé ve věku 25 - 34 let.

4.3.5 Klinický průběh

Syfilis se dělí na vrozenou a získanou. Získaná se dále dělí na časnou a pozdní. Časná forma je dělena primární, sekundární a časnou latentní. Pozdní syfilis je dělena na latentní a terciární.

4.3.5.1 Syfilis primární

Inkubační doba od nákazy po vznik vředu trvá zhruba 3 týdny. První projevy se však mohou objevit v rozptylu 9 - 90 dní.

První klinickým příznakem je vznik nebolestivého vředu v místě vstupu infekce. Z odstupem 1-2 týdnů se přidá nebolestivé zduření spádových lymfatických uzlin. Vzniku vředu předchází většinou drobná makulopapula, kterou lze snadno přehlédnout. Nález se postupem času zvětšuje. Typický tvrdý vřed má průměr okolo dvou centimetrů, má vyseklé okraje a při kompresi z něj vytéká exudát. Projev je velmi variabilní a existuje mnoho atypických klinických obrazů. S přihlédnutím k variabilitě vředu je nutné každý takový klinický projev považovat za syfilitický, dokud nejsou známy výsledky vyšetření. Místo vytvoření vředu je z 90% na genitáliích. Extragenitální formy jsou většinou lokalizovány kolem anorektální oblasti a orální oblasti.

Pokud není vřed léčen, tak se do 1 - 2 týdnů zhojí. Zvětšení lymfatických uzlin ustupuje několik měsíců.

4.3.5.2 Syfilis sekundární

Projevy se objeví zpravidla kolem 9. týdne od vstupu infekce do organismu. Sekundárním projevem je vznik exantému, který signalizuje, že infekční agens se šíří krevní cestou. Zároveň s exantémem může být přítomen primární vřed a lymfadenopatie. Sekundárním projevům může předcházet fáze chřipkovitých příznaků. Klinický obraz sekundární syfilis je velmi pestrý a až z 80% se projevuje kožními a slizničními příznaky. Typ exantému může být makulózní, papulózní, papuloskvamózní nebo pustulózní. Exantém je většinou nesvědívý, symetrický a projevy začínají na trupu. Sekundární syfilis mohou doprovázet systémové příznaky mezi které patří teplota, nechutenství, únavnost, meningeální příznaky, bolesti kloubů, svalů, atd.

Časná latentní syfilis je období sekundární fáze, kdy vymizí příznaky, ale sérologie je pozitivní. Neléčený pacient je infekční. Toto období je uměle stanoveno na dobu trvající 2 roky. Časná latence přechází v latenci pozdní. Po uplynutí 4 let je pacient pro své okolí neinfekční, ale přenos transplacentární je možný. Asi u jedné třetiny nakažených se objeví příznaky terciární syfilis.

4.3.5.3 Syfilis terciární

Vzniká až s delším časovým odstupem. Toto období se pohybuje v rozmezí 3 - 7 let, ale odstup může být i delší. Projevuje se jako granulomatózní zánět, který může být lokalizovaný nebo může mít charakter difúzního zánětu. Lokalizovaný zánět obvykle vede ke vzniku gumat.

Gumata se tvoří v podkoží jako nebolestivý uzlík červenofialové barvy. Střed uzlíku postupem času měkne a dochází k jeho nekróze, vzniku píštěle nebo vředu. Často ze středu uzlíku vytéká žlutavá vazká tekutina, připomínající arabskou gumu. Z toho je také odvozen název gumata. Po zhojení zůstane na těle bělavá jizva s hyperpigmentovaným lemlem.

4.3.5.4 Syfilis dalších orgánů

Syfilis postihuje především kosti. Dále může postihovat kardiovaskulární systém, jehož projevy se objeví až za desítky let. Postižené mohou být i játra a jiné orgány. Syfilis postihující neurologický systém se projevuje v délce 5 - 35 let.

Klinické formy neurosyfilis mohou mít charakter meningeální, meningovaskulární, nebo parenchymatózní. Parenchymatózní neurosyfilis má dvě formy: paralysis progresiva a tabes dorsalis. Paralysis progresiva se vyznačuje psychiatrickými příznaky, které se projevují změnami osobnosti, psychotickými změnami a může vést až k demenci. Neurologické projevy paralysis progresiva mohou vést až k úplné paralýze končící smrtí. Tabes dorsalis vzniká při poškození zadních provazců a kořenů míšních. Příznaky typické pro tuto formu jsou charakterizované vystřelujícími bolestmi, snížením až vymizením reflexů dolních končetin. Dalšími klinickým projevem je parestézie, která vede až k ataxii. Ataxie se vyznačuje typickou chůzí parádního marše, ztrátou stability při zavřených očích s nohama u sebe (Rombergovo znamení), ztrátou akomodace zornice na světlo (Argyllovo - Robertsonovo znamení), aj.

4.3.5.5 Syfilis congenitální

Congenitální forma vzniká transplacentárním přenosem. Placenta matky je plně vytvořena až po prvním trimestru. Pokud je matka léčena již od počátku těhotenství, dítě se s největší pravděpodobností narodí zdravé. Možnou nákazu matky syfilis odhalují povinné sérologické testy na počátku a během gravidity.

Míra postižení plodu závisí na tom, v jakém stádiu syfilis se matka nachází a jaké množství infekčního původce koluje v její krvi. Pokud je matka v prvním stádiu syfilis, dítě se narodí předčasně a mrtvé. Nachází-li se matka ve stádiu syfilis sekundaria latens je dítě postiženo formou syfilis congenita recens a příznaky se mohou objevit až s odstupem 2 let věku dítěte. Prognóza této formy vrozené syfilis může být dobrá pokud je zahájena včasná léčba. Výsledky léčby samozřejmě záleží na poškození plodu v období těhotenství. Bez léčby polovina dětí umírá. Pokud je matka ve fázi syfilis latens je dítě postiženo formou syfilis congenita tarda. Onemocnění se projeví až po uplynutí 2 let věku, někdy až v období puberty. Poporodní příznaky související s postižením plodu mohou chybět nebo být snadno přehlédnuty. Matka, která se nachází v delší době latence může porodit i zdravé dítě.

4.3.6 Diagnostika

Přímý průkaz je provádět mikroskopicky . V zorném poli mikroskopu mají spirochety podobu jemných spirál. Jsou 5 - 15 mikrometrů dlouhé a mají pravidelné závitky. Při zvětšené spádové uzlině je možné mikroskopicky vyšetřit i punktát uzliny. Další

používanou metodou přímé diagnostiky může být metoda přímé imunofluorescence nebo molekulárně genetické metody.

Nezbytnou součástí diagnostiky je nepřímý průkaz protilátek v séru. Sérologické testy jsou děleny na specifické - treponemové testy a nespecifické - netreponemové testy. Rozdíl v těchto dvou testech je používaný antigen. Zatímco u specifických testů se užívají antigeny *Treponema pallidum*, tak u nespecifických testů se stanovují protilátky proti antigenu kardiolipinu (11). Kardiolipin je obsažen v membráně bakterie (13).

U specifických i nespecifických testů může být přítomna falešná pozitivita související s onemocněním infekcí HIV, autoimunitními chorobami, u spirochetových infekcí, atd. Falešná negativita může být u infekce HIV.

4.3.7 Léčba

První lékem volby je penicilin. Doposud nebyla na tento lék pozorována rezistence. Pro vyléčení je nutno držet koncentraci penicilinu v krvi na určité hranici a to po dobu 7 dnů. Neexistuje schéma léčby, které by bylo celosvětově jednotně používáno.

Všichni nemocní jsou po léčbě dispenzarizováni. V 1. roce je uskutečněno 5 kontrol. Nejprve po 2 měsících v prvním pololetí a pak po 3 měsících v druhém pololetí. V druhém roce jsou konány dvě prohlídky s odstupem 6 měsíců. Při zahájení léčby je doporučeno udělat anti-HIV test. Ten by měl být dle doporučení opakován ještě po uplynutí 6 měsíců (11).

4.4 Lymphogranuloma venereum

4.4.1 Definice

Bakteriální STD onemocnění, které se vyskytuje v endemických oblastech jako je Latinská Amerika, Afrika, Indie a Jihovýchodní Asie. Hromadný výskyt tohoto onemocnění je také v některých evropských přístavních městech (Amsterdam, Hamburg) a některých regionech v USA (14, s. 162). Původcem onemocnění je *Chlamydia trachomatis*. Sérotypy způsobující toto onemocnění patří do skupin L1, L2, L3. V tropických a subtropických oblastech je nejčastější příčinou neplodnosti u mužů i žen. Nejčastějším klinickým příznakem je zvětšení uzlin. Onemocnění se často sdružené s jinými STD.

4.4.2 Etiologie

Původce patří do skupiny obligátních intracelulárních bakterií (14, s. 162). Sérotypy způsobující LGV patří do skupin L1, L2, L2a, L3 (11).

4.4.3 Přenos

Přenos je uskutečněn přímým kontaktem s infikovaným sekretem. Nejčastěji pohlavním stykem (15).

4.4.4 Epidemiologie

Onemocnění se vyskytuje v endemických oblastech, které jsou zmíněny ve výše uvedené kapitole. Vyskytuje se hlavně u prostitutek. Do západní Evropy byla tato nákaza importována cestovateli a námořníky. Výskyt byl zaznamenán v některých velkých přístavních městech (11).

Do roku 2007 nebyl v České republice zaznamenán výskyt LGV. Zlomovým rokem se stal rok 2008. V tomto roce byl zaznamenán první případ. Další rok nebyla tato nemoc u nikoho v naší zemi diagnostikována. V roce 2010 byl diagnostikovaný jeden případ. Největší počet výskytu venerického lymphogranulomu je zatím zaznamenán v roce 2012, kdy bylo diagnostikováno 9 případů. V příloze č. 1 je vzrůstající trend onemocnění zřehledněn v tabulce. (15).

4.4.5 Klinický průběh

Inkubační doba je v nejméně 14 dní. Nemoc má tři stádia. Prvním příznakem je malá nebolestivá papula nebo uzlík v genitální oblasti. Povolak nálezu je většinou šedý. Primární příznaky se mohou přehlédnout a uplynutí krátké doby samy vymizí. Nemoc přechází do druhého stádia.

Infekce se s odstupem dvou týdnů začne šířit lymfatickými cestami a vede k lymfadenopatii v místě genitálií. Uzliny jsou často jednostranně zvětšené. Povrch uzlin je začervenalý a zanícený. Zhnisané uzliny mohou vytvářet abscesy a perforovat. Následuje tvorba píštělí, ze kterých vytéká hnis. Zánětlivý proces může pokračovat do okolních tkání a vést k dalším komplikacím. Průběh je doprovázen celkovými příznaky kam mohou patřit horečky, nechutenství, hubnutí. Generalizace onemocnění se může projevat vznikem exantému, oteklými klouby, revmatoidními bolestmi, atd.

Posledním stádiem je elephantiasis genito-ano-rectalis ulcerosa. V oblasti genitálií a recta dochází k fibrotickým změnám a tvorbě striktur. Komplikací těchto změn je elefantiáza zevního genitálu u žen i u mužů. U žen a homosexuálních mužů vzniká často zúžení v oblasti recta.

4.4.6 Diagnostika

Nejdůležitější test používaný v diagnostice, představuje sérologická metoda komplementfixační reakce. Protilátky jsou detekovatelné od 2 - 4 týdne od nakažení.

4.4.7 Léčba

Onemocnění se léčí antibiotiky. Léčba je rozdělena do 21 dnů. Antibiotika se podle druhu podávají v pravidelných intervalech 2x nebo 4x denně (11).

4.5 Infekce HIV/AIDS

4.5.1 Definice

Toto virové onemocnění je poměrně nové a poprvé bylo objeveno v roce 1981. Podle klinických projevů, které se u infikovaných osob objevovaly dostalo onemocnění název Acquired Immune Deficiency Syndrome. V českém překladu jej můžeme vyložit jako Syndrom získané imunitní nedostatečnosti. V roce 1983 byl objeven i původce onemocnění a dostal název HIV. Zkratka HIV je odvozena z názvu Human Immunodeficiency Virus, což v překladu znamená virus způsobující selhání imunity (18).

4.5.2 Etiologie

Virus HIV patří do skupiny retrovirů a dělí se na dva základní typy HIV - 1 a HIV-2. Typ HIV - 2 je méně častý a vyskytuje se spíše regionálně. Typ viru HIV - 1 se dělí na podtypy, které se liší závažností průběhu nemoci a infekčností.

Virus je velmi citlivý na vnější prostředí. Teploty nad 60 stupňů Celsia, běžné desinfekční prostředky nebo zaschnutí virus ničí.

Po vniknutí do organismu napadá imunitní buňky, které nesou na svém povrchu znak CD4+. Buňky s tímto znakem patří do skupiny bílých krvinek, konkrétněji jsou to T4 lymfocyty, astrocyty, makrofágy, a další (11).

4.5.3 Přenos

Virus se vyskytuje především v tělních tekutinách jako je krev, sperma, preejakulát a vaginální sekret infikovaných osob. V tělních tekutinách jako jsou sliny a slzy se vir vyskytuje v podprahovém množství, které není schopno vyvolat infekci. Z teoretického hlediska by však v určitých případech mohly být zdrojem infekce. V praxi se přenos prostřednictvím slin nebo slz nepotvrdil.

Prokazatelně dochází ke čtyřem způsobům přenosu viru HIV. Mezi ně patří přenos pohlavním stykem, prostřednictvím půjčených jehel nebo stříkaček, při krevní transfúzi, injekčním podáváním krevních derivátů a transplacentárně z infikované matky na plod.

4.5.3.1 Sexuální přenos HIV infekce

K přenosu dochází při vaginálním i análním styku. Infikovat se mohou jak homosexuálové tak heterosexuálové. Přenos se snadněji uskuteční poraněnou sliznicí, která je při sexuálním styku namáhána a často na jejím povrchu dochází k oděrkám a mikroskopickým lézím. K přenosu je náchylnější sliznice análního otvoru, která je jinak stavěna a nedochází zde k přirozené lubrikaci, a tak je zde větší pravděpodobnost poranění. Stejně riziko platí pro homosexuální i heterosexuální páry. Ve vyšším riziku nakažení je vždy partner, který je při souloži pasivní. K přenosu může dojít také při orálně - genitálním styku. Infikovat se může člověk v případě, že má poranění v ústech, nebo na pohlavním orgánu. V praxi je tento způsob přenosu velice vzácný.

4.5.3.2 Přenos infekce HIV krví

K přenosu HIV prostřednictvím transfúze nebo injekčním podáváním krevních derivátů dochází v dnešní době zcela výjimečně. Od roku 1987 podléhají všechny odběrové vzorky povinné kontrole.

Infekci je možno přenést také při společném užívání jehel a injekčních stříkaček. Jedná se především o uživatele drog. Mohou sem patřit také sportovci, kteří společně užívají injekčně steroidy, nebo boxeři.

4.5.3.3 Přenos z matky na plod

K přenosu může dojít v období těhotenství přes placentu nebo v době porodu. Pokud není matka léčena je zde riziko 20 až 30%. Matka, která je podrobena léčbě představuje

pro svůj plod 8% riziko. Porod je veden císařským řezem a kojení se vzhledem k riziku přenosu také nedoporučuje (19).

4.5.4 Epidemiologie

4.5.4.1 Historie

Koncem 70. let a začátkem 80. let 20. století si lékaři v USA povšimli zvyšujícího se výskytu vzácného nádoru s názvem Kaposiho sarkom a vzácných zápalů plic, především pak zápalem plic způsobený původcem *Pneumocystis carinii*. Příznaky se vyskytovaly v převážné většině u homosexuálních mužů. Z laboratorních vyšetření vyplývalo, že infikovaní muži mají malé množství bílých krvinek a tak jsou oddáni napospas infekcím, které imunita zdravého člověka bezpečně zneškodní.

Syndromu se nejprve říkalo GRID, což znamenalo imunitní nedostatečnost související s homosexualitou, nebo také mor homosexuálů. Zprávy o dalším výskytu podivného syndromu byly zaznamenávány z oblastí Karibiku, Evropy a od turistů příjíždějících z Afriky. Přestože zatím nebylo známo, co podivnou nemoc způsobuje, dostala název AIDS. Bylo ovšem jasné, že virus se mezi lidskou populací dostal už několik desítek let předtím a postupně se rozšiřoval. Oběťmi už nebyly jen rizikové skupiny, které představují homosexuálové, promiskuitní a uživatelé injekčních drog. V letech 1982 - 1983 se začaly objevovat nevinné oběti z řad hemofiliků, kteří se infikovali prostřednictvím intravenózního podávání srážlivých faktorů. Počáteční šok z příchodu hrozivé nemoci zapříčinil diskriminaci skupin homosexuálů a narkomanů, kteří byli obviněni ze zavléknutí nemoci do USA. V letech 1983 - 1984 byl objeven virus, který způsoboval nemoc AIDS. Nezávisle na sobě jej objevily vědecké laboratoře v USA a v Paříži. Vědci se shodli, že jde o zcela nový virus, který dosud nebyl zaznamenán. V roce 1986 dostal virus název HIV. Nastala doba nadějí, neboť byl znám původce a diagnostická metoda. Vědecké týmy tedy doufaly, že brzy přijdou s účinnou léčbou a prevencí. Největší nadějí by představovala vakcinace, která zatím za celou dobu výzkumu nebyla vyvinuta.

Původ viru HIV je dodnes záhadou. Vzniklo spoustu teorií, z nichž některé byly velice bizarní. Za nejpravděpodobnější je považována teorie o přenosu původně opičího viru na člověka již ve 30. letech 20. století. Vir SIV, který způsoboval u opic podobný imunitní deficit překročil druhovou bariéru a napadl člověka. Je možné že prvními nakaženými byli lovci opic, u kterých došlo k přenosu infekce poraněním nebo požíváním opičího masa.

Od 80 let 20 století zemřelo na následky AIDS více než 25 miliónů lidí. Infekce se stala celosvětovým problémem. Dopad pandemií je nejničivější v nejhudších částech světa, především pak v oblasti subsaharské Afriky. Jako symbol solidarity s HIV pozitivními lidmi byl v roce 1991 zaveden symbol představující červenou stuhu.

4.5.4.2 Epidemiologie ve světě

Nejpostiženější oblastí zůstává Afrika. V zemích jako je Svazijsko a Botswana je více než 25% prevalence. Způsob přenosu je převážně heterosexuální. Na subsaharskou Afriku připadají 2 miliony infikovaných dětí. Tento počet tvoří v celosvětovém měřítku 90% všech HIV pozitivních dětí. Průměrná délka života v těchto zemích klesla zhruba o deset let a to hlavně v důsledku AIDS. Průměrně se zde lidí dožívají 40 let. Za Jihoafrickou republikou a Nigérií je Indie třetí zemí s nejvyšším výskytem HIV pozitivních lidí (12).

4.5.4.3 Epidemiologie v České republice

Českou republiku lze považovat za zemi s nízkým výskytem HIV infekce. Jako nejčastější je zaznamenán homosexuální přenos, který tvoří víc jak polovinu ze všech možností přenosu infekce. Na druhém místě je heterosexuální přenos, který tvoří kolem 31%. Relativně nízký zůstává přenos infikovanými jehlami u uživatelů drog, kde se podíl pohybuje kolem 5 - 7%. Mezi HIV pozitivními osobami převládají muži s podílem 80%. Počet infikovaných žen je dlouhodobě stabilní na 20%. Nejpostiženějšími regiony je hlavní město Praha, Středočeský kraj a Karlovarský kraj. Česká republika patří mezi země, kde infekce HIV postihuje především mladou generaci.

Epidemiologické riziko představuje především neznalost HIV stavu. U osoby, která neví o své nákaze je 3,5x vyšší pravděpodobnost, že infikuje jinou osobu, než u osoby, která si je vědoma svého HIV pozitivního stavu. Zde hraje roli zodpovědnost HIV pozitivního jedince a také snížení virové nálože v důsledku antiretrovirové léčby.

4.5.5 Klinický průběh

Po proniknutí viru do organismu se z odstupem 3. - 4. týdne objeví první příznaky, které značí fázi tzv. akutní HIV infekce. Těmito příznaky trpí přibližně 70% všech infikovaných. Vzhledem k tomu, že příznaky bývají značně nespecifické, je zde riziko, že nemoc nebude rozpoznána. Příznaky akutní HIV infekce připomínají chřipkovité onemocnění, které

většinou doprovází zvětšení mízních uzlin. Virová nálož v organismu je vysoká, zatímco protilátky organismus teprve vytváří (11).

Po období akutních příznaků nastává asymptomatické období, které trvá v průměru 8 - 9 let, pokud není infikovaný léčen. Pokles CD4 lymfocytů na hodnotu $500/\text{mm}^3$ začne signalizovat sníženou výkonnost imunitního systému a z bezpříznakového období přechází nemocný do fáze symptomatické HIV infekce.

V symptomatické fázi se objevují příznaky jako je generalizované zduření uzlin, které postupně odeznívá, orofaryngeální a vaginální kandidózy, výsev herpes zoster, nechutenství, hubnutí, průjem. Pokud není nasazena protivirová léčba, tak do několika měsíců dojde k rozvoji nemoci AIDS

Do fáze AIDS je člověk zařazen po vypuknutí tzv. velkých oportunních infekcí. Do kategorie těchto onemocnění je zařazena pneumocystová pneumonie, Kaposiho sarkom, tuberkulóza, toxoplazmová encefalitida a mnoho dalších. Některé oportunní infekce jsou po nasazení léčby dobře zvládnutelné a tak se jejich výskyt u HIV pozitivních pacientů snižuje. Problémem zůstávají infekce způsobené bakterií *Mycobacterium tuberculosis* a některými jinými multirezistentními kmeny (18).

4.5.6 Diagnostika

V České republice se provádějí testy na HIV od roku 1985. Kromě dárců krve a dárců orgánů je od roku 2000 povinně zavedeno testování gravidních žen. Test na HIV může být bez souhlasu proveden u člověka, který nemůže dát informovaný souhlas, například pokud je v bezvědomí. Test bez souhlasu je možné provést u osob podezřelých ze sexuálně motivovaných činů. Dále u pachatelů, kteří jsou podezřelí ze spáchání trestného činu ohrožení pohlavní nemocí.

Vlastní testování by mělo být doplněno předtestovým a potestovým poradenstvím. Pacient má možnost požádat o anonymní testování. Pro získání dostatečně spolehlivého negativního výsledku by měl být pacient testován po uplynutí 2 - 3 měsíců od rizikového styku. V té době by mělo být vytvořeno dostatečné množství protilátek v séru.

V laboratorní praxi se využívají protilátkové Elisa testy. Často se ještě kombinují s testem na antigen p24. Elisa testy jsou velmi citlivé, ale málo specifické. V případě pozitivního testu se třeba doplnit vyšetření o konfirmační test.

K testování jsou k dispozici tzv. rychlé testy. Jejich nevýhodou je, že nemusí zachytit infekci ani po uplynutí 3 měsíců a proto jsou brány spíše orientačně. Testy se provádí z kapilární krve. Snadné provedení testu vede často k tomu, že jej provádí nekvalifikovaní pracovníci v nízkoprahových centrech. Po případném reaktivním výsledku není možné provést konfirmační test a chybí odborná interpretace.

Další možnost testování je pomocí slinných testů. Jsou spolehlivé stejně jako protilátkové testy a jejich využití je především v terénní praxi. V případě positivity je nutná následná konfirmace (11).

4.5.7 Léčba

Léčba je standardně podávána od poloviny 90 let. První úspěchy léčby byly zaznamenány v letech 1996 a 1997, kdy výrazně klesla úmrtnost na AIDS v Kanadě a USA. Podobné úspěchy byly zanedlouho zaznamenány i v západní Evropě. Zavedení kombinované terapie znamenalo obrovský průlom, přestože není léčbou možné HIV pozitivního člověka vyléčit (12).

Cílem kombinované terapie je dosažení dlouhodobého efektu. Proto je nutné podávat léky v kombinacích nejčastěji tří léků. Důležitá je spolupráce pacienta, který musí k léčbě přistupovat zodpovědně. Nedodržováním léčebného postupu může dojít k rezistenci a následným komplikacím.

Dobré výsledky terapie mají i značný preventivní význam, protože snižují virovou nálož a tím i možnost přenosu, pokud by selhala jiná preventivní opatření. Jistou možností preventivní terapie je také postexpoziční profylaxe. Aplikuje se do 24 hodin po rizikovém pohlavním styku v AIDS centrech. Po podání však není eliminace přenosu stoprocentní.

4.6 Legislativa a hlášení pohlavních nemocí

První zákonná forma proti pohlavním nemocem byla v ČR přijata v roce 1992. Mezi aktuální závazné zákonné normy a metodické pokyny MZ ČR patří: **Zákon č. 258/200Sb.**, o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, **Vyhláška MZ ČR č. 306/2012 Sb.**, o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče, **Směrnice č. 30/1968 Věstníku MZ**, o patření proti pohlavním nemocem, zapsána ve

sbírce zákonů, **Věstník MZ ČR z prosince 1997**, částka 10 standardy vyšetřovacích postupů STD.

Klasické pohlavní nemoci podléhají povinnému hlášení, evidenci, poučení pacienta, depistážnímu šetření, a dispenzární péči. Dispenzarizace a evidence těchto nemocí patří do kompetence lékařského oboru dermatovenerologie. Kromě klasických chorob podléhají povinnému hlášení virové hepatitidy, infekce HIV/AIDS, scabies, pediculosis a chlamydiové infekce.

Důležitou činností dermatovenerologů je zjišťování kontaktů a zdrojů infekce. Každá potencionálně ohrožená osoba by měla být pozvána na vyšetření. Cílem vyhledávání kontaktů je přerušení šíření nákazy, což hraje v prevenci STD a HIV velkou roli. Nezbytně důležitý je sběr dat, statistické vyhodnocení a určení rizikových skupin (11).

5. SYNDROM RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ V DOSPÍVÁNÍ

Předchozí kapitola se zabývala sexuálně přenosnými nemocemi. Podrobně se zabývala čtyřmi z nich. Konkrétně se jednalo o kapavku, syfilis, lymphogranuloma venereum a HIV/AIDS.

Následující kapitola se zabývá věkovou skupinou populace, u které se ve vysoké míře vyskytuje sociálně patologické chování shrnuté pod názvem syndrom rizikového chování v dospívání. Následně si popíšeme jednu složku patřící do syndromu rizikové chování a tou je rizikové sexuální chování.

V tomto období ovlivňují dospívající jedinci své chování rozumovou volbou jen do určité míry. Daleko častěji je volbou rizikové chování, které pomáhá dospívajícímu uspokojit jeho vývojovou potřebu. Mezi takové potřeby lze zařadit touhu zapadnout do party vrstevníků, zvýšení sebevědomí, uspokojení citových potřeb, atd. V období dospívání je uspokojování aktuálních potřeb daleko důležitější, než uvědomění si, že se jedinec svým chováním vystavuje riziku.

Při volbě zdravého životního stylu hraje důležitou roli rodina a škola. Obě prostředí by měli spolupracovat, posilovat a ochraňovat jedince proti rizikovým faktorům. Zároveň by se měli snažit pomoci jedinci, u kterého se rizikové chování vyskytlo. Za posledních 15 let stoupl počet dospívajících ve věku 15 - 19 let, kteří se chovají rizikově a věková hranice se stále posouvá směrem dolů.

Syndrom rizikového chování dospívajících zahrnuje tyto okruhy: zneužívání návykových látek, příp. i závislost na nich, rizikové chování v oblasti psychosociální a rizikové sexuální chování. Zcela výjimečně se tyto okruhy vyskytují samostatně. Většinou se sdružují a výskyt jednoho jevu usnadňuje vznik dalšího (1).

Kulturní kontext hraje ve vnímání rizikového chování velkou roli. Normy se můžou v různých společnostech lišit. Zatímco romská komunita nepovažuje za rizikové chování těhotenství dívky chodící na základní školu, tak v naší společnosti je téměř nepřijatelné (21).

5.1 Rizikové sexuální chování

Za bezpečné sexuální chování lze podle lékařů považovat styk, který je provozován pouze mezi dvěma zdravými partnery, kteří jsou si věrní. Zároveň neprovozují žádné rizikové praktiky, které by mohly vést k přenosu venerické nákazy např. společné používání injekčních jehel (20).

Rizikové sexuální chování se dá obecně definovat jako chování, jehož následkem může být nakažení pohlavně přenosnou nemocí. Dále sem patří sex před dovršením 15 roku života, sexuální styk spojený s nechtěným těhotenstvím a potratem, sexuálně orientované agresivní činy, promiskuitní sexuální chování a nechráněný pohlavní styk.

V dospívání se vytvářejí psychologické i biologické předpoklady pro pohlavní život. Zároveň se vytváří touha naplnit tyto pudy. Naléhavé chování se projevuje u jedinců, kterým výchova nezajistila dostatečné schopnosti sebeovládání a odpovědnosti. Dále jim nebyla v rodinném prostředí dostatečně zajištěna výplň volného času smysluplnými aktivitami a koníčky. K rizikovému sexuálnímu chování přispívá i tlak ze strany vrstevníků, dále všeobecná liberalizace sexu, mnoho sexuálních podnětů v televizních kanálech, atd. U dospívajícího jedince, který začne sexuálně předčasně žít se zpravidla vyskytuje promiskuitní chování a s tím související vysoká pravděpodobnost výskytu STD. U osob ve věku 15 - 19 let je dokonce nevyšší výskyt kapavky a chlamydiových infekcí (1).

6. PREVENCE SEXUÁLNĚ PŘENOSNÝCH CHOROB

V předchozích kapitolách jsme se věnovali sexuálním chorobám a způsobům, kterými se šíří. Dále jsme si specifikovali rizikovou skupinu, která častěji inklinuje k syndromu rizikového chování.

Následující kapitola se zabývá způsoby prevence sexuálně přenosných chorob. V kapitole jsou uvedeny strategie, jejichž cílem je snižování výskytu pohlavních nemocí v populaci. Dále je kapitola věnována konkrétním ochranným prostředkům proti pohlavním nemocem.

6.1 Klinická strategie snižující výskyt pohlavních nemocí

Prevence a kontrola výskytu STD obsahuje základní principy, které se soustředí na:

- vzdělání ohrožených skupin v oblasti prevence sexuálního chování, a v problematice rizikového sexuálního chování;
- identifikaci infikovaných osob, které nevyhledaly zdravotnické zařízení;
- poskytnutí vyšetření, léčby a poradenství infikovaným osobám a jejich sexuálním partnerům;
- preexpozici vakcinace osob, které mohou být ohroženy pohlavní nemocí, u které je možnost vakcinace.

6.2 Ochranné prostředky

6.2.1 Kondom

Latexové kondomy určené pro muže jsou vysoce účinnou ochranou pomůckou, která slouží preventivně proti přenosu velkého množství pohlavních nemocí. Spolehlivě zabrání přenosu HIV infekce, chlamydiových infekcí, kapavky a mnoha dalších. Kondom snižuje riziko přenosu viru herpes simplex nebo lidských papilomavirů. Lidé, kteří trpí alergií na latex mohou využít nabídku kondomů s jiných syntetických materiálů. Na trhu jsou k dispozici například polyuretanové kondomy, které mají stejné vlastnosti jako latexové. Kondomy s přírodních materiálů poskytují ochranu před otěhotněním, ale k prevenci STD nejsou zcela vhodné. Kondom by měl být používán nejen při vaginální souloži, ale také při orálním nebo análním styku. Před použitím by měla být zkontrolována jeho neporušenost a

nasazování by mělo být přesně podle návodu, aby se zabránilo protržení nebo sklouznutí. Po ejakulaci se kondom z penisu opatrně sejme.

6.2.2 Ženský kondom - femidom

Je vyroben z polyuretanu a na obou koncích má kroužek. Jedním koncem se zavede do pochvy nebo análního otvoru. Tento druh kondomu představuje účinnou ochranu proti přenosu STD. Jeho účinnost však není doložena dostatečným počtem výzkumů, lze ho použít jako alternativu v případech, kdy není možné použít pánský kondom.

6.2.3 Lubrikanty

Některé druhy lubrikantů mohou narušovat latexový povrch kondomu a snižovat tak jeho účinnost. Vhodné jsou lubrikanty na vodní bázi a glycerin. Nevhodné jsou lubrikační gely na bázi oleje, různé krémy nebo tuky.

6.2.4 Preexpoziční vakcinace

V současné době je možnost očkování proti virové hepatitidě A, B a lidskému papilomaviru.

Vaginální výplachy, pesary nebo děložní tělíska nejsou brány jako preventivní prostředky k ochraně proti sexuálně přenosným nemocem.

6.3 Obecné principy prevence sexuálně přenosných chorob

V jednotlivých zemích je přístup k prevenci sexuálně přenosných chorob velice rozdílný. Na základě toho by měla být zavedena jednotná koncepce na podporu sexuálního zdraví a prevence STD. Velice důležité je vytvoření vzorových preventivních programů, které by zohledňovaly věk a vzdělání příslušné cílové skupiny. Nezbytně důležitá je součinnost školy a rodiny (11).

7. SEXUÁLNÍ VÝCHOVA

V poslední kapitole je zdůrazněna důležitost sexuální výchovy v rodinném a školním prostředí. V kapitole se dočteme jak velký význam hraje rodina v sexuální výchově dítěte. Stejně tak se dozvíme jakou roli by měla v tomto případě zastávat škola.

Tento proces by měl dlouhodobě probíhat ve funkčních rodinách. Škola zde hraje významnou roli pouze v případě, že zastupuje v tomto ohledu nefungující rodinu. Škola v rámci sexuální výchovy poskytuje možnost odborného působení na všechny děti. Působení rodiny a školy v rámci sexuální výchovy připravuje jedince na reálný život. Mezi rodinnými příslušníky často dochází k mezigeneračnímu předávání modelů chování. V rodinách kde nefungují vzájemné vazby a dochází k výskytu negativních modelů chování je větší pravděpodobnost, že následující generace bude řešit podobné negativní problémy

7.1 Význam sexuální výchovy ve školách

Její nejdůležitější význam spočívá v prevenci rozsáhlé sociální patologie. Ta se projevuje nejvýrazněji v období dospívání. Lze předpokládat, že pokud společnost bude na tuto oblast dospívající správně připravovat, budou projevy sociální patologie u dospívajících jedinců méně výrazné (11).

7.2 Rodina a sexuální výchova

Rodinné prostředí předkládá dítěti základy partnerského soužití, aniž by si to uvědomovalo. Sexuální výchova v rodinách je přirozený systém probíhající ve třech rovinách.

Tou první je rovina vztahů, která představuje základní citové naladění dítěte. Rodina od základu učí dítě, jak přijímat druhé lidi. Toto období je důležité pro pozdější vytváření vztahů k druhým lidem.

Rovina vzorů představuje druhou složku přirozeného systému sexuální výchovy. Dítě přijímá modely chování, které vidí u svých vzorů. Vzory představují nejčastěji právě rodiče. Dítě pozoruje vzájemné chování rodičů, vzájemné řešení konfliktů a na základě toho si utváří, jak má partnerský život vypadat.

Poslední součástí je rovina poučení. Představuje logický doplněk předchozích dvou částí. Zvláště důležitý je tehdy, pokud jsou předchozí dvě roviny nějak narušeny.

7.3 Škola a sexuální výchova

Ne vždy dítě vyrůstá v ideální rodině, kde žijí lidé ve vzájemném porozumění. V této chvíli zde hraje významnou roli škola, která seznamuje žáky se základy sexuální výchovy. Sexuální výchova se kromě sexuálně přenosných chorob nebo sexuálním zneužíváním zabývá také budováním pozitivních morálních hodnot, nabídkou pozitivních vzorů, rozlišováním dobra a zla, atd.

7.4 Spolupráce školy a rodiny

Spolupráce školy a rodiny přináší častá úskalí, zvláště pokud se jedná o oblast sexuální výchovy. Pokud výchova v rodině probíhá správně, dítě má základ pro vytváření pozitivních vztahů ve škole. Učitel a rodič tráví s dítětem nejvíce času a měli by dítěti nabídnout možnost, aby se setkávalo s pozitivní vzory chování a partnerských vztahů (22).

PRAKTICKÁ ČÁST

8. FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU

Podle zdravotnické statistiky, kterou vydává Ústav zdravotnických informací a statistiky je zřejmé, že výskyt některých pohlavních nemocí v České republice stoupá. Z pohlavních nemocí podléhajících povinnému hlášení je zvýšený výskyt kapavky, HIV/AIDS a v posledním roce bylo diagnostikováno i 9 případů lymphogranuloma venereum. Výskyt LGV je v ČR zatím nejvyšší za posledních 10 let.

Z toho vyplývá, že se lidé začali ve vyšší míře vystavovat rizikovým pohlavním stykům a praktikám. Skupinou, která přistupuje k sexuálnímu chování nejnezodpovědněji jsou právě mladí dospívající od 15 do 19 let a mladí lidé od 20 do 24 let.

Důležité je, aby byla vysoká úroveň znalostí o prevenci pohlavních chorob a rizicích spojených s nechráněným pohlavním stykem již u dospívající populace. Proto je hlavní výzkumný problém mé práce zaměřený na zjištění úrovně znalostí o prevenci sexuálně přenosných chorob u žáků základních škol.

9. STANOVENÍ CÍLŮ A HYPOTÉZ

Cílem bakalářské práce bylo zjistit jaká je úroveň znalostí v oblasti prevence sexuálních chorob u žáků základní školy v porovnání s žáky ze školy praktické. Informace jsem zjišťovala prostřednictvím dotazníkového šetření. Získaná data jsem vyhodnocovala statisticky a srovnávala je s mnou stanovenými hypotézami.

Dotazník byl rozdělen do tří okruhů. V každé části byly otázky formulované tematicky podle hypotéz, které jsem si stanovila. Dotazník měl podobu spíše znalostního testu a proto k jeho vyplnění nebyl třeba předchozí souhlas rodičů.

V úvodní části byly jako první položeny identifikační otázky týkající se pohlaví a věku. Třetí otázka se týkala zájmových kroužků žáků. Dále byly v první části položeny otázky týkající se prevence sexuálně přenosných chorob. Druhá část byla věnována otázkám, které byly zaměřeny na konkrétní sexuálně přenosné choroby. Třetí částí jsem zjišťovala, jakými způsoby žáci získávají informace o problematice sexuálně přenosných chorob.

Stanovila jsem si následující cíle:

1. Zjistit jakým způsobem jsou žáci 8. a 9. ročníků základní a speciální školy informováni o prevenci sexuálně přenosných chorob.
2. Zjistit jakým způsobem jsou žáci 8. a 9. ročníků základní a speciální školy informováni o jednotlivých sexuálně přenosných onemocněních.
3. Zjistit jakými způsoby zjišťují žáci základní a speciální školy informace o problematice sexuálně přenosných chorob.
4. Vytvořit edukační materiál

Na základě výzkumných problémů jsem stanovila následující hypotézy:

- **H₁**: Žáci základní školy mají vyšší znalosti o prevenci sexuálně přenosných chorob než žáci na speciální škole.
- **H₂**: Žáci základní školy mají vyšší znalosti o konkrétních sexuálně přenosných onemocněních vyšší než žáci na speciální škole.
- **H₃**: Žáci speciální školy přijímají informace o problematice sexuálně přenosných onemocněních prostřednictvím většího množství zdrojů než žáci na základní škole.

10. METODIKA VÝZKUMU

Jako metodu pro zjišťování informací jsem si vybrala kvantitativní výzkum pomocí dotazníku. Dotazník byl zaměřen na zjišťování úrovně znalostí v oblasti prevence sexuálně přenosných chorob u žáků speciální a základní školy. Jako skupinu respondentů jsem si zvolila žáky 8. a 9. ročníku základní a speciální školy v Plzeňském kraji. Počet respondentů jsem stanovila na 50. Konkrétně se jednalo o Základní školu v Bezdruzicích, Základní školu Heyrovského Plzeň se zaměřením na žáky se speciálními potřebami a Základní školu Podmostní Plzeň se zaměřením na žáky se speciálními potřebami.

Celkově bylo v dotazníku položeno 22 otázek. Dotazník byl anonymní a skládal se ze 3 otevřených otázek a 19 uzavřených. Otázky byly rozděleny do tří tematických okruhů. V začátku byly položeny 2 otázky identifikačního charakteru týkající se pohlaví, věku. Následovala otázka č. 3, která měla obecný charakter a týkala se zájmových činností žáka. Dále následovalo 6 (otázka č. 4 - 8) otázek zaměřených na prevenci sexuálně přenosných chorob. V druhé části bylo položeno 7 otázek (otázka č. 10 - 16), kterými jsem zjišťovala jakou informovanost mají žáci o jednotlivých sexuálně přenosných chorobách. Konkrétně byly otázky zaměřené na kapavku, syfilis a HIV/AIDS. Poslední část obsahovala 6 otázek (otázka č. 17 - 22), které byly zaměřeny na to, jakými způsoby se žáci dozvídají informace o problematice sexuálně přenosných chorob.

Sběr dat jsem prováděla v únoru 2014. Dotazníkové šetření jsem na školách prováděla osobně, aby měly výsledky co nejvyšší vypovídající hodnotu a mohla jsem při případných nejasnostech přiblížit význam otázek. Obě skupiny respondentů dostaly 25 dotazníků a návratnost byla 100%. Dotazník je připojen v příloze č. 2.

11. VZOREK RESPONDENTŮ

Jako soubor dotazovaných jsem si zvolila žáky 8. a 9. ročníků základních škol. Výzkum jsem prováděla na Základní škole v Bezručicích, Základní škole Plzeň Podmostní a Základní škole Plzeň Heyrovského.

Základní škola Bezručice je menší škola venkovského charakteru, která má v současné době 133 žáků. Škola poskytuje základní vzdělání pro děti z širokého okolí, které bydlí ve spádových vesničkách. Součástí školy je školní družina a školní jídelna. Škola má výborné sportovní zázemí, jehož dominantou je moderní víceúčelové venkovní hřiště. Kromě sportovních aktivit a kroužků mají děti možnost navštěvovat uměleckou školu, která je součástí školního komplexu. Výuka probíhá podle vlastního vzdělávacího programu. Školu jsem si vybrala z důvodu, že jsem ji sama navštěvovala v letech 2004 - 2008.

Základní škola Podmostní Plzeň se nachází v samém centru západočeské metropole. Poskytuje výuku přibližně 105 žákům, kteří jsou rozděleni do 12 tříd. Jedná typ školy, která poskytuje vzdělání dětem s lehkým mentálním postižením. U žáků se často vyskytuje i sociální znevýhodnění. Z těchto důvodů se zaměřuje škola také na výchovu, náplň volného času a prevenci sociálně patologických jevů.

Základní škola Heyrovského Plzeň se nachází v Plzni v městské části Doudlevice. Poskytuje výuku přibližně 150 žákům. Škola zajišťuje vzdělání žáků se speciálními potřebami. U žáků navštěvující speciální školy se často vyskytují poruchy učení a chování, které vedou ke zvýšenému výskytu sociálně patologických jevů.

V obou plzeňských základních školách působí školní metodik prevence, který realizuje a koordinuje výuku a aktivity zaměřené na prevenci záškoláctví, závislostí, agresivity a dalších sociálně patologických jevů, které se na školách tohoto charakteru vyskytují ve vysoké míře.

12. ZPRACOVÁNÍ DAT

Celkem bylo rozdáno 50 dotazníků, z nichž 25 bylo určeno pro žáky základní školy a dalších 25 pro žáky speciální školy. Získaná data jsem zpracovávala statisticky a zřehlednila je v tabulkách, které jsou následně doplněny grafy. Za každým okruhem otázek jsou vyhodnoceny jednotlivé hypotézy.

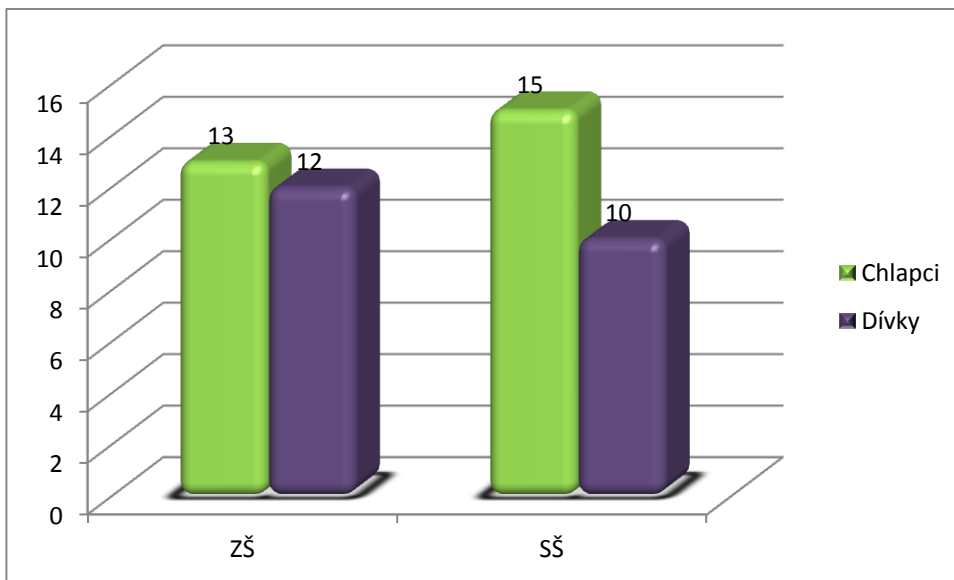
Zpracování dat je prováděno v programu Microsoft Office Excel 2007.

Otázka č. 1 - Pohlaví

Tabulka č. 1 - Pohlaví

Pohlaví	Žáci základní školy		Žáci speciální školy		Celkem	
	Absolutní hodnota	Relativní hodnota	Absolutní hodnota	Relativní hodnota	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
Chlapec	13	52%	15	60%	28	56%
Děvče	12	48%	10	40%	22	44%

Graf č. 1 - Pohlaví



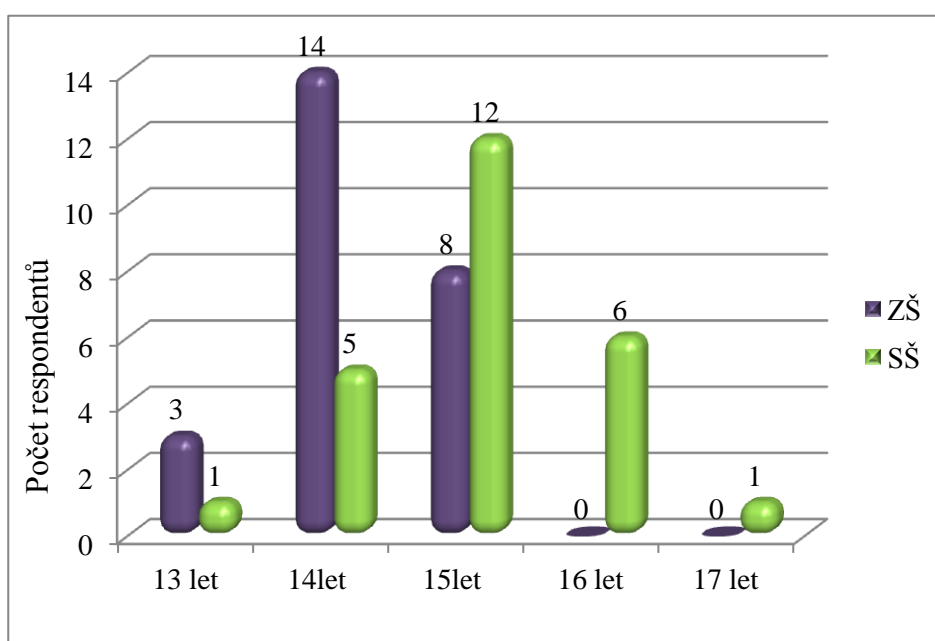
Respondentů bylo celkem 50. V celkovém počtu bylo 28 (56%) chlapců a 22 (44%) dívek. Na základní škole byly počty dívek a chlapců téměř shodné. Chlapců bylo 13 (52%) a dívek 12 (48%). Na speciální škole byli chlapci v převaze s počtem 15 (60%). Počet dívek byl 10 (40%).

Otázka č. 2 - Věk

Tabulka č. 2 - Věk

Věk	Žáci základní školy		Žáci speciální školy		Celkem	
	Absolutní hodnota	Relativní hodnota	Absolutní hodnota	Relativní hodnota	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
13 let	3	12%	1	4%	4	8%
14 let	14	56%	5	20%	19	38%
15 let	8	32%	12	48%	20	40%
16 let	0	0%	6	24%	6	12%
17 let	0	0%	1	4%	1	2%

Graf č. 2 - Věk



Z celkového počtu respondentů jsou 4 (8%) ve věku 13 let, 19 (38%) ve věku 14 let, 20 (40%) ve věku 15 let, 6 (12%) ve věku 16 let a 1 (2%) ve věku 17 let.

U žáků základní školy je nejvíce zastoupen věková kategorie 14 let s absolutním počtem 14 (56%), následuje věk 15 let s absolutním počtem 8 (32%) a na třetím místě je věk 13 let a absolutním počtem 3 (12%).

U žáků speciální školy je věkový rozptyl o něco větší. V této skupině je nejvíce respondentů ve věku 15 let s absolutním počtem 12 (48%), následuje věk 16 let s

absolutním počtem 6 (24%), na třetím místě jsou žáci ve věku 14 let s absolutním počtem 5 (20%) a nejnižší zastoupení má věková kategorie 13 let s absolutním počtem 1 (4%) a věková kategorie 17 let s absolutním počtem 1 (4%).

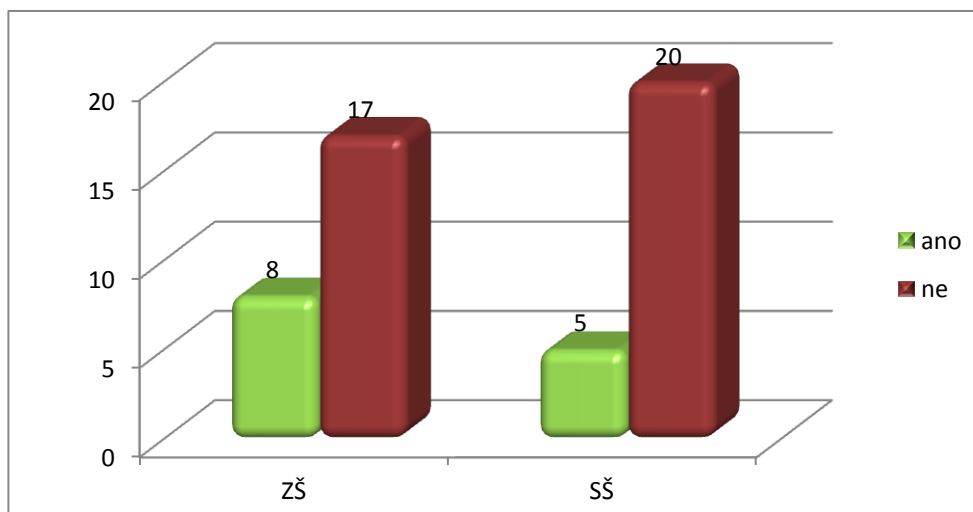
Otázka č. 3 - Navštěvuješ zájmový kroužek, nebo jsi členem nějakého klubu?

Doplňující otázka: Pokud vybereš možnost ano, tak napiš, o jaký kroužek se jedná.

Tabulka č. 3 - Zájmový kroužek

Odpověď	Žáci základní školy		Žáci speciální školy		Celkem	
	Absolutní hodnota	Relativní hodnota	Absolutní hodnota	Relativní hodnota	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
ano	8	32%	5	20%	13	26%
ne	17	68%	20	80%	37	74%

Graf č. 3 - Zájmový kroužek



Z celkového počtu respondentů se 13 žáků věnuje zájmovému kroužku, nebo je členem školního klubu.

Z respondentů navštěvujících základní školu se věnuje 8 (32%) žáků zájmovému kroužku. Z respondentů navštěvujících speciální školu se zájmovému kroužku věnuje 5 (20%) žáků.

V doplňující otázce měli žáci uvést o jaký zájmový kroužek se jedná. Doplňující otázka měla pro mě pouze informativní charakter a nebyla vyhodnocována.

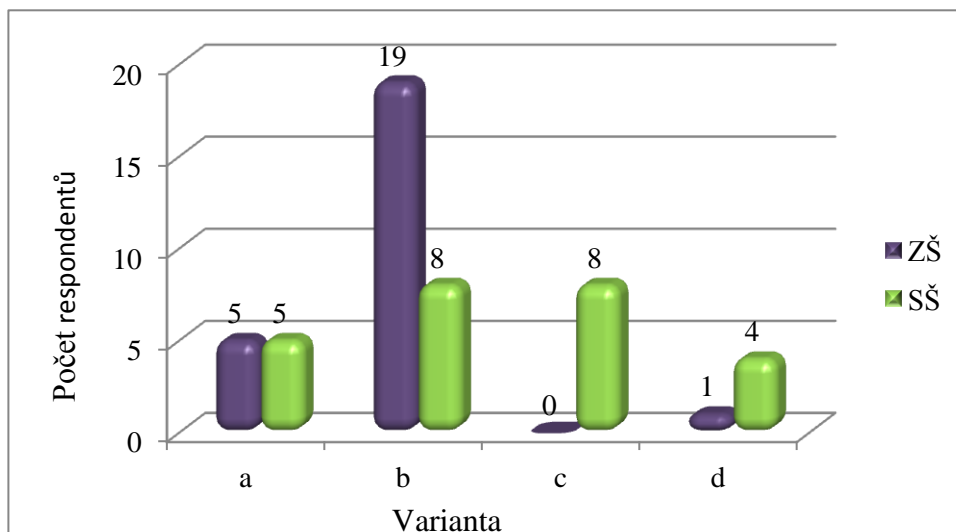
Otázka č. 4 - Vyber z následujících možností jednu, která má stejný význam jako slovo **PREVENCE**:

- a) lék, který pomáhá při odvykání s kouřením
- b) opatření, která předcházejí nechtěným jevům
- c) nemoc, která se šíří vzduchem
- d) rizikové chování lidí

Tabulka č. 4 - Prevence

Varianta	Žáci základní školy		Žáci speciální školy	
	Absolutní hodnota	Relativní hodnota	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
a	5	20%	5	20%
b	19	76%	8	32%
c	0	0%	8	32%
d	1	4%	4	16%

Graf. č. 4 - Prevence



Za správnou odpověď u otázky č. 4 jsem považovala variantu *b*.

Z celkového počtu respondentů navštěvujících základní školu zvolilo variantu *b* 19 žáků (76%), variantu *a* 5 žáků (20%), variantu *c* nezvolil nikdo a variantu *d* zvolil 1 žák (4%).

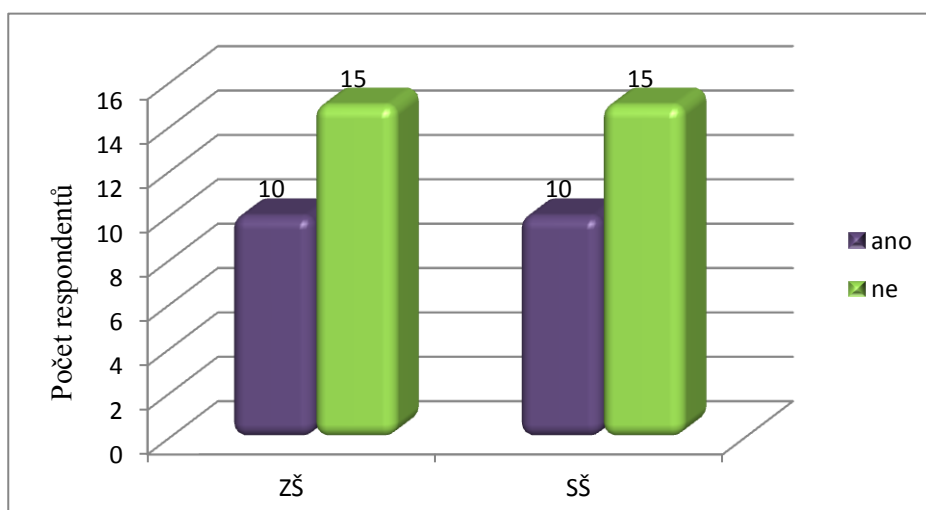
Z celkového počtu respondentů navštěvujících speciální školu zvolilo variantu *b* 8 žáků (32%), variantu *a* 5 žáků (20%), variantu *c* 8 žáků (32%) a variantu *d* 4 žáci (16%).

Otázka č. 5 - *Může hormonální antikoncepce zabránit přenosu některých druhů pohlavních chorob?*

Tabulka č. 5 - Antikoncepce

Odpověď	Žáci základní školy		Žáci speciální školy	
	Absolutní hodnota	Relativní hodnota	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
ano	10	40%	10	40%
ne	15	60%	15	60%

Graf č. 5 - Antikoncepce



Za správnou odpověď u otázky č. 5 byla považována možnost *ne*.

Z celkového počtu respondentů navštěvujících základní školu zvolilo možnost *ne* 15 žáků (60%). Možnost *ano* zvolilo 10 žáků (40%).

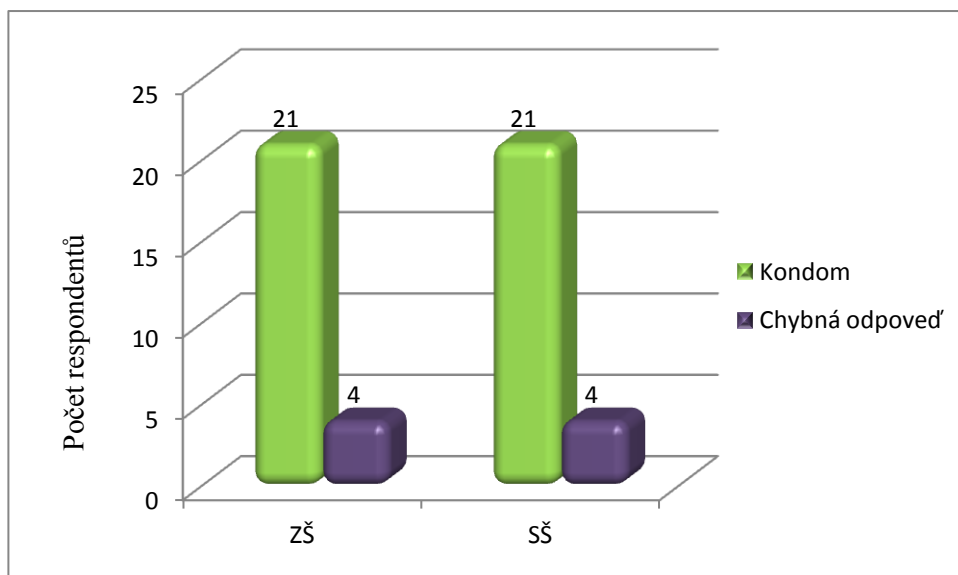
Z celkového počtu respondentů navštěvujících speciální školu zvolilo možnost *ne* 15 žáků (60%). Možnost *ano* zvolilo 10 žáků (40%).

Otázka č. 6 - *Jaká je nejúčinnější ochranná pomůcka proti nakažení pohlavními nemocemi?*

Tabulka č. 6 - Kondom

Odpověď	Žáci základní školy		Žáci speciální školy	
	Absolutní hodnota	Relativní hodnota	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
Kondom	21	84%	21	84%
Chybná odpověď	4	16%	4	16%

Graf č. 6 - Kondom



Správná odpověď byla *kondom* a za správné odpovědi jsem považovala i synonyma tohoto slova jako je např. *prezervativ, pánská ochrana*, aj.

Z celkového počtu respondentů navštěvujících základní školu správně odpovědělo 21 žáků (84%). Chybně odpověděli 4 žáci (16%).

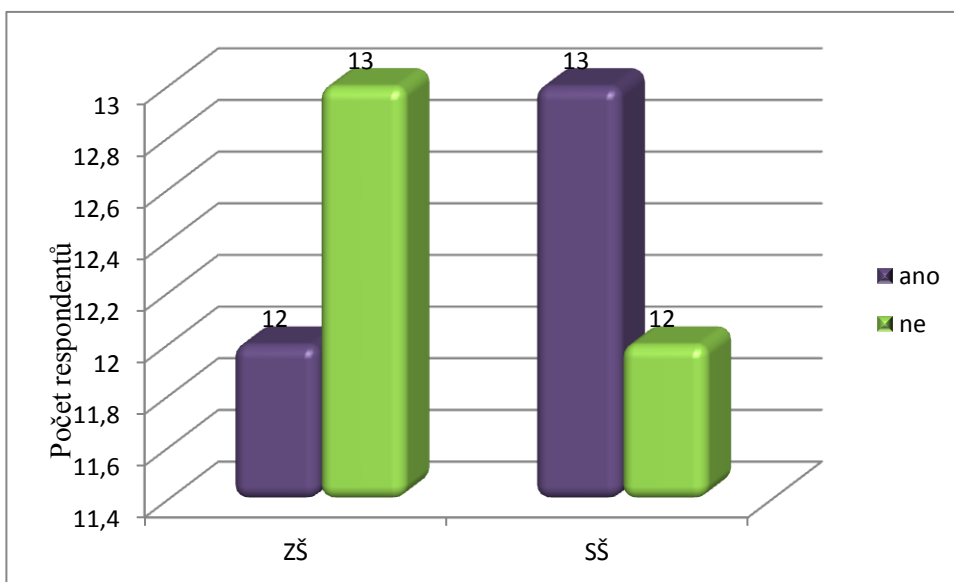
Z celkového počtu respondentů navštěvujících speciální školu správně odpovědělo 21 žáků (84%). Chybně odpověděli 4 žáci (16%).

Otázka č. 7 - Existuje druh kondomu, který si mohou ženy zavést do pochvy a stejně jako kondom pro muže snižuje pravděpodobnost nakažení pohlavními nemocemi?

Tabulka č. 7 - Dámský kondom

Odpověď	Žáci základní školy		Žáci speciální školy	
	Absolutní hodnota	Relativní hodnota	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
ano	12	48%	13	52%
ne	13	52%	12	48%

Graf č. 7 - Dámský kondom



Za správnou odpověď u otázky č. 7 byla považována možnost *ano*.

Z celkového počtu respondentů navštěvujících základní školu zvolilo možnost *ano* 12 žáků (48%). Možnost *ne* zvolilo 13 žáků (52%).

Z celkového počtu respondentů navštěvujících speciální školu zvolilo možnost *ano* 13 žáků (52%). Možnost *ne* zvolilo 12 žáků (48%).

Otázka č. 8 - Mezi rizikové sexuální chování patří:

- a) časté střídání sexuálních partnerů
- b) chráněný pohlavní styk
- c) mazlení s partnerem (petting)
- d) sex s neznámou osobou

Tabulka č. 8.1 - Rizikové sexuální chování

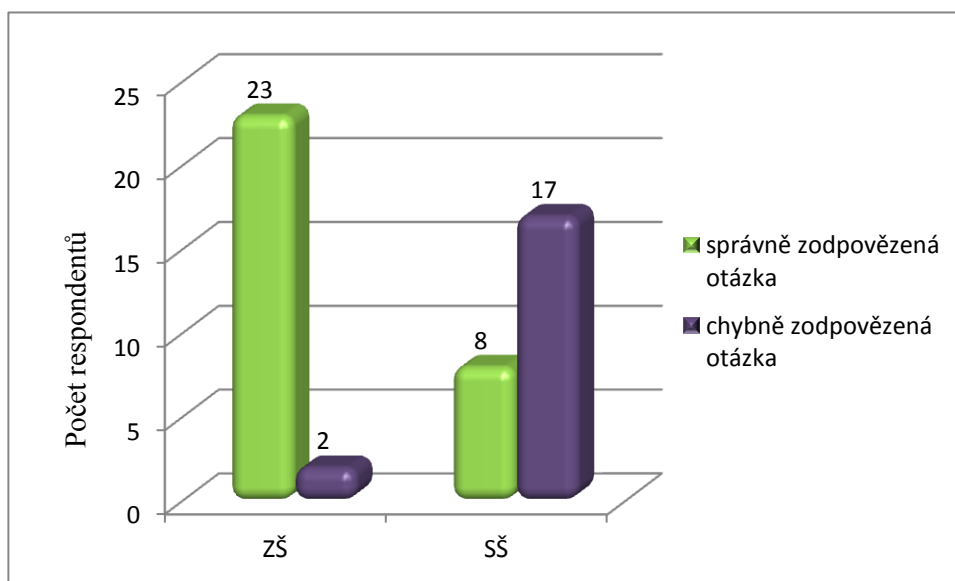
Varianta	Žáci základní školy	Žáci speciální školy
	Absolutní hodnota	Absolutní hodnota
a	24	18
b	0	8
c	0	2
d	24	12

Tabulka č. 8.1 slouží pro přehled, které varianty žáci volili.

Tabulka č. 8.2 - Rizikové sexuální chování

	Žáci základní školy		Žáci speciální školy	
	Absolutní hodnota	Relativní hodnota	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
Správně zodpovězená otázka	23	92%	8	32%
Chybně zodpovězená otázka	2	8%	17	68%

Graf č. 8 - Rizikové chování



Otázka měla více možných odpovědí. Upozornění, že více odpovědí může být správných měli žáci napsané přímo u otázky. Správně zodpovězenou otázku jsem hodnotila v případě, že žáci zvolili variantu *a* a *d*.

Z celkového počtu respondentů navštěvujících základní školu zodpovědělo otázku 23 žáků (92%). Chybně odpověděli 2 žáci (8%).

Z celkového počtu respondentů navštěvujících speciální školu zodpovědělo otázku 8 žáků (32%). Chybně odpovědělo 17 žáků (68%).

Otázka č. 9 - *Kam by jsi šel/ šla, kdyby si měl/a podezření, že trpíš sexuálně přenosnou chorobou?*

Tuto otázku jsem po zvážení vyřadila ze seznamu otázek podmiňujících první hypotézu. Při zadávání dotazníkového šetření na školách jsem žáky upozorňovala, že k této otázce požadují uvést lékařskou odbornost, která se pohlavními chorobami zabývá. Většina žáků psala obecně, že by šla k lékaři. Nesporné je, že pokud by se dostavili včas k lékaři, který má jinou odbornost tak se to dá také považovat za správné, protože dříve nebo později by jistě skončili u odborníků venerologů. Důležité je především neztrácet čas a svůj zdravotní stav řešit.

Vyhodnocení hypotézy č. 1

K první hypotéze se vztahovalo celkem 5 otázek. Konkrétně se jednalo o otázky č. 4, 5, 6, 7, 8. Jako kritérium pro úspěšné splnění první hypotézy jsem stanovila, že žáci musí z 5 otázek odpovědět správně na plný počet nebo na 4 z nich.

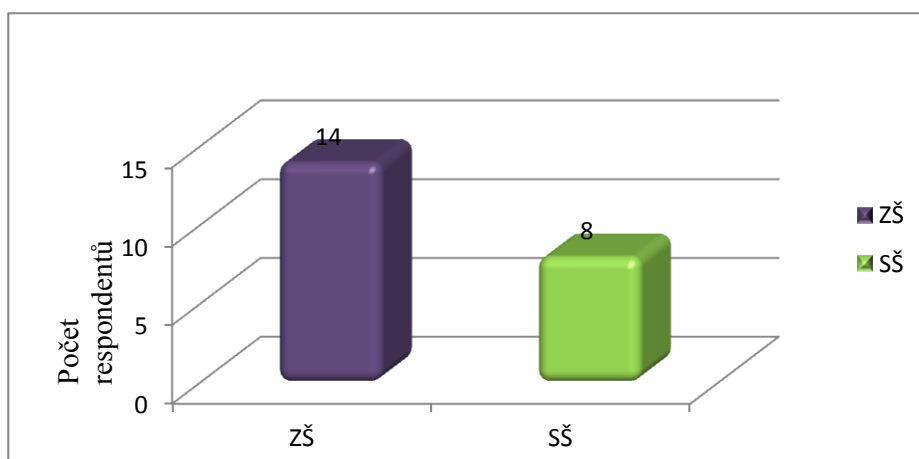
Tabulka č. 9.1 - Vyhodnocení hypotézy č. 1

Počet správně zodpovězených otázek	Žáci základní školy		Žáci speciální školy	
	Absolutní hodnota	Relativní hodnota	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
5	4	16%	2	8%
4	10	40%	6	24%
3	8	32%	7	28%
2	2	8%	3	12%
1	1	4%	6	24%
0	0	0%	1	4%

Tabulka č. 9.2 - Vyhodnocení hypotézy č. 1

	Žáci základní školy		Žáci speciální školy	
	Absolutní hodnota	Relativní hodnota	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
Úspěšně splněný 1. okruh otázek	14	56%	8	32%

Graf č. 9 - Vyhodnocení hypotézy č. 1



Podle kritéria, která jsem si stanovila splnilo první okruh otázek 14 (56%) žáků základní školy a 8 (32%) žáků speciální školy.

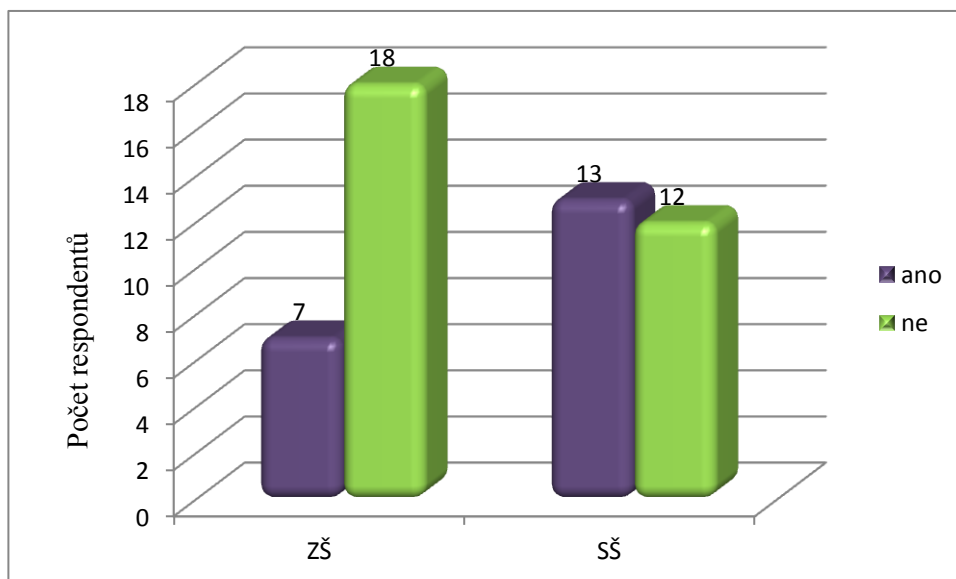
Tím se potvrzuje moje hypotéza č. 1, ve které se domnívám, žáci základní školy mají vyšší znalosti o prevenci sexuálně přenosných chorob než žáci na speciální škole.

Otázka č. 10 - Je pravda, že proti nemoci HIV/AIDS je možnost očkování?

Tabulka č. 10 - Očkování proti HIV/AIDS

Odpověď	Žáci základní školy		Žáci speciální školy	
	Absolutní hodnota	Relativní hodnota	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
ano	7	28%	13	52%
ne	18	72%	12	48%

Graf č. 10 - Očkování proti HIV/AIDS



Za správnou odpověď u otázky č. 10 byla považována možnost *ne*.

Z celkového počtu respondentů navštěvujících základní školu zvolilo možnost *ne* 18 žáků (72%). Možnost *ano* zvolilo 7 žáků (28%).

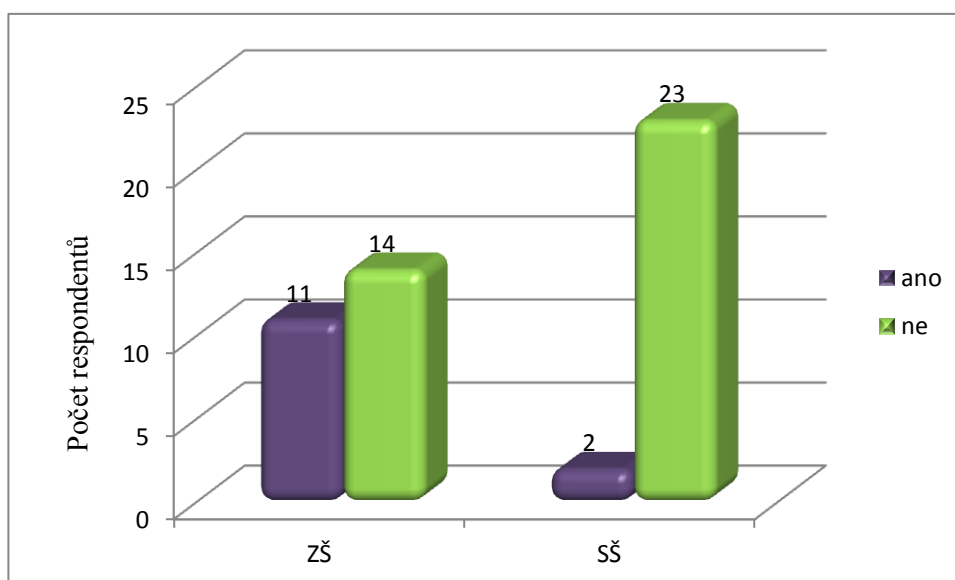
Z celkového počtu respondentů navštěvujících speciální školu zvolilo možnost *ne* 12 žáků (48%). Možnost *ano* zvolilo 13 žáků (52%).

Otázka č. 11 - Je pravda, že kapavka se kromě pohlavního styku přenáší i líbáním?

Tabulka č. 11 - Přenos kapavky

Odpověď	Žáci základní školy		Žáci speciální školy	
	Absolutní hodnota	Relativní hodnota	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
ano	11	44%	2	8%
ne	14	56%	23	92%

Graf č. 11 - Přenos kapavky



Za správnou odpověď u otázky č. 11 byla považována možnost *ne*.

Z celkového počtu respondentů navštěvujících základní školu zvolilo možnost *ne* 14 žáků (56%). Možnost *ano* zvolilo 11 žáků (44%).

Z celkového počtu respondentů navštěvujících speciální školu zvolilo možnost *ne* 23 žáků (92%). Možnost *ano* zvolili 2 žáci (8%).

Otázka č. 12 - Virus HIV se přenáší:

a) polibkem

b) nechráněným pohlavním stykem

c) krví

d) slinami

e) z matky na plod

f) kousnutím komára

Tabulka č. 12.1 - Přenos viru HIV

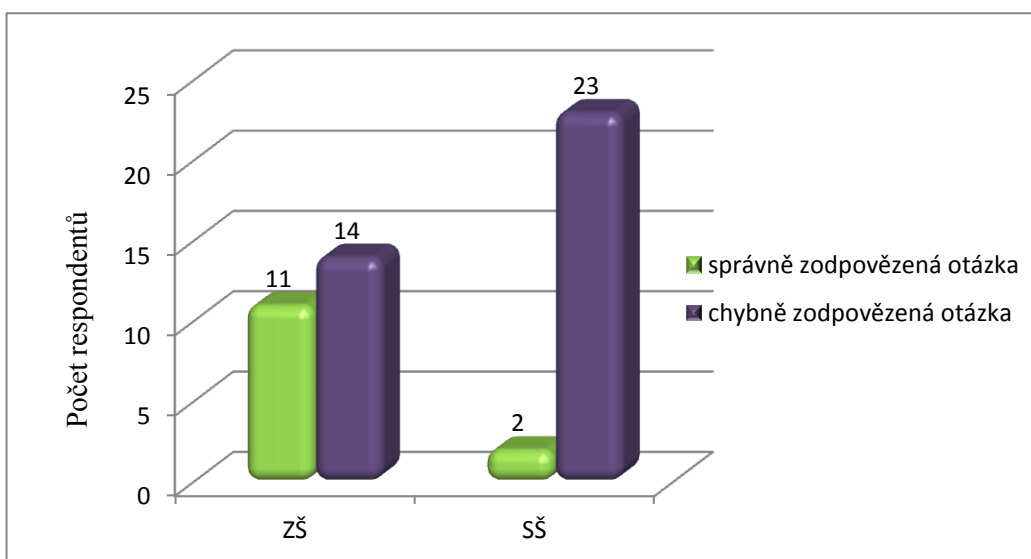
Varianta	Žáci základní školy		Žáci speciální školy	
	Absolutní hodnota	Relativní hodnota	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
a	4	16%	1	4%
b	25	100%	19	76%
c	22	88%	14	56%
d	3	12%	8	32%
e	12	48%	9	36%
f	0	0%	4	16%

Tabulka č. 12.1 slouží pro přehled, které varianty žáci volili.

Tabulka č. 12.2 - Přenos viru HIV

	Žáci základní školy		Žáci speciální školy	
	Absolutní hodnota	Relativní hodnota	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
Správně zodpovězená otázka	11	44%	2	8%
Chybně zodpovězená otázka	14	56%	23	92%

Graf č. 12 - Přenos viru HIV



Otázka měla více možných odpovědí. Upozornění, že více odpovědí může být správných měli žáci napsané přímo u otázky. Správně zodpovězenou otázku jsem hodnotila v případě, že žáci zvolili variantu *b*, *c* a *e*.

Z celkového počtu respondentů navštěvujících základní školu zodpovědělo otázku 11 žáků (44%). Chybně odpovědělo 14 žáků (56%).

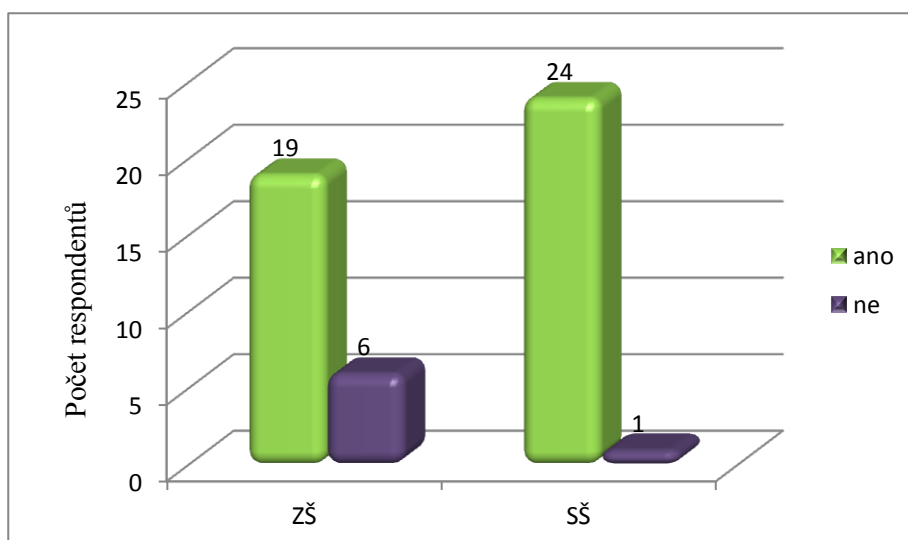
Z celkového počtu respondentů navštěvujících speciální školu zodpověděli otázku 2 žáci (8%). Chybně odpovědělo 23 žáků (92%).

Otázka č. 13 - Proti nakažení syfilis při pohlavním styku je neúčinnější ochranou kondom.

Tabulka č. 13 - Syfilis

Odpověď	Žáci základní školy		Žáci speciální školy	
	Absolutní hodnota	Relativní hodnota	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
ano	19	76%	24	96%
ne	6	24%	1	4%

Graf č. 13 - Syfilis



Za správnou odpověď u otázky č. 11 byla považována možnost *ano*.

Z celkového počtu respondentů navštěvujících základní školu zvolilo možnost *ano* 19 žáků (76%). Možnost *ne* zvolilo 6 žáků (24%).

Z celkového počtu respondentů navštěvujících speciální školu zvolilo možnost *ano* 24 žáků (96%). Možnost *ne* zvolil 1 žák (4%).

Otázka č. 14 - Mezi pohlavně přenosné nemoci patří:

a) žloutenka typu A

b) angína

c) chlamydiová infekce

d) kapavka

e) žloutenka typu B

f) genitální bradavice

Tabulka č. 14.1 - Výběr pohlavních nemocí

Varianta	Žáci základní školy		Žáci speciální školy	
	Absolutní hodn.	Relativní hodn.	Absolutní hodn.	Relativní hodn.
a	10	40%	4	16%
b	0	0%	2	8%
c	11	44%	11	44%
d	24	96%	22	88%
e	6	24%	5	20%
f	13	52%	9	36%

Tabulka č. 14.1 slouží pro přehled, které varianty žáci volili.

Tabulka č. 14.2 - Výběr pohlavních nemocí

	Žáci základní školy		Žáci speciální školy	
	Absolutní hodnota	Relativní hodnota	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
4 správně zvolené varianty	0	0%	0	0%
3 správně zvolené varianty	8	32%	6	24%
2 správně zvolené varianty	11	44%	8	32%
1 správně zvolená varianta	6	24%	9	36%
Žádná správně zvolená otázka	0	0%	2	8%

Otázka měla více možných odpovědí. Upozornění, že více odpovědí může být správných měli žáci napsané přímo u otázky. Správně zodpovězenou otázku jsem hodnotila v případě, že žáci zvolili variantu *c*, *d*, *e* a *f*.

Z celkového počtu respondentů navštěvujících základní školu nezodpověděl otázku žádný žák. Z celkového počtu respondentů navštěvujících speciální školu nezodpověděl otázku také žádný žák.

Pro zpřehlednění jsem vytvořila tabulku, kde je uveden počet správně zvolených variant a u toho je vždy uveden počet žáků. Z celkového počtu respondentů navštěvujících základní školu měli žáci nejčastěji správně uvedeny 2 varianty (44%). Z celkového počtu respondentů navštěvujících speciální školu měli žáci nejčastěji správně uvedenu 1 variantu (36%).

Otázka č. 15 - Kterou sexuálně přenosnou chorobu z následujících možností nelze vyléčit?

a) genitální kandidóza

b) kapavka

c) syfilis

d) HIV/AIDS

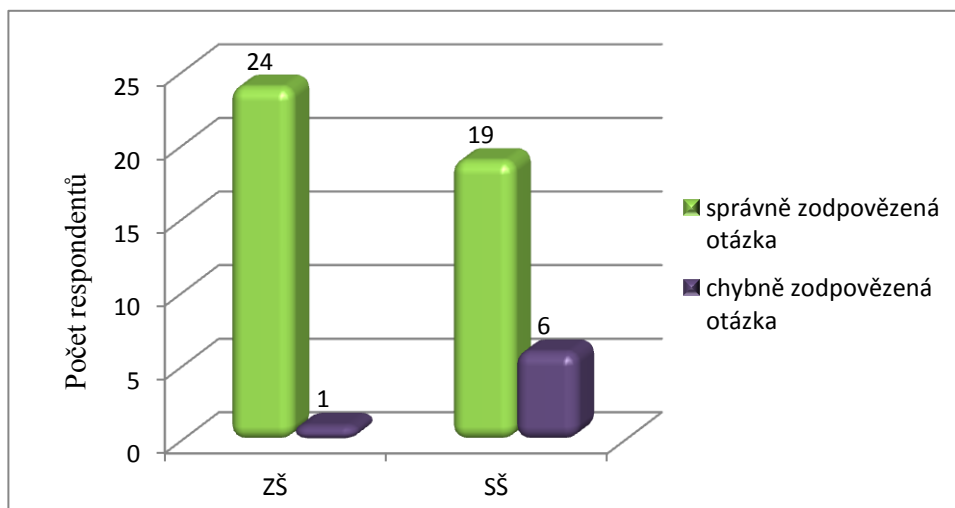
Tabulka č. 15.1 - Nevyléčitelná pohlavní choroba

Varianta	Žáci základní školy		Žáci speciální školy	
	Absolutní hodnota	Relativní hodnota	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
a	0	0%	2	8%
b	0	0%	1	4%
c	1	4%	3	12%
d	24	96%	19	76%

Tabulka č. 15.2 - Nevyléčitelná pohlavní choroba

Odpověď	Žáci základní školy		Žáci speciální školy	
	Absolutní hodnota	Relativní hodnota	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
Správně zodpovězená otázka	24	96%	19	76%
Chybně zodpovězená otázka	1	4%	6	24%

Graf č. 15 - Nevyléčitelná pohlavní choroba



Otázka měla pouze jednu správnou odpověď. Upozornění, že pouze jedna odpověď je správná měli žáci napsané přímo u otázky. Správně zodpovězenou otázku jsem hodnotila v případě, že žáci zvolili variantu *d*.

Z celkového počtu respondentů navštěvujících základní školu zvolilo variantu *d* 24 žáků (96%). Jinou možnost zvolil 1 žák (4%).

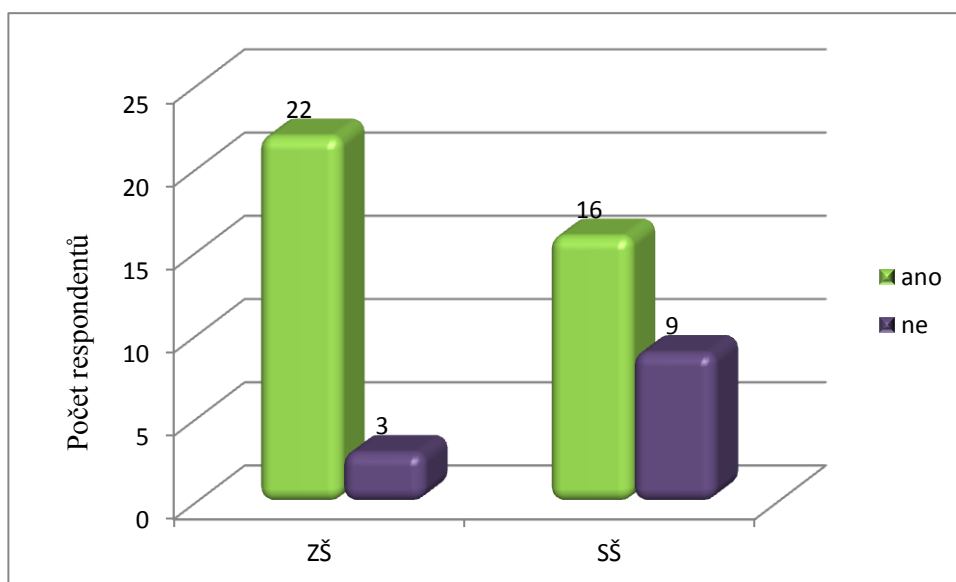
Z celkového počtu respondentů navštěvujících speciální školu zvolilo variantu *d* 19 žáků (76%). Jinou možnost zvolilo 6 žáků (24%).

Otázka č. 16 - Je pravda, že u některých osob (zejména žen) může kapavka probíhat bez příznaků?

Tabulka č. 16 - Kapavka bez příznaků

Odpověď	Žáci základní školy		Žáci speciální školy	
	Absolutní hodnota	Relativní hodnota	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
ano	22	88%	16	64%
ne	3	12%	9	36%

Graf č. 16 - Kapavka bez příznaků



Za správnou odpověď u otázky č. 11 byla považována možnost *ano*.

Z celkového počtu respondentů navštěvujících základní školu zvolilo možnost *ano* 22 žáků (88%). Možnost *ne* zvolili 3 žáci (12%).

Z celkového počtu respondentů navštěvujících speciální školu zvolilo možnost *ano* 16 žáků (64%). Možnost *ne* zvolilo 9 žáků (36%).

Vyhodnocení hypotézy č. 2

K druhé hypotéze se vztahovalo celkem 7 otázek. Konkrétně se jednalo o otázky č. 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16. Jako kritérium pro úspěšné splnění jsem stanovila, že žáci musí ze 7 otázek odpovědět správně na plný počet nebo na 6 z nich.

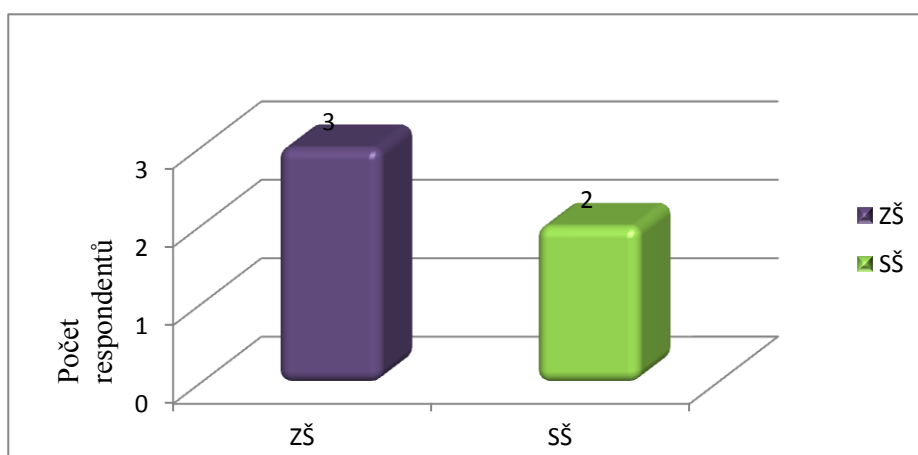
Tabulka č. 17.1 - Vyhodnocení hypotézy č. 2

Počet správně zodpovězených otázek	Žáci základní školy		Žáci speciální školy	
	Absolutní hodnota	Relativní hodnota	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
7	0	0%	0	0%
6	3	12%	2	8%
5	10	40%	5	20%
4	7	28%	7	28%
3	4	16%	9	36%
2	1	4%	2	8%
1	0	0%	0	0%
0	0	0%	0	0%

Tabulka č. 17.2 - Vyhodnocení hypotézy č. 2

	Žáci základní školy		Žáci speciální školy	
	Absolutní hodnota	Relativní hodnota	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
Úspěšně splněný 1. okruh otázek	3	12%	2	8%

Graf č. 17 - Vyhodnocení hypotézy č. 2



Podle kritéria, které jsem si stanovila splnili druhý okruh otázek 3 (12%) žáci základní školy a 2 (8%) žáci speciální školy.

Tím se potvrzuje moje hypotéza č. 2, ve které se domnívám, že žáci základní školy mají znalosti o konkrétních sexuálně přenosných onemocněních vyšší než žáci na speciální škole

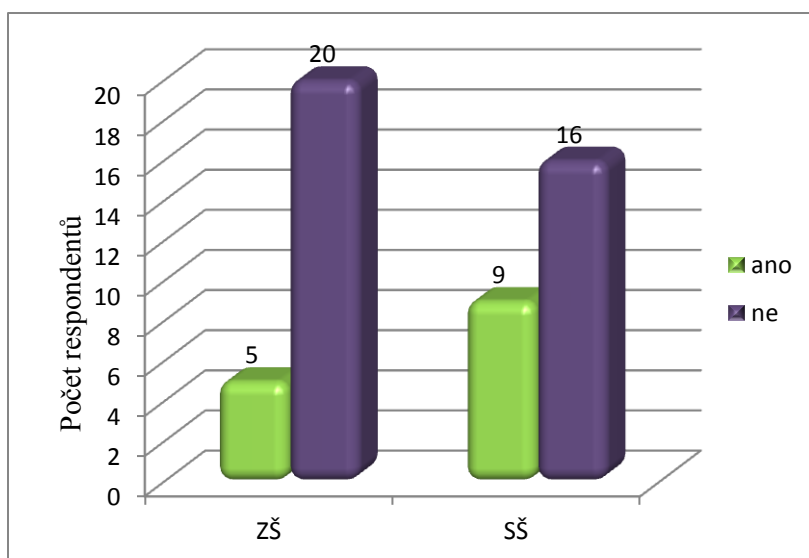
Otázka č. 17 - Čerpáš informace o pohlavních chorobách, chráněném pohlavním styku, nebo antikoncepci z tisku (časopisy, noviny)?

Doplňující otázka: Pokud vybereš možnost ano, tak se pokus napsat název tisku.

Tabulka č. 18 - Tisk

Odpověď	Žáci základní školy		Žáci speciální školy	
	Absolutní hodnota	Relativní hodnota	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
ano	5	20%	9	36%
ne	20	80%	16	64%

Graf č. 18 - Tisk



Z respondentů navštěvujících základní školu čerpá informace z tisku 5 (20%) žáků. Z respondentů navštěvujících speciální školu čerpá informace z tisku 9 (36%) žáků.

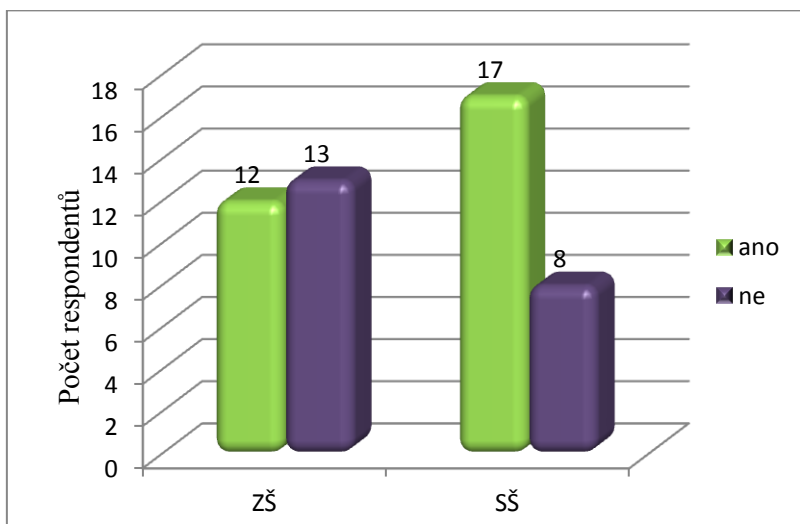
V doplňující otázce měli žáci uvést o jaký tisk se jedná. Doplňující otázka měla pouze informativní charakter a nebyla vyhodnocována.

Otázka č. 18 - Pokud tě zajímají informace o pohlavních chorobách, bezpečném pohlavním styku, apod., hledáš informace pomocí internetu?

Tabulka č. 19 - Internet

Odpověď	Žáci základní školy		Žáci speciální školy	
	Absolutní hodnota	Relativní hodnota	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
ano	12	48%	17	68%
ne	13	52%	8	32%

Graf č. 19 - Internet



Z respondentů navštěvujících základní školu čerpá informace pomocí internetu 12 (48%) žáků.

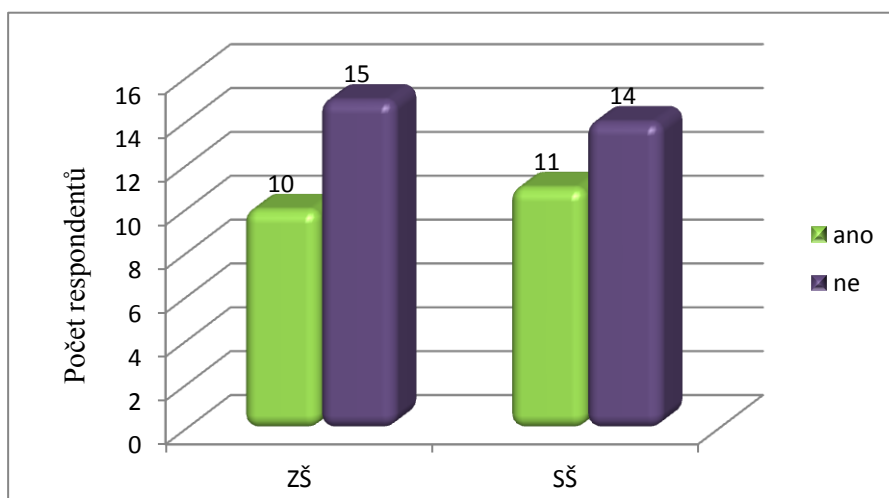
Z respondentů navštěvujících speciální školu čerpá informace z tisku 17 (68%) žáků.

Otázka č. 19 - Získáváš prostřednictvím televize nebo rádia informace týkající se pohlavních chorob, bezpečného pohlavního styku, antikoncepce, apod.?

Tabulka č. 20 - Televize a rádio

Odpověď	Žáci základní školy		Žáci speciální školy	
	Absolutní hodnota	Relativní hodnota	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
ano	10	40%	11	44%
ne	15	60%	14	56%

Graf č. 20 - Televize a rádio



Z respondentů navštěvujících základní školu čerpá informace prostřednictvím televize nebo rádia 10 (40%) žáků.

Z respondentů navštěvujících speciální školu čerpá informace prostřednictvím televize nebo rádia 11 (44%) žáků.

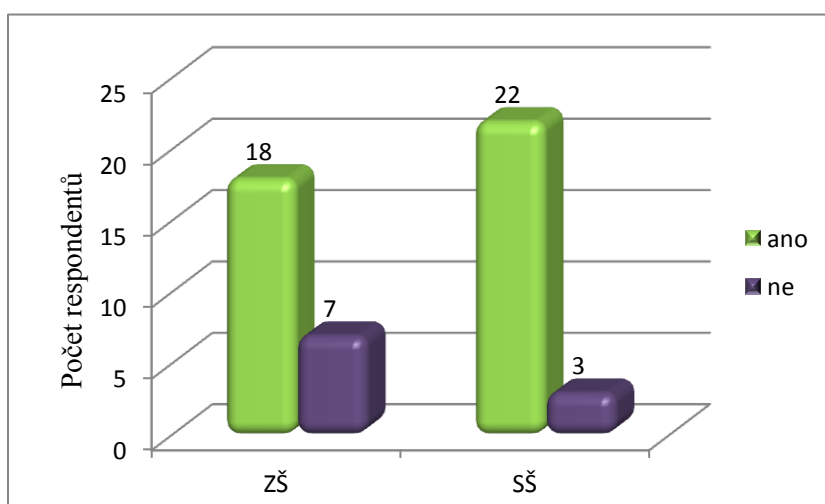
Otázka č. 20 - Zabýváte se ve výuce otázkami, které se týkají témat pohlavních chorob, bezpečného pohlavního styku, antikoncepce, apod.?

Doplňující otázka: Pokud vybereš možnost ano, ohodnot' kvalitu těchto informací jako ve škole: (1-výborné, 5 - nedostatečné).

Tabulka č. 21 - Výuka

Odpověď	Žáci základní školy		Žáci speciální školy	
	Absolutní hodnota	Relativní hodnota	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
ano	18	72%	22	88%
ne	7	28%	3	12%

Graf č. 21 - Výuka



Z respondentů navštěvujících základní školu čerpá informace prostřednictvím televize nebo rádia 10 (40%) žáků.

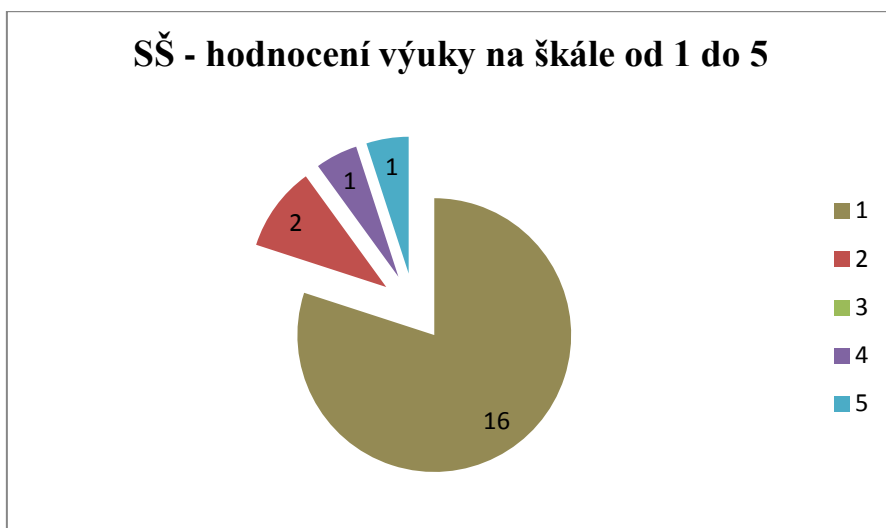
Z respondentů navštěvujících speciální školu čerpá informace prostřednictvím televize nebo rádia 11 (44%) žáků.

V doplňující otázce měli žáci na číselné škále od 1 do 5 oznámkovat kvalitu výuky. Doplňující otázka měla pro mě pouze informativní charakter a nevyplňovali ji všichni žáci, kteří v této otázce zvolili možnost *ano*. Jak známkovali žáci své učitele je zřehledněno v následujících dvou grafech.

Graf č. 22 - Hodnocení výuky žáky ZŠ



Graf č. 23 - Hodnocení výuky žáky SŠ



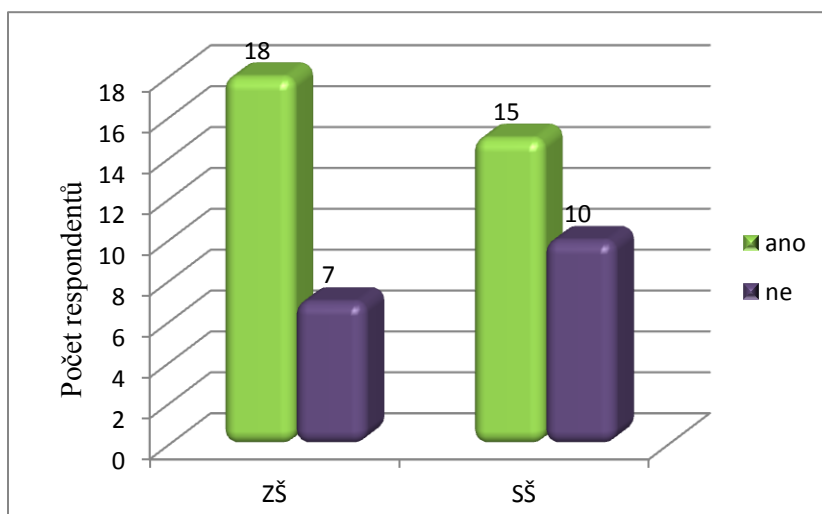
Z tohoto grafu vyplývá, že více jsou s kvalitou výuky spokojeni žáci speciální školy, kde je průměrná známka kvality výuky 1,45. Žáci základní školy jsou s výukou sexuální výchovy spokojeni méně a ohodnotili kvalitu výuky průměrnou známkou 1,94.

Otázka č. 21 - Měl/a jsi možnost získat informace o pohlavních chorobách, bezpečném pohlavním styku nebo antikoncepci prostřednictvím letáků u lékaře, ve škole nebo na reklamních plochách?

Tabulka č. 22 - Letáky a reklamní plochy

Odpověď	Žáci základní školy		Žáci speciální školy	
	Absolutní hodnota	Relativní hodnota	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
ano	18	72%	15	60%
ne	7	28%	10	40%

Graf č. 24 - Letáky a reklamní plochy



Z respondentů navštěvujících základní školu získává informace prostřednictvím letáků a reklamních ploch 18 (72%) žáků.

Z respondentů navštěvujících speciální školu čerpá informace prostřednictvím letáků a reklamních ploch 15 (60%) žáků.

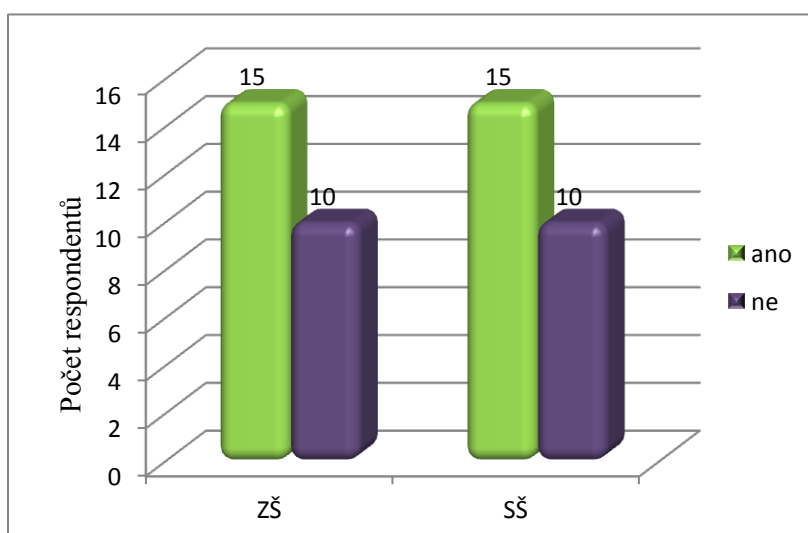
Otázka č. 22 - Získáváš informace o pohlavních chorobách, bezpečném pohlavním styku a antikoncepci jiným způsobem?(rodiče, kamarádi, zájmové kroužky,atd.).

Doplňující otázka: Pokud zvolíš možnost ano, tak uveď jakým způsobem.

Tabulka č. 23 - Jiné způsoby

Odpověď	Žáci základní školy		Žáci speciální školy	
	Absolutní hodnota	Relativní hodnota	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
ano	10	40%	10	40%
ne	15	60%	15	60%

Graf č. 25 - Jiné způsoby



Z respondentů navštěvujících základní školu získává informace jiným způsobem 10 (40%) žáků.

Z respondentů navštěvujících speciální školu získává informace jiným způsobem 10 (40%) žáků.

V doplňující otázce měli žáci uvést jakým jiným způsobem získávají informace. Otázku nezodpověděli všichni, kteří zvolili možnost *ano*. Nejčastěji žáci doplňovali rodiče a kamarády. Doplňující otázka měla pouze informativní charakter a nebyla vyhodnocována.

Vyhodnocení hypotézy č. 3

K třetí hypotéze se vztahovalo celkem 6 otázek. Konkrétně se jednalo o otázky č. 17, 18, 19, 20, 21, 22. Jako kritérium pro splnění 3. hypotézy jsem stanovila, že žáci musí čerpat informace ze 4 - 6 zdrojů, které jsem uváděla v dotazníku.

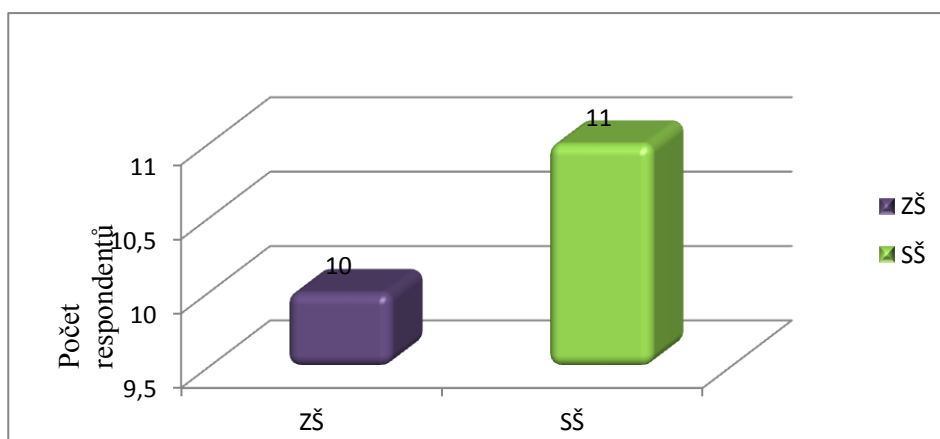
Tabulka č. 24.1 - Vyhodnocení hypotézy č. 3

Počet zdrojů, ze kterých žáci čerpají	Žáci základní školy		Žáci speciální školy	
	Absolutní hodnota	Relativní hodnota	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
6	0	0%	2	8%
5	5	20%	3	12%
4	5	20%	6	24%
3	6	24%	9	12%
2	4	16%	3	12%
1	4	16%	2	8%
0	1	4%	0	0%

Tabulka č. 24.2 - Vyhodnocení hypotézy č. 3

	Žáci základní školy		Žáci speciální školy	
	Absolutní hodnota	Relativní hodnota	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
Úspěšně splněná kritéria pro 3. okruh otázek	10	40%	11	44%

Graf č. 26 - Vyhodnocení hypotézy č. 3



Podle kritéria, které jsem si stanovila splnilo třetí hypotézu 10 (40%) žáků základní školy a 11 (44%) žáků speciální školy.

Získanými údaji se potvrdila i hypotéza č. 3, ve které se domnívám, že žáci speciální školy přijímají informace o problematice sexuálně přenosných onemocnění prostřednictvím většího množství zdrojů než žáci na základní škole.

13. DISKUZE

Cílem mé práce bylo zjistit, jakou mají žáci základní a speciální školy úroveň znalostí v oblasti prevence sexuálně přenosných chorob, jaké znalosti mají o problematice jednotlivých sexuálně přenosných chorobách a jakými způsoby získávají informace o sexuálně přenosných chorobách a jejich prevenci. Před začátkem výzkumu byly stanoveny hypotézy na jejichž základu se vytvářel dotazník. Data získaná prostřednictvím dotazníku byla statisticky vyhodnocena.

Celkem bylo rozdáno 50 dotazníků. Pro dostatečný počet respondentů jsem zvolila dvě školy speciální a jednu školu základní. Dotazníkové šetření jsem ve třídách prováděla osobně. Chtěla jsem tak předejít případným komplikacím, které se mohly vyskytnout v souvislosti s nižší úrovní školní připravenosti žáků speciální školy. Takto jsem měla možnost vysvětlit žákům význam otázky a zajistit výsledky s velkou vypovídající hodnotou. Dotazníky jsem zadávala i žákům základní školy, aby byly podmínky pro obě skupiny respondentů stejné.

Vyhodnocení hypotéz:

H₁: Žáci základní školy mají vyšší znalosti o prevenci sexuálně přenosných chorob než žáci na speciální škole.

Tato hypotéza se mi potvrdila. Z údajů, které jsou shrnuty v tabulce č. 9.1, 9.2 a v grafu č. 9 je patrné, že znalosti v oblasti prevence sexuálně přenosných chorob má 56% (14) žáků základní školy a 32% (8) žáků speciální školy.

H₂: Žáci základní školy mají vyšší znalosti o konkrétních sexuálně přenosných onemocněních vyšší než žáci na speciální škole.

Tato hypotéza se mi potvrdila. Z údajů, které jsou shrnuty v tabulce č. 17.1, 17.2 a v grafu č. 17 je patrné, že znalosti o jednotlivých sexuálně přenosných chorobách má 12% (3) žáků základní školy a 8% (2) žáků speciální školy.

Má domněnka na základě nichž jsem tvořila 1. a 2. hypotézu plynula ze skutečností, že žáci speciální školy se často pohybují ve špatném rodinném zázemí, často se pohybují ve špatných socioekonomických podmínkách, mají snížené intelektuální schopnosti a tudíž sníženou schopnost přijímat informace a často se u nich vyskytují sociálně patologické jevy.

H₃: Žáci základní školy přijímají informace o problematice sexuálně přenosných onemocnění prostřednictvím většího množství zdrojů než žáci na speciální škole.

Tato hypotéza se mi také potvrdila. Z údajů, které jsou shrnuty v tabulce č. 24.1, 24.2 a v grafu č. 26 je patrné, že z většího množství zdrojů získává informace 46% (11) žáků speciální školy a 40% (10) žáků základní školy.

Z údajů, které se vztahovaly ke třetí hypotéze vyplynulo, že z více informačních zdrojů čerpají žáci speciální školy. Má domněnka na základě níž jsem tvořila hypotézu plynula ze skutečnosti, že žáci speciální školy mají jinak koncipovaný výukový program a více se zaměřují na prevenci sociálně patologických jevů. Jsou pro ně v rámci výuky dělány různé projekty a besedy zaměřené také na sexuální výchovu. Mají tedy větší možnost se setkat s různými typy informačních materiálů.

Informovanost žáků speciální školy nekorresponduje s množstvím zdrojů ze kterých mají možnost získávat informace. Dle mého uvážení to plyne z toho, že u žáků speciální školy se často vyskytují poruchy učení a chování a s tím souvisí i omezená možnost přijímat informace.

ZÁVĚR

V teoretické části jsem upozorňovala na důležitost rodinného zázemí jako nepřirozenějšího místa pro seznámení se sexuální výchovou. Bohužel je patrné, že v dnešní době rodiče seznamují své děti se sexuální výchovou jen okrajově a nebo vůbec. Smysl pro zodpovědnost a další postoje k sexuálnímu životu by si děti měli odnášet hlavně z rodiny.

Na druhém místě je to škola, která v případě nedostatečné funkce rodiny nahrazuje místo, kde jsou žáci seznamováni s problematikou partnerských vztahů, s pravidly bezpečného sexu, s cestami přenosu sexuálně přenosných chorob, atd. V tomto případě také hodně záleží na postoji učitele k této problematice. V souvislosti s kvalitou výuky jsou také často viděny velké rozdíly v připravenosti mladé populace na sexuální život.

Z údajů, které jsem získala prostřednictvím své výzkumu vyplývá, že úroveň informovanost žáků o prevenci pohlavního chorob a konkrétních pohlavních chorobách je nízká a v nejvyšších dosažených výsledcích se pohybuje kolem 50%. Nejvhodnějším řešením by bylo vytvoření jednotné koncepce na podporu sexuálního zdraví a prevence sexuálně přenosných nemocí. Pomocí jednotného výukového programu, který by samozřejmě zohledňoval věk žáků, by byla vedena sexuální výchova, která by tak dokázala lépe připravit dospívající jedince na sexuální život a jeho rizika. Jednorázové besedy, přednášky a informační letáky jsou také určitým řešením, ale podle mého názoru je opakování matka moudrosti a žáci by se měli s těmito informacemi setkávat opakovaně a soustavně a nejlepším místem je pro takové účely jednoznačně škola.

V dnešní době, kdy je společnost obohacena o mnoho poznatků, by měla sexuální výchova probíhat na vysoké úrovni. Sexualita a sexuální chování by mělo být vysvětlováno jako součást komplexních mezilidských vztahů a kultury.

Jedním z cílů mé práce bylo vytvořit edukační materiál, který by souvisel s problematikou, kterou se ve své práci zabývám. Nejprve mě napadl leták, který by v bodech shrnul možnosti prevence proti sexuálně přenosným chorobám. Dalším nápadem byl leták, který by zdůraznil nenahraditelnost kondomu, jako velice účinné ochrany.

Při zadávání dotazníku jsem zjistila, že zejména žáci speciálních škol mají problémy s pochopením významu některých slov a také měli často problémy se čtením textu. To byla pro mě důležitá zpětná informace. Leták jsem chtěla vytvořit především pro žáky speciálních škol a získané informace mě posunuly dál v jeho tvoření.

Po provedeném výzkumu a vyhodnocení výsledků jsem zjistila, že se žáci v problematice sexuálně přenosných chorob orientují velice špatně. Setkala jsem se s tím, že žáci uváděli jako způsob přenosu viru HIV komára nebo veřejné WC. Dále mě překvapilo kolik žáků si myslí, že přenos kapavky je možný líbáním. Z těchto výsledků jsem vyvodila závěr, že v první řadě musí žáci vědět jakými způsoby se pohlavní nemoci přenáší, aby se proti nim mohli účinně chránit.

Napadl mě tedy námět na leták, který by uváděl možné a nemožné způsoby přenosu pohlavních chorob. Zároveň jsem chtěla, aby bylo v letáku co nejméně textu a byl na první pohled zajímavý. Vytvořila jsem tedy v programu Malování piktogramy, které znázorňovaly vybrané možné a nemožné způsoby přenosu pohlavních chorob. K tomu jsem zvolila tři pohlavní nemoci. Jako nejjednodušší formu pro znázornění vztahů mezi pohlavními chorobami a způsoby přenosu jsem zvolila tabulku. Se sdělením informací prostřednictvím tabulek se žáci ve školách setkávají poměrně často a tak nebude z mého pohledu problém, aby se v letáku orientovali. Informační leták je přiložen v příloze č. 3.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografie

1) MACHOVÁ Jitka, KUBÁTOVÁ Dagmar. *Výchova ke zdraví*. 1. vydání. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2715-8

2) ČELEDOVÁ Libuše, ČEVELA Rostislav. *Výchova ke zdraví - vybrané kapitoly*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3213-8

3) ZAVÁZALOVÁ Helena a kolektiv. *Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví*. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0467-1

5) JANEČKOVÁ H., HNILICOVÁ H. *Úvod do veřejného zdravotnictví*, 1. vydání. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-592-9

6) ČEVELA Rostislav, ČELEDOVÁ Libuše. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. 1. vydání. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2860-5

7) GREGORA Martin. *Očkování a infekční nemoci dětí*. 1. vydání. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1126-5

8) KLEMENT Cyril. *Medzinárodné zdravotné predpisy - teória, legislativa, implementácia, súvislosti*. 1. vydání. Banská Bystrica: PRO, 2009. ISBN 978-80-89057-24-5

9) KALVACH Zdeněk, ČELEDOVÁ Libuše, a kol. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3

10) SLEZÁKOVÁ Lenka, a kol. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3373-9

11) WEISS Petr, a kol. *Sexuologie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2492-8

12) DOBSON Mary. *Nemoci*. 1. vydání. Velká Británie: Quercus Publishing, 2007. ISBN 978-80-7391-292-5

13) ROZTOČIL Aleš, a kol. *Moderní porodnictví*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1941-2

14) STERRY Wolfram, BURGDORF Walter. *Checkliste Dermatologie: Venerologie, Allergologie, Phlebologie, Andrologie*. 6. vydání. Stuttgart: Thieme, 2010. ISBN 3131526262

16) Ústav zdravotnických informací a statistiky. *Pohlavní nemoci 2012*. 1. vydání. ÚZIS ČR, 2013. ISBN 978-80-7472-085-7

17) DÁŇOVÁ Anna. *Očkování v České republice*. 1. vydání. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-122-2

20) VALIŠOVÁ Alena, KASÍKOVÁ Hana. *Pedagogika pro učitele*. 2. vydání. Praha: Grada, 2011. ISBN 978 - 80 - 247 - 3357 - 9

21) DOLEJŠ Martin. *Efektivní a včasná diagnostika rizikového chování u adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2010. ISBN 978 - 80 - 244 - 2642 - 6

22) FIFKOVÁ Hana, a kol. *Sexuální výchova - vybraná témata*. 1. vydání. Praha: MŠMT ve spolupráci s VÚP v Praze, 2009. ISBN-----

23) VALEŠOVÁ, M. a kol. *Metodický pokyn k tvorbě kvalifikační práce*. 1.vydání. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2012. ISBN 978-80-261-0156-7

Elektronické zdroje:

4) ÚZIS: *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR*, 2014 [online]. ÚZIS © ČR 2010-2013 [cit. 4.1.2014]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/zpravy/aktualizace-mkn-10-platnosti-od-1-ledna-2013>

15) SZU: *Státní zdravotní ústav*, 2014 [online]. SZU. [cit. 5.2.2014]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/prevence/chlamydie-infekce-v-kostce>

18) HIV-AIDS: *Národní program boje proti AIDS v České republice*, 2014 [online]. © Copyright SZÚ. [cit. 8.2.2014] Dostupné z: <http://www.aids-hiv.cz/aids/oaid.html>

19) ČSAP: *Česká společnost AIDS pomoc*, 2014 [online]. © Copyright Česká společnost AIDS pomoc (c) 2007-2011. [cit. 8.2.2014] Dostupné z: http://www.aids-pomoc.cz/ca_prenos_hiv.htm#1

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 - Pohlaví

Tabulka č. 2 - Věk

Tabulka č. 3 - Zájmový kroužek

Tabulka č. 4 - Prevence

Tabulka č. 5 - Antikoncepce

Tabulka č. 6 - Kondom

Tabulka č. 7 - Dámský kondom

Tabulka č. 8.1 - Rizikové sexuální chování

Tabulka č. 8.2 - Rizikové sexuální chování

Tabulka č. 9.1 - Vyhodnocení hypotézy č. 1

Tabulka č. 9.2 - Vyhodnocení hypotézy č. 1

Tabulka č. 10 - Očkování proti HIV/AIDS

Tabulka č. 11 - Přenos kapavky

Tabulka č. 12.1 - Přenos viru HIV

Tabulka č. 12.2 - Přenos viru HIV

Tabulka č. 13 - Syfilis

Tabulka č. 14.1 - Výběr pohlavních nemocí

Tabulka č. 14.2 - Výběr pohlavních nemocí

Tabulka č. 15 .1- Nevyléčitelná pohlavní choroba

Tabulka č. 15. 2 - Nevyléčitelná pohlavní choroba

Tabulka č. 16 - Kapavka bez příznaků

Tabulka č. 17.1 - Vyhodnocení hypotézy č. 2

Tabulka č. 17.2 - Vyhodnocení hypotézy č. 2

Tabulka č. 18 - Tisk

Tabulka č. 19 - Internet

Tabulka č. 20 - Televize a rádio

Tabulka č. 21 - Výuka

Tabulka č. 22 - Letáky a reklamní plochy

Tabulka č. 23 - Jiné způsoby

Tabulka č. 24.1 - Vyhodnocení hypotézy č. 3

Tabulka č. 24.2 - Vyhodnocení hypotézy č. 3

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 - Pohlaví

Graf č. 2 - Věk

Graf č. 3 - Zájmový kroužek

Graf. č. 4 - Prevence

Graf č. 5 - Antikoncepce

Graf č. 6 - Kondom

Graf č. 7 - Dámský kondom

Graf č. 8 - Rizikové chování

Graf č. 9 - Vyhodnocení hypotézy č. 1

Graf č. 10 - Očkování proti HIV/AIDS

Graf č. 11 - Přenos kapavky

Graf č. 12 - Přenos viru HIV

Graf č. 13 - Syfilis

Graf č. 15 - Nevyléčitelná pohlavní choroba

Graf č. 16 - Kapavka bez příznaků

Graf č. 17 - Vyhodnocení hypotézy č. 2

Graf č. 18 - Tisk

Graf č. 19 - Internet

Graf č. 20 - Televize a rádio

Graf č. 21 - Výuka

Graf č. 26 - Vyhodnocení hypotézy č. 3

Graf č. 24 - Letáky a reklamní plochy

Graf č. 25 - Jiné způsoby

Graf č. 22 - Hodnocení výuky žáky ZŠ

Graf č. 23 - Hodnocení výuky žáky SŠ

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

STD - sexually transmitted diseases

HIV - Human Immunodeficiency Virus

AIDS - Acquired Immune Deficiency Syndrome

SIV - Simian immunodeficiency virus

GRID - Gay-related immune deficiency

LVG - lymphogranuloma venereum

ATD - a tak dále

AJ - a jiné

APOD - a podobně

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 - Vývoj počtu hlášených onemocnění dle jednotlivých diagnóz v letech 2002–2012.

Rok	Hlášená onemocnění							
	absolutně				na 100 000 obyvatel			
	Syfilis A50–A53	Gonokoková infekce A54	Lymphogr. venereum A55	Chancroid A57	Syfilis A50–A53	Gonokoková infekce A54	Lymphogr. venereum A55	Chancroid A57
2002	976	911	-	-	9,6	8,9	-	-
2003	849	1 030	-	-	8,3	10,1	-	-
2004	684	947	-	-	6,7	9,3	-	-
2005	523	859	-	-	5,1	8,4	-	-
2006	502	1 082	-	-	4,9	10,5	-	-
2007	822	1 149	-	-	8,0	11,1	-	-
2008	850	816	1	-	8,1	7,8	0,0	-
2009	997	724	-	-	9,5	6,9	-	-
2010	1 022	756	1	-	9,7	7,2	0,0	-
2011	737	709	6	-	7,0	6,8	0,1	-
2012	696	1 151	9	-	6,6	11,0	0,1	-

Prevence sexuálně přenosných chorob

- 1) ***Jsi:***
 - a) děvče
 - b) chlapec
- 2) ***Kolik je ti let?***

.....
- 3) ***Navštěvuješ zájmový kroužek, nebo jsi členem nějakého klubu?***
 - a) ano
 - b) ne

Pokud vybereš možnost ano, tak napiš o jaký kroužek se jedná.....
- 4) ***Vyber z následujících možností jednu, která má stejný význam jako slovo PREVENCE:***
 - a) lék, který pomáhá při odvykání s kouřením
 - b) opatření, která předcházejí nechtěným jevům
 - c) nemoc, která se šíří vzduchem
 - d) rizikové chování lidí
- 5) ***Může hormonální antikoncepce zabránit přenosu některých druhů pohlavních chorob?***
 - a) ano
 - b) ne
- 6) ***Jaká je nejúčinnější ochranná pomůcka proti nakažení pohlavními nemocemi?***

.....
- 7) ***Existuje druh kondomu, který si mohou ženy zavést do pochvy a stejně jako kondom pro muže snižuje možnost nakažení pohlavními nemocemi?***
 - a) ano
 - b) ne
- 8) ***Mezi rizikové sexuální chování patří:***
 - a) časté střídání sexuálních partnerů
 - b) chráněný pohlavní styk

- c) mazlení s partnerem (petting)
- d) sex s neznámou osobou

9) Kam by jsi šel/ šla, kdyby si měl/a podezření, že trpíš sexuálně přenosnou chorobou?

.....

10) Je pravda, že proti nemoci HIV/AIDS je možnost očkování.

- a) ano
- b) ne

11) Je pravda, že kapavka se kromě pohlavního styku přenáší i líbáním?

- a) ano
- b) ne

12) Virus HIV se přenáší: (více možných odpovědí)

- a) polibkem
- b) nechráněným pohlavním stykem
- c) krví
- d) slinami
- e) z matky na plod
- f) kousnutím komára

13) Proti nakažení syfilis při pohlavním styku je nejúčinnější ochranou kondom.

- a) ano
- b) ne

14) Mezi pohlavně přenosné nemoci patří: (více možných odpovědí)

- a) žloutenka typu A
- b) angína
- c) chlamydiová infekce
- d) kapavka
- e) žloutenka typu B
- f) genitální bradavice

15) Kterou sexuální chorobu z následních možností nelze vyléčit? (pouze jedna správná odpověď)

- a) genitální kandidóza
- b) kapavka
- c) syfilis
- d) HIV/AIDS

16) Je pravda, že u některých osob (zejména žen) může kapavka probíhat bez příznaků?

a) ano

b) ne

17) Čerpáš informace o pohlavních chorobách, chráněném pohlavním styku, nebo antikoncepci z tisku (časopisy, noviny)?

a) ano

b) ne

Pokud vybereš možnost ano, tak se pokus napsat název

tisku:.....

18) Pokud tě zajímají informace o pohlavních chorobách, bezpečném pohlavním styku a apod., hledáš informace pomocí internetu?

a) ano

b) ne

19) Získáváš prostřednictvím televize nebo rádia informace týkající se pohlavních chorob, bezpečného pohlavního styku, antikoncepce, apod.?

a) ano

b) ne

20) Zabýváte se ve výuce otázkami, které se týkají témat pohlavních chorob, bezpečného pohlavního styku, antikoncepce?

a) ano

b) ne

Pokud vybereš možnost ano, ohodnot' kvalitu těchto informací jako ve škole:

(1-výborné, 5 - nedostatečné)

1 2 3 4 5

21) Měl/a jsi možnost získat informace o pohlavních chorobách, bezpečném pohlavním styku nebo antikoncepci prostřednictvím letáků u lékaře, ve škole nebo na reklamních plochách?

a) ano

b) ne

22) Získáváš informace o pohlavních chorobách, bezpečném pohlavním styku a antikoncepci jiným způsobem?(rodiče, kamarádi, zájmové kroužky, atd.)

a) ano

b) ne

Pokud zvolíš možnost ano, tak uveď jakým

způsobem:.....

Příloha č. 3 - informační leták - Některé způsoby přenosu vybraných pohlavních nemocí