

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

# BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDÍÍ

Studijní program: veřejné zdravotnictví B 5347

**Zlata Coufalová**

Studijní obor: Ochrana veřejného zdraví 5345R006

**NEJČASTĚJI SEXUÁLNĚ PŘENOSNÉ CHOROBY  
V ČESKÉ REPUBLICĚ**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: PhDr. Alena Pistulková

PLZEŇ 2012

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité  
prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 20. 3. 2012

.....

vlastnoruční podpis

Děkuji PhDr. Aleně Pistulkové za odborné vedení a poskytování rad při vypracování bakalářské práce.

# OBSAH

|  |           |
|--|-----------|
| ÚVOD.....  | 9         |
| <b>1 HISTORIE POHLAVNÍCH CHOROB.....</b>           | <b>10</b> |
| 1.1 Venerická choroba .....                        | 10        |
| 1.2 Historie vzniku syfilis .....                  | 10        |
| 1.2.1 Pojmenování syfilis v historii .....         | 11        |
| 1.2.2 Léčba syfilis v 16. století .....            | 11        |
| 1.2.3 Syfilis významných osobností .....           | 12        |
| 1.3 Historie vzniku kapavky .....                  | 13        |
| 1.4 Historie vzniku virové hepatitidy typu B ..... | 13        |
| 1.5 Historie vzniku HIV/AIDS.....                  | 13        |
| <b>2 SYFILIS ( PŘIJÍCE, LUES).....</b>             | <b>15</b> |
| 2.1 Primární syfilis .....                         | 16        |
| 2.2 Sekundární syfilis .....                       | 16        |
| 2.3 Terciální syfilis .....                        | 18        |
| 2.4 Vrozená syfilis .....                          | 19        |
| 2.4.1 Syphilis congenita recens .....              | 19        |
| 2.4.2 Syphilis congenita tarda .....               | 19        |
| 2.5 Diagnostika .....                              | 20        |
| 2.6 Léčba .....                                    | 20        |
| 2.7 Kontrola po léčbě.....                         | 21        |
| <b>3 KAPAVKA ( GONORRHOEA).....</b>                | <b>21</b> |
| 3.1 Kapavka muže .....                             | 21        |
| 3.2 Kapavka ženy .....                             | 22        |
| 3.3 Extragenitální gonorea .....                   | 22        |
| 3.4 Diseminovaná infekce .....                     | 22        |
| 3.5 Diagnostika .....                              | 22        |
| 3.6 Kontroly po léčbě.....                         | 23        |
| <b>4 CHLAMYDIE .....</b>                           | <b>23</b> |
| 4.1 Chlamydie trachomatis u ženy .....             | 24        |
| 4.2 Chlamydie trachomatis u muže .....             | 24        |
| 4.3 Diagnostika a léčba .....                      | 24        |
| <b>5 TRICHOMONIÁZA.....</b>                        | <b>24</b> |
| 5.1 Klinický obraz.....                            | 25        |
| 5.2 Diagnostika a léčba .....                      | 25        |
| <b>6 VIROVÁ HEPATITIDA TYPU B .....</b>            | <b>25</b> |
| 6.1 Klinický obraz.....                            | 26        |
| 6.2 Diagnostika .....                              | 26        |
| 6.3 Léčba a prevence .....                         | 26        |
| <b>7 HERPES GENITALIS .....</b>                    | <b>27</b> |
| 7.1 Klinický obraz.....                            | 27        |
| 7.2 Diagnostika .....                              | 28        |
| 7.3 Léčba a prevence .....                         | 28        |
| <b>8 INFEKCE HIV.....</b>                          | <b>29</b> |
| 8.1 Klasifikace infekce HIV .....                  | 29        |
| 8.2 Přenos infekce HIV .....                       | 30        |
| 8.2.1 Sexuální přenos .....                        | 31        |
| 8.2.2 Parenterální přenos .....                    | 31        |
| 8.2.3 Vertikální přenos .....                      | 31        |
| 8.3 Klinický obraz.....                            | 31        |
| 8.4 Diagnostika .....                              | 32        |
| 8.4.1 Problematika diagnostiky HIV .....           | 32        |
| 8.5 Léčba .....                                    | 33        |
| 8.6 Průběh a prognóza.....                         | 33        |
| <b>9 PREVENCE POHLAVNÍCH CHOROB.....</b>           | <b>34</b> |

|   |           |
|---|-----------|
| 9.1 Kondom .....                                | 34        |
| 9.2 Pesar .....                                 | 35        |
| 9.3 Vakcinace .....                             | 35        |
| <b>10 LEGISLATIVA .....</b>                     | <b>35</b> |
| <b>11 POVINNOST HLÁŠENÍ ONEMOCNĚNÍ .....</b>    | <b>36</b> |
| <b>12 DISPENZARIZACE .....</b>                  | <b>36</b> |
| <b>13 DEPISTÁŽ .....</b>                        | <b>37</b> |
| <b>14 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY .....</b>           | <b>38</b> |
| 14.1 Cíle práce .....                           | 38        |
| 14.2 Hypotézy .....                             | 38        |
| <b>15 METODIKA VÝZKUMU .....</b>                | <b>39</b> |
| 15.1 Metoda výzkumu a výzkumný vzorek .....     | 39        |
| 15.2 Sběr dat .....                             | 39        |
| 15.3 Zpracování dat .....                       | 39        |
| <b>16 PREZENTACE VÝSLEDKŮ .....</b>             | <b>40</b> |
| <b>17 DISKUZE .....</b>                         | <b>71</b> |
| <b>ZÁVĚR .....</b>                              | <b>73</b> |
| <b>LITERATURA A PRAMENY .....</b>               | <b>74</b> |
| <b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....</b> | <b>77</b> |
| <b>SEZNAM TABULEK .....</b>                     | <b>78</b> |
| <b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>                       | <b>82</b> |
| <b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>                      | <b>86</b> |
| <b>18 PŘÍLOHA 1: DOTAZNÍK .....</b>             | <b>87</b> |

## **Anotace**

Příjmení a jméno: Coufalová Zlata

Katedra: Katedra záchranářství a technických oborů

Název práce: Nejčastěji sexuálně přenosné choroby v České republice

Vedoucí práce: PhDr. Alena Pistulková

Počet stran: 89 (číslované 65, nečíslované 24)

Počet příloh: 1

Počet titulů použité literatury: 26

Klíčová slova: syfilis, kapavka, chlamydie, trichomoniáza, virová hepatitida typu B, herpes genitalis, HIV/AIDS, depistáž

### **Souhrn:**

Bakalářská práce pojednává o sexuálně přenosných chorobách. V teoretické části se zabýváme historií pohlavních chorob a nemocemi jako je syfilis, kapavka, chlamydie, trichomoniáza, virová hepatitida typu B, dále herpes genitalis a také HIV/AIDS. V jednotlivých kapitolách shrnujeme klinické projevy těchto nemocí, léčbu a diagnostiku. Ve výzkumné části zjišťujeme informovanost studentů středních škol o uvedených onemocněních.

## **Anotation**

Surname and name: Coufalová Zlata

Department: Department of Paramedic Rescue Work and Technical studies

Title of thesis: Common Sexually Transmitted Diseases in the Czech Republic

Consultant: PhDr. Alena Pistulková

Number of pages: 89 (numbered 65 , not numbered 24)

Number of appendices: 1

Number of literature items used: 26

Key words: syphilis, gonorrhea, chlamydia, trichomoniasis, hepatitis B, genital herpes, HIV/AIDS, screening

### Summary:

The Bachelor thesis is focused on sexually transmitted diseases. A theoretical part is aimed at history of venereal diseases ,and particularly diseases like syphilis, gonorrhea, chlamydia, trichomoniasis, hepatitis B, herpes genitalis and HIV/AIDS. In single chapters I have summarized clinical manifestation of these diseases, therapy and diagnostics. In a research part I have detected awareness of students at secondary schools of mentioned diseases.



## ÚVOD

Bakalářská práce na téma Nejčastěji sexuálně přenosné choroby v České republice se zaměřuje na sexuálně přenosná onemocnění. V teoretické části se pozastavuji nad častými pohlavními chorobami, jejich klinickým obrazem, diagnostikou a léčbou. Ve výzkumné části se věnujeme výzkumu informovanosti studentů středních škol o pohlavně přenosných chorobách a jejich přístupu k sexuálnímu životu.

Pohlavní choroby jsou známé stovky let, před objevením účinných léků se nedaly vyléčit. V dnešní moderní éře, kdy máme k dispozici mnoho nových medikamentů a také diagnostických postupů, je diagnostika a léčení pohlavních chorob o něco jednodušší.

V teoretické části se zabýváme chorobami jako jsou syfilis, kapavka, chlamydie, trichomoniáza, virová hepatitida typu B, herpes genitalis, HIV/AIDS.

Sexuálně přenosné choroby jsou takové nemoci, které se přenášejí pohlavním, análním či orálním stykem. Některé nemoci se mohou přenášet jiným způsobem než pohlavním stykem, v případě viru HIV tělními tekutinami (především infekční krví, mateřským mlékem, z infikovaných injekčních jehel) a vertikálně z matky na plod. Tímto způsobem se také přenáší virová hepatitida typu B.

V dnešní době jsou mnohem více uvolněné mravy, než bylo v dobách minulých. Mladí lidé praktikují častěji nechráněný pohlavní styk, mají krátkodobé vztahy a mnohem častěji střídají sexuální partnery. Velkým problémem je i ta skutečnost, že ve větší míře zneužívají alkohol a omamné látky, ke kterým je dnes mnohem lepší přístup. Je velice rozšířena prostituce, což je veliký sociální problém. Také jistě existuje mnoho lidí, kteří pohlavní nemoci šíří vědomě dál na své sexuální partnery.

Do České republiky migruje mnoho cizinců z východní Evropy. Státy východu jako je Ukrajina, Mongolsko a jiné země jsou mnohem chudší a obyvatelé nemusejí mít tak dobrý přístup ke zdravotní péči a lékům jako máme my. Svoji nemoc si poté přinesou k nám do České republiky kde ji dále mohou šířit.

Důležitou roli hraje prevence pohlavních chorob, která je založena na osvětě v rizikových skupinách populace a na informování o bezpečném sexu, na účinné diagnostice a léčbě nemocných pacientů, dále na preexpoziční vakcinaci, ovšem pokud je k dispozici a na vyhledávání infikovaných osob v populaci (depistáž).

# 1 HISTORIE POHLAVNÍCH CHOROB

## 1.1 Venerická choroba

Latinské přídavné jméno „venericus“ znamená „zasvěcený Venuši“- a tím se myslí „pohlavní“. Venerická onemocnění jsou pohlavní nemoci k nimž také patří syfilis, ještě dnes velice rozšířená choroba a pro generace mediků „hvězda“ mezi pohlavními nemocemi [2, s. 22].

## 1.2 Historie vzniku syfilis

V Evropě známe syfilis 500 let, což je z historického hlediska bezvýznamné. Ale není pochyb o tom, že syfilis se šíří jako epidemie teprve od roku 1495, tedy od návratu Kolumba [2, s. 22].

Při své první cestě požadoval Kolumbus od svých lidí sexuální abstinenci ve vztahu k domorodým ženám a to pod hrozbou přísných trestů. Důvod byl ten, aby se žádoucí obracení indiánů na křesťanskou víru dělo bez rozmařilostí a výstředností. Údajně to fungovalo do té doby, dokud na to mohl Kolumbus osobně dohlížet. Avšak pak se Martin Alonzo Pinzón dopustil dezerce. Dne 21. listopadu roku 1492 zmizela Pinta i s celou posádkou. Výprava se v tu dobu nacházela na severním pobřeží Kuby. Pinzón se vydal na samotnou cestu, na níž byl mimo dohled Kolumba a jeho plavidel. Pinta se znovu objevila 6. ledna 1493. O tom, co se mezitím dělo, se nedochovaly žádné zprávy. Cesta Kryštofa Kolumba skončila 15. března 1493. Zpět do Španělska se vrátily dvě lodě a většina mužstva. Kolumbus byl oslavován, Martin Alonso Pinzón byl nemocný a krátce po návratu zemřel. Námořníci vyrazili, po dlouhé zdrženlivosti na moři, do bordelů v přístavním městě. A náhle tu byla nová choroba [2, s. 24-25].

Vznik nemoci lze tedy přesně rekonstruovat. V roce 1493 se ve Španělsku slavil návrat plavců do Indie západním směrem a v tom samém roce se francouzský král Karel VIII. rozhodl prosadit se zbraní v ruce svůj dědický nárok na království neapolské. Za rozpoutání první epidemie syfilidy jsou zodpovědné tyto dvě události. Karel VIII. vypochoval s třicetitisícovým mezinárodním žoldněřským vojskem, neapolský král Ferdinand také rekrutoval žoldněry na obranu. Mezi těmito vojáky byli i námořníci z Barcelony, kde přistál Kolumbus při svém návratu. Vojsko doprovázela spousta markytánek, aby mužstvo udržovaly při síle a v bojové náladě. Na konci ledna roku 1495 jednotky Karla VIII. dorazily k Neapoli. Král Ferdinand přechnul a na místě zanechal na obranu města tisíc mužů. Nastalo obléhání, zásoby rychle ubývaly, veškeré

zbytečné služebnictvo, markytánky a manželky Španělů byly poslány do tábora ve Francii. Po třech týdnech obléhání se obléhaní vzdali a vstoupili do služeb francouzského krále [2, s. 23].

Syfilis převážně šířily markytánky, z obou žoldnéřských vojsk které je doprovázely [16, s. 67-68]. Nemoc vypukla a rychle postihovala více vojáků. Vojsko nakažené syfilidou vedlo na sever, kde jej porazil útvar císaře Maxmiliána I. Jelikož skoro všichni vojáci této války onemocněli, nová nemoc se rozšířila do celé Evropy [2, s. 23-24].

Nakažení Kolumbovi námořníci, které si najal Vasco de Gama, rozšířili onemocnění dál do světa- roku 1498 do Indie a Japonska a v roce 1505 do Kantonu v Číně [16, s. 68].

### **1.2.1 Pojmenování syfilis v historii**

Onemocnění se dostalo značného pojmenování. Syfilis se nejprve nazývala jako nemoc z Neapole. V rozličných zemích se v 15.-16. století v názvu onemocnění odrážel vzrůst nacionálního povědomí a nenávist k nepřátelskému národu. Do té doby neznámá pohlavní nemoc se ve střední Evropě a v Itálii označovala jako nemoc „francouzská“, ve Francii jako nemoc „neapolská“, Portugalci onemocnění označovali jako nemoc „kastilskou“, na Sibiři „ruskou“, na Tahiti „britskou“ [16, s. 68-69]. Elegantně se ale zachovali Číňané: jakmile se onemocnění po roce 1500 objevilo v Kantonu, nazvali syfilis „vyrážka podobná broskvovým květům“. Nakonec se zavedl latinský název „morbus venereus“ nebo-li nemoc Venušina, nemoc z rozkoše, a pak z toho zjednodušením vznikla „lues“ tedy „nakažlivá choroba“ [2, s. 26].

Současné pojmenování choroby syfilis bylo přijato v polovině 19. století. Název vznikl podle básně veronského lékaře Girolama Fracastora, ve které pastýř Syphilus trpí chorobou, která připomíná syfilis. Označení lues vzniklo zkrácením z původního „lues venera“. Český název příjce je odvozen od fiktivního jména slovanské bohyně lásky Příje [16, s. 69].

### **1.2.2 Léčba syfilis v 16. století**

O této nové chorobě se v této době velice psalo, ale proti ní se dělalo velmi málo. Nemocní lidé byli ze společnosti vyčleněni podobně jako malomocní. Hostinští nemocné nesměli ubytovávat, chirurgové a lazebníci je nesměli ošetřovat. Nemocní byli hlavně z nižších vrstev- žoldáci, veteráni, prostitutky, pasáci. Přebývali pod mosty, v lese a na jiných místech.

Syfilida se léčila mastí ze rtuti. Avšak vzdělaní lékaři takovýto způsob považovali

za něco pod svou úroveň. Tím pádem se rtuť dotala do rukou lazebníků. Rtuť však způsobovala otravy, zavedla se léčba guajakovým dřevem. Guajak je strom ze střední Ameriky. Dřevo tohoto stromu se nařezalo na plátky, povařilo a následný produkt se mohl pít jako odvar nebo se používal jako obklad na rány na kůži. Španělský drůr nařídil, že každá loď, vracející se z Nového světa musí zázračné dřevo dovézt [2, s. 27].

### 1.2.3 Syfilis významných osobností

Syfilis byla sice zpočátku nemocí vojáků, ale rozšířila se i do vyšší společenské vrstvy. Seznam významných osobností zasažených „Amorovým otráveným šípem“ sahá od počátku 15. do konce 19. století.

Níže uvedené osoby sice trpěly syfilidou, ale zdaleka ne všechny na ni zemřely. A to je právě na oné nemoci dost udivující- že téměř u dvou třetin infikovaných nenastanou žádné těžké nebo smrtelné komplikace. Zůstávají ovšem většinou nosiči nákazy a šíří tak syfilis dál.

František I. (1500-1571), francouzský král, chytil syfilis jako akt pomsty. Žena jednoho advokáta z Paříže byla jeho milenkou. Když se to manžel dozvěděl, záměrně se nakazil v pařížském nezvěstinci, a pak nakazil svou ženu, tak tedy syfilis doputovala až ke králi. Gustave Flaubert (1821-1880), který získal světovou proslulost románem *Paní Bovaryová*, byl alkoholik, užíval hašiš a trpěl syfilidou. Zemřel však na mrtvici.

Edouard Manet (1832-1883) předchůdce francouzského impresionismu, onemocněl ve čtyřicetšesti letech na *tabes dorsalis*. *Tabes dorsalis* je syfilitická degenerace míchy, jež nastupuje deset až dvacet let po nakažení. Manetovo utrpení trvalo pět let. Byl připoután na invalidní vozík a nakonec mu museli amputovat dolní končetinu [2, s. 28-32].

Niccoló Paganini (1782-1840), byl italský houslista a skladatel, byl sexuálně vykořeněn a měl syfilis už od jinošského věku [16, s. 84].

Bedřich Smetana (1824-1884), který se nakazil počátkem roku 1874, následkem zánětu sluchových nervů koncem téhož roku ohluchl. V té době složil symfonickou báseň *Vltava*. Po osmi letech se náhle zhroutil a poslední dva roky svého života strávil v ústavu pro choromyslné v Praze.

Výčet významných osobností, které měli syfilis by mohl být nekonečný, ale musíme zde také zmínit i ty historické osobnosti, jimž se onemocnění syfilidou připisuje mylně. Beethoven, Napoleon, rakouský korunní princ Rudolf, Lenin ani Hitler syfilidu jednoznačně neměli [2, s. 32-33].

### **1.3 Historie vzniku kapavky**

Touto chorobou trpěli už ve starověku Asyřané, vyobrazil ji i Hippokrates a byla také uváděna jako častá nákaza u vojáků římských legií. Původce kapavky, gonokoka, identifikoval Albert Neisser roku 1879. Po něm se také původce pojmenoval „Neisseria gonorrhoeae“ [16, s. 66].

### **1.4 Historie vzniku virové hepatitidy typu B**

O této chorobě se zmiňuje již babylonský Talmud, který je z 5. století před naším letopočtem. Obsahuje zmínky o velmi častých onemocněních spojených se žloutenkou. O virové hepatitidě se zmiňuje i nejslavnější antický lékař Hippokrates. Starověcí autoři z Číny popisují epidemie žloutenek kolem roku 200 před Kristem. Od 17. století probíhaly epidemie většinou ve spojení s válečnými konflikty. Až výzkumy ve druhé světové válce ukázaly, že existují nejméně dvě, etiologicky i epidemiologicky odlišné formy onemocnění. MacCallum v roce 1947 navrhl označení hepatitida A, pro infekční či epidemiologickou formu, a hepatitida B, pro sérovou formu onemocnění. V roce 1965 objevil Blumberg povrchový antigen (Hbs-Ag) viru hepatitidy B. Byla tak nalezena možnost specifického průkazu virové hepatitidy B. Označení „australský antigen“ se povrchovému antigenu dostalo z toho důvodu, že byl objeven v séru původních obyvatel Austrálie [7, s. 16-17].

### **1.5 Historie vzniku HIV/AIDS**

Je velice obtížné zrekonstruovat cestu, po které se syndrom získaného selhání imunity rozšířil. Podle dnešních poznatků vše začalo v Africe. V opičí populaci, hlavně u šimpanzů, je přítomna už po tisíce let nemoc zvaná „Simian Immunodeficiency Syndrome“, kterou způsobuje virus SIV. Virus SIV, jež oslabuje imunitu, se přes mezistupně přenesl na člověka a přetransformoval se na virus oslabující lidskou imunitu.

V dnešním Zairu se opice loví a konzumovali. Při dělení kořisti byl kontakt s krví nevyhnutelný. Další infekční cesta vznikla ve 40. a 50. letech 20. století. Jako afrodisiakum měla krev opic působit, pokud si jí člověk vstříkával injekčně. V té době to nebylo složité, v tomto čase se na černý trh dostalo velké množství stříkaček a kanyl z pozůstatků po armádě Velké Británie. Nikdo si nevšiml, že ve střední Africe vypukla nemoc, která oslabuje imunitu. Střední délka života tamních obyvatel byla příliš krátká a jejich nepatrná mobilita bránila šíření. Mladí černoši zde více než jinde umírali na

různé infekce, nikomu to nabylo nápadné, ani domorodcům, ani bělochům, kteří zde přechodně byli. Nakažený lovec ze střední Afriky rozšířil infekci dál, když se přestěhoval do města nebo nastoupil službu v armádě. Virus pak přenesl na ženy, s kterými měl pohlavní styk [2, s. 35-36].

Sporadické případy AIDS nalezneme mezi Evropany a Američany už v letech 1959-1970. Nejstarší zmrazené a nyní přezkoumané sérum HIV-pozitivní pochází z roku 1959 z Kinshasy v Zairu. Tím je dokázáno, že virus byl přenesen na člověka již v polovině 20. století. Choroba se začala šířit dál s rostoucí mobilitou obyvatelstva střední Afriky v 60. a 70. letech. Jakmile po ukončení koloniálního panství vypukly občanské války, virus táhl spolu s vojsky plnými nakažených vojáků a s prchajícím obyvatelstvem do okolních zemí. Prostitutky, uprchlíci, vojáci a potulní dělníci nemoc zavlekli napřed do měst na západoafrickém pobřeží a odtud (hlavně s vlnou navracejících se dělníků z Haiti) virus doputoval na karibské ostrovy, zvláště na Haiti.

Choroba vlastně dorazila na místo, na kterém se před 500 lety nakazili syfilidou Kolumbovy muži. Nebyli to jenom dělníci nakažení virem HIV kdo vyváželi onemocnění z Afriky. Na šíření se podíleli i humanitární pracovníci. Ale největší katastrofou bylo, že se používali krevní preparáty od nemocných dárců z Afriky.

V 70. letech přitahovaly slunečné pláže a noční lokály na Haiti sexuální turisty, hlavně homosexuály. Ti byli velice promiskuitní, často střídali partnery. Nic neobvyklého nebylo, že někteří účastníci za rok vystřídali přes 200 partnerů, ti rovněž a tak dále. Podmínky pro šíření infekce byly ideální. Narůstal počet nakažených. Choroba, která byla zavlečena na pobřeží Ameriky upoutala pozornost lékařů teprve v letech 1980-81 [2, s. 36-37].

V říjnu 1980 zjistil doktor Michael Gottlieb z univerzitní kliniky v Los Angeles v Kalifornii u jednatřicetiletého manekýna Teda Peterse velice neobvyklou plísňovou infekci jícnu, jakož i vzácnou variantu zápalu plic. Poté se objevily další čtyři případy (všichni pacienti byli homosexuálové). Toto pozorování bylo zveřejněno 5. června 1981. V té době se přišlo na to, že v květnu roku 1980 byl v Mount Sinai Center v New Yorku léčen mladý pacient se stejnými symptomy, jenž po pár měsících zemřel. Nikdo zatím netušil, že se tato infekce tak rychle rozšíří. Doktor Willy Rozenbaum v Paříži v létě roku 1981 diagnostikoval stejné symptomy u homosexuálního stevarda Air France.

Když nebylo možné shodnout se na takzvaném „prvním pacientovi“ a celá věc se ještě chybně omezovala jen na homosexuály, byl pro začátek označen „pacient číslo nula“ kanadský stevard jedné letecké společnosti v Quebecu, Gaetano Dugas. Král

saunových sexuálních dýchánek ochotně vypovídal o svém sexuálním životě. Létal často do New Yorku, Los Angeles, San Francisca a na Miami. V letech 1972-1980 měl přes 2500 sexuálních partnerů. Zemřel koncem roku 1981.

První označení pro nemoc bylo GRID ( Gay Related Immunodeficiency), což vyvolalo ostré protesty homosexuálů. U AIDS se od počátku jednalo o heterosexuální epidemii, která se však objevila na vysoce promiskuitní skupině homosexuálů a také narkomanů. Nemoc tedy byla posuzována naprosto mylně.

V roce 1983 se choroba rozšířila do Evropy. V roce 1984 se zavedly první testy, a v té době tak začalo lidem docházet, jaká pohroma se na lidstvo žene. Skutečnost je taková, že onemocnění AIDS postihlo většinu populace v Africe a Asii. Asi jedinné opatření, které je dost účinné proti šíření této nemoci je propagece používání kondomů. Sice se pro mladé Afričanky pořádají kurzy s praktickým nacvičováním na lahvích od Coca- Coly, ale kondomy dodávané do Afriky jsou velice nekvalitní [2, s. 37-40].

## **2 SYFILIS ( PŘIJÍCE, LUES)**

Syfilis je infekční onemocnění, které postihuje nejen kůži, ale i kardiovaskulární, muskuloskeletální a centrální nervový systém. Snížení výskytu zajistilo zavedení penicilinu do léčby této choroby.

Původcem je spirocheta *treponema pallidum*, která proniká narušeným povrchem kůže a sliznice. V místě průniku proliferuje a je příčinou primárního projevu. Kapilárami se dostává do spádových lymfatických uzlin, ve kterých se pomnoží a dochází tak k hematogennímu rozsevu a dalším klinickým příznakům. Jelikož je *treponema pallium* velice citlivá na vyschnutí, změny teploty, pH a hladin O<sub>2</sub>, přenáší se takřka výhradně pohlavním stykem ( kontaktem s infekčními projevy nebo tělesnými tekutinami).

Syfilis může být získaná či vrozená. Inkubační doba primární syfilis ( od nákazy do vzniku vředu) je většinou 3 týdny. Sekundární syfilis vzniká zpravidla 6 týdnů od vzniku vředu, tedy kolem 9. týdne od infekce [15, s. 430-431].

## 2.1 Primární syfilis

Projevu je se nebolestivým vředem, který většinou provází jednostranné zduření spádových lymfatických uzlin. Vzniku vředu předchází drobná, většinou nepovšimnutá makulopapula, která zvředovatí. Až u 30 % případů zůstává vřed nepovšimnut.

Nejčastěji se jeví jako tzv. ulcus durum ( tvrdý vřed), který má do 2 cm v průměru, při stlačení vředu se objevuje serózní exudace. Existuje ale i řada atypických klinických obrazů. Vřed může být mnohočetný, otiskový ( v místě dotyku na protilehlé straně kožního záhybu), nekrotický. Jako ulcus mixtum je nazývána infekce *Haemophilus Durceyi* spolu s *treponemou Pallidum*. Projev má nejdříve charakter ulcus molle a později ulcus durum. Jelikož je vzhled vředů variabilní, je nutné každý anogenitální vřed považovat za syfilitický, pokud se neprokáže jinak. Lokalizace je u mužů hlavně na glans penis, u žen na labiích, méně klitoris, uretra či děložní hrdlo. Nejčastější extragenitální vředy postihují rektum a dutinu ústní, kde postihují vnitřní stranu rtů a tonzily.

Diagnostika syfilis vyplývá z anamnézy a hlavně z pozitivního mikroskopického nálezu. Vřed je přítomen až 2 týdny před vznikem pozitivních sérologických testů. Přímí průkaz *Treponema pallidum* se provádí mikroskopicky pomocí tzv. zástinového mikroskopu [15, s. 431-432].

Vřed, který se neléčí se zahojí do 6 týdnů, léčený se zahojí za 1-2 týdny, lymfadenopatie ustupuje do měsíce [15, s. 434].

## 2.2 Sekundární syfilis

Sekundární stádium začíná okolo 9. týden po infekci. Vzniká exantém ( ne vždy je nemocným zaznamenán), který je známkou hematogenního rozsevu infekce. Na začátku může být ještě přítomen primární vřed, spádová lymfadenopatie přetrvává.

U nemocného může být přítomna zvýšená teplota, únavnost, myalgie, cefalie, generalizovaná nebolestivá lymfadenopatie. Kožní projevy exantému jsou většinou nesvědivé, symetrické, diseminované výsevy projevů s obsahem *treponemat* začínají na trupu. Klinická diagnóza není jednoduchá, příznaky mohou být zaměněny za jiné onemocnění, proto je také nazývána opice nemocí. V tomto stádiu je možný mikroskopický průkaz, protože léze, zejména slizniční a mokvavé obsahují *treponemy*. Serologické testy jsou prakticky vždy pozitivní.



Syphilis maculosa též zvaná roseola syphilitica se skládá ze symetrického výsevu nesvědivých, oválných makul velkých přibližně 2- 4 mm. Jsou umístěny v čarách štěpitelnosti kůže. Nejvíce postihují postranní partie trupu a břicho, na končetinách flekční partie, ohbí a vnitřní strany stehen a paží. Projevy zmizí do dvou týdnů. Syphilis papulosa et papulosquamosa je charakterizovaná výsevem makulopapulózních projevů v embolizační lokalizaci, projevy na čele a ve kštici mohou být citlivé. Jde o polotuhé, ostře ohraničené, červenohnědé, ploché, lesklé papuly, někdy s límečkem deskvamace na periferii ( Biettův límeček). Deskvamace může být později výrazná ( napodobuje psoriázu), při postižení dlaní a plosek se tvoří až hyperkeratózy. Postižení dlaní a plosek velmi podporuje diagnózu. Tvorba papul s krustami může napodobovat impetigo, tvořit se mohou na rozhraní kštice a čela a napodobují tak seboroickou dermatitidu, v meziprstí mohou působit jako verruca vulgaris, dyshydrotický ekzém, tinea, v ústních koutcích anguli infectiosi, na nehtových valech mohou připomínat paronychium. Projevy vymizí do 1 roku [15, s. 434-435]. V intertiginózních oblastech ( labia majora a minora, perianálně, v axilách, v inguinách a na preputiu) mohou papuly erodovat a macerovat s tendencí k proliferaci. Výsledkem je vznik vegetujících lézí- condylomata lata ( mokvavé pláty). Obsahují množství spirochet. Papulózní projevy, které se nacházejí v oblasti čela na hranici kštice se nazývají „corona veneris“ ( venušina koruna). Další příznaky se kterými se setkáváme u sekundární syfilis jsou poruchy růstu vlasů, slizniční příznaky a pigmentové poruchy. V místě syphilitických lézí způsobuje protizánětlivá melanóza hyperpigmentaci nebo produkce pigmentu může být v místě lézí snížena (depigmentace)- jedná se o tzv. leukoderma syphiliticum. Lokalizace depigmentovaných míst je typická na kůži krku- venušin náhrdelník. Můžeme pozorovat i ložiskový výpad vlasů. Pak hovoříme o syphilitické alopecii [11, s. 18]. Slizniční projevy v dutině ústní tvoří enantém z erytematózních makul a papul, které jsou pokryty žlutobílým povlakem. Jsou přítomny u třetiny nemocných. Splývající hladké papuly jsou patrné na hřbetu jazyka. Angina syphilitica způsobuje zvětšení a zarudnutí tonzil s bolestivým polykáním, později tvoří šedavé plaky na povrchu.

Časná latentní syfilis je období, kdy příznaky sekundární lues většinou odezní. Sérologie je pozitivní a pacient, který je neléčený je infekční. Po 2 letech od infekce nemocný přechází do fáze syphilis latens, kdy může dojít pouze k transplacentárnímu přenosu, jinak je pacient neinfekční.

Recidivní exantémy syphilis secundaria vznikají v 95 % do dvou let od prvního exantému a postihují 25 % nemocných. Může jít o znovuobjevení vředu nebo exantémů

sekundárního stádia. Postižení má menší rozsah, zejména omezený na oblast orální a anogenitální. Často vynechávají místa lézí původního exantému, které obklopují [15, s. 436-437].

### 2.3 Terciální syfilis

Od sekundárního stádia vzniká odstupem 3-7 a více let . Projevuje se jako granulomatózní zánět, který může být parenchymatózní nebo lokalizovaný se vznikem gumat. Treponemata jsou prokazatelná PCR metodou, nemocní však infekční nejsou. Kožní projevy tvoří papuly, noduly a gumata. Nejčastěji jde o shluk červenohnědých papul či uzlíků, které se v centru hojí atrofii s posuny pigmentu. Mohou se šířit na periferii a vytvářet až chorobné plochy, popř. mohou být pokryty šupinami. Diferenciálně diagnosticky je nutné odlišit houbové infekce, lupus vulgaris, lepru aj.

U syphilis gummosa tzv. guma, začíná v kůži jako podkožní nebolestivý červenofialový uzlík, který měkne v centru, dochází k nekróze se vnikem píštěle nebo vředu. Je to provalující se hrbol se sekrecí vazké, žlutavé tekutiny, která připomíná arabskou gumu ( odtud název). Noduly se zhojí za několik týdnů až měsíců bělavou jizvou s hyperpigmentovaným lemem. V oblasti orální, může guma vést k destrukci a deformaci měkkého i tvrdého patra, nosní přepážky, jazyka. Také tonzil a uvuly. Dále mohou být postiženy další orgány, především kosti ( osteomyelitida, periostitida, osteochondritida) a také svaly. Postižení kardiovaskulárního systému se projevuje za 15-30 let od infekce, postihuje především vzestupnou aortu a její odstupující koronární cévy. Projevuje se vznikem aneurismat a rizikem ruptury, insuficiencí chlopní a koronárních tepen. Také mohou být postiženy játra a jiné orgány.

Postižení nervového systému vzniká za 5- 35 let po infekci. Meningeální neurosyphilis je charakterizovaná příznaky meningitidy. Parenchymatózní syphilis způsobuje snížení imunitních reakcí, vzniká za 15- 20 let od sekundární syfilidy. Vyznačuje se dvěma formami: paralysis progressiva a tapes dorzalis. Paralysis progressiva způsobuje psychiatrické příznaky. Ze začátku se projevuje nespecifickými příznaky jako jsou trvalé bolesti hlavy, narůstající psychické změny a demence.

U neurologických příznaků jsou přítomny progredující až úplné paralýzy, které vedou do 2,5 roka ke smrti. Vznik tapes dorzalis způsobuje poškození zadních provazců a kořenů míšních. Nejprve se u nemocného objevují ataky vystřelujících bodavých viscerálních bolestí a parestezií, později vzniká ataxie s typickou chůzí parádního marše. U nemocných se také objevuje Rombergovo znamení (nemocný ztrácí stabilitu

při zavřených očích s nohama u sebe) a Agryllovo- Robertsonovo znamení ( zachovaná reakce zorniček na akomodaci, vymizela však na světlo). Toto stádium zpravidla způsobuje těžkou invaliditu [15, s. 436-438].

## **2.4 Vrozená syfilis**

Jde o vzácnou formu syfilis. Je způsobená přestupem treponemat přes placentu. Do prvního trimestru gravidity je riziko infekce minimální, placenta je totiž plně dotvořena až po prvním trimestru gravidity. Dítě se narodí zdravé pokud je v tomto období matka léčena, proto je povinnost lékařů provádět sérologické testy na začátku a během gravidity. Míra postižení je dána podle stádia syfilis matky a množstvím treponemat v krvi. Je-li matka na počátku těhotenství v časném stádiu syfilidy, dochází k předčasnému porodu mrtvého dítěte kolem 7. měsíce. Pokud je matka ve fázi syphilis secundaria latens, je dítě postiženo syphilis congenita recens s příznaky, které se dostavují až do 2 let věku. Pokud je matka ve fázi syphilis latens, projeví se onemocnění po více než 2 letech, obvykle však až v období puberty, jako syphilis congenita tarda nebo při delším trvání latence porodí i plod zdravý. Protilátky igM nepřestupují placentární bariéru, jejich nález je tak u plodu důkazem onemocnění a ne jen pasivního přenosu protilátek matky, které vymizí do 3-6 měsíců po porodu [15, s. 438-439].

### **2.4.1 Syphilis congenita recens**

Příznaky se objeví hned po porodu nebo krátce po něm. Novorozenci bývají atrofičtí a anemický. Na kůži se objevuje exantém podobný sekundárnímu stádiu dospělých. Projevy jsou výrazné na chodidlech, dlaních a kolem úst a análního otvoru. Kůže je lehce zduřelá, lesklá, fialově až hnědě červená. Kolem úst se později vytváří tzv. Parrotovy jizvy. Na chodidlech a dlaních se objevují vyrážky podobné jiným onemocněním. Děti trpí chronickou rýmou, která brání dítěti v sání. Objevuje se i postižení hlasivek. Křik novorozence je sípavý a nehlasný. K dalším příznakům patří orgánové změny, hydrocefalus, encefalomeningitida, pneumonie. Postižené jsou i dlouhé kosti. Většina dětí s neléčenou congenitální syfilis se nedožije ani jednoho roku. Pokud přežijí, jsou často mentálně postižení, anemické a kachektické [8, s. 206-207].

### **2.4.2 Syphilis congenita tarda**

Projevy jsou patrné teprve po 5. roce života. Největší změny však můžeme pozorovat v pubertě. Hlavním příznakem je tzv. Hutchinsonova trias. Tyto příznaky

tvoří Hutchinsonovy zuby, jsou to střední stálé řezáky, které mají soudkovitý tvar, jsou kratší a poloměsíčitě se zužují k řezací hraně. Dále zánět rohovky s postižením zraku a vestibulární hluchota. Dále jsou typické deformity lebky, sedlovitý nos, deformace tvrdého patra, tzv. gotické patro. Dalším znakem jsou tzv. šavlovité tibie (konvexní směrem dopředu) [8, s. 207-208].

## 2.5 Diagnostika

Diagnostika lues se provádí přímým průkazem. Ale jen u mokvajících vředů časné syfilis. Spodinu vředu podráždíme kličkou, abychom vyvolali sekreci. Získaný mok pak vyšetřujeme pod mikroskopem v temném poli. Toto vyšetření provádíme u všech vředů na genitálu [12, s. 122]. Důležitou součástí diagnózy tvoří nepřímý průkaz protilátek v séru. Protilátky však nezaručují imunitu. Jedinec je imunní proti reinfekci pouze během časné syfilidy, později je reinfekce možná. Serologické testy dělíme na specifické treponemové (stanovují protilátky proti specifickým antigenům *Treponema pallidum*), které jsou pozitivní kolem 3.- 4. týdne po infekci, a testy nespecifické treponemové (proti kardiolipinu, uvolňovaném při destrukci tkáně z mitochondrií), které jsou pozitivní kolem 5.- 6. týdne po infekci. Z netreponemových testů se nyní používá nejčastěji reakce VDRL (Venereal Disease Research Laboratory test) a RRR (Rychlá Reaginová reakce). Z řady treponemových testů to jsou TPHA (Treponema Pallidum Haemagglutination test).

Falešná pozitivita specifických i nespecifických testů může být pozorována u autoimunitních onemocnění, infekce HIV, v těhotenství, u jiných spirochetových onemocnění (borelia, leptospira), u lepry, infekční mononukleózy. Falešná negativita může být u infekce HIV [15, s. 440-441].

## 2.6 Léčba

Nejvhodnějším lékem je penicilin, na který doposud přes 50 let užívání nebyla pozorována rezistence. Je důležité udržet koncentraci penicilinu v krvi 0,03 IU/ml po dobu 7 dní. Udržení hladiny je velice nutné, protože cyklus dělení *Treponema pallidum* je 33 hodin [15, s. 441-442].

## **2.7 Kontrola po léčbě**

Nemocní jsou po léčbě dispenzarizováni. Screeningové testy ( VDRL, TPHA) se provádějí v 1. roce- první pololetí 1krát/2 měsíce, ve druhém pololetí 1krát/3 měsíce, ve 2. roce- 1krát/6 měsíců.

Součástí léčebných opatření je depistáž. Zaměřuje se na zjištění kontaktů v době před onemocněním. U primární syfilis se zjišťují kontakty za dobu tří měsíců, u sekundární 8-12 měsíců, u latentních forem za 24 měsíců. Protože u náhodně zjištěných pozdních latentních a terciálních forem je zdroj prakticky neznámý, vyšetření se zaměřuje především na ohrožené osoby. V případě onemocnění muže je vyšetřena manželka ( partnerka) a při negativním nálezu děti vyšetřovány nejsou. U onemocnění ženy jsou vyšetřovány děti, manžel ( partner) a členové domácnosti [15, s. 442].

## **3 KAPAVKA ( GONORRHOEA)**

Kapavka je infekční onemocnění urogenitálního traktu, rekta a vzácně spojivek. Původce je bakterie zvaná Neisseria gonorrhoeae. Přenos infekce se děje nejčastěji pohlavním stykem. Přenos je vyjíměčně možný prádlem, lůžkovinami apod. [11, s. 7].

### **3.1 Kapavka muže**

Inkubační doba je u mužů většinou mezi 2. až 5. dnem. Mezi hlavní projevy patří hnisavá uretritida s běložlutavým výtokem, pálením při močení. Ústí uretry je zarudlé, někdy s otokem. Akutní infekce nastává při přestupu infekce z uretry na zevní svěrač močového měchýře do ústí vývodů prostaty, semenných váčků a též ductus deferens. U neléčené kapavky může později dojít k infekci prostaty. Ta se projevuje zvýšenou teplotou, bolestivou defekací. Při postižení semenných váčků může dojít k poruše plodnosti. Zánětlivé změny se mohou týkat i skróta. Zánětlivá adheze způsobuje neprostupnost kanálků epididymis. Výsledkem je neplodnost.

V některých případech může být symptomatologie chudá, pouze ráno před vymočením je přítomný slabý výtok, tzv. ranní kapka [11, s. 8-9].

### **3.2 Kapavka ženy**

Kapavka se u ženy projevuje zánětem močové trubice a postižením sliznice cervikálního kanálu. V mnoha případech probíhá infekce asymptomaticky, nemocná tak infekci může šířit dál. Jindy můžeme nalézt vaginální a uretrální výtok. Neléčená kapavka způsobuje ascendentní šíření infekce na dělohu, vejcovody a vaječníky. Přestup infekce do dutiny břišní může způsobit i peritonitis. Stejným způsobem jako u mužů dochází ve vnitřních rodidlech ke tvorbě adhesivních struktur, které mohou být příčinou neplodnosti [11, s.9].

### **3.3 Extragenitální gonorea**

Nejčastěji postihuje konečník. Hlavní projev je bolestivý výtok a defekace. Mezi postiženou skupinu patří homosexuálové. Také postihuje až polovinu žen, hlavně autoinfekcí výtokem z vulvy. Faryngeální gonorea je většinou bezpříznaková. Novorozencům se aplikuje septonex pro profilaxi gonoroické konjunktivitidy ( získané při porodu, u dospělých vzniká vzácně autoinokulací), která může vést k perforaci rohovky až ztrátě zraku [15, s. 445].

### **3.4 Diseminovaná infekce**

Diseminovaná infekce postihuje asi 0,5- 3 % nemocných. Nejčastějším projevem je teplota, polyartritida či monoartritida a pustulózní kožní projevy. Klouby jsou většinou oteklé, zarudlé, bolestivé. Nejčastěji se jedná o kolena, hlezna, prsty, zápěstí. Na kůži aker a nad klouby mohou být hemoragické papuly a pustuly s krustami s histologickým nálezem infekční leukocytoklastické vaskulitidy. Jiné orgánové postižení je velmi vzácné ( hepatitida, meningitida, endokarditida aj.) [15, s. 445].

### **3.5 Diagnostika**

Diagnostiku provádíme mikroskopickým průkazem. Sekret z uretry, rekta či děložního hrdla rozetřeme kličkou na podložní sklíčko a nabarvíme dle Grama. Kultivaci provádíme na speciální půdě, tzv. čokoládovém agaru. Kultivace nám umožňuje zjistit citlivost na antibiotika. Přímý průkaz můžeme provést přímou imunofluorescencí [1, s. 229-232].

### **3.6 Kontroly po léčbě**

Po skončení terapie se provádějí 3 kontrolní stěry. První bakteriologické vyšetření se provádí za 24- 48 hodin po skončení léčby a pak ještě dvakrát v týdenních intervalech. U žen, které nejsou gravidní, je jedno vyšetření prováděno během menzes. Před léčbou a čtyři měsíce po ukončení léčby je provedeno serologické vyšetření: screeningové (vyhledávací) testy na syfilis a stanovení protilátek proti HIV. Nemocný je vyřazen z evidence při negativním klinickém, laboratorním sérologickém vyšetření po čtyřech měsících. Je nutné provést depistáž dvou předchozích měsíců a osoby ohrožené či zdroje vyšetřit a přeléčit [15, s. 446].

## **4 CHLAMYDIE**

Po vniknutí do těla hostitele přežívají chlamydie v buňkách jako nitrobuněčný parazit a do těla hostitele vylučují jed- endotoxin. Tím způsobují postiženým lidem mnoho zdravotních potíží. Chlamydie dlouhou dobu v hostiteli perzistují a vyvolávají proces charakterizovaný periodickými vzplanutími a obdobími klidu. Chlamydie infikují obranné i další buňky těla. Jako patogeny pro lidi se uplatňují zvláště tři druhy chlamydií, a to Chlamydie trachomatis, psittaci a pneumoniae [18, s. 11].

Sérotypy D- K vyvolávají genitální a oční infekce. Akutní zánět často probíhá asymptomaticky a infekce se projeví až v chronické fázi. Mnohokrát již s vážnými genitálními a extragenitálními následky. Chronické infekce v urogenitální oblasti způsobují chronické jizvící se záněty: u mužů zánět prostaty, nadvarlat, varlat. U žen a mužů je tato infekce původcem chronického zánětu sliznice konečníku, někdy i jater, chlamydiové uretritidy, reaktivního zánětu kloubů a převážně u mužů se vyskytujícího Reiterova syndromu ( uretritida, artritida a konjunktivitida) [18, s. 35]. Někdy se chlamydie trachomatis vyskytuje současně s bakterií způsobující kapavku. Po vyléčení kapavky mohou přetrvávat obtíže, způsobené současnou nedolčenou chlamydiovou infekcí [18, s. 55].

Novorozenci, narození matkám s cervikální chlamydiovou infekcí, mají 60 %- 70 % riziko, že budou nakaženi [18, s. 48].

## **4.1 Chlamydie trachomatis u ženy**

Infekce u žen probíhá nejčastěji pod obrazem purulentní cervicitidy. U infekce je riziko vzestupného šíření s následnou endometritidou, salpingitidou a peritonitidou. Mezi další následky onemocnění a komplikace můžeme zařadit riziko mimoděložního těhotenství, neplodnosti a předčasného porodu u těhotných žen [18, s. 48-49].

## **4.2 Chlamydie trachomatis u muže**

U mužů nákaza probíhá jako nekomplikovaná uretritida s dysurickými obtížemi a event. výtokem z močové trubice. Možné komplikace mohou být prostatitida a epididymitida, která může mít negativní vliv na plodnost [18, s. 48-49].

## **4.3 Diagnostika a léčba**

Diagnostika se provádí z výtoku uretry použitím fluorescenčních technik či monoklonálních protilátek. Průkaz protilátek Chlamydie trachomatis lze stanovit kultivací na McCoyových buňkách a následnou identifikací barvením dle Giemsy či jódem nebo monoklonálními protilátkami značenými fluorescenčním barvivem (technika tzv. „gen-probe“) [18, s. 12].

Antibiotická terapie nejsou dostatečně efektivní, jelikož infekce často přechází do latentního stádia a tím nabývá na významu selekce k antibiotikům rezistentních kmenů. Aby se dostavil úspěch jen nutné dosáhnout účinné koncentrace antimikrobiálních preparátů v epitelových buňkách hostitelského organismu. Důležitou součástí léčby tvoří vyšetření sexuálních kontaktů a jejich přeléčení, pokud je infekce přítomna [18, s. 86].

# **5 TRICHOMONIÁZA**

Trichomoniáza patří mezi velice rozšířenou pohlavně přenosnou infekci. Přenos se děje především pohlavním stykem, velmi vyjimečně při saunování, na toaletě nebo ručníky. Ve větší míře se trichomoniáza vyskytuje u žen než u mužů [4, s. 612]. Původce je prvok *Trichomonas vaginalis* [11, s. 13] velikosti 4- 45 $\mu$ m s 4-5 bičíky, přežívající ve vlhkém prostředí 90 minut [15, s. 449].



## 5.1 Klinický obraz

U žen postihuje hlavně vaginu a uretru a je charakterizována žlutobělavým pěníným vaginálním výtokem [15, s. 449]. Výtok může být i šedý nebo zelenavý [6, s. 83]. Mezi klinické příznaky u žen patří dále pálení v pochvě, bolesti při močení, pocit bolesti vulvy. Muži jsou velice často bez příznaků [4, s. 612]. Pokud se příznaky objeví jsou podobné nespecifickému zánětu močové roury [6, s. 83]. Muži mohou mít na přechodnou dobu mléčný výtok z močové trubice. Může se přidružit i pálení a svědění v močové trubici [4, s. 612].

## 5.2 Diagnostika a léčba

Průkaz prvoka se zjišťuje mikroskopicky ze stěrů sliznice pochvy, u mužů z uretry. Mnohem lepší záchytnost má kultivace na speciálních půdách. K léčbě se užívá metronidazol [9, s. 226]. Důležité je vyléčit současně sexuální partnery a to i při absenci symptomů. To platí i při negativních výsledcích kultivačního vyšetření [11, s. 14].

# 6 VIROVÁ HEPATITIDA TYPU B

Hepatitida B se vyskytuje po celém světě. Má formu akutní nebo chronickou. Může spontánně ustoupit nebo přechází do chronicity, jejímiž nejzávažnějšími následky jsou jaterní cirhóza a hepatocelulární karcinom.

Mezi zásadní způsoby šíření patří přenos sexuální, proto je veliký výskyt této infekce mezi homosexuály a promiskuitními heterosexuály. Virus se totiž přenáší tělesnými tekutinami, například spermatem, vaginálním sekretem. Mezi další způsob šíření patří přenos parenterální (krví, krevními deriváty, jehlou infikovanou krví) a vertikální (z infikované matky na dítě). Virus hepatitidy B se daleko snadněji šíří sexuálním kontaktem než virus hepatitidy C nebo HIV (Human Immunodeficiency Virus). Rizikovým faktorem je tedy nechráněný sexuální styk s infikovaným partnerem, nechráněný styk s více než jedním partnerem, nechráněný homosexuální styk (anální a orogenitální), jiné pohlavní nemoci v anamnéze, užívání intravenózních drog.

HBV (Virus hepatitidy B) můžeme zařadit do čeledi Hepadnaviridae (infekční je Daneova částice viru). Virus má vnější lipoproteinový obal s povrchovým antigenem

( HbsAg). Virus přežije několikaminutový var, na injekční jehle s infikovanou krví přežívá nejméně týden, je odolný i vůči detergentům [17, s. 608].

## **6.1 Klinický obraz**

Inkubační doba je velice dlouhá, nejčastěji 2-3 měsíce ( až 180 dní). U některých nemocných může infekce probíhat jen s mírnými příznaky. Nejčastěji se však objevují prodromální příznaky jako je prchavá vyrážka a atalgie způsobené imunokomplexovou reakcí. Ikterus se objevuje u 90 % nemocných [9, s. 193]. Na vzniku chorobných příznaků se podílí imunitní reakce hostitele. Virus se množí v hepatocytech. Klinicky rozlišujeme akutní a chronickou hepatitidu B a asymptomatické nosičství virové hepatitidy B. Akutní hepatitida může ve vzácných případech způsobit selhání jater [17, s. 608]. Až 90 % infekcí hepatitidy přechází u novorozenců do chronicity [9, s. 194], 30 % infekcí dětí do 5 let věku a 2- 6 % infekcí dospělých. U pacientů, kteří trpí chronickou hepatitidou je nejzávažnější komplikací jaterní cirhóza a hepatocelulární karcinom ( riziko předčasného úmrtí představuje u chronických infekcí 15-25 %) [17, s. 608].

## **6.2 Diagnostika**

Laboratorní diagnostika je založena především na průkazu tzv. markerů hepatitidy v krevním séru. Patří k nim HBsAg, HbeAg, anti-HBs, anti-HBc a anti-HBe.

K diagnostice je možno použít průkaz virové DNA pomocí PCR metodou ( polymerázová řetězová reakce). DNA viru hepatitidy může zůstat v séru prokazatelně pozitivní i po uzdravení z akutní hepatitidy. Virus zůstává v organismu v játrech, mononukleárech periferní krve a v imunitním systému [17, s. 608].

## **6.3 Léčba a prevence**

Neexistuje specifická léčba , hepatolog může indikovat podpůrnou terapii interferonem nebo lamivudinem

V České republice bylo v roce 2001 zavedeno celoplošné očkování nově narozených dětí a doočkování dětí ve věku 12 let. Ve venerologických centrech by měla být vakcinace nabídnuta všem neočkovaným pacientům, homosexuálním mužům, osobám poskytující sexuální služby a uživatelům drog. K profylaxi zdravotníků poraněných jehlou kontaminovanou krví infikované osoby nebo novorozenců infikovaných matek se užívá specifický imunoglobulin s vysokou hladinou protilátek

anti-HBs. Všichni sexuální partneři HbsAg pozitivních osob se musí chránit před kontaktem s tělesnými tekutinami, musí používat kondom, i když byly očkovány [17, s. 609].

## **7 HERPES GENITALIS**

Infekci vyvolává virus herpes simplex ( HSV, herpes simplex virus, virus prostého oparu). Existují dva typy tohoto viru, 1 a 2. Herpes genitalis je nejčastěji způsoben HSV typu 2. Po infekci zůstává virový genom v latentním stadiu v jádrech senzitivních nervů po celý život hostitele. Přenos HSV se uskutečňuje nejen při symptomatickém, ale i při asymptomatickém vylučování viru. Primární infekce HSV-1 vzniká často následkem orogenitálního kontaktu. Téměř všechny HSV-2 pozitivní osoby vylučují virus genitálním traktem.

Virus se děje prostřednictvím sexuálního styku, líbáním, během porodu může být přenesen z infikované matky na novorozence. Při asymptomatickém vylučování je koncentrace viru v genitálních sekretech nižší, ale přenos infekce je možný [17, s. 593].

### **7.1 Klinický obraz**

Inkubační doba primární herpetické infekce je 2-7 denní [17, s. 593]. V postižené oblasti můžeme pozorovat drobné puchýřky. Zpočátku obsahují čirou tekutinu, ale vezikuly se rychle kalí, praskají a zasychají v krusty. Nemocný subjektivně pociťuje svědění a napětí v oblasti výsevu puchýřků. Přítomnost zvětšených a bolestivých regionálních uzlin není nic neobvyklého [3, s. 57]. Infekce může být provázena bolestivostí, horečkou, malátností a nechutenstvím. U 15- 30 % pacientů se mohou projevit neurologické příznaky, ztuhlost šíje, fotofobie, bolesti hlavy [17, s. 594]. Opar se zhojí zpravidla za 10- 12 dní [3, s. 57]. U mužů virus postihuje glans penis nebo tělo penisu, puchýřky mohou být také přítomny na hýždích nebo perianálně [17, 594]. Herpetické proktitidy jsou častější u homosexuálů. Uretritidy jsou doprovázeny dysurickými potížemi, nastat mohou i obtíže sexuální [9, s. 181]. U žen se puchýřky objevují na vulvě, perineu, vagině, na děložním hrdle, stehenní nebo hýždích. Při primární herpetické vulvovaginitidě dochází k výsevu drobných bolestivých puchýřků na vulvě a mons veneris. V pochvě se léze vyskytují u 5 % infikovaných žen, výtok má až 75 % žen, cervix je postižen u 70- 90 % žen. Při postižená uretry bývají bolesti při močení.

Virus se může reaktivovat a vzniká opětovná infekce, její průběh je však obvykle mírnější než promoinfekce. Reaktivaci viru může zapříčinit pohlavní styk, menstruace, emoční stres, trauma a podobně. Při primární infekci je virus obvykle vylučován 12 dní, při rekurentní infekci 4 dny.

Transplacentárně se herpes genitalis přenáší vzácně. Závažnější je vertikální přenos na novorozence během porodu při primární herpetické infekci matky. U novorozence bývají postižený centrální nervový systém, játra a kůže. Prevenci před přenesením infekce, při manifestním onemocnění matky, je císařský řez [17, s. 594- 595].

## **7.2 Diagnostika**

Diagnostika se provádí kultivací na tkáňových kulturách. Dále se užívá přímý průkaz viru pomocí PCR metodou a průkaz antigenu HSV fluorescenčními metodami. Po stěru ze spodiny léze můžeme prokázat přítomnost virových částic elektronovým mikroskopem. Sérologické testy umožňují rozlišit protilátky proti HSV-1 nebo HSV-2. Protilátky se objevují až za několik týdnů po promoinfekci, nejprve IgM, později IgG, k jejich průkazu se nejčastěji užívá metoda ELISA [17, s. 595].

## **7.3 Léčba a prevence**

Terapie herpes genitalis si žádá velkou trpělivost jak ze strany nemocného, tak ze strany lékaře. Jako u všech sexuálně přenosných infekcí se doporučuje léčit oba sexuální partnery. V době prvních prodromálních příznaků by měly být aplikována lokální virostatika. A to každé 2- 4 hodiny po dobu 3- 5 dní. Při těžším průběhu onemocnění a u pacientů se sníženou obranyschopností je indikována celková léčba virostatiky. Léčba by měla být zahájena nejlépe do 3 dnů od vzniku onemocnění.

Vylučování viru genitálním traktem je nepředvídatelné a většinou asymptomatické, proto by se měl jako ochrana používat kondom i bez ohledu na to, zda jsou příznaky genitálního herpesu přítomny či nikoli [17, s. 595].

## **8 INFEKCE HIV**

Infekce HIV ( Human Immunodeficiency Virus- virus humánní imunodeficiency) je celosvětově se vyskytující epidemická infekce vyvolaná retrovirem HIV, který napadá imunitní systém [15, s. 452]. Odhaduje se, že lidí s HIV a AIDS je na celém světě 40 milionů, z toho téměř 70 % nakažených žije v subsaharské Africe. Je asi 45 zemí, kde má HIV více než 2 % obyvatel, 36 z těchto zemí je v Africe, 7 s prevalencí o 20 % vyšší. HIV / AIDS se rozšířila z vysoce rizikových skupin obyvatelstva a v řadě zemí 60% ze všech infekcí HIV se vyskytuje u lidí ve věku od 15 do 24 let [5, s. 1-2]. V České republice ke květnu 2006 byl kumulativní počet 882 HIV pozitivních případů, z toho 201 případů AIDS a 121 zemřelých ( od roku 1986). Skutečný počet pozitivních se však odhaduje až na desetinásobek.

Původcem je virus HIV-1 postihující Severní Ameriku a Evropu a méně virulentní HIV-2 vyskytující se v západní Africe. HIV-1 má alespoň 10 subtypů (A- J), což stěžuje vývoj vakcíny. Virus byl na člověka přenesen nejspíše z primátů v subsaharské Africe. Přenos se děje především pohlavním stykem, sdílením infekčních jehel při intravenózní drogové závislosti a perinatálně ( zejména v době porodu). Stále existuje velmi malé riziko přenosu aplikovanou krví či krevními deriváty. HIV je přítomen v infekčním množství v krvi, v mateřském mléce a genitálních sekretech, ale byl prokázán ve většině tělních tekutin.

Virus infikuje pomahačské CD4+ T- lymfocyty a antigen prezentující buňky, v kterých se množí. Dojde ke specifické imunitní odpovědi a vzniku specifických cytotoxických T- lymfocytů a postupné likvidaci CD4+ T- lymfocytů. Zpočátku je jejich úbytek vyvážen jejich produkcí. Tyto mechanismy se však postupně vyčerpávají a dochází k poruchám imunity [15, s. 452-453].

### **8.1 Klasifikace infekce HIV**

Infekce HIV se klasifikuje podle počtu CD4+ T-lymfocytů a podle symptomů. Klasifikace HIV je patrná v tabulce 1.

Tabulka 1 Klasifikace infekce HIV

| Kategorie podle počtu CD4+ T-buněk (mm <sup>3</sup> ) | Klinická kategorie   |                    |           |
|---|--|--------------------|-----------|
|   | A<br>asymptomatická<br>nebo perzistující<br>generalizovaná<br>lymfadenopatie | B<br>symptomatická | C<br>AIDS |
| 1. > 500  | A1   | B1                 | C1        |
| 2. 200- 499   | A2   | B2                 | C2        |
| 3. < 200  | A3   | B3                 | C3        |

Stínovaná políčka v tabulce č. 1 značí AIDS. Při klasifikaci překryvné symptomatologie má kategorie B přednost před A a C před B. Pokud symptomatologie dosáhne kategorie B ( C), nemůže být klasifikována jako A ( B).

**Kategorie A:** asymptomatická infekce HIV, perzistující generalizovaná lymfadenopatie ( označována jako PGL), akutní primární infekce HIV s příznaky nebo její údaj v anamnéze.

**Kategorie B** (příznaky a choroby nespádající do kategorie C ( AIDS), vznikají v důsledku infekce HIV či poruchy buněčné imunity): bacilární angiomatóza, candidosis ( oropharyngealis, vulvovaginitis- špatně reagující na terapii), cervikální displazie, celkové příznaky ( teplota > 38,5 °C) nebo diarea trvající déle než měsíc, herpes zooster ( alespoň 2 ataky více než jednoho dermatomu), idiopatická trombocytopenická purpura, listeriosis, vlasatá leukoplakie úst, zánětlivé onemocnění pánve, periferní neuropatie.

**Kategorie C** ( onemocnění definující AIDS): candidosis ( bronchů, trachey, plic, jícnu), cervikální invazivní karcinom, cytomegalovirosis, coccidiomycosis ( disseminovaná, extrapulmonální), cryptococcosis ( extrapulmonální), encefalopatie, mykobakteriózy ( M. tuberculosis, M. Avium), pneumonie, herpes simplex ( vřed trvající déle než 1 měsíc), histoplasmosis, kaposiho sarkom, lymfom ( burkittův, imunoblastický), toxoplazmóza mozku, syndrom celkového chřadnutí organismu v důsledku infekce HIV [15, s. 454].

## 8.2 Přenos infekce HIV

Virus HIV se přenáší nechráněným sexuálním stykem, krví a vertikálně. Tyto způsoby přenosu jsou dány přítomností viru v krvi, spermatu a vaginálním sekretu

infikovaných osob. Ve velice podprahovém množství se virus nachází ve slinách nebo slzách, k šíření viru se však neuplatňují [13, s. 11-12].

### **8.2.1 Sexuální přenos**

Sexuální přenos patří mezi hlavní způsob přenosu. Může k němu dojít při vaginálním i análním styku, ať už homosexuálním či heterosexuálním. Od 80. let nakažených homosexuálním stykem klesl, ve světě tak převládá heterosexuální přenos infekce. V průběhu sexuálního styku vznikají mikroskopická poranění, ta umožňují vstup infekce do organismu. Riziko nákazy roste s počtem pohlavních styků s infikovanou osobou, evidentně je možné se nakazit i jediným stykem [13, s. 12].

### **8.2.2 Parenterální přenos**

Krevní cestou se virus přenáší hlavně společným sdílením kontaminovaných injekčních jehel a stříkaček. Většinou se v tomto směru jedná o uživatele intravenózních drog. Jen velmi vzácně u sportovců, kteří si aplikují anabolické steroidy. V některých případech je možné se nakazit i tetovacími nebo akupunkturními jehlami. Vyšší výskyt HIV u narkomanů je důsledkem jejich sexuální promiskuity. Omamné látky ovlivňují chování jedince a snižují schopnost uplatnit preventivní opatření. Mimo jiné prostitute slouží k získání prostředků na opatření drogy. K přenosu infekce transfúzí a krevními deriváty by v dnešní době nemělo docházet. Krev se v České republice od 1. června 1987 povinně testuje. Přenos komáry a jiným bodavým hmyzem nebyl prokázán [13, s. 12].

### **8.2.3 Vertikální přenos**

Během těhotenství infekce přestupuje z matky na plod, dále pak během porodu. Jen ve vyjímečných případech se infekce na novorozence přenesla kojením. Riziko přenosu je ovlivněno stadiem HIV infekce u matky, způsobem infekce matky ( vyšší riziko přenosu infekce na dítě u intravenózních uživatelů drog), současné genitální infekce ( syfilis, herpes genitalis) [13, s. 13].

## **8.3 Klinický obraz**

V 80 % případů se akutní retrovirový syndrom projeví symptomaticky ( klinická kategorie A) po inkubační době 3-6 týdnů. Obvykle jsou přítomny celkové příznaky

( teplota, noční pocení, malátnost, myalgie, atalgie, nauzea, diarea, bolesti v krku aj.), které většinou odeznívají do 1 měsíce, popř. vzniká perzistující generalizovaná lymfadenopatie. Asi v 70 % případů se objeví růžový makulopapulózní symetrický exantém postihující trup, dlaně i plosky, může být přítomný i enantém, vředy na genitálu, slizniční kandidóza. Nemocní bez příznaků či s kratším symptomatickým obdobím mají lepší prognózu. Laboratorně se anti-HIV protilátky stanovené metodou ELISA objevují do 3- 4 týdnů od infekce. Pomocí PCR lze detekovat virovou nukleovou kyselinu v krvi, jejíž hladina se ustálí po 6 měsících od infekce a je pak jedním s prognostických ukazatelů postupu nemoci.

Nemoc přechází plynule v asymptomatické období ( počet CD4 >500) provázené sérologickými a virologickými známkami infekce s postupujícím úbytkem CD4+ T-lymfocytů.

Časná symptomatická fáze ( CD4= 500- 100) je provázena celkovými příznaky ( teplota, úbytek váhy, recidivující průjmy, únava, cefalgie), systémovým postižením uvedeným převážně v kategorii B. Pozdní symptomatická infekce ( CD4= 200- 50), AIDS, v důsledku hluboké imunoprese je provázena různými oportunními infekcemi a neoplazmiemi ( kategorie C) [15, s. 453] .Pokročilá infekce AIDS ( CD4 <50) s těžkou imunopresí, je provázena několika současně se vyskytujícími infekcemi či neoplazmiemi kategorie C [15, s. 455].

## **8.4 Diagnostika**

Rutinní diagnostika zahrnuje screeningový test protilátek metodou ELISA, který při pozitivitě musí být potvrzen metodou western blot. Přímý průkaz HIV představuje p24 antigen test, PCR, kultivace HIV, elektronová mikroskopie [15, s. 455].

### **8.4.1 Problematika diagnostiky HIV**

Při diagnostice AIDS nemusí být laboratorní metody spolehlivé. Ke zjištění protilátek se používá metoda ELISA, která musí být ještě potvrzena metodou western blot. Krev pacienta se přidá ke směsi bílkovin při testu ELISA. Předpokládá se, že když jsou v krvi obsaženy protilátky proti viru HIV, budou reagovat s bílkovinami viru HIV, které jsou přítomny ve směsi. To, že virus HIV je příčinou AIDS se dokládá podle protilátkové odpovědi proti viru. Lékaři se domnívají, že pokud jsou v organizmu přítomny protilátky proti viru HIV, musí být virus přítomen v krvi. Testy na AIDS tedy nezjišťují a ani nemohou zjišťovat přítomnost samotného viru v krvi, ale jen protilátky



proti němu. Což je zpravidla důkaz toho, že tělo nad infekcí zvítězilo [10, s. 61-62]. *Potíž spočívá v tom, že ani jeden test není pro HIV specifický. Oba reagují s mnoha dalšími bílkovinami, vytvořenými jako odpověď na jiná onemocnění* [10, s. 62]. Bílkovina p24, která je podle lékařů důkazem existence viru HIV, se nachází u všech retrovirů, které žijí v lidském organismu a vůbec mu neškodí. Bílkovina p24 tudíž není jedinečná jen pro virus HIV. Falešnou pozitivitu testu ELISA může např. vyvolat malárie, tuberkulóza, syfilis, lepra, virová hepatitida typu B a C, papillomavirové bradavice. I u nemocných roztroušenou sklerózou byly objeveny protilátky proti antigenu p24. Stejně jako falešnou pozitivitu testu ELISA způsobuje mnoho onemocnění falešnou pozitivitu metody western blot. Mezi tato onemocnění patří např. lepra a malárie. K falešné pozitivitě dochází i při transfuzi krve [10, s. 62-63]. *V jedné studii bylo množství protilátek proti HIV, zjištěných testem ELISA po krevní transfuzi. Jeden dobrovolník dostal ve čtyřdenních intervalech šest dávek darované HIV negativní krve. Po první aplikaci byl test HIV negativní, ale s každou další transfuzí pozitivní protilátková odpověď na HIV vzrůstala* [10, s. 63]. U velkého množství zdravých lidí může test HIV způsobit, že lékaři těmito lidem začnou podávat medikamenty proti AIDS. Tyto léky mají mnoho vedlejších účinků, které jsou podobné HIV infekci nebo rozvinutému AIDS [10, s. 64].

## 8.5 Léčba

Základem léčby je kombinace látek v rámci tzv. vysoce účinné retrovirové terapie (zkratka HAART). Jde o látky působící na infekci virem HIV na různých úrovních (inhibice: adheze a vstupu blokádu receptorů T-lymfocytů, reverzní transkriptázy, integrace viru do DNA hostitelské buňky, proteáz). Hlavní skupinu látek tvoří inhibitory reverzní transkriptázy a inhibitory virových proteáz. Léčba je nedostupná pro většinu nemocných rozvojových zemí, protože je velmi nákladná. Podle klinického obrazu a počtu CD4+ T-lymfocytů se podává protiinfekční profylaktická léčba. Profylaktická antiretrovirová léčba antibiotiky snížila přenos z matky na dítě z 25% na 4% [15, s. 455].

## 8.6 Průběh a prognóza

Polovina nakažených umírala do 10 let před zavedením HAART léčby. Nyní jich 90% žije déle. Jedinci závislí na intravenózní aplikaci drog umírají 4krát častěji než nakažení pohlavním stykem [15, s. 455].

## 9 PREVENCE POHLAVNÍCH CHOROB

K rizikovému sexuálnímu chování můžeme zařadit předčasný začátek pohlavního života, náhodné známosti, promiskuita, vaginální, anální a orální styk bez použití kondomu. S rizikovým sexuálním chováním souvisí další faktory, například asociální chování, agresivita, abúzus alkoholu a drog. Výskyt pohlavních chorob je do značné míry indikátorem společenských a výchovných jevů [17, s. 581].

Prevence pohlavních chorob je založena na vzdělávání ohrožených skupin v populaci, vyhledávání asymptomatických a symptomatických infikovaných osob, účinná diagnostika a léčba nemocných osob a jejich sexuálních partnerů. Dále také preexpoziciční vakcinace, pokud je k dispozici [17, s. 581].

Pojem bezpečný sex byl zaveden v 80. letech jako reakce na šíření nemoci AIDS. Praktikování bezpečného sexu napomáhá ochraně před chorobami přenosné sexuálního stykem, nejen proti AIDS [14, s. 37].

### 9.1 Kondom

Je velice důležité, aby o existenci kondomu byly poučeny děti základních škol a měly by dostat informaci jak s ním zacházet. Mužské latexové kondomy jsou velmi účinné v prevenci HIV a ostatních pohlavních nemocí zahrnující chlamydiální infekci, kapavku, trichomonádovou infekci. Kondom může snižovat riziko přenosu viru herpes simplex, ochranný účinek proti lidskému papilomaviru, nebyl doložen dostatečným počtem prospektivních studií. Pokud má sexuální partner alergii na latex je možno použít kondomy z jiných syntetických materiálů, například z polyuretanu. Tyto kondomy poskytují stejnou ochranu jako kondomy latexové.

Špatnou manipulací může být zapříčiněno selhání kondomu. Kondom je nutno používat nejen při vaginálním, ale i orálním a análním styku. Je nutno zkontrolovat jeho neporušenost a zabránit protržení a sklouznutí. Při nasazování je nutno vyprázdnit rezervoár na špičce, kondom se nasazuje na ztopořený penis těsně před jeho zavedením do pochvy, úst, konečníku. Kondom musí být použit po celou dobu pohlavního styku, po ejakulaci musí muž kondom podržet u kořene penisu a opatrně sejmout.

Ženské kondomy jsou vyrobeny z polyuretanové membrány, která má na obou koncích kroužek a zavádí se do vagíny. Jedná se o účinnou mechanickou bariéru proti virům včetně HIV a spermatu. O jejich použití lze uvažovat v případech, kdy nelze zajistit správné použití mužského kondomu.

Není vhodné užití lubrikantů na olejové bázi, krémy, tuky, které mohou narušovat strukturu latexového kondomu. Lze použít lubrikanty na vodní bázi a glycerin. Riziko přenosu infekce HIV mohou zvyšovat spermicidní lubrikanty a kondomy s prostředkem nonoxynol- 9. Také bylo prokázáno, že tato látka může narušovat sliznici urogenitálního traktu [17, s. 581-582].

## 9.2 Pesar

Pesar je vyrobený z latexu nebo ze silikonu. Má tvar kloboučku a zavádí se do pochvy kde působí jako bariéra pro spermie. Spermie se přes pesar nemohou dostat dále a oplodnit vajíčko. Pro zesílení účinku je ještě naplněn spermicidní látkou [25]. Pesar neposkytuje ochranu proti HIV a jiným pohlavním nemocem [17, s. 582].

## 9.3 Vakcinace

Mezi další způsob ochrany můžeme zařadit preexpoziční vakcinaci. V současné době jsou k dispozici vakcíny proti hepatitidě A i B a proti lidskému papilomaviru [17, s. 582].

# 10 LEGISLATIVA

V České republice byla v roce 1922 přijata první zákonná norma týkající se prevence pohlavních chorob. K aktuálním právním normám patří zákony a vyhlášky patrné v tabulce 2.

Tabulka 2 Právní normy

|  |
|--|
| Zákon č. 258/2000 sb., o ochraně veřejného zdraví a změně některých souvisejících zákonů [17, s. 582]  |
| Vyhláška č. 195/2005 sb., kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče [22] |
| Vyhláška č. 473/2008 Sb., o systému epidemiologické bdělosti pro vybrané infekce [22]  |
| Vyhláška č. 386/2007 Sb., kterou se stanoví nemoci, u nichž se poskytuje dispenzární péče, časové rozmezí dispenzárních prohlídek a označení specializace dispenzarizujícího lékaře [24]     |
| Vyhláška č. 274/2004 Sb., kterou se stanoví seznam nemocí, které by mohly ohrozit veřejné zdraví, a seznam nemocí a postižení, které by mohly závažným způsobem ohrozit veřejný pořádek [23] |

Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník [20]

Nařízení vlády č. 453/2009 Sb., kterým se pro účely trestního zákoníku stanoví, co se považuje za nakažlivé lidské nemoci, nakažlivé nemoci zvířat, nakažlivé nemoci rostlin a škůdce užitkových rostlin [21]

## **11 POVINNOST HLÁŠENÍ ONEMOCNĚNÍ**

Každý dermatovenerolog má povinnost hlásit pohlavní choroby jako je kapavka, syfilis, lymfogranuloma inguinale, ulcus molle, donovanosis [12, s. 136] a chlamydiové infekce [26]. Hlásit onemocnění musí i jiní lékaři, kteří chorobu diagnostikují. Nemocný je povinen se nechat léčit a absolvovat určená vyšetření a doporučení, která stvrdil podpisem. Pacient s pohlavní nákazou nesmí ohrozit jiné osoby, porušení je chápáno jako trestný čin [17, s. 583].

## **12 DISPENZARIZACE**

U některých pohlavních chorob jsou určeny povinné kontroly. V evidenci se nemocní s kapavkou vedou po dobu léčení a kontrol 3- 4 měsíce. U mužů kontroly provádíme za 24- 48 hodin po léčbě, dále za týden a ještě za další týden. U žen, které jsou těhotné provádíme kontroly stejně jako u mužů. Negravidní ženy se vyšetřují za 24- 48 hodin po léčbě, za týden a 2x po sobě během menses. Před zahájením terapie se nemocní vyšetřují sérologicky na syfilis a HIV, toto vyšetření se opakuje za 3 měsíce. Pokud jsou výsledky negativní, nemocný se vyřazuje z evidence. Nemocní se získanou nebo vrozenou syfilis se v první polovině roku kontrolují 1x za 2 měsíce, ve druhé polovině roku 2x. Ve druhém roce kontroly probíhají 2x za daný rok a dále pak po pěti letech. Při nesplnění negativity klasických, specifických testů nebo klinických vyšetření ( neurologické, interní, oční, psychiatrické ), jsou nemocní v dispenzární péči do 65 let věku. Nemocní s AIDS jsou v dispenzární péči také. Péči o nemocné může zajišťovat rodinný lékař, pokud však pacient potřebuje speciální ošetření dochází do specializovaných AIDS center. Odběry u sexuálních kontaktů se provádějí po 6 měsících, u mimosexuálních rodinných kontaktů po 12 měsících [12, s. 134-135].

## **13 DEPISTÁŽ**

Depistážní služba se zaměřuje na vyhledávání kontaktů a zdrojů u nemocných s prokázanou pohlaví chorobou [17, s. 583]. Je důležité nemocné upozornit, aby depistážní sestře sdělili své sexuální partnery. Pokud je pacient sám nepřivede, jsou pak na vyšetření pozváni telefonicky nebo poštou. Zákon nemocným ukládá povinnost dostavit se na vyšetření. Mezi další úkoly depistážní sestry patří evidence nových případů onemocnění, sběr statistických dat. Důležitá je i spolupráce s urologií, gynekologií a porodnictvím, epidemiologií, transfúzní službou, mikrobiologií, patologií [12, s. 135].

## 14 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

### 14.1 Cíle práce

1. Zjistit informovanost studentů středních škol o problematice sexuálně přenosných chorob.
2. Zjistit, jak zodpovědně studenti přistupují k sexuálnímu životu.

### 14.2 Hypotézy

**Hypotéza 1:** Domnívám se, že studenti ze střední zdravotnické školy budou o sexuálně přenosných chorobách informováni více než studenti jiné střední odborné školy

**Hypotéza 2:** Předpokládám, že přes 20% respondentů absolvovalo 1x v životě rizikový nechráněný sex.

**Hypotéza 3:** Domnívám se, že dívky jsou v zahájení pohlavního života zdrženlivější než chlapci.

## **15 METODIKA VÝZKUMU**

### **15.1 Metoda výzkumu a výzkumný vzorek**

Výzkumné šetření jsem prováděla formou anonymních dotazníků. Byly určeny pro studenty středních škol. Dotazník se skládal ze dvou částí, obecné a znalostní. Obecná část měla 6 otázek, znalostní část měla otázek 11. Dotazník je součástí přílohy.

V dotazníku jsem použila typy otázek: uzavřené, polouzavřené, identifikační. U některých uzavřených otázek mohli respondenti vybrat z možností více odpovědí.

Výzkumným vzorkem pro mou práci bylo 140 respondentů ve věku od 15 do 20 let.

### **15.2 Sběr dat**

Sběr dat pro výzkum probíhal od začátku měsíce ledna 2012 na Střední zdravotnické škole a Vyšší odborné škole zdravotnické, Střední odborné škole profesora Švejcara a na Hotelové škole. Dotazníky ve třídách rozdali a opět zpět vybrali kompetentní osoby.

### **15.3 Zpracování dat**

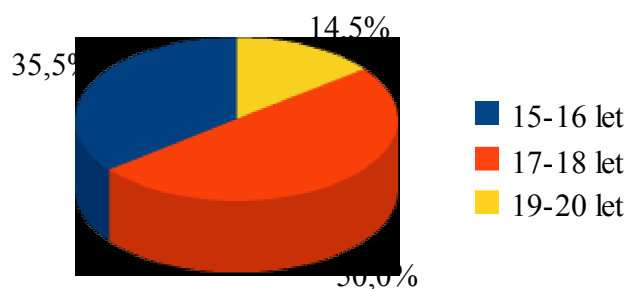
Návratnost dotazníku byla 91,3 %. Celkem jsem musela vyřadit 10 dotazníků z důvodu neúplného vyplnění a 2 dotazníky se mi zpět vůbec nevrátily. Zbytek dotazníků byl vyplněn správně a tedy zařazen do výzkumu a ke zpracování dat. K prezentaci výsledků jsem použila grafy a tabulky. Grafy jsem vytvořila v programu OpenOffice.org Calc. Výsledky jsou vyjádřeny v absolutních číslech a v procentech. Výsledky v procentech jsem zaokrouhlila na jedno desetinné místo.

Ve výzkumné části srovnávám výsledky dotazníku Střední zdravotnické školy a střední školy jiného zaměření ( Střední odborná škola profesora Švejcara a Hotelová škola).

## 16 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

Tabulka 3 Věk dotazovaných respondentů na Střední zdravotnické škole

| Věk studentů | 15-16 let | 17-18 let | 19-20 let |
|--------------|-----------|-----------|-----------|
| Počet        | 22        | 31        | 9         |
| Procenta     | 35,5%     | 50,0%     | 14,5%     |



Graf 1 Věk dotazovaných respondentů na Střední zdravotnické škole

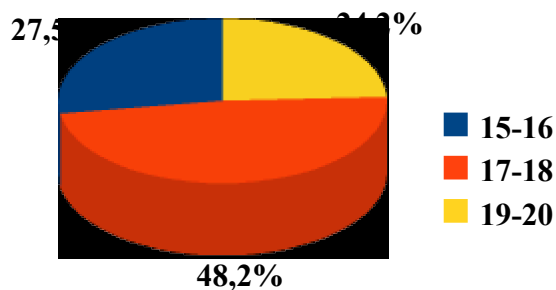
Graf 1 znázorňuje věk dotazovaných studentů. Nejrozsáhlejší skupinu tvoří rozmezí věku 17-18 let 50,0 % . Nejmenší skupina je rozmezí věku 19-20 let 14,5 %. Poslední skupinu ve věku 15-16 let tvoří 35,5 %.

Tabulka 4 Věk dotazovaných respondentů na střední škole jiného zaměření

| Věk studentů | 15-16 let | 17-18 let | 19-20 let |
|--------------|-----------|-----------|-----------|
| Počet        | 17        | 30        | 15        |
| Procenta     | 27,5%     | 48,2%     | 24,2%     |



Graf 2 Věk dotazovaných respondentů na střední škole jiného zaměření

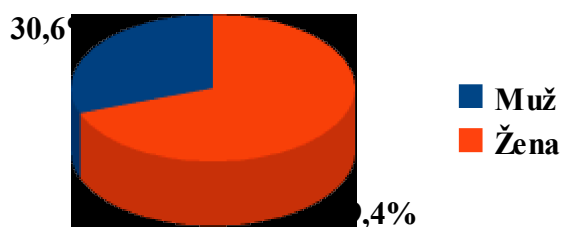


Graf 2 znázorňuje věk dotazovaných studentů. Nejrozsáhlejší skupinu tvoří rozmezí věku 17-18 let 48,2 %. Věková skupina rozmezí 15-16 let tvoří 27,5 % a věková skupina věku 19-20 let tvoří 24,2 % .

Tabulka 5 Pohlaví dotazovaných studentů Střední zdravotnické školy

| Pohlaví  | Žena  | Muž   |
|----------|-------|-------|
| Počet    | 43    | 19    |
| Procenta | 69,4% | 30,6% |

Graf 3 Pohlaví dotazovaných studentů Střední zdravotnické školy

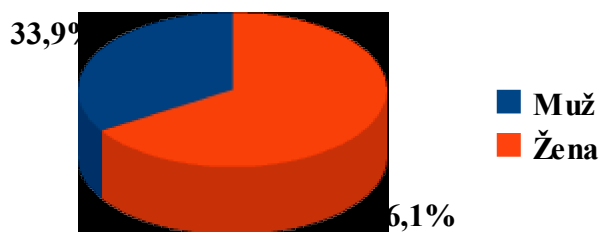


Graf 3 znázorňuje zastoupení mužů a žen dotazovaných studentů. Mezi dotazovanými bylo nejvíce žen a to 69,4 %. Mužů bylo mnohem méně, 30,6 %.

Tabulka 6 Pohlaví dotazovaných studentů střední školy jiného zaměření

| Pohlaví  | Žena  | Muž   |
|----------|-------|-------|
| Počet    | 41    | 21    |
| Procenta | 66,1% | 39,9% |

Graf 4 Pohlaví dotazovaných studentů střední školy jiného zaměření



Graf 4 znázorňuje zastoupení mužů a žen mezi dotazovanými studenty. Nejvíce bylo žen a to 66,1 %. Mužů bylo mnohem méně, 33,9 % .

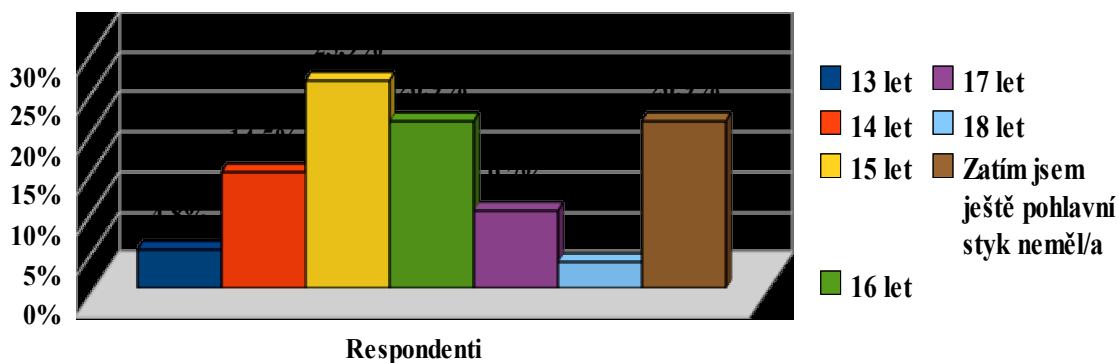
## Obecná část dotazníku

### Otázka č. 1: V kolika letech jste měl/a první pohlavní styk?

Tabulka 7 Věk prvního pohlavního styku studentů na Střední zdravotnické škole

| Věk prvního pohlavního styku | 13 let | 14 let | 15 let | 16 let | 17 let | 18 let | Zatím jsem ještě pohlavní styk neměl/a |
|------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--|
| Počet studentů               | 3      | 9      | 16     | 13     | 6      | 2      | 13                                     |
| Procenta                     | 4,8%   | 14,5%  | 25,9%  | 20,9%  | 9,7%   | 3,3%   | 20,9%                                  |

Graf 5 Věk prvního pohlavního styku studentů na Střední zdravotnické škole

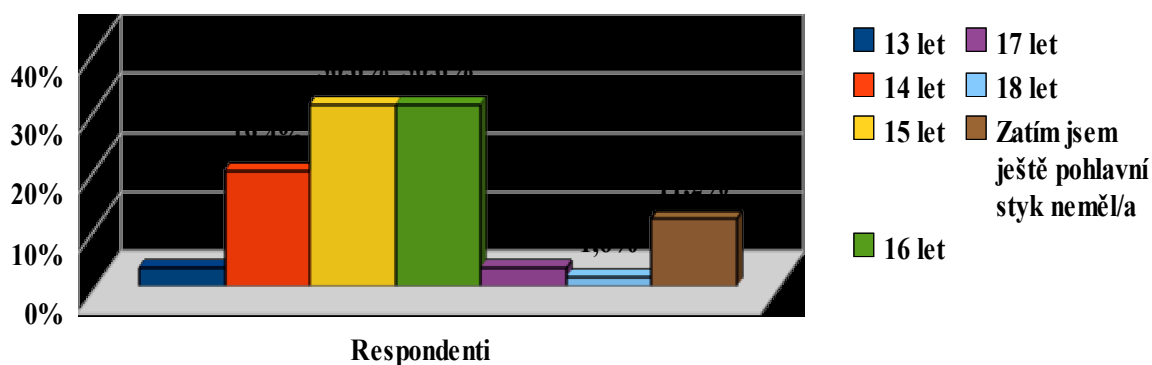


Graf 5 vyobrazuje věk prvního pohlavního styku respondentů střední Zdravotnické školy. Nejvíce studentů mělo první pohlavní styk v 15-ti letech a to 25,9 %. 20,9 % respondentů mělo první sexuální zkušenost v 16-ti letech. V 17-ti letech 9,7 % respondentů a v 18-ti letech 3,3 % respondentů. 4,8 % a 14,5 % studentů mělo první pohlavní styk pod věkovou hranicí danou zákonem. Pohlavní styk z dotazovaných studentů nemělo 20,9 %.

Tabulka 8 Věk prvního pohlavního styku studentů na střední škole jiného zaměření

| Věk prvního pohlavního styku | 13 let | 14 let | 15 let | 16 let | 17 let | 18 let | Zatím jsem ještě pohlavní styk neměl/a |
|------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--|
| Počet studentů               | 2      | 12     | 19     | 19     | 2      | 1      | 7                                      |
| Procenta                     | 3,2%   | 19,4%  | 30,6%  | 30,6%  | 3,2%   | 1,6%   | 11,2%                                  |

Graf 6 Věk prvního pohlavního styku studentů na střední škole jiného zaměření



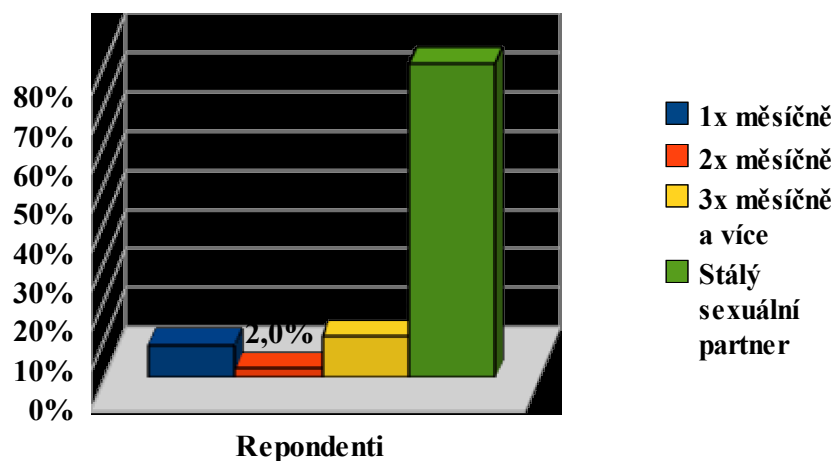
Graf 6 vyobrazuje věk prvního pohlavního styku respondentů střední školy jiného zaměření. Stejný počet studentů mělo první pohlavní styk v 15-ti letech a v 16-ti letech a to 30,6 %. Jen 3,2 % respondentů mělo první sexuální zkušenost v 17-ti letech a 1,6 % v 18-ti letech. 3,2 % a 19,4 % studentů mělo první pohlavní styk pod věkovou hranicí danou zákonem. Pohlavní styk z dotazovaných studentů nemělo jen 11,2 %.

### Otázka č. 2: Partnery střídám:

Tabulka 9 Jak často studenti Střední zdravotnické školy střídají sexuální partnery

| Střídání partnerů | 1x měsíčně | 2x měsíčně | 3x a více za měsíc | Stálý sexuální partner |
|-------------------|------------|------------|--------------------|------------------------|
| Počet studentů    | 4          | 1          | 5                  | 39                     |
| Procenta          | 8,2%       | 2,0%       | 10,2%              | 79,6%                  |

Graf 7 Jak často studenti Střední zdravotnické školy střídají sexuální partnery

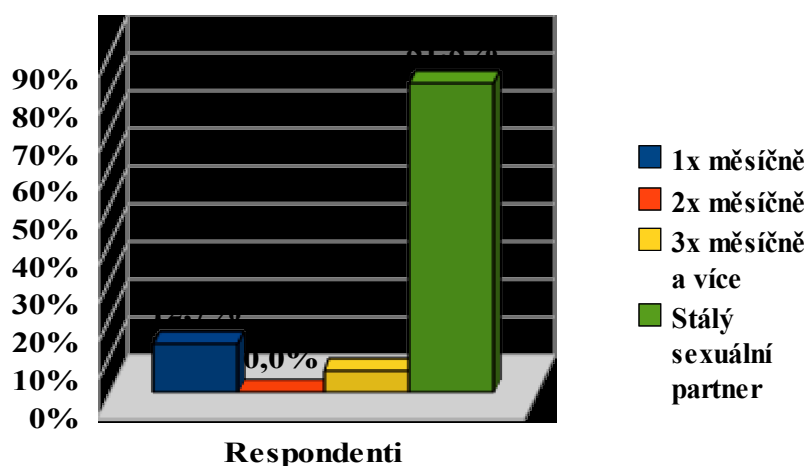


Graf 7 znázorňuje odpovědi studentů střední Zdravotnické školy a jak často střídají své sexuální partnery. 8,2 % 1x měsíčně, 2,0 % 2x měsíčně a 10,2 % 3x měsíčně a více. Stálého sexuálního partnera má 76,6 % respondentů.

Tabulka 10 Jak často studenti střední školy jiného zaměření střídají sexuální partnery

| Střídání partnerů | 1x měsíčně | 2x měsíčně | 3x a více za měsíc | Stálý sexuální partner |
|-------------------|------------|------------|--------------------|------------------------|
| Počet studentů    | 7          | 0          | 3                  | 45                     |
| Procenta          | 12,7%      | 0,0%       | 5,5%               | 81,8%                  |

Graf 8 Jak často studenti střední školy jiného zaměření střídají sexuální partnery



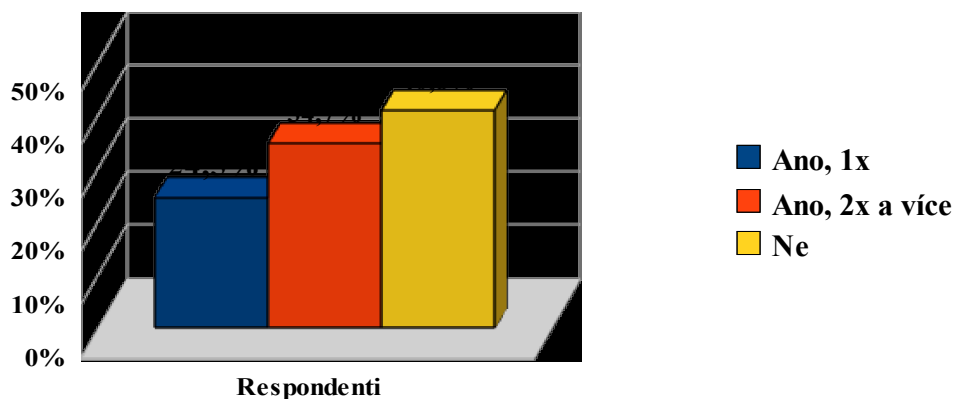
Graf 8 znázorňuje odpovědi studentů střední školy jiného zaměření jak často střídají své sexuální partnery. 12,7 % 1x měsíčně, 2x měsíčně nikdo z dotazovaných a 5,5 % 3x měsíčně a více. Stálého sexuálního partnera má 81,8 % respondentů.

### Otázka č. 3: Měl/a jste někdy pohlavní styk bez ochrany?

Tabulka 11 Počet studentů Střední zdravotnické školy, kteří měli pohlavní styk bez ochrany

| Styk bez ochrany | Ano, 1x | Ano, 2x a více | Ne    |
|------------------|---------|----------------|-------|
| Počet studentů   | 12      | 17             | 20    |
| Procenta         | 24,5%   | 34,7%          | 40,8% |

Graf 9 Počet studentů Střední zdravotnické školy, kteří měli pohlavní styk bez ochrany

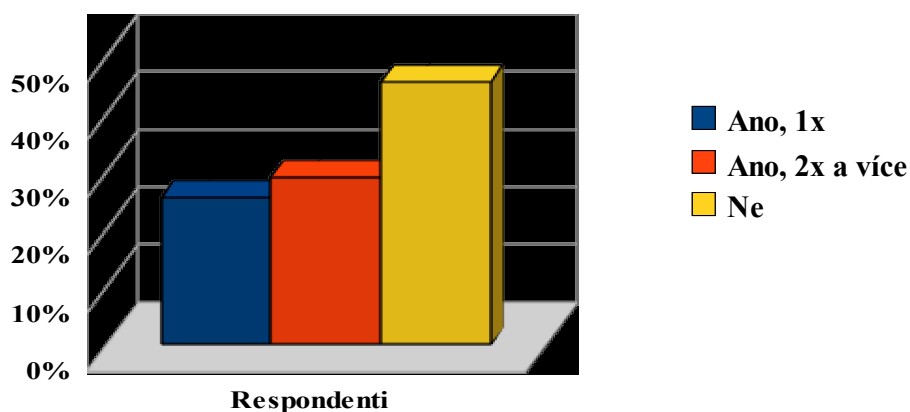


Graf 9 zobrazuje kolikrát v životě a zda vůbec měli studenti Střední zdravotnické školy nechráněný pohlavní styk. 1x v životě mělo nechráněný pohlavní styk 24,5 % studentů, 2x v životě a více 34,7 %. 40,8 % studentů uvádí, že pohlavní styk bez ochrany nikdy neměli.

Tabulka 12 Počet studentů střední školy jiného zaměření, kteří měli pohlavní styk bez ochrany

| Styk bez ochrany | Ano, 1x | Ano, 2x a více | Ne    |
|------------------|---------|----------------|-------|
| Počet studentů   | 14      | 16             | 25    |
| Procenta         | 25,5%   | 29,0%          | 45,5% |

Graf 10 Počet studentů střední školy jiného zaměření, kteří měli pohlavní styk bez ochrany



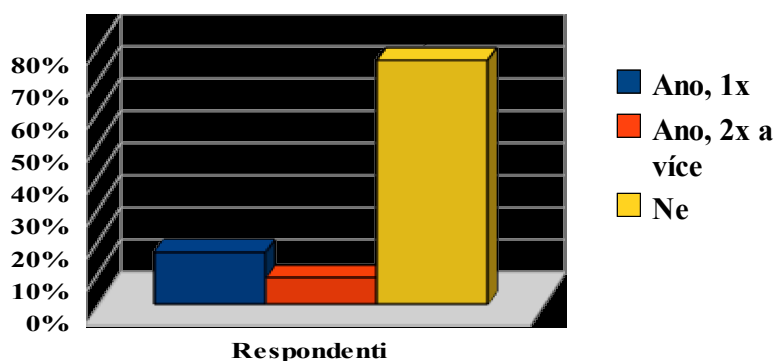
Graf 10 zobrazuje kolikrát v životě a zda vůbec měli studenti střední školy jiného zaměření nechráněný pohlavní styk. 1x v životě mělo nechráněný pohlavní styk 25,5 % studentů, 2x v životě a více 29,0 %. 45,5 % studentů uvádí, že pohlavní styk bez ochrany nikdy neměli.

**Otázka č. 4: Měl/a jste někdy pohlavní styk s naprosto neznámou osobou, kterou jste potka/a např. na diskotéce?**

Tabulka 13 Počet studentů Střední zdravotnické školy, kteří měli pohlavní styk s cizí osobou

| Pohlavní styk s cizí osobou | Ano, 1x | Ano, 2x a více | Ne    |
|-----------------------------|---------|----------------|-------|
| Počet studentů              | 8       | 4              | 37    |
| Procenta                    | 16,3%   | 8,2%           | 75,5% |

Graf 11 Počet studentů Střední zdravotnické školy, kteří měli pohlavní styk s cizí osobou

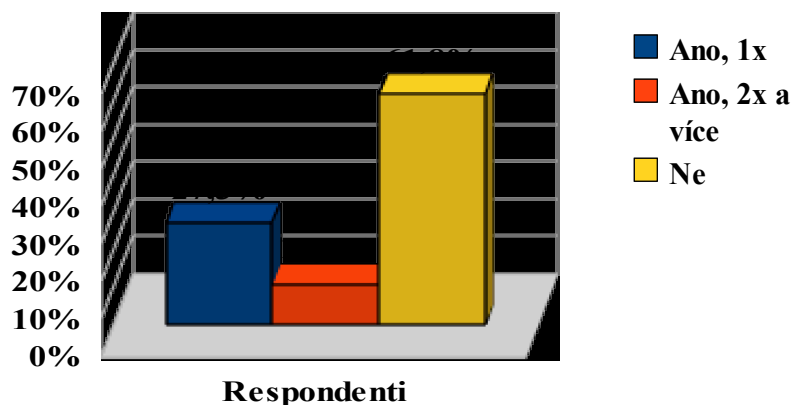


Z grafu 11 je patrné, kolik respondentů Střední zdravotnické školy mělo pohlavní styk s cizí osobou. 16,3 % respondentů uvedlo 1x v životě, 8,2 % 2x a více v životě. Pohlavní styk s cizí osobou nemělo 75,5 % respondentů.

Tabulka 14 Počet studentů střední školy jiného zaměření, kteří měli pohlavní styk s cizí osobou

| Pohlavní styk s cizí osobou | Ano, 1x | Ano, 2x a více | Ne    |
|-----------------------------|---------|----------------|-------|
| Počet studentů              | 15      | 6              | 34    |
| Procenta                    | 27,3%   | 10,9%          | 61,8% |

Graf 12 Počet studentů střední školy jiného zaměření, kteří měli pohlavní styk s cizí osobou



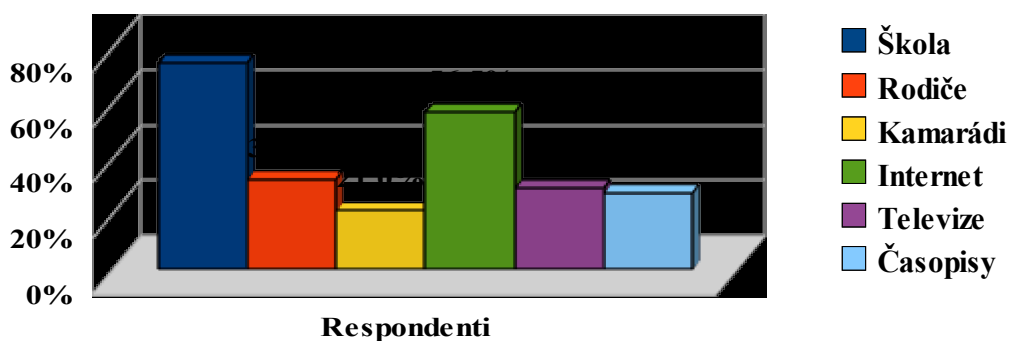
Z grafu 12 je patrné, kolik respondentů střední školy jiného zaměření mělo pohlavní styk s cizí osobou. 27,3 % respondentů uvedlo 1x v životě, 10,9 % 2x a více v životě. Pohlavní styk s cizí osobou nemělo 61,8 % respondentů.

#### Otázka č. 5: Odkud nejčastěji získáváte informace o sexuálně přenosných chorobách?

Tabulka 15 Odkud studenti Střední zdravotnické školy získávají informace o sexuálně přenosných chorobách

| Zdroj informací | Škola | Rodiče | Kamarádi | Internet | Televize | Časopisy |
|-----------------|-------|--------|----------|----------|----------|----------|
| Počet studentů  | 46    | 20     | 13       | 35       | 18       | 17       |
| Procenta        | 74,1% | 32,3%  | 21,0%    | 56,5%    | 29,0%    | 27,4%    |

Graf 13 Odkud studenti Střední zdravotnické školy získávají informace o sexuálně přenosných chorobách



Odkud studenti Střední zdravotnické školy získávají informace o sexuálně přenosných chorobách je patrné z grafu 13. Nejvíce studentů uvedlo, že informace

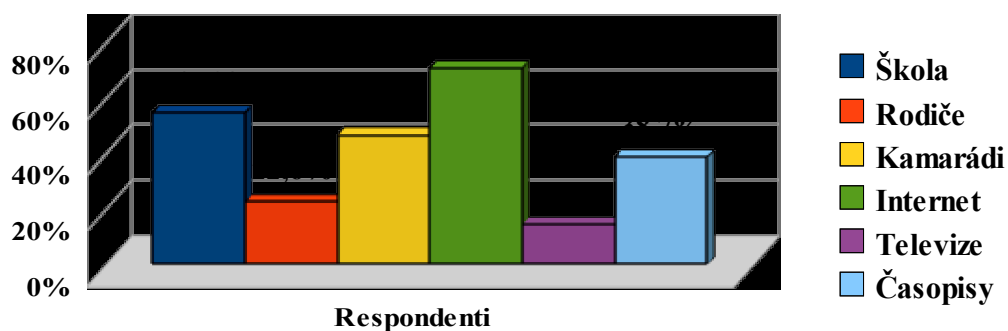


získávají ve škole, a to 74,1 %. Mnoho studentů získává informace z internetu, 56,5 %. Rodiče poskytují informace 32,3 % studentům. 29,0 % získává informace z televize a 27,4 % z časopisů. Nejméně studentů, 21,0 %, získává informace od kamarádů.

Tabulka 16 Odkud studenti střední školy jiného zaměření získávají informace

| Zdroj informací | Škola | Rodiče | Kamarádi | Internet | Televize | Časopisy |
|-----------------|-------|--------|----------|----------|----------|----------|
| Počet studentů  | 34    | 14     | 29       | 44       | 9        | 24       |
| Procenta        | 54,7% | 22,6%  | 46,8%    | 70,9%    | 14,5%    | 38,7%    |

Graf 14 Odkud studenti střední školy jiného zaměření získávají informace o sexuálně přenosných chorobách



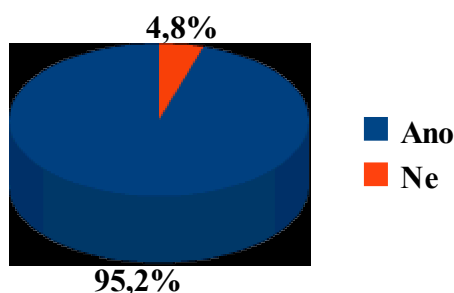
Odkud studenti střední školy jiného zaměření získávají informace o sexuálně přenosných chorobách je patrné z grafu 14. Nejvíce studentů uvedlo, že informace získávají z internetu, a to 70,9 %. Mnoho studentů získává informace ve škole, 54,7 %. Rodiče poskytují informace jen 22,6 % studentům. 46,8 % získává informace od kamarádů a 38,7 % z časopisů. Nejméně studentů, 14,5 %, získává informace z televize.

**Otázka č. 6: Myslíte si, že jste o problematice pohlavních chorob dostatečně informován/a?**

Tabulka 17 Zda si studenti Střední zdravotnické školy myslí, že jsou o pohlavních chorobách dobře informováni

| Odpověď respondentů | Ano   | Ne   |
|---------------------|-------|------|
| Počet studentů      | 59    | 3    |
| Procenta            | 95,2% | 4,8% |

Graf 15 Zda si studenti Střední zdravotnické školy myslí, že jsou o pohlavních chorobách dobře informováni

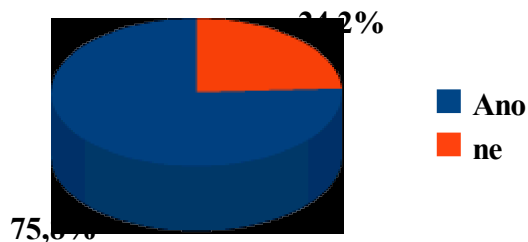


Z grafu 15 vyplývá zda si studenti Střední zdravotnické školy myslí, že jsou o pohlavních chorobách dobře informováni. 95,2 % uvedlo ano, 4,8 % studentů uvedlo ve svých odpovědích ne.

Tabulka 18 Zda si studenti střední školy jiného zaměření myslí, že jsou o pohlavních chorobách dobře informováni

| Odpověď respondentů | Ano   | Ne    |
|---------------------|-------|-------|
| Počet studentů      | 47    | 15    |
| Procenta            | 75,8% | 24,2% |

Graf 16 Zda si studenti střední školy jiného zaměření myslí, že jsou o pohlavních chorobách dobře informováni



Z grafu 16 vyplývá, zda si studenti střední školy jiného zaměření myslí, že jsou o pohlavních chorobách dobře informováni. 75,8 % uvedlo ano, 24,2 % studentů uvedlo ve svých odpovědích ne.

### Znalostní část dotazníku

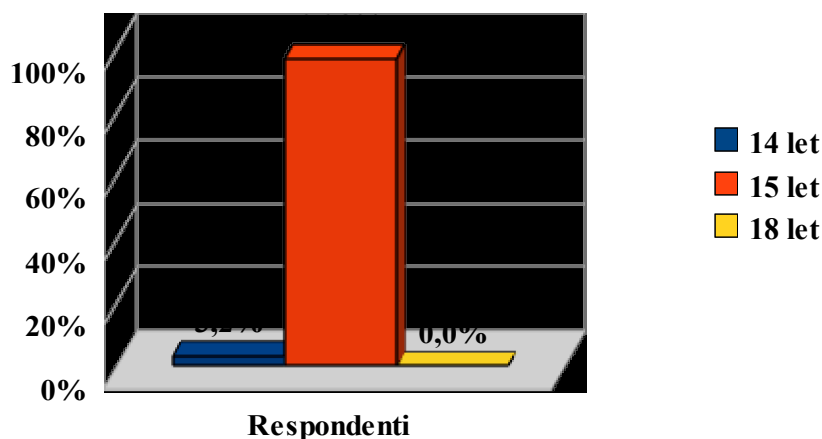
**Otázka č. 1: Od kolika let můžete mít podle zákona pohlavní styk?**

- a) 14
- b) 15**
- c) 18

Tabulka 19 Odpověď studentů Střední zdravotnické školy na otázku č.1

| Odpověď respondentů | 14 let | 15 let | 18 let |
|---------------------|--------|--------|--------|
| Počet studentů      | 2      | 59     | 0      |
| Procenta            | 3,2%   | 96,8%  | 0,0%   |

Graf 17 Odpověď studentů Střední zdravotnické školy na otázku č. 1

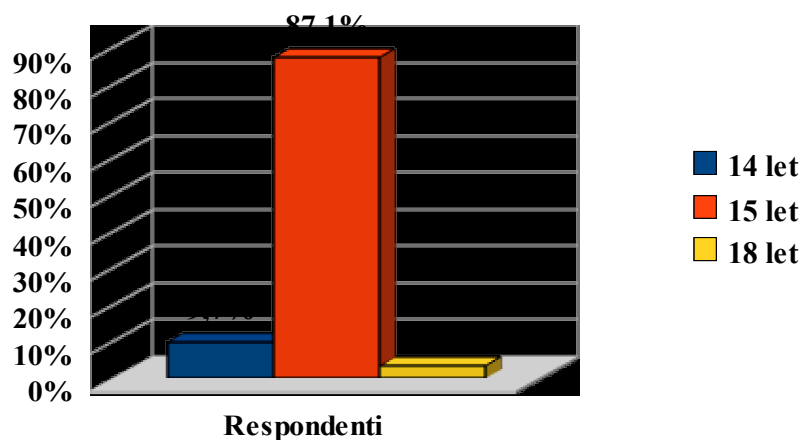


V grafu 17 si můžeme povšimnout odpovědí studentů Střední zdravotnické školy na otázku č. 1. 96,8 % uvedlo správně, že věk prvního pohlavního styku je stanoven věkovou hranicí 15-ti let. 3,2 % uvedlo, že tato hranice je 14 let. 18 let neuvedl v odpovědích žádný respondent.

Tabulka 20 Odpověď studentů střední školy jiného zaměření na otázku č. 1

| Odpověď respondentů | 14 let | 15 let | 18 let |
|---------------------|--------|--------|--------|
| Počet studentů      | 6      | 54     | 2      |
| Procenta            | 9,7%   | 87,1%  | 3,2%   |

Graf 18 Odpověď studentů střední školy jiného zaměření na otázku č. 1



V grafu 18 si můžeme povšimnout odpovědí studentů střední školy jiného zaměření na otázku č. 1. 87,1 % uvedlo správně, že věk prvního pohlavního styku je stanoven

věkovou hranicí 15-ti let. 9,7 % uvedlo, že tato hranice je 14 let. 18 let uvedlo v odpovědích 3,2 % respondentů.

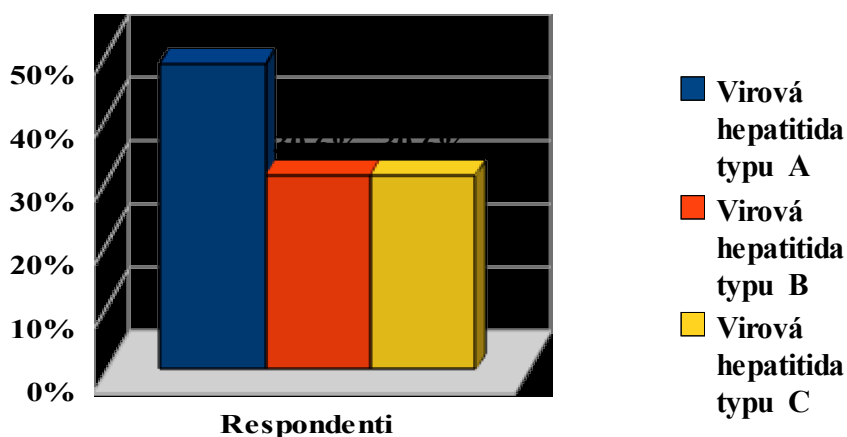
**Otázka č. 2: Pohlavním stykem se nepřenáší:**

- a) Virová hepatitida typu A
- b) Virová hepatitida typu B
- c) Virová hepatitida typu C

Tabulka 21 Odpověď studentů Střední zdravotnické školy na otázku č. 2

| Virová hepatitida | Virová hepatitida typu A | Virová hepatitida typu B | Virová hepatitida typu C |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Počet studentů    | 30                       | 19                       | 19                       |
| Procenta          | 48,2%                    | 30,6%                    | 30,6%                    |

Graf 19 Odpověď studentů Střední zdravotnické školy na otázku č. 2

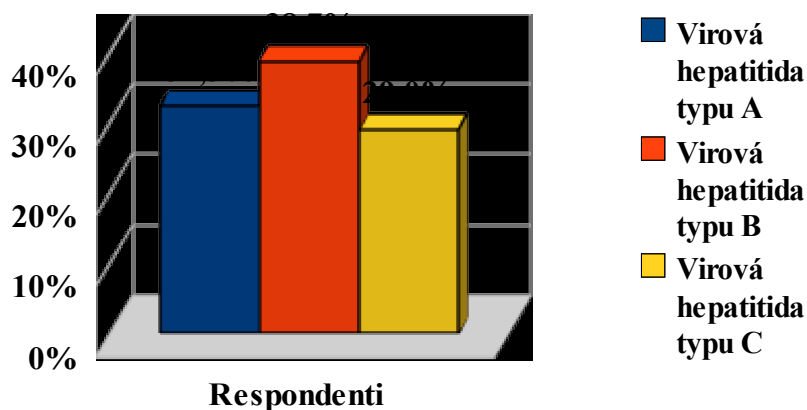


Z grafu 19 můžeme vypočítat následující: 30,6 % respondentů se domnívá, že sexuálním stykem se nepřenáší virová hepatitida typu B a C. Jen 48,2 % studentů vědělo odpověď správně.

Tabulka 22 Odpověď studentů střední školy jiného zaměření na otázku č. 2

| Virová hepatitida | Virová hepatitida typu A | Virová hepatitida typu B | Virová hepatitida typu C |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Počet studentů    | 20                       | 24                       | 18                       |
| Procenta          | 32,3%                    | 38,7%                    | 29,0%                    |

Graf 20 Odpověď studentů střední školy jiného zaměření na otázku č. 2



Z grafu 20 můžeme vypočítat následující: 38,7 % respondentů se domnívá, že sexuálním stykem se nepřenáší virová hepatitida typu B, 29,0 % virová hepatitida typu C. Jen 32,3 % respondentů vědělo odpověď správně.

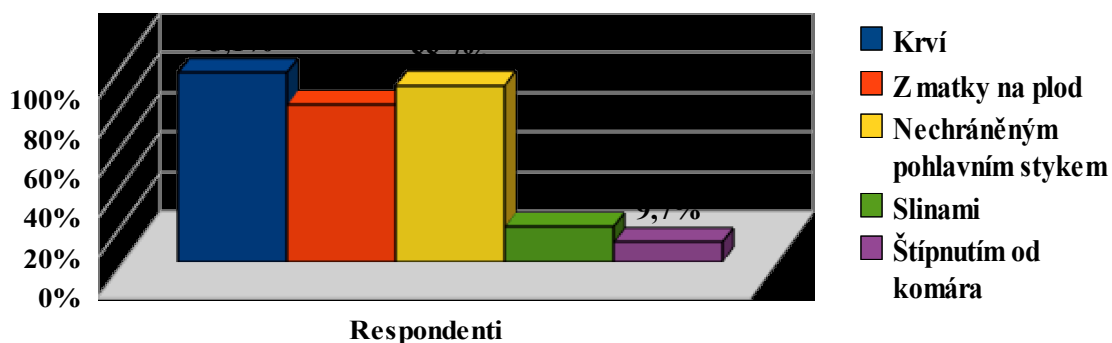
### Otázka č. 3: Jakým způsobem se přenáší virus HIV?

- a) Krví
- b) Z matky na plod
- c) Nechráněným pohlavním stykem
- d) Slinami
- e) Štípnutím od komára

Tabulka 23 Odpověď studentů Střední zdravotnické školy na otázku č. 3

| Přenos HIV     | Krví  | Z matky na plod | Nechráněným pohlavním stykem | Slinami | Štípnutím od komára |
|----------------|-------|-----------------|------------------------------|---------|---------------------|
| Počet studentů | 59    | 49              | 55                           | 11      | 6                   |
| Procenta       | 95,1% | 79,0%           | 88,7%                        | 17,6%   | 9,7%                |

Graf 21 Odpověď studentů Střední zdravotnické školy na otázku č. 3

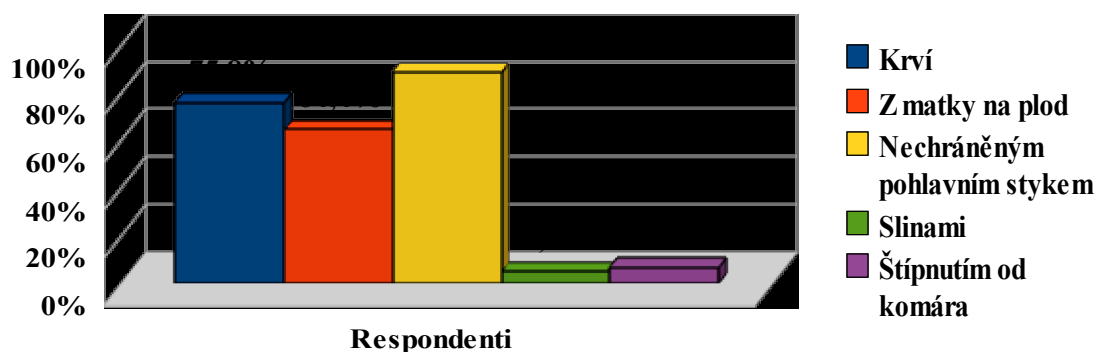


Odpovědi studentů Střední zdravotnické školy na otázku č. 3 můžeme sledovat v grafu 21. Mnoho studentů odpovědělo na otázku správně. 95,1 % uvedlo krví, 79,0% z matky na plod a 88,7 % nechráněným pohlavním stykem. Virus HIV se podle 17,6 % studentů přenáší slinami, podle 9,7 % dotazovaných dokonce štípnutím od komára.

Tabulka 24 Odpověď studentů střední školy jiného zaměření na otázku č. 3

| Přenos HIV     | Krví  | Z matky na plod | Nechráněným pohlavním stykem | Slinami | Štípnutím od komára |
|----------------|-------|-----------------|------------------------------|---------|---------------------|
| Počet studentů | 47    | 40              | 55                           | 3       | 4                   |
| Procenta       | 75,8% | 64,4%           | 88,7%                        | 4,8%    | 6,5%                |

Graf 22 Odpověď studentů střední školy jiného zaměření na otázku č. 3



Odpovědi studentů Střední zdravotnické školy na otázku č. 3 můžeme sledovat v grafu 22. Mnoho studentů odpovědělo na otázku správně. 75,8 % uvedlo krví, 64,4 % z matky na plod a 88,7 % nechráněným pohlavním stykem. Virus HIV se podle 4,8 % studentů přenáší slinami, podle 6,5 % dotazovaných štípnutím od komára.

#### Otázka č. 4: Která z následujících pohlavních nemocí je nevléčitelná?

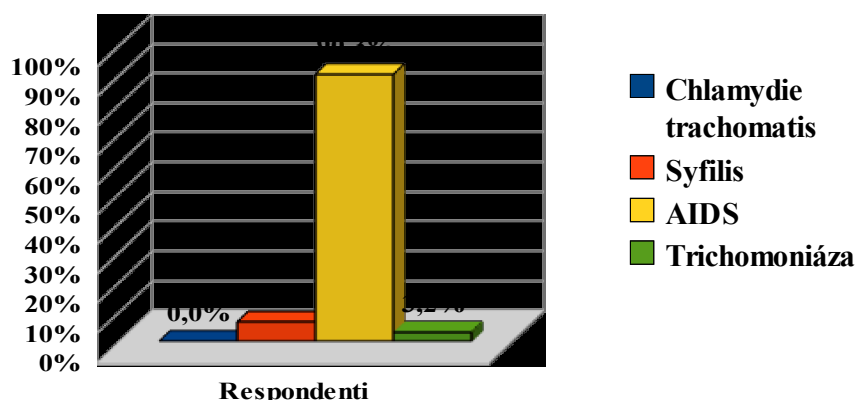
- a) Chlamydie trachomatis
- b) Syfilis
- c) AIDS**
- d) Trichomoniáza

Tabulka 25 Odpověď studentů Střední zdravotnické školy na otázku č. 4

| Nevyléčitelná nemoc | Chlamydie trachomatis | Syfilis | AIDS  | Trichomoniáza |
|---------------------|-----------------------|---------|-------|---------------|
| Počet studentů      | 0                     | 4       | 56    | 2             |
| Procenta            | 0,0%                  | 6,5%    | 90,3% | 3,2%          |



Graf 23 Odpověď studentů Střední zdravotnické školy na otázku č. 4

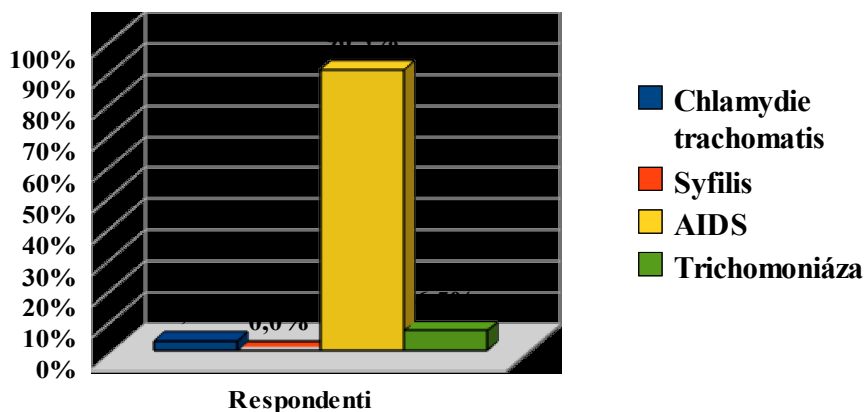


Graf 23 zobrazuje, že 90,3 % respondentů Střední zdravotnické školy uvedlo správnou odpověď. Za nevléčitelnou chorobu považuje 6,5 % syfilis, 3,2% tichomoniázu. Chlamydii trachomatis nevedl žádný student.

Tabulka 26 Odpověď studentů střední školy jiného zaměření na otázku č. 4

| Nevyléčitelná nemoc | Chlamydie trachomatis | Syfilis | AIDS  | Trichomoniáza |
|---------------------|-----------------------|---------|-------|---------------|
| Počet studentů      | 2                     | 0       | 56    | 4             |
| Procenta            | 3,2%                  | 0,0%    | 90,3% | 6,5%          |

Graf 24 Odpověď studentů střední školy jiného zaměření na otázku č. 4



Graf 24 vyobrazuje, že 90,3 % respondentů střední školy jiného zaměření uvedlo správnou odpověď. Za nevléčitelnou chorobu považuje 3,2 % chlamydii trachomatis, 6,5 % tichomoniázu. Syfilis nevedl žádný respondent.

### Otázka č. 5: Jaký je hlavní příznak syfilis?

a) Výtok z pochvy a penisu, pálení při močení

**b) Vřed v oblasti genitálu**

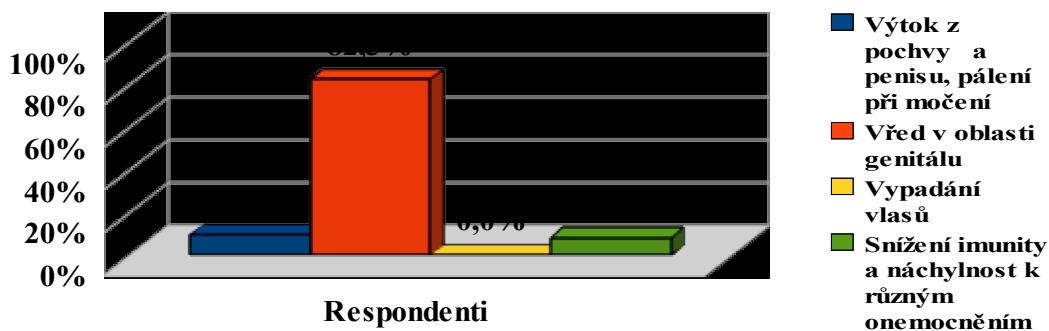
c) Vypadání vlasů

d) Snížení imunity a náchylnost k různým onemocněním

Tabulka 27 Odpověď studentů Střední zdravotnické školy na otázku č. 5

| Příznak syfilis | Výtok z pochvy a penisu, pálení při močení | Vřed v oblasti genitálu | Vypadání vlasů | Snížení imunity a náchylnost k různým onemocněním |
|-----------------|--|-------------------------|----------------|---|
| Počet studentů  | 6  | 51                      | 0              | 5   |
| Procenta        | 9,7%                                       | 82,3%                   | 0,0%           | 8,0%  |

Graf 25 Odpověď studentů Střední zdravotnické školy na otázku č. 5

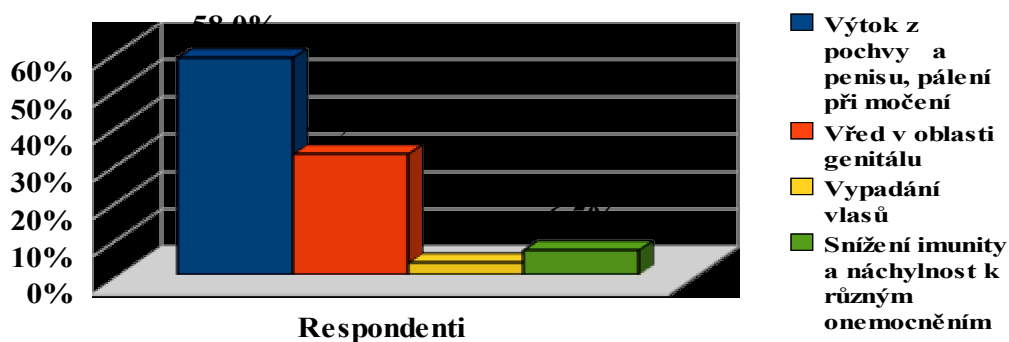


V grafu 25 82,3 % studentů Střední zdravotnické školy uvádí, že hlavním příznakem syfilis je vřed v oblasti genitálu. 9,7 % uvedlo, že hlavním příznakem této choroby je výtok z pochvy a penisu, pálení při močení. 8,0 % respondentů uvedlo jako hlavní příznak snížení imunity a náchylnost k různým onemocněním. Vypadání vlasů nikdo neuvedl.

Tabulka 28 Odpověď studentů střední školy jiného zaměření na otázku č. 5

| Příznak syfilis | Výtok z pochvy a penisu, pálení při močení | Vřed v oblasti genitálu | Vypadání vlasů | Snížení imunity a náchylnost k různým onemocněním |
|-----------------|--|-------------------------|----------------|---|
| Počet studentů  | 36   | 20                      | 2              | 4   |
| Procenta        | 58,0%                                      | 32,2%                   | 3,2%           | 6,5%  |

Graf 26 Odpověď studentů střední školy jiného zaměření na otázku č. 5



V grafu 26 58,0 % studentů střední školy jiného zaměření mylně uvádí, že hlavním příznakem syfilis je výtok z pochvy a penisu, pálení při močení. 32,2 % uvedlo, že hlavním příznakem této choroby je vřed v oblasti genitálu. 6,5 % respondentů uvedlo jako hlavní příznak snížení imunity a náchylnost k různým onemocněním. Vypadání vlasů uvedlo 3,2 %.

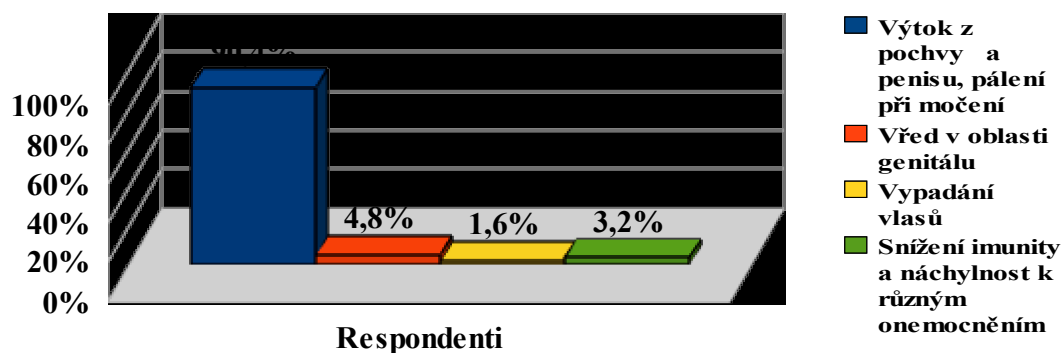
#### Otázka č. 6: Jaký je hlavní příznak kapavky?

- Výtok z pochvy a penisu, pálení při močení
- Vřed v oblasti genitálu
- Vypadání vlasů
- Snížení imunity a náchylnost k různým onemocněním

Tabulka 29 Odpověď studentů Střední zdravotnické školy na otázku č. 6

|                 |  |                         |                |   |
|-----------------|--|-------------------------|----------------|---|
| Příznak kapavky | Výtok z pochvy a penisu, pálení při močení | Vřed v oblasti genitálu | Vypadání vlasů | Snížení imunity a náchylnost k různým onemocněním |
| Počet studentů  | 56   | 3                       | 1              | 2   |
| Procenta        | 90,4%                                      | 4,8%                    | 1,6%           | 3,2%  |

Graf 27 Odpověď studentů Střední zdravotnické školy na otázku č. 6

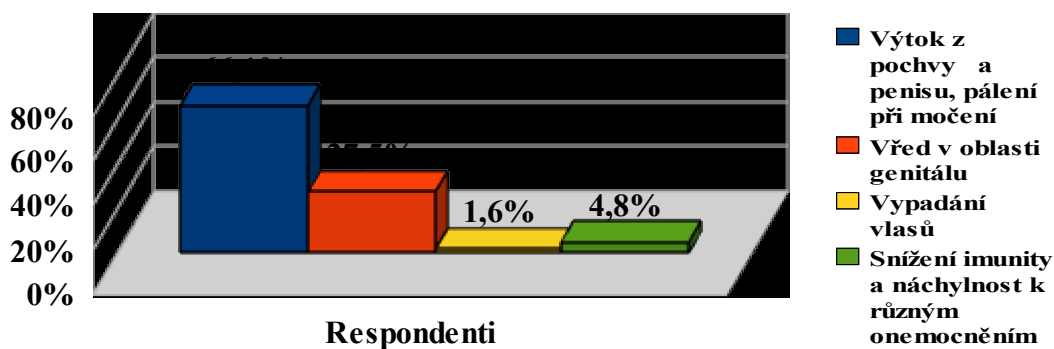


Graf 27 zobrazuje odpovědi studentů Střední zdravotnické školy na otázku č. 6. 90,4 % respondentů správně uvedlo, že hlavním příznakem kapavky je výtok z pochvy, penisu, pálení při močení. 4,8 % uvedlo vřed v oblasti genitálu, 1,6 % vypadání vlasů a 3,2 % snížení imunity a náchylnost k různým onemocněním.

Tabulka 30 Odpověď studentů střední školy jiného zaměření na otázku č. 6

|                 |  |                         |                |   |
|-----------------|--|-------------------------|----------------|---|
| Příznak kapavky | Výtok z pochvy a penisu, pálení při močení | Vřed v oblasti genitálu | Vypadání vlasů | Snížení imunity a náchylnost k různým onemocněním |
| Počet studentů  | 41   | 17                      | 1              | 3   |
| Procenta        | 66,1%                                      | 27,5%                   | 1,6%           | 4,8%  |

Graf 28 Odpověď studentů střední školy jiného zaměření na otázku č. 6



Graf 28 vyobrazuje odpovědi studentů střední školy jiného zaměření na otázku č. 6. 66,1 % respondentů správně uvedlo, že hlavním příznakem kapavky je výtok z pochvy, penisu, pálení při močení. 27,5 % uvedlo vřed v oblasti genitálu, 1,6 % vypadání vlasů a 4,8 % snížení imunity a náchylnost k různým onemocněním.

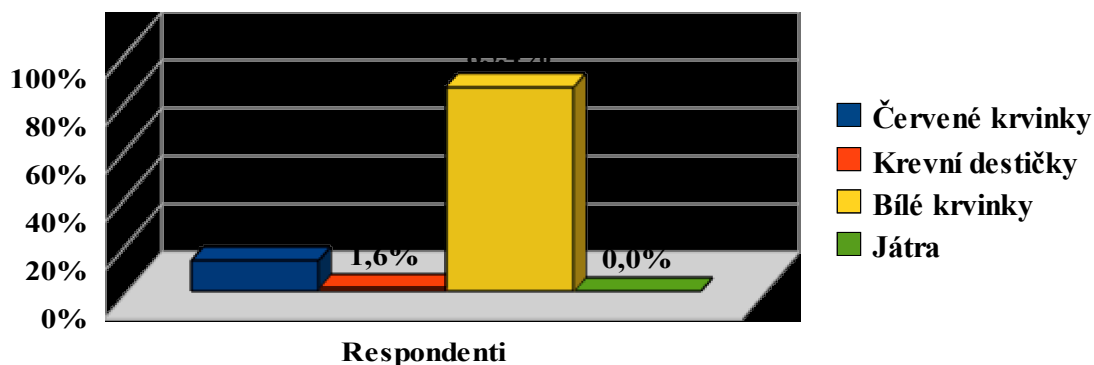
**Otázka č. 7: Virus HIV napadá:**

- a) Červené krvinky
- b) Krevní destičky
- c) Bílé krvinky**
- d) Játra

Tabulka 31 Odpověď studentů Střední zdravotnické školy na otázku č. 7

| Buňky, které napadá virus HIV | Červené krvinky | Krevní destičky | Bílé krvinky | Játra |
|-------------------------------|-----------------|-----------------|--------------|-------|
| Počet studentů                | 8               | 1               | 53           | 0     |
| Procenta                      | 13,0%           | 1,6%            | 85,4%        | 0,0%  |

Graf 29 Odpověď studentů Střední zdravotnické školy na otázku č. 7

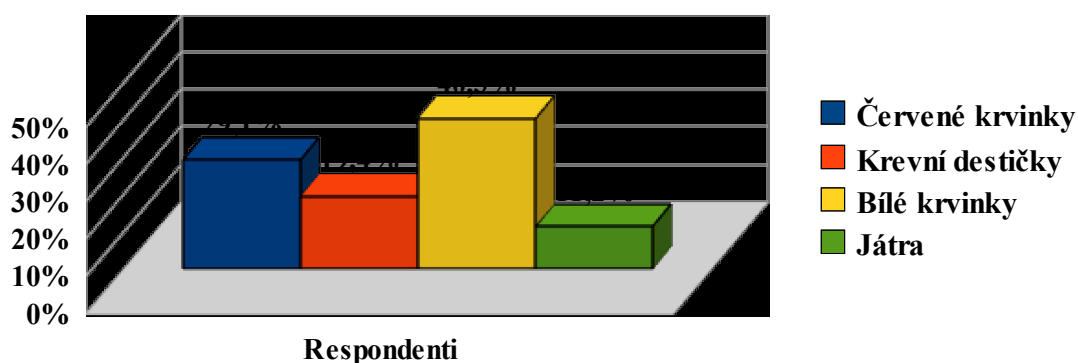


V grafu 29 jsou vyobrazeny odpovědi studentů Střední zdravotnické školy na otázku č. 7. 85,4 % uvedlo, že virus HIV napadá bílé krvinky. Podle 13,0 % respondentů virus napadá červené krvinky. Možnost krevní destičky uvedlo 1,6 %. Odpověď játra nevolil žádný ze studentů.

Tabulka 32 Odpověď studentů střední školy jiného zaměření na otázku č. 7

| Buňky, které napadá virus HIV | Červené krvinky | Krevní destičky | Bílé krvinky | Játra |
|-------------------------------|-----------------|-----------------|--------------|-------|
| Počet studentů                | 18              | 12              | 25           | 7     |
| Procenta                      | 29,1%           | 19,4%           | 40,3%        | 11,2% |

Graf 30 Odpověď studentů střední školy jiného zaměření na otázku č. 7



V grafu 30 si můžeme povšimnout, že podle 20,1 % respondentů střední školy jiného zaměření virus HIV napadá červené krvinky. 19,4 % respondentů uvedlo krevní destičky a dokonce 11,2 % játra. Jen 40,3 % uvedlo správně bílé krvinky.

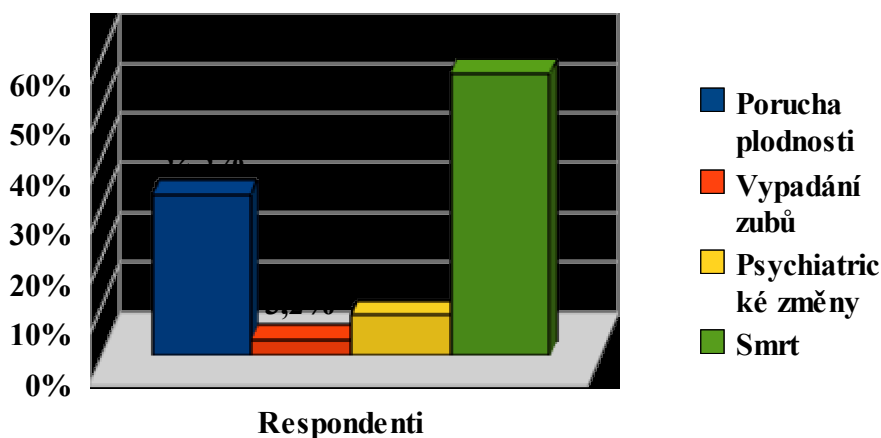
**Otázka č. 8: K čemu může vést neléčená syfilis?**

- a) K poruše plodnosti
- b) K vypadání zubů
- c) K psychiatrickým změnám
- d) Ke smrti**

Tabulka 33 Odpověď studentů Střední zdravotnické školy na otázku č. 8

| Následky neléčené syfilis | Porucha plodnosti | Vypadání zubů | Psychiatrické změny | Smrt  |
|---------------------------|-------------------|---------------|---------------------|-------|
| Počet studentů            | 20                | 2             | 5                   | 35    |
| Procenta                  | 32,3%             | 3,2%          | 8,0%                | 56,5% |

Graf 31 Odpověď studentů Střední zdravotnické školy na otázku č. 8

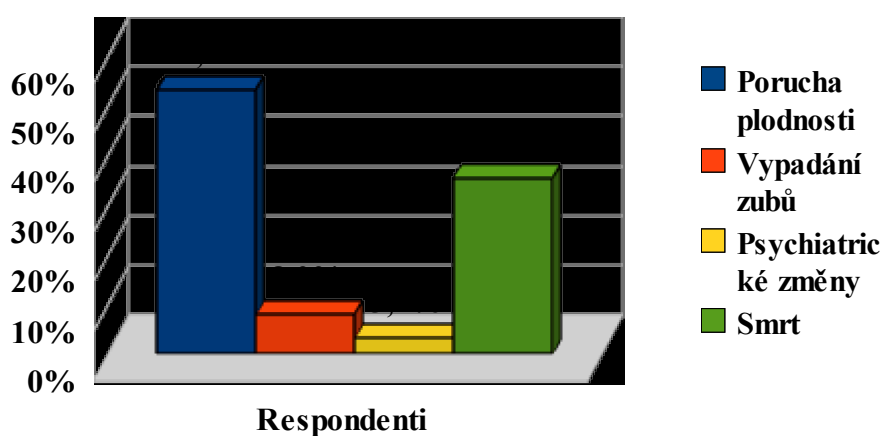


V grafu 31 můžeme sledovat odpovědi studentů Střední zdravotnické školy na otázku č. 8. 32,3 % studentů zastává názor, že následkem neléčené syfilis je neplodnost. 3,2 % považuje za následek neléčení této choroby vypadání zubů. Psychiatrické změny uvedlo 8,0 %. 56,5 % uvedlo smrt.

Tabulka 34 Odpověď studentů střední školy jiného zaměření otázku č. 8

| Následky neléčené syfilis | Porucha plodnosti | Vypadání zubů | Psychiatrické změny | Smrt  |
|---------------------------|-------------------|---------------|---------------------|-------|
| Počet studentů            | 33                | 5             | 2                   | 22    |
| Procenta                  | 53,2%             | 8,0%          | 3,2%                | 35,5% |

Graf 32 Odpověď studentů střední školy jiného zaměření na otázku č. 8



V grafu 32 můžeme pozorovat odpovědi studentů střední školy jiného zaměření na otázku č. 8. 53,2 % studentů se domnívá, že následkem neléčené syfilis je neplodnost. 8,0 % zastává názor, že za následek neléčení této choroby je vypadání zubů. Psychiatrické změny uvedlo 3,2 %. 35,5 % uvedlo smrt.

#### Otázka č. 9: K čemu může vést neléčená kapavka?

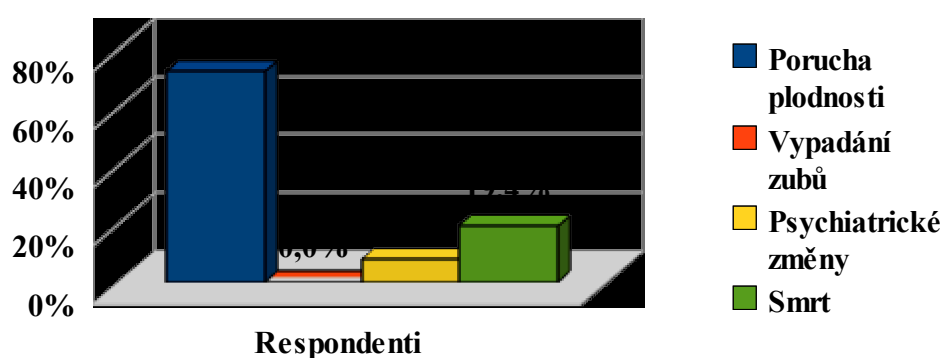
- a) K poruše plodnosti
- b) K vypadání zubů
- c) K psychiatrickým změnám
- d) Ke smrti



Tabulka 35 Odpověď studentů Střední zdravotnické školy na otázku č. 9

| Následky neléčené kapavky | Porucha plodnosti | Vypadání zubů | Psychiatrické změny | Smrt  |
|---------------------------|-------------------|---------------|---------------------|-------|
| Počet studentů            | 45                | 0             | 5                   | 12    |
| Procenta                  | 72,6%             | 0,0%          | 8,0%                | 19,4% |

Graf 33 Odpověď studentů Střední zdravotnické školy na otázku č. 9

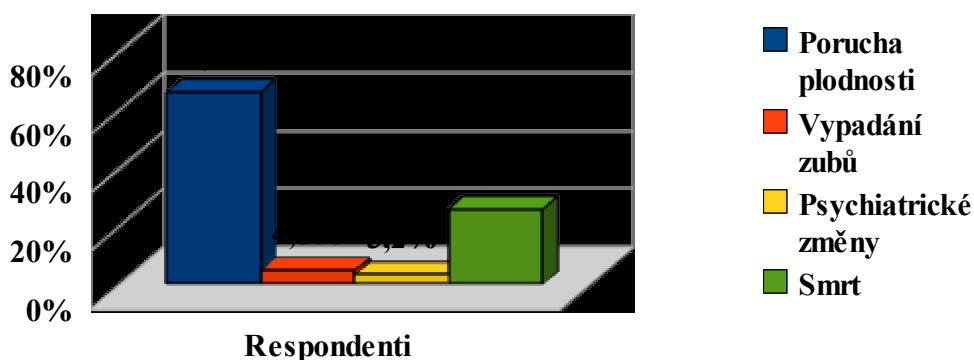


Za následky kapavky považuje 72,6 % studentů Střední zdravotnické školy poruchu plodnosti, což je patrné z grafu 33. 19,4 % studentů se domnívá, že následkem neléčené kapavky je smrt. 8,0 % uvedlo psychiatrické změny. Vypadání zubů neuvedl žádný z respondentů.

Tabulka 36 Odpověď studentů školy jiného zaměření na otázku č. 9

| Následky neléčené kapavky | Porucha plodnosti | Vypadání zubů | Psychiatrické změny | Smrt  |
|---------------------------|-------------------|---------------|---------------------|-------|
| Počet studentů            | 41                | 3             | 2                   | 16    |
| Procenta                  | 66,1%             | 4,8%          | 3,2%                | 25,9% |

Graf 34 Odpověď studentů střední školy jiného zaměření na otázku č. 9



Odpověď studentů střední školy jiného zaměření na otázku č. 9 vyobrazuje graf 34. 66,1 % respondentů uvedlo za následkem neléčené kapavky poruchu plodnosti. 4,8 % uvedlo vypadání zubů, 3,2 % psychiatrické změny. 25,9 % respondentů dokonce uvedlo smrt.

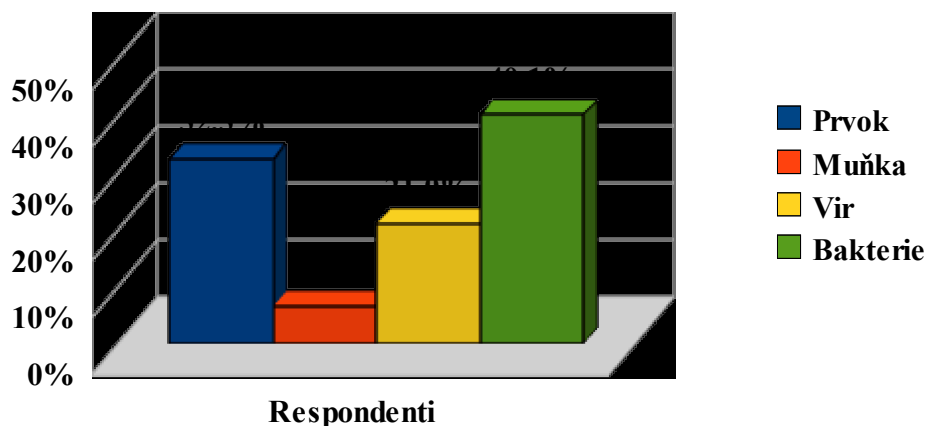
**Otázka č. 10: Trichomoniázu způsobuje:**

- a) Prvok
- b) Muňka
- c) Vir
- d) Bakterie

Tabulka 37 Odpověď studentů Střední zdravotnické školy na otázku č. 10

| Původce trichomoniázy | Prvok | Muňka | Vir   | Bakterie |
|-----------------------|-------|-------|-------|----------|
| Počet studentů        | 20    | 4     | 13    | 25       |
| Procenta              | 32,3% | 6,5%  | 21,0% | 40,1%    |

Graf 35 Odpověď studentů Střední zdravotnické školy na otázku č. 10

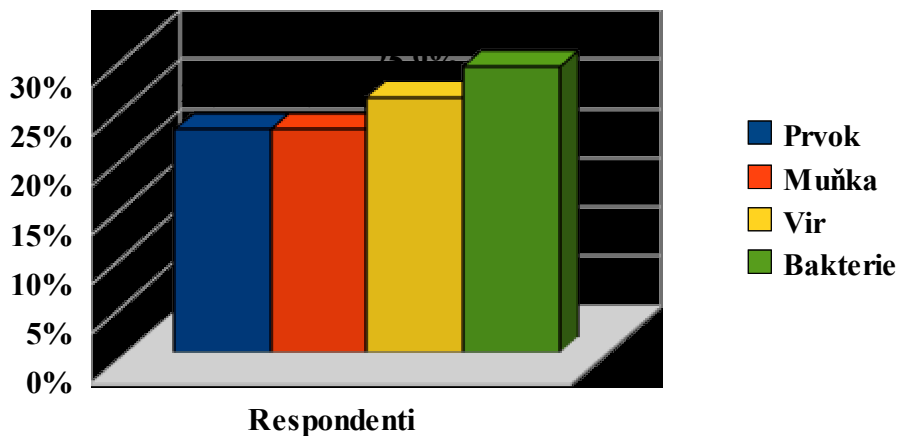


Z grafu 35 je patrné, že 40,1 % respondentů Střední zdravotnické školy považuje za původce trichomoniázy bakterie. 32,0 % uvedlo vir, 6,5 % muňku a 22,3 % uvedlo, že onemocnění způsobuje prvok.

Tabulka 38 Odpověď studentů střední školy jiného zaměření na otázku č. 10

| Původce trichomoniázy | Prvok | Muňka | Vir   | Bakterie |
|-----------------------|-------|-------|-------|----------|
| Počet studentů        | 14    | 14    | 16    | 18       |
| Procenta              | 22,6% | 22,6% | 25,9% | 29,0%    |

Graf 36 Odpověď studentů střední školy jiného zaměření na otázku č. 10



Graf 36 vyobrazuje výsledky odpovědí studentů střední školy jiného zaměření na otázku č. 10. Stejný počet respondentů, tedy 22,6 %, se domnívá, že onemocnění způsobuje prvok a muňka. 25,9 % uvedlo jako původce choroby vir, 29,0 % bakterií.

**Otázka č. 11: Je vědomé šíření HIV/AIDS trestným činem?**

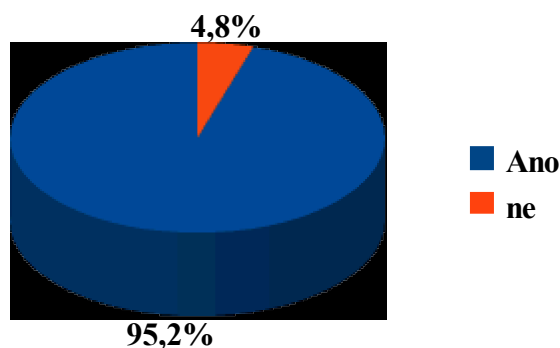
a) **Ano**

b) **Ne**

Tabulka 39 Odpověď studentů Střední zdravotnické školy na otázku č. 11

| Odpověď respondentů | Ano   | Ne   |
|---------------------|-------|------|
| Počet studentů      | 59    | 3    |
| Procenta            | 95,2% | 4,8% |

Graf 37 Odpověď studentů Střední zdravotnické školy na otázku č. 11

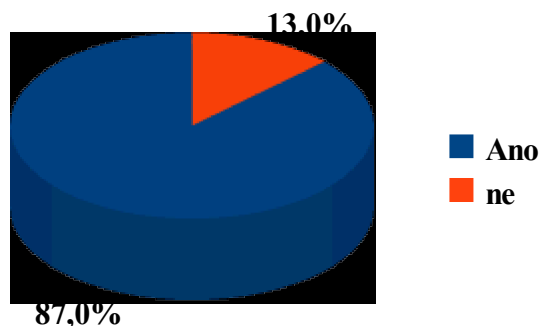


95,2 % studentů Střední zdravotnické školy vědělo správně, že vědomé šíření HIV/AIDS je trestným činem. 4,8 % za trestný čin vědomé šíření této choroby nepovažuje. Tyto odpovědi jsou patrné z grafu 37.

Tabulka 40 Odpověď studentů střední školy jiného zaměření na otázku č. 11

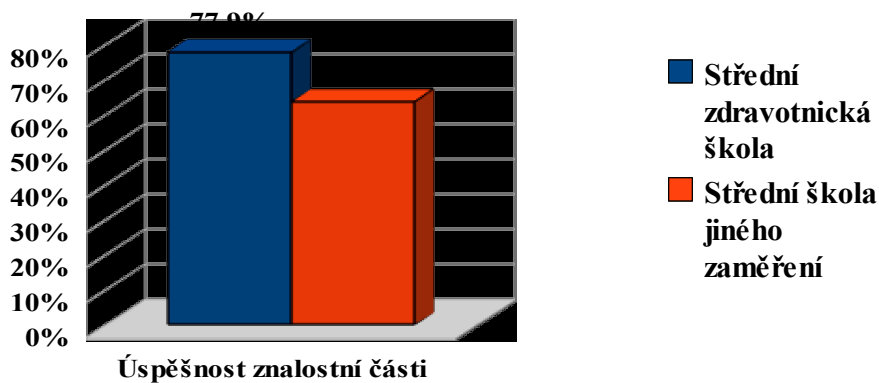
| Odpověď respondentů | Ano   | Ne    |
|---------------------|-------|-------|
| Počet studentů      | 54    | 8     |
| Procenta            | 87,0% | 13,0% |

Graf 38 Odpověď studentů střední školy jiného zaměření na otázku č. 11



87,0 % studentů střední školy jiného zaměření vědělo správně, že vědomé šíření HIV/AIDS je trestným činem. 13,0 % respondentů si nemyslí, že vědomé šíření této nemoci je trestným činem. Tyto výsledky můžeme sledovat v grafu 38.

Graf 39 Úspěšnost znalostní části



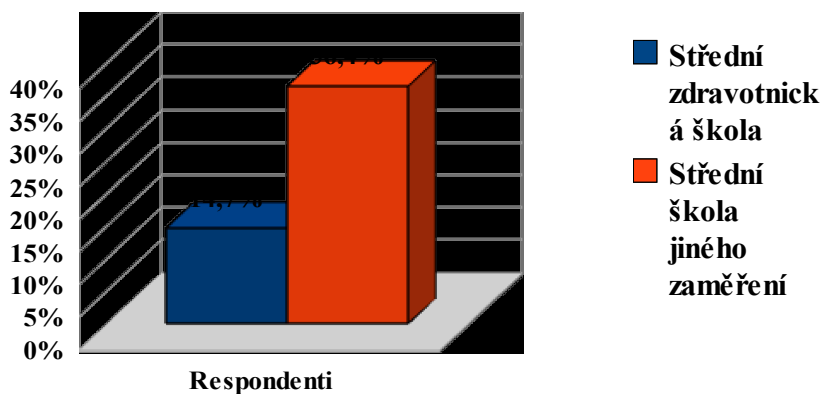
Graf 39 znázorňuje výsledky znalostní části. Úspěšnost znalostní části byla na Střední zdravotnické škole 77,9 %. Na střední škole jiného zaměření byl výsledek znalostní části 63,6 %.

Tabulka 41 Rizikový pohlavní styk

|                |                            |                               |
|----------------|----------------------------|-------------------------------|
| Škola          | Střední zdravotnická škola | Střední škola jiného zaměření |
| Počet studentů | 8                          | 20                            |
| Procenta       | 14,7%                      | 36,4%                         |

V tabulce 34 jsou znázorněny výsledky, kolik sexuálně aktivních studentů Střední školy zdravotnické a střední školy jiného zaměření mělo někdy v životě nechráněný pohlavní styk s cizí osobou.

Graf 40 Rizikový pohlavní styk



Na Střední zdravotnické škole mělo rizikový nechráněný styk s cizí osobou 14,7 % a na střední škole jiného zaměření 36,4 %. tyto výsledky jsou patrné z grafu 40.

Tabulka 42 Průměrný věk prvního pohlavního styku

| Škola/ pohlaví                | Žena     | Muž      |
|-------------------------------|----------|----------|
| Střední zdravotnická škola    | 15,4 let | 15 let   |
| Střední škola jiného zaměření | 15,5 let | 14,4 let |

Tabulka 41 znázorňuje průměrný věk prvního pohlavního styku. Na Střední zdravotnické škole je průměrný věk prvního pohlavního styku u žen 15,4 let a u mužů 15 let. Na střední škole jiného zaměření je průměrný věk prvního pohlavního styku u žen 15,5 let, u mužů 14,4 let.

## 17 DISKUZE

Na základě cílů práce jsem si stanovila 3 hypotézy. Výzkum měl tyto hypotézy buď potvrdit a nebo vyvrátit. Po vyhodnocení nasbíraných dat jsem dospěla k těmto výsledkům.

Hypotéza č. 1: Domnívám se, že studenti ze střední zdravotnické školy budou o sexuálně přenosných chorobách informováni více než studenti jiné střední odborné školy.

K této hypotéze se vztahovala znalostní část dotazníku. Otázky č. 1- 11.

Tato hypotéza se potvrdila. Studenti Střední zdravotnické školy mají více vědomostí o pohlavně přenosných chorobách než studenti jiného zaměření. Znalostní test zvládli studenti Střední zdravotnické školy na 77,9 %. Studenti střední školy jiného zaměření napsali test na 63,6 %. Tento výsledek je nejspíše dán tím, že na Střední zdravotnické škole se více věnují ve výuce tématům o pohlavně přenosných chorobách než na jiné střední škole.

Hypotéza č. 2: Předpokládám, že přes 20% respondentů absolvovalo 1x v životě rizikový nechráněný sex.

K této hypotéze se vztahovaly otázky č. 3 , č. 4 a nepřímo otázka č. 2

Tato hypotéza se potvrdila. Z celkového počtu studentů ( ze Střední zdravotnické školy a střední školy jiného zaměření) mělo pohlavní styk s cizí osobou celkem 26,8 % (tj. 28). ). Konkrétně na střední zdravotnické škole mělo rizikový nechráněný sexuální styk jen 14,7% respondentů ( tj. 8). Na střední škole jiného zaměření, mělo rizikový nechráněný styk 36,4% ( tj. 20). Tento výsledek je nejspíše dán tím, že studenti Střední zdravotnické školy jsou si vědomi rizik při nechráněném pohlavním styku s cizí osobou. Na střední škole jiného zaměření jsou studenti, jak to vyplynulo z výsledků, méně informováni. Ale výsledek znalostní části dotazníku nebyl ( podle mého názoru) tak špatný, aby studenti nevěděli, že se mohou nakazit různými chorobami při nechráněném pohlavním styku. Domnívám se, že zde nejde o neznalost problematiky sexuálně přenosných chorob, ale o nezodpovědnost studentů.

Hypotéza č. 3: Domnívám se, že dívky jsou v zahájení pohlavního života zdrženlivější než chlapci.

K této hypotéze se vztahovala otázka č. 1

Tato hypotéza se potvrdila. Průměrný věk prvního pohlavního styku u dívek Střední zdravotnické školy je 15,4 let, u chlapců 15 let. Na střední škole jiného zaměření je věk prvního pohlavního styku u dívek 15,5 let, u chlapců je to věk již 14,4 let. Rozdíl věku prvního pohlavního styku u chlapců a dívek není moc znatelný.

Ráda bych se zde pozastavila nad věkem prvního pohlavního styku respondentů. Celkem 26 respondentů mělo první pohlavní styk v 13-ti nebo 14-ti letech, tedy pod věkovou hranicí danou zákonem. Na Střední zdravotnické škole mělo ve 13-ti letech první pohlavní styk 4,8 % ( tj. 3) respondentů. Ve 14 -ti letech 4,5 % (tj. 9). Na střední škole jiného zaměření mělo první pohlavní styk ve 13-ti letech 3,2 % (tj. 2) respondentů a ve 14-ti letech dokonce 19,4 % (tj.12) respondentů. Jaký je důvod, že začínají se sexuálním životem tak brzo? Může za to rychlejší dospívání nebo zvědavost? Podle mého názoru je tento problém do jisté míry způsoben tím, že dnešní svět je nabitý sexuálním průmyslem. Hudební videoklipy mládež hodně ovlivňují a mohou v nich probouzet touhu vyzkoušet si to, co vidí v televizi, v praxi.

Oproti mým předpokladům se 16,1 % (tj. 10) z celkového počtu respondentů mylně domnívá, že virus HIV se přenáší jen pohlavním stykem. Předpokládala jsem, že povědomí o přenosu této smrtelně nebezpečné nemoci bude v dnešní době mnohem lepší.



## ZÁVĚR

V teoretické části práce, kde se vracím k historii sexuálních chorob, jsem chtěla nastínit vznik těchto onemocnění a jejich další šíření do světa. V teoretické části jsem se snažila shrnout časté sexuálně přenosné choroby včetně jejich projevů, diagnostiky a léčby.

Pohlavní choroby se staly součástí lidské historie. Nyní, v dnešní době, když máme veškeré možné poznatky ohledně prevence a léčení je hlavně potřeba rozšířit tyto znalosti mezi populaci. V dnešní době je běžnou věcí užívání antikoncepce. Žena je chráněna proti otěhotnění, často si však uvědomuje, že ji antikoncepce neuchrání před nákazou pohlavními chorobami. Svou pozitivní roli může mít i církev, která je zastáncem pouze manželského sexu a vzájemné partnerské věrnosti. Důležitý vliv mají též média. Například televizi sleduje většina populace a podle mého názoru na ní dostatečné množství pořadů s touto tematikou. Toto médium by se mělo více využívat k šíření osvěty v této oblasti. Také nelze opomíjet působení školy a rodiny, odkud by mladí lidé měli získávat informace o prevenci sexuálně přenosných chorob.

Například v Africe je situace jiná- mnoho zdravotnických organizací se snaží pomoci v boji proti HIV/AIDS. V této části světa je pomoc nejvíce potřebná, protože zde mnoho lidí žije na hranici bídy či dokonce hladomoru a nedostává se jim kvalitní zdravotnická péče ani potřebné informace, jak se bránit proti infekčním chorobám včetně pohlavních. Přes veškerou humanitární pomoc se nedaří dostatečně zredukovat počty nakažených a nemocných pacientů [19].

Oproti zemím třetího světa je u nás informovanost i zdravotní péče na vysoké úrovni. V našich podmínkách je tedy nejdůležitější zodpovědnost každého člověka za to, jak se svým zdravím zachází. Bohužel v praxi se setkáváme s rizikovým chováním i u lidí, kteří již sexuálně přenosné onemocnění prodělali. Svým nezodpovědným chováním ohrožují nejen sebe, ale i ostatní, a přitom náklady na léčení nemocných narůstají do závratných výšek. Jak takové pacienty přimět ke změně chování? Existuje nějaký způsob? Na tuto otázku zřejmě neexistuje jednoznačná odpověď, přesto si jí musí položit každý z nás.

Hlavním cílem práce bylo zjistit informovanost studentů středních škol o problematice sexuálně přenosných chorob a jak zodpovědně studenti přistupují k sexuálnímu životu. Cíle této práce byly splněny.

## LITERATURA A PRAMENY

- [1] ARENBERGER, Petr, OBSTOVÁ, Iva. *Obecná dermatovenerologie*. Praha: Czechopress agency, 2001. ISBN 80-902632-4-0.
- [2] BANKL, Hans. *Příhody soudního patologa*. 2. díl, Kolumbus nedovezl jenom rajčata. Přeložil Vítězslav ČÍŽEK. Praha: Ikar, 2005. ISBN 80-249-0611-2.
- [3] BUČEK, Milan. *Kapitoly z dermatovenerologie. Část A*. Vyd. 2. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. ISBN 80-244-0592-X.
- [4] CORAZZA, Venera, DAIMLER, Renate, *Kniha o zdraví* [Kursbuch Gesundheit]. Přeložili Josef Alois TICHÝ, Petr NĚMEC. Praha: Victoria Publishing, 1993. ISBN 80-85605-07-4.
- [5] *Education and HIV/AIDS: a window of hope*. Washington: World Bank, 2002. ISBN 0-8213-5117-6.
- [6] FENWICKOVÁ, Elizabeth, WALKER, Richard. *Sexuální výchova: Průvodce citovým a tělesným dozráváním* [How sex works]. Přeložili Magda MÜLLEROVÁ, Marián POCHYLÝ. Praha: Cesty, 1996. ISBN 80-7181-022-3.
- [7] HUSA, Petr, HUSOVÁ, Libuše. *Léčba virových hepatitid: minimum pro praxi*. Praha: Triton, 2000. ISBN 80-7254-157-9 .
- [8] JIRÁSKOVÁ, Milena. *Dermatovenerologie: učební texty pro bakaláře*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0636-4.
- [9] LOBOVSKÁ, Alena. *Infekční nemoci*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0116-8.
- [10] McTAGGARTOVÁ, Lynne. *Co vám lékaři neřeknou: pravda o nebezpečích moderní medicíny* [ What doctors don't tell you]. Přeložila Kateřina ORLOVÁ. Frýdek-Místek: Alpress, 1998. ISBN 80-7218-153-X.

[11] NOŽIČKOVÁ Marie, SALAVEC Miloslav a ETTLER Karel. *Pohlavní choroby: diagnostika a léčba*. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-136-97.

[12] RESL, Vladimír a kolektiv. *Dermatovenerologie: učební texty pro bakalářské studium*. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0456-6.

[13] ROZSYPAL, Hanuš. *Aids : klinický obraz a léčba*. Praha: Maxdorf, 1998. ISBN 80-85800-92-6.

[14] STOPPARDOVÁ, Miriam. *Zdravý sex* [Healthy sex]. Přeložila Alena LUKÁČOVÁ. Praha: Ikar, 1999. ISBN 80-7202-571-6.

[15] ŠTORK, Jiří et al., *Dermatovenerologie*. Praha: Galén , 2008. ISBN 978-80-246-1360-4.

[16] ŠVÁB, Josef. *Osvícenství choromyslného císaře aneb Zklamal Josef II. ve všem, co podnikl?*. Olomouc: Společnost J.L. Fischera, 2007. ISBN 978-80-903449-4-5.

[17] WEISS, Petr a kolektiv, *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2492-8.

[18] ŽDICHYNEC, Bohumil, *Chlamydie: skrytá hrozba v těle*. Praha: Český klub, 2009. ISBN 978-80-86922-14-0.

#### **Online zdroje:**

[19] AIDS v Africe. *Vše o africe* [online]. Poslední změna 02. 12. 2001 [cit. 22. 3. 2012]. Dostupné z: <http://www.afrikaonline.cz/view.php?cislocclanku=2001120201>

[20] Sbíрка zákonů a Sbíрка mezinárodních smluv. *Ministerstvo vnitra České republiky* [online]. [cit. 14. 3. 2012]. Dostupné z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=40/2009&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=40/2009&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)

[21] Sbírka zákonů a Sbírka mezinárodních smluv. *Ministerstvo vnitra České republiky* [online]. [cit. 14. 3. 2012]. Dostupné z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=453/2009&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=453/2009&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)

[22] Společné předpisy a instrukce. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Poslední změna 05.01.2012 [cit. 14. 3. 2012]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/spolecne-predpisy-a-instrukce\\_3543\\_1789\\_11.html](http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/spolecne-predpisy-a-instrukce_3543_1789_11.html)

[23] Opatření proti infekčním nemocem. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Poslední změna 05.01.2012 [cit. 14. 3. 2012]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/opatreni-proti-infekcnim-nemocem\\_3548\\_1789\\_11.html](http://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/opatreni-proti-infekcnim-nemocem_3548_1789_11.html)

[24] Zdravotní pojištění. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Poslední změna 16.02.2012 [cit. 14. 3. 2012]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/zdravotni-pojisteni\\_4435\\_1791\\_11.html](http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/zdravotni-pojisteni_4435_1791_11.html)

[25] Pesar - vaginální diafragma. *Naše info* [online]. [cit. 22. 3. 2012]. Dostupné z: <http://www.naseinfo.cz/clanky/zdravi-a-pece/sexuologie-urologie/antikoncepce/mechanicke-metody-antikoncepce/pesar-vaginalni-diafragma>

## **Legislativa**

[26] Vyhláška č. 473/2008 Sb. Ze dne 17. prosince 2008, o systému epidemiologické bdělosti pro vybrané infekce.

## SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

|        |   |
|--------|---|
| aj.    | a jiné                                    |
| č.     | číslo                                     |
| event. | eventuelně                                |
| HBV    | Virus hepatitidy B                        |
| HIV    | Human Immunodeficiency Virus              |
| HSV    | herpes simplex virus                      |
| lat.   | latinsky                                  |
| obr.   | obrázek                                   |
| PCR    | polymerázová řetězová reakce              |
| popř.  | popřípadě                                 |
| RRR    | Rychlá Reaginová reakce                   |
| tj.    | to je                                     |
| TPHA   | Treponema Pallidum Haemagglutination test |
| tzv.   | tak zvaný                                 |
| VDRL   | Venereal Disease Research Laboratory test |

## **SEZNAM TABULEK**

|   |           |
|---|-----------|
| <b>TABULKA 1 KLASIFIKACE INFEKCE HIV .....</b>  | <b>30</b> |
| <b>TABULKA 2 PRÁVNÍ NORMY .....</b>   | <b>35</b> |
| <b>TABULKA 3 VĚK DOTAZOVANÝCH RESPONDENTŮ NA STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÉ ŠKOLE .....</b>                       | <b>40</b> |
| <b>TABULKA 4 VĚK DOTAZOVANÝCH RESPONDENTŮ NA STŘEDNÍ ŠKOLE JINÉHO ZAMĚŘENÍ .....</b>                    | <b>40</b> |
| <b>TABULKA 5 POHLAVÍ DOTAZOVANÝCH STUDENTŮ STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÉ ŠKOLY .....</b>                         | <b>41</b> |
| <b>TABULKA 6 POHLAVÍ DOTAZOVANÝCH STUDENTŮ STŘEDNÍ ŠKOLY JINÉHO ZAMĚŘENÍ .....</b>                      | <b>42</b> |
| <b>TABULKA 7 VĚK PRVNÍHO POHLAVNÍHO STYKU STUDENTŮ NA STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÉ ŠKOLE .....</b>              | <b>42</b> |
| <b>TABULKA 8 VĚK PRVNÍHO POHLAVNÍHO STYKU STUDENTŮ NA STŘEDNÍ ŠKOLE JINÉHO ZAMĚŘENÍ .....</b>           | <b>43</b> |
| <b>TABULKA 9 JAK ČASTO STUDENTI STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÉ ŠKOLY STRÍDAJÍ SEXUÁLNÍ PARTNERY .....</b>         | <b>44</b> |
| <b>TABULKA 10 JAK ČASTO STUDENTI STŘEDNÍ ŠKOLY JINÉHO ZAMĚŘENÍ STRÍDAJÍ SEXUÁLNÍ PARTNERY .....</b>     | <b>45</b> |
| <b>TABULKA 11 POČET STUDENTŮ STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÉ ŠKOLY, KTEŘÍ MĚLI POHLAVNÍ STYK BEZ OCHRANY .....</b> | <b>45</b> |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>TABULKA 12 POČET STUDENTŮ STŘEDNÍ ŠKOLY JINÉHO ZAMĚŘENÍ, KTEŘÍ MĚLI POHLAVNÍ STYK BEZ OCHRANY .....</b>                  | <b>46</b> |
| <b>TABULKA 13 POČET STUDENTŮ STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÉ ŠKOLY, KTEŘÍ MĚLI POHLAVNÍ STYK S CIZÍ OSOBOU .....</b>                   | <b>47</b> |
| <b>TABULKA 14 POČET STUDENTŮ STŘEDNÍ ŠKOLY JINÉHO ZAMĚŘENÍ, KTEŘÍ MĚLI POHLAVNÍ STYK S CIZÍ OSOBOU .....</b>                | <b>47</b> |
| <b>TABULKA 15 ODKUD STUDENTI STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÉ ŠKOLY ZÍSKÁVAJÍ INFORMACE O SEXUÁLNĚ PŘENOSNÝCH CHOROBÁCH .....</b>       | <b>48</b> |
| <b>TABULKA 16 ODKUD STUDENTI STŘEDNÍ ŠKOLY JINÉHO ZAMĚŘENÍ ZÍSKÁVAJÍ INFORMACE .....</b>                                    | <b>49</b> |
| <b>TABULKA 17 ZDA SI STUDENTI STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÉ ŠKOLY MYSLÍ, ŽE JSOU O POHLAVNÍCH CHOROBÁCH DOBŘE INFORMOVÁNI.....</b>   | <b>50</b> |
| <b>TABULKA 18 ZDA SI STUDENTI STŘEDNÍ ŠKOLY JINÉHO ZAMĚŘENÍ MYSLÍ, ŽE JSOU O POHLAVNÍCH CHOROBÁCH DOBŘE INFORMOVÁNI....</b> | <b>50</b> |
| <b>TABULKA 19 ODPOVĚĎ STUDENTŮ STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÉ ŠKOLY NA OTÁZKU Č.1 .....</b>   | <b>51</b> |
| <b>TABULKA 20 ODPOVĚĎ STUDENTŮ STŘEDNÍ ŠKOLY JINÉHO ZAMĚŘENÍ NA OTÁZKU Č. 1.....</b>  | <b>52</b> |
| <b>TABULKA 21 ODPOVĚĎ STUDENTŮ STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÉ ŠKOLY NA OTÁZKU Č. 2 .....</b>  | <b>53</b> |
| <b>TABULKA 22 ODPOVĚĎ STUDENTŮ STŘEDNÍ ŠKOLY JINÉHO ZAMĚŘENÍ NA OTÁZKU Č. 2.....</b>  | <b>54</b> |
| <b>TABULKA 23 ODPOVĚĎ STUDENTŮ STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÉ ŠKOLY NA OTÁZKU Č. 3 .....</b>  | <b>55</b> |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>TABULKA 24 ODPOVĚĎ STUDENTŮ STŘEDNÍ ŠKOLY JINÉHO ZAMĚŘENÍ NA OTÁZKU Č. 3 .....</b> | <b>55</b> |
| <b>TABULKA 25 ODPOVĚĎ STUDENTŮ STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÉ ŠKOLY NA OTÁZKU Č. 4.....</b>     | <b>56</b> |
| <b>TABULKA 26 ODPOVĚĎ STUDENTŮ STŘEDNÍ ŠKOLY JINÉHO ZAMĚŘENÍ NA OTÁZKU Č. 4.....</b>  | <b>57</b> |
| <b>TABULKA 27 ODPOVĚĎ STUDENTŮ STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÉ ŠKOLY NA OTÁZKU Č. 5 .....</b>    | <b>58</b> |
| <b>TABULKA 28 ODPOVĚĎ STUDENTŮ STŘEDNÍ ŠKOLY JINÉHO ZAMĚŘENÍ NA OTÁZKU Č. 5.....</b>  | <b>59</b> |
| <b>TABULKA 29 ODPOVĚĎ STUDENTŮ STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÉ ŠKOLY NA OTÁZKU Č. 6 .....</b>    | <b>60</b> |
| <b>TABULKA 30 ODPOVĚĎ STUDENTŮ STŘEDNÍ ŠKOLY JINÉHO ZAMĚŘENÍ NA OTÁZKU Č. 6.....</b>  | <b>60</b> |
| <b>TABULKA 31 ODPOVĚĎ STUDENTŮ STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÉ ŠKOLY NA OTÁZKU Č. 7 .....</b>    | <b>61</b> |
| <b>TABULKA 32 ODPOVĚĎ STUDENTŮ STŘEDNÍ ŠKOLY JINÉHO ZAMĚŘENÍ NA OTÁZKU Č. 7.....</b>  | <b>62</b> |
| <b>TABULKA 33 ODPOVĚĎ STUDENTŮ STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÉ ŠKOLY NA OTÁZKU Č. 8 .....</b>    | <b>63</b> |
| <b>TABULKA 34 ODPOVĚĎ STUDENTŮ STŘEDNÍ ŠKOLY JINÉHO ZAMĚŘENÍ OTÁZKU Č. 8 .....</b>    | <b>64</b> |
| <b>TABULKA 35 ODPOVĚĎ STUDENTŮ STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÉ ŠKOLY NA OTÁZKU Č. 9 .....</b>    | <b>65</b> |



|   |           |
|---|-----------|
| <b>TABULKA 36 ODPOVĚĎ STUDENTŮ ŠKOLY JINÉHO ZAMĚŘENÍ NA OTÁZKU Č. 9 .....</b>         | <b>65</b> |
| <b>TABULKA 37 ODPOVĚĎ STUDENTŮ STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÉ ŠKOLY NA OTÁZKU Č. 10 .....</b>   | <b>66</b> |
| <b>TABULKA 38 ODPOVĚĎ STUDENTŮ STŘEDNÍ ŠKOLY JINÉHO ZAMĚŘENÍ NA OTÁZKU Č. 10.....</b> | <b>67</b> |
| <b>TABULKA 39 ODPOVĚĎ STUDENTŮ STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÉ ŠKOLY NA OTÁZKU Č. 11.....</b>    | <b>68</b> |
| <b>TABULKA 40 ODPOVĚĎ STUDENTŮ STŘEDNÍ ŠKOLY JINÉHO ZAMĚŘENÍ NA OTÁZKU Č. 11.....</b> | <b>68</b> |
| <b>TABULKA 41 RIZIKOVÝ POHLAVNÍ STYK .....</b>  | <b>70</b> |
| <b>TABULKA 42 PRŮMĚRNÝ VĚK PRVNÍHO POHLAVNÍHO STYKU .....</b>                         | <b>70</b> |

## **SEZNAM GRAFŮ**

|   |           |
|---|-----------|
| <b>GRAF 1 VĚK DOTAZOVANÝCH RESPONDENTŮ NA STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÉ ŠKOLE .....</b>                          | <b>40</b> |
| <b>GRAF 2 VĚK DOTAZOVANÝCH RESPONDENTŮ NA STŘEDNÍ ŠKOLE JINÉHO ZAMĚŘENÍ .....</b>                       | <b>41</b> |
| <b>GRAF 3 POHLAVÍ DOTAZOVANÝCH STUDENTŮ STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÉ ŠKOLY .....</b>                            | <b>41</b> |
| <b>GRAF 4 POHLAVÍ DOTAZOVANÝCH STUDENTŮ STŘEDNÍ ŠKOLY JINÉHO ZAMĚŘENÍ .....</b>                         | <b>42</b> |
| <b>GRAF 5 VĚK PRVNÍHO POHLAVNÍHO STYKU STUDENTŮ NA STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÉ ŠKOLE .....</b>                 | <b>43</b> |
| <b>GRAF 6 VĚK PRVNÍHO POHLAVNÍHO STYKU STUDENTŮ NA STŘEDNÍ ŠKOLE JINÉHO ZAMĚŘENÍ .....</b>              | <b>44</b> |
| <b>GRAF 7 JAK ČASTO STUDENTI STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÉ ŠKOLY STŘÍDAJÍ SEXUÁLNÍ PARTNERY .....</b>            | <b>44</b> |
| <b>GRAF 8 JAK ČASTO STUDENTI STŘEDNÍ ŠKOLY JINÉHO ZAMĚŘENÍ STŘÍDAJÍ SEXUÁLNÍ PARTNERY .....</b>         | <b>45</b> |
| <b>GRAF 9 POČET STUDENTŮ STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÉ ŠKOLY, KTEŘÍ MĚLI POHLAVNÍ STYK BEZ OCHRANY .....</b>     | <b>46</b> |
| <b>GRAF 10 POČET STUDENTŮ STŘEDNÍ ŠKOLY JINÉHO ZAMĚŘENÍ, KTEŘÍ MĚLI POHLAVNÍ STYK BEZ OCHRANY .....</b> | <b>47</b> |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>GRAF 11 POČET STUDENTŮ STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÉ ŠKOLY, KTEŘÍ MĚLI POHLAVNÍ STYK S CIZÍ OSOBOU.....</b>                  | <b>47</b> |
| <b>GRAF 12 POČET STUDENTŮ STŘEDNÍ ŠKOLY JINÉHO ZAMĚŘENÍ, KTEŘÍ MĚLI POHLAVNÍ STYK S CIZ OSOBOU .....</b>               | <b>48</b> |
| <b>GRAF 13 ODKUD STUDENTI STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÉ ŠKOLY ZÍSKÁVAJÍ INFORMACE O SEXUÁLNĚ PŘENOSNÝCH CHOROBÁCH .....</b>     | <b>48</b> |
| <b>GRAF 14 ODKUD STUDENTI STŘEDNÍ ŠKOLY JINÉHO ZAMĚŘENÍ ZÍSKÁVAJÍ INFORMACE O SEXUÁLNĚ PŘENOSNÝCH CHOROBÁCH .....</b>  | <b>49</b> |
| <b>GRAF 15 ZDA SI STUDENTI STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÉ ŠKOLY MYSLÍ,ŽE JSOU O POHLAVNÍCH CHOROBÁCH DOBŘE INFORMOVÁNI .....</b> | <b>50</b> |
| <b>GRAF 16 ZDA SI STUDENTI STŘEDNÍ ŠKOLY JINÉHO ZAMĚŘENÍ MYSLÍ,ŽE JSOU O POHLAVNÍCH CHOROBÁCH DOBŘE INFORMOVÁNI</b>    | <b>51</b> |
| <b>GRAF 17 ODPOVĚĎ STUDENTŮ STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÉ ŠKOLY NA OTÁZKU Č. 1 .....</b>  | <b>52</b> |
| <b>GRAF 18 ODPOVĚĎ STUDENTŮ STŘEDNÍ ŠKOLY JINÉHO ZAMĚŘENÍ NA OTÁZKU Č. 1 .....</b>                                     | <b>52</b> |
| <b>GRAF 19 ODPOVĚĎ STUDENTŮ STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÉ ŠKOLY NA OTÁZKU Č. 2 .....</b>  | <b>53</b> |
| <b>GRAF 20 ODPOVĚĎ STUDENTŮ STŘEDNÍ ŠKOLY JINÉHO ZAMĚŘENÍ NA OTÁZKU Č. 2 .....</b>                                     | <b>54</b> |
| <b>GRAF 21 ODPOVĚĎ STUDENTŮ STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÉ ŠKOLY NA OTÁZKU Č. 3 .....</b>  | <b>55</b> |
| <b>GRAF 22 ODPOVĚĎ STUDENTŮ STŘEDNÍ ŠKOLY JINÉHO ZAMĚŘENÍ NA OTÁZKU Č. 3 .....</b>                                     | <b>56</b> |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>GRAF 23 ODPOVĚĎ STUDENTŮ STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÉ ŠKOLY NA OTÁZKU Č. 4 .....</b>    | <b>57</b> |
| <b>GRAF 24 ODPOVĚĎ STUDENTŮ STŘEDNÍ ŠKOLY JINÉHO ZAMĚŘENÍ NA OTÁZKU Č. 4 .....</b> | <b>57</b> |
| <b>GRAF 25 ODPOVĚĎ STUDENTŮ STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÉ ŠKOLY NA OTÁZKU Č. 5 .....</b>    | <b>58</b> |
| <b>GRAF 26 ODPOVĚĎ STUDENTŮ STŘEDNÍ ŠKOLY JINÉHO ZAMĚŘENÍ NA OTÁZKU Č. 5 .....</b> | <b>59</b> |
| <b>GRAF 27 ODPOVĚĎ STUDENTŮ STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÉ ŠKOLY NA OTÁZKU Č. 6 .....</b>    | <b>60</b> |
| <b>GRAF 28 ODPOVĚĎ STUDENTŮ STŘEDNÍ ŠKOLY JINÉHO ZAMĚŘENÍ NA OTÁZKU Č. 6 .....</b> | <b>61</b> |
| <b>GRAF 29 ODPOVĚĎ STUDENTŮ STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÉ ŠKOLY NA OTÁZKU Č. 7 .....</b>    | <b>62</b> |
| <b>GRAF 30 ODPOVĚĎ STUDENTŮ STŘEDNÍ ŠKOLY JINÉHO ZAMĚŘENÍ NA OTÁZKU Č. 7 .....</b> | <b>62</b> |
| <b>GRAF 31 ODPOVĚĎ STUDENTŮ STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÉ ŠKOLY NA OTÁZKU Č. 8 .....</b>    | <b>63</b> |
| <b>GRAF 32 ODPOVĚĎ STUDENTŮ STŘEDNÍ ŠKOLY JINÉHO ZAMĚŘENÍ NA OTÁZKU Č. 8 .....</b> | <b>64</b> |
| <b>GRAF 33 ODPOVĚĎ STUDENTŮ STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÉ ŠKOLY NA OTÁZKU Č. 9 .....</b>    | <b>65</b> |
| <b>GRAF 34 ODPOVĚĎ STUDENTŮ STŘEDNÍ ŠKOLY JINÉHO ZAMĚŘENÍ NA OTÁZKU Č. 9 .....</b> | <b>66</b> |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>GRAF 35 ODPOVĚĎ STUDENTŮ STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÉ ŠKOLY NA OTÁZKU Č. 10 .....</b>    | <b>67</b> |
| <b>GRAF 36 ODPOVĚĎ STUDENTŮ STŘEDNÍ ŠKOLY JINÉHO ZAMĚŘENÍ NA OTÁZKU Č. 10 .....</b> | <b>67</b> |
| <b>GRAF 37 ODPOVĚĎ STUDENTŮ STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÉ ŠKOLY NA OTÁZKU Č. 11 .....</b>    | <b>68</b> |
| <b>GRAF 38 ODPOVĚĎ STUDENTŮ STŘEDNÍ ŠKOLY JINÉHO ZAMĚŘENÍ NA OTÁZKU Č. 11 .....</b> | <b>69</b> |
| <b>GRAF 39 ÚSPĚŠNOST ZNALOSTNÍ ČÁSTI .....</b>                                      | <b>69</b> |
| <b>GRAF 40 RIZIKOVÝ POHLAVNÍ STYK.....</b>  | <b>01</b> |

## **SEZNAM PŘÍLOH**

|                          |    |
|--------------------------|----|
| Příloha 1: Dotazník..... | 87 |
|--------------------------|----|

# 18 PŘÍLOHA 1: DOTAZNÍK

Vážení studenti,

jmenuji se Zlata Coufalová a jsem studentkou Západočeské univerzity, Fakulty zdravotnických studií. Studuji obor Ochrana veřejného zdraví. Tento dotazník je důležitý pro moji bakalářskou práci na téma Nejčastěji sexuálně přenosné choroby v České republice. Ráda bych tímto dotazníkem zjistila informovanost studentů středních škol o problematice pohlavních chorob a jejich přístupu k sexuálnímu životu. Prosím nyní o vyplnění dotazníku, který je anonymní.

Dotazník vyplňte zakroužkováním příslušné odpovědi. U některým otázek je možnost označení více odpovědí. Dotazník má dvě části, obecnou část a znalostní část.

**Označte věkovou kategorii:**

- 15-16 let
- 17-18 let
- 19-20 let

**Označte své pohlaví:**    Žena       Muž

## OBECNÁ ČÁST

**1) V kolika letech jste měl/a první pohlavní styk?**

- a) uveďte....
- b) Zatím jsem ještě pohlavní styk neměl/a

**( pokud je vaše odpověď za b, neodpovídejte na otázky č.2, 3 a 4)**

**2) Partnery střídám:**

- a) 1x měsíčně
- b) 2x měsíčně
- c) Vícekrát... uveďte kolikrát:.....
- d) Mám stálého sexuálního partnera

**3) Měl/a jste někdy pohlavní styk bez ochrany?**

- a) Ano, 1x
- b) Ano, vícekrát... uveďte kolikrát:.....
- c) Ne

**4) Měl/a jste někdy pohlavní styk s naprosto neznámou osobou, kterou jste potkal/a např. na diskotéce?**

- a) Ano, 1x
- b) Ano, vícekrát... uveďte kolikrát:.....
- c) Ne

**5) Odkud nejčastěji získáváte informace o sexuálně přenosných chorobách?**

- a) Škola
- b) Rodiče
- c) Kamarádi
- d) Internet
- e) Televize
- f) Časopisy

**6) Myslíte si, že jste o problematice pohlavních chorob dostatečně informován/a?**

- a) Ano
- b) Ne

### ZNALOSTNÍ ČÁST

**1) Od kolika let můžete mít podle zákona pohlavní styk?**

- a) 14
- b) 15
- c) 18

**2) Pohlavním stykem se NEpřenáší :**

- a) Virová hepatitida typu A
- b) Virová hepatitida typu B
- c) Virová hepatitida typu C

**3) Jakým způsobem se přenáší virus HIV?**

- a) Krví
- b) Z matky na plod
- c) Nechráněným pohlavním stykem
- d) Slinami
- e) Štípnutím od komára

**4) Která z následujících pohlavních nemocí je nevyléčitelná?**

- a) Chlamydie trachomatis
- b) Syfilis
- c) AIDS
- d) Trichomoniáza

**5) Jaký je hlavní příznak syfilis?**

- a) Výtok z pochvy a penisu, pálení při močení
- b) Vřed v oblasti genitálu
- c) Vypadání vlasů
- d) Snížení imunity a náchylnost k různým onemocněním

**6) Jaký je hlavní příznak kapavky?**

- a) Výtok z pochvy a penisu, pálení při močení
- b) Vřed v oblasti genitálu



- c) Vypadání vlasů
- d) Snížení imunity a náchylnost k různým onemocněním

**7) Virus HIV napadá:**

- a) Červené krvinky
- b) Krevní destičky
- c) Bílé krvinky
- d) Játra

**8) K čemu může vést neléčená syfilis?**

- a) K poruše plodnosti
- b) K vypadání zubů
- c) K psychiatrickým změnám
- d) Ke smrti

**9) K čemu může vést neléčená kapavka?**

- a) K poruše plodnosti
- b) K vypadání zubů
- c) K psychiatrickým změnám
- d) Ke smrti

**10) Trichomoniázu způsobuje:**

- a) Prvok
- b) Muňka
- c) Vír
- d) Bakterie

**11) Je vědomé šíření HIV/AIDS trestným činem?**

- a) Ano
- b) Ne

**Děkuji Vám za vyplnění dotazníku.**