

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2014

Markéta Láďová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B 5349

Markéta Ládová

Studijní obor: Porodní asistentka 5341R007

VŘEDY NA GENITÁLU

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Prof. MUDr. Vladimír Resl, CSc.

Plzeň 2014

Prohlášení:

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

V Plzni dne 28. 3. 2014

.....
vlastnoruční podpis

Děkuji panu prof. Vladimíru Reslovi za odborné vedení bakalářské práce a poskytnutí cenných a odborných rad. Dále děkuji Mgr. Lucii Kašové, Mgr. Miroslavě Moučkové a Mgr. Kristině Janouškové, které vedly seminář k bakalářské práci nebo se nějakým jiným způsobem podílely na mé práci. V neposlední řadě děkuji všem respondentům za vyplnění dotazníků a také své rodině a blízkým za jejich podporu.

Anotace

Příjmení a jméno: Ládová Markéta

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Vředy na genitálu

Vedoucí práce: Prof. MUDr. Vladimír Resl, CSc.

Počet stran: 70 (číslované 44, nečíslované 26)

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 24

Klíčová slova:

Vřed, syfilis, chlamydie, pohlavní nemoc, prevence

Souhrn:

Teoretická část bakalářské práce je zaměřena na problematiku ulcerací v oblasti genitálu. Jsou zde popsány sexuálně přenosné choroby, které se takto projevují. Součástí této části je také prevence těchto chorob.

Dotazníkové šetření je zaměřené na informovanost žen v této oblasti. Zjištěné údaje a výsledky jsou uvedeny v praktické části bakalářské práce, která je zpracována pomocí grafů a tabulek.

Annotation

Surname and name: Ládová Markéta

Department: Nursing and midwifery

Title of thesis: Ulcers on the genitals

Consultant: Prof. MUDr. Vladimír Rešl, CSc.

Number of pages: 70 (numbered pages 44, unnumbered pages 26)

Number of appendices: 4

Number of literature čems used: 24

Key words:

Ulcer, syphilis, chlamydia, venereal disease, prevention

Summary:

The theoretical part of the thesis focuses on the issue of ulcers in the genital area and describes sexually transmitted diseases that are manifested by ulcers . This part also focuses on prevention of these diseases.

Questionnaire survey focuses on the awareness of women in this field. Real data and results of the survey are given in the practical part of this thesis displayed in graphs and tables.

OBSAH

Úvod.....	11
1 ULCERATIVNÍ SEXUÁLNĚ PŘENOSNÉ NEMOCI.....	12
1.1 Vymezení pojmů sexuálně přenosné nemoci a infekce, obor venerologie.....	12
1.2 Predispozice	13
1.3 Klasifikace sexuálně přenosných nemocí.....	13
1.3.1 Infekce šířené výhradně pohlavním stykem	13
1.3.2 Infekce šířené převážně pohlavním stykem	13
1.3.3 Klasifikace Centra pro kontrolu chorob	14
1.4 Ulcerativní sexuálně přenosné infekce.....	14
2 Přehled ulcerativních sexuálně přenosných chorob	16
2.1 Syfilis	16
2.1.1 Etiologie a výskyt.....	16
2.1.2 Přenos onemocnění	16
2.1.3 Klinický obraz	16
2.1.4 Lokalizace	17
2.1.5 Terapie.....	17
2.1.6 Epidemiologie v České republice.....	17
2.1.7 Syfilis a gravidita	18
2.1.8 Kongenitální syfilis u novorozence	18
2.2 Ulcus molle	19
2.2.1 Etiologie a výskyt.....	19
2.2.2 Způsob přenosu	20
2.2.3 Klinický obraz a průběh onemocnění.....	20
2.2.4 Terapie.....	20
2.3 Chlamydiové infekce.....	20
2.4 Lymphogranuloma venereum	21
2.4.1 Průběh onemocnění	21
2.4.2 Komplikace onemocnění.....	22

2.4.3	Terapie.....	22
2.4.4	Chlamydia trachomatis a těhotenství	22
2.5	Granuloma inguinale	23
2.5.1	Etiologie a výskyt.....	23
2.5.2	Způsob přenosu	23
2.5.3	Klinický obraz a průběh onemocnění.....	23
2.5.4	Terapie.....	24
2.6	Herpes genitalis	24
2.6.1	Etiologie	24
2.6.2	Klinický obraz.....	24
2.6.3	Lokalizace	25
2.6.4	Terapie.....	26
2.6.5	Genitální herpes ve vztahu k těhotenství.....	26
3	Legislativa a hlášení pohlavních chorob	27
3.1	Povinné hlášení	27
3.2	Povinnosti pohlavně nemocného.....	27
3.3	Statistika v České republice za rok 2012.....	27
3.4	Vybrané zákony a vyhlášky	28
3.5	Dispenzarizace a depistáž.....	29
3.5.1	Dispenzární péče a vyřazení z evidence.....	29
3.5.2	Depistážní péče	29
3.5.3	Zjišťování kontaktů a zdrojů infekce	29
3.5.4	Hlavní povinnosti depistážních sester	30
4	Prevence	31
4.1	Sexuální zdraví.....	31
4.1.1	Pohlavní hygiena	31
4.2	Ochranné pomůcky	31
4.2.1	Prezervativ.....	31
4.2.2	Ženský prezervativ	32

4.2.3	Lubrikační gel	32
4.3	Obecné principy prevence pohlavních nemocí	32
4.4	Nezbytná strategie v souvislosti se sexuálně přenosnými infekcemi	33
4.5	Typy prevence	33
4.5.1	Primární prevence	33
4.5.2	Sekundární prevence	33
4.6	Praktické úlohy porodní asistentky v oblasti STI.....	34
	Formulace problému	35
	Cíl a úkol průzkumu	35
	Metodika výzkumu.....	36
	Metoda sběru dat	36
	Organizace průzkumu	36
	Předpoklady.....	36
	Charakteristika souboru.....	37
	Prezentace a interpretace výsledků	37
5	Diskuse.....	51
	Závěr	55
	literatura a prameny.....	56
	Seznam zkratk	58
	Seznam tabulek	59
	Seznam grafů.....	60
	Seznam příloh.....	62
	Přílohy	63
	Příloha č. 1 Fotografie jednotlivých chorob.....	63
	Příloha č. 2 Srovnání mužského a dámského kondomu	64
	Příloha č. 3 Dotazník.....	65
	Příloha č. 4 Informační leták	68

ÚVOD

Na začátku své bakalářské práce se zabývám definicí pojmu sexuálně přenosné choroby a přibližuji obor venerologie, který je stěžejní pro přesnou diagnostiku a zahájení včasné terapie pohlavních nemocí.

Problematika genitálních ulcerací souvisí právě s výskytem některých sexuálně přenosných chorob. Mnoho ulcerací na genitálu je však vyvoláno i jinými chorobami, které nemusí souviset se sexuálním přenosem. Vzhledem k širokému pojetí tématu „vředy na genitálu“ a rozsáhlému výčtu onemocnění, které se tímto způsobem projevují, se v bakalářské práci zaměřuji na takové choroby, pro které je typický právě sexuální přenos. Zabývám se jednotlivými pohlavními nemocemi a sexuálně přenosnými chorobami vyvolávající ulcerace na genitálu, jejich etiologií, klinickým obrazem, terapií, vztahem k těhotenství a také popisují legislativní opatření v souvislosti s touto problematikou.

Protože porodní asistentka hraje také důležitou roli ve zdravotnickém poradenství a edukace může zasahovat do oblasti zdraví žen, případně i do oblasti sexuálního zdraví, zabývám se v závěru teoretické části prevencí ulcerativních sexuálně přenosných chorob, která je velmi podstatná.

V praktické části bakalářské práce zjišťuji informovanost žen jednak o sexuálně přenosných chorobách a také o prevenci těchto chorob.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ULCERATIVNÍ SEXUÁLNĚ PŘENOSNÉ NEMOCI

1.1 Vymezení pojmů sexuálně přenosné nemoci a infekce, obor venerologie

Pojmem sexuálně přenosné nemoci označujeme takové choroby, které se převážně přenášejí během pohlavního styku. Protože však původci těchto nemocí nemusí vždy vyvolat typické projevy, hovoříme tedy spíše o tzv. sexuálně přenosných infekcích. V praxi jsou používány zkratky STD (Sexually transmitted disease), to jsou sexuálně přenosné nemoci nebo nověji STI (Sexually transmitted infections), to jsou sexuálně přenosné infekce. (Resl et al., 2002, s. 117)

V dnešní době představují STI častý a rozšířený zdravotnický problém. Týkají se převážně mladých osob, sexuálně aktivních. U mužů je incidence pohlavních nemocí vyšší než u žen. STI nemusí však postihnout jen pohlavní orgány, ale mohou se projevit i v oblasti konečníku, očí a v dutině ústní. Důležité je, aby byli vyšetřeni a léčbě podrobeni všichni sexuální partneři ženy. (Slezáková et al., 2011, s. 49)

Výskyt STI je do značné míry ukazatelem morálních, sociálních a psychologických jevů. Je pro ně typické sdružování, vznik smíšených infekcí, jejichž rozdílnost se projevuje v délce inkubační doby, v klinickém obraze a každá nemoc také vyžaduje jinou terapii. U osob s STI je až 300x zvýšené riziko koincidence HIV infekce. (www.dermat.webnode.cz)

Syfilis, kapavka, měkký vřed, čtvrtá a pátá pohlavní nemoc spadají do kategorie klasických pohlavních nemocí, které se musí povinně hlásit. Pokud se diagnóza některé z těchto chorob potvrdí, musí být dotyčný poučen o své nemoci a také o zákazu dalšího pohlavního styku. Dále je nutné provést depistáž všech sexuálních kontaktů a odeslat povinné hlášení. Na základě toho jsou následně tito partneři vyšetřeni a zahajuje se u nich potřebná terapie. (Slezáková et al., 2011, s. 49)

Venerologie je medicínský obor zabývající se prevencí, studiem a terapií pohlavních chorob. Spojením oboru venerologie a dermatologie, která se zabývá studiem a terapií kožních chorob, vzniká lékařský obor dermatovenerologie. Tato disciplína se zabývá studiem a terapií kožních a také pohlavních chorob. Prvotním symptomem pohlavních nemocí bývají nejčastěji právě kožní projevy, proto byly výše uvedené obory sloučeny. (www.abecedalekaru.cz)

Velmi důležitá je spolupráce s dalšími obory, zejména s epidemiologií, urologií, gynekologií, mikrobiologií a patologií. Důraz je kladen na celoživotní vzdělávání lékařů i

sester. Každý pacient musí být informován o onemocnění a také o povinnostech, které s touto problematikou souvisí. (Passero, Sgariglia, 2010, s. 101)

1.2 Predispozice

Mimořádně významný je fakt, že 86% STI se vyskytuje u mladé skupiny osob ve věku mezi 15 až 29 lety. Existují určité rizikové skupiny pro nákazu těmito nemocemi. Patří k nim těhotné ženy, osoby s STI v anamnéze, osoby s větším počtem sexuálních partnerů, homosexuálové, alkoholici, narkomani a prostitutky. U jednoho jedince se může současně objevit více nálezů, je tudíž vždy důležité vyloučit přítomnost dalších STI. (Mlynček, 2010, s. 26)

V souvislosti s problematikou výskytu STI jsou známy rizikové faktory, které zvyšují možnost nákazy těmito nemocemi. Riziko vzniku infekce zvyšuje např. časný začátek pohlavního života, vysoká frekvence pohlavních styků, nedostatečná intimní hygiena, promiskuita nebo prostituce, absence bariérové antikoncepce, anální styk či poruchy imunity. (Slezáková et al., 2011, s. 49)

Sekundárně se na rozvoji STI mohou podílet i demografické faktory. Jedná se o věk, vzdělání a životní úroveň, sociální vlivy, rasu, náboženství a také dostupnost zdravotní péče. (Beneš, 2009, s. 572)

Existuje velké množství příčin vedoucích k nárůstu STI. Na prvním místě však bývá rizikové sexuální chování a postoj celé společnosti k sexualitě jako takové. Kromě výše uvedených příčin se v širším pojetí problematiky uvádí další souvislosti, které ovlivňují sexuální chování. Patří sem konzumace alkoholu a užívání návykových látek, nefunkční rodiny nebo také migrování osob. (Machová et al., 2009, s. 160)

1.3 Klasifikace sexuálně přenosných nemocí

1.3.1 Infekce šířené výhradně pohlavním stykem

Takové infekce považujeme za klasické pohlavní nemoci, které dle zákona podléhají povinnému hlášení. Do této skupiny chorob řadíme syfilis, kapavku, měkký vřed, čtvrtou a pátou pohlavní nemoc. (Kuklová In: Weiss, 2010, s. 579)

1.3.2 Infekce šířené převážně pohlavním stykem

K těmto chorobám patří chlamydiové infekce, vyvolané chlamydií trachomatis. Dále infekce vyvolané parazity nebo prvoky, také mykotické infekce a infekce virové,

k nimž patří např. herpes simplex virus vyvolávající opar zevního genitálu. (Kuklová In: Weiss, 2010, s. 581)

1.3.3 Klasifikace Centra pro kontrolu chorob

CDC klasifikuje STI dle převažujících příznaků na ulcerativní, které vedou k vředovým projevům na genitálu. Jedná se o HSV, syfilis, ulcus molle, lymphogranuloma venereum a granuloma inguinale. Další skupinu tvoří uretritidy a cervicitidy, kam jsou řazeny infekce způsobené chlamydiemi a také kapavka. Dále jsou to vulvovaginitidy, a to bakteriální vaginóza, vulvovaginální kandidóza a trichomoniáza. Jako poslední jsou uvedeny HPV infekce způsobující condylomata acuminata. (Velčevský, Kuklová, 2008, s. 123-124)

1.4 Ulcerativní sexuálně přenosné infekce

Termínem ulcus (vřed) označujeme ztrátu tkáně sliznice nebo kůže. Pojem chancre označuje vřed, který vytváří vstupní bránu infekce. Může také dojít k vředovatění horní části infiltrátu, v takovém případě hovoříme o exulceraci. Vyskytují se i typy vředů, které jsou kryty vegetacemi tvořenými bohatě prokrvenou tkání. (www.dermat.webnode.cz)

Vředové léze v oblasti genitálu představují jeden z typických příznaků pohlavních nemocí. V anglické literatuře bývá takový nález popisován jako samostatná klinická jednotka – genital ulcer disease (GUD). Epidemiologické studie prokazují souvislost mezi ulceracemi na genitálu a vyšším rizikem získání či přenosu infekce HIV. (Beneš, 2009, str. 572)

Hypotézu o vzájemné interakci HIV a STI potvrzuje mnoho studií. Zejména se jedná o ulcerativní a zánětlivé STI. U zánětlivých STI je riziko nákazy HIV až 5x vyšší, u ulcerativních STI minimálně 20x. (Kuklová In: Weiss, 2010, s. 579)

Důležitou úlohu ve stanovení správné diagnózy hraje diferenciální diagnostika. Genitální vředy způsobuje např. herpes simplex virus, ulcus molle či syfilis (ulcus durum). Méně často přichází v úvahu ještě lymphogranuloma venereum nebo granuloma inguinale (tzv. Donovanosis). Dále to mohou být nálezy jako ulcus mixtum, chancre redux či pseudochancre redux (tzv. gumma), balanitis erosiva, exulcerovaná condylomata acuminata, tuberculosis ulcerosa, pseudosclerosis, erythema induratum Bazin, sporotrichosis, scrophuloderma, actinomycosis, yaws (framboesia) a pinta. Ulcerace mohou být mimo jiné vyvolány rovněž některými typy tumorů (např. basaliom, spinaliom, melanom nebo histiocytosis X). Také se může jednat o arteficiální záněty způsobené např.

poškrábáním, akutní gangrénu penisu nebo ulcus vulvae acutum. Je však nutné taky myslet na Reiterův či Behcetův syndrom. (Snake, Resl, Hrubá, 2008, s. 1)

Geografická oblast a její populace jsou faktory, na kterých závisí etiologie a četnost GUD. Na evropském kontinentu se nejčastěji vyskytuje genitální herpes nebo syfilis. Další pohlavní nemoci, jako ulcus molle, lymphogranuloma venereum a donovanosis jsou typické především pro rozvojové oblasti. (Kuklová In: Weiss, 2010, s. 584)

2 PŘEHLED ULCERATIVNÍCH SEXUÁLNĚ PŘENOSNÝCH CHOROB

2.1 Syfilis

2.1.1 Etiologie a výskyt

Syfilis neboli příjice (též lues) je chronické infekční onemocnění, jehož původcem je spirocheta *Treponema pallidum* subsp. *pallidum*. Místem průniku spirochety do tkáně jsou nejen drobné eroze, ale také zdravá nepoškozená sliznice. Inkubační doba trvá průměrně 3 týdny a probíhá bez klinických příznaků. (Resl et al., 2002, s. 117-118)

Příjice se vyskytuje celosvětově, zejména u mladých osob sexuálně aktivních. Dále také u rizikových skupin obyvatelstva, zejména u prostitutek či narkomanů. (Göpfertová, Pazdiora, Dáňová, 2006, s. 232-233)

2.1.2 Přenos onemocnění

Nejčastějším způsobem přenosu je nechráněný pohlavní styk s infikovanou osobou. Statistiky uvádí, že tímto způsobem se přenáší kolem 90% hlášených případů. Zbýlých 10% tvoří transplacentární přenos v těhotenství nebo při náhodném kontaktu s lézí. Také existuje možnost přenosu kontaminovanými předměty, např. prostřednictvím jehly u intravenózních narkomanů. (Kuklová In: Weiss, 2010, s. 585-586)

2.1.3 Klinický obraz

Nemoc nepostihuje pouze pohlavní orgány, ale druhé a třetí stádium zanechává následky i na kůži, postihuje oči, muskuloskeletární, kardiovaskulární nebo centrální nervový systém. (Kuklová In: Weiss, 2010, s. 584)

Charakteristickým znakem primárního stádia je vznik vředu s tuhou spodinou, označovaného jako tzv. tvrdý vřed neboli *ulcus durum*. K jeho vzniku dochází kolem 3. týdne po infekci. Během následujících 8 týdnů se může vřed spontánně zahojit. (Roztočil et al., 2011, s. 199)

Ještě před vytvořením vředu se často objevuje makulopapula, která bývá přehlédnuta. Následně dochází k její exulceraci a vzniká tvrdý vřed. Jeho spodina je tuhá, lesklá růžovočervená s nepodminovanými okraji. (Kuklová In: Weiss, 2010, s. 586)

Tvrdý vřed je nebolestivý, stejně tak jako zvětšení místních lymfatických uzlin, které se označují pojmem indolentní bubo. *Ulcus durum* neboli chancre je spíše

kruhovitého tvaru s povleklou spodinou. Nesmíme zapomínat na to, že syfilitické ulcerace jsou vysoce infekční. (Resl, Procházka, 2012, s. 500-501)

2.1.4 Lokalizace

Z 90% převládá anogenitální lokalizace ulcerací, včetně endocervixu. Vředy mohou být patrné také v oblasti perinea či rekta, u mužů navíc i na bazi penisu. Zbylých 10% tvoří lokalizace extraanogenitální. Výskyt vředů závisí na místě kontaktu infikovaného genitálu s oblastí, kde je kůže nebo sliznice nějakým způsobem poškozena. Defekt se ve většině případů nachází v dutině ústní, konkrétně v oblasti rtů či na mandlích, vzácně se objevuje i jinde, např. na hrudníku, v podpaží, na prsní bradavce nebo na prstech. (Resl, Procházka, 2012, s. 500)

2.1.5 Terapie

Lékem první volby v léčbě příjice je penicilin podávaný parenterální cestou. Ještě však týden po vyléčení je nezbytné udržovat v krvi potřebnou koncentraci penicilinu. Komplikace léčby příjice, ke které může dojít, se nazývá Jarischova-Herxheimerova reakce. Vyvíjí se během 24 hodin od počátku léčby jako generalizovaná reakce na rozpadové produkty přítomných spirochet. Projeví se především u sekundárního stádia febriliemi s třesavkou, výraznějším exantémem, bolestmi hlavy a svalů, hypotenzí a tachykardií. (Kuklová In: Weiss, 2010, s. 592)

Této nepříjemné reakci se snažíme zabránit předlécením jodem nebo na počátku kúry celkově podanými kortikoidy. (Resl, 2003, s. 617)

Optimálním lékem je penicilin, neboť porušuje zevní membránu treponemat a ničí fázi jejich růstu. U časně syfilis se doporučuje dle WHO podávat Benzathin benzylpenicilin G, který udrží požadovanou hladinu po dobu 20 dní. Alternativními preparáty v případě alergických reakcí jsou Doxycyclin nebo Erythromycin. (Resl, 2003, s. 617)

2.1.6 Epidemiologie v České republice

Počet případů lues rapidně stoupl po skončení druhé světové války. V této době převyšovaly případy syfilis výskyt kapavky. Celkem bylo diagnostikováno kolem 18 000 pozitivních případů. Do roku 2001 počet nových případů trvale stoupal. Vzestup s největší pravděpodobností souvisel s otevřením hranic a se značně odlišnou ekonomickou situací, která rychle vedla k nárůstu prostituce. K mírnému poklesu případů došlo během let 2001-

2006. Avšak od roku 2007 byl opět zaznamenán vzestup o více než 300 nově hlášených případů. (Kuklová In: Weiss, 2010, s. 585)

2.1.7 Syfilis a gravidita

Každé těhotné ženě musí být v prenatalní poradně provedené sérologické vyšetření, a to dvakrát – v I. a poté ještě ve III. trimestru. U těhotných žen, které již mají léčenou syfilis v anamnéze, nebo u kterých se objeví pozitivní sérreakce, musí být zajištěna terapie v 1. a v 2. polovině těhotenství. (Čech et al., 2006, s. 319)

Každá těhotná, u které se objeví vřed na genitálu, by měla být podrobena vyšetření na genitální herpes a lues. Všechny ženy dispenzarizované pro syfilis musí svému dermatovenerologovi oznámit případnou graviditu. Zároveň mají také povinnost informovat o chorobě v prenatalní poradně svého gynekologa. (Čech et al., 2006, s. 319)

Terapie se odvíjí od stádia nemoci. Lékem první volby je penicilin. V případě alergie na tento preparát volíme léčbu pomocí makrolidů. Je však důležité, aby léčba v graviditě byla zahájena v co nejkratším časovém intervalu. Nejpozději by měla být zahájena do 20. týdne těhotenství. (Čech et al., 2006, s. 319)

Bezprostředně po porodu se novorozenci odebírá z pupečníku krev na screeninogové vyšetření BWR. (Čech et al., 2006, s. 164)

Syfilis je pro plod výrazným rizikem. Infekce může plod postihnout ve všech stádiích nemoci, zrovna tak i v kterémkoli stupni gravidity. Poškození plodu je vážnější, čím dříve se v graviditě infekce objeví. V případě těžké syfilitické infekce dochází k potratu, intrauterinnímu úmrtí plodu nebo se infekce projeví u novorozence jako kongenitální syfilis. (Čech et al., 2006, s. 318)

Průkaz spirochet v plodu je možný již od 10. až 12. týdne těhotenství. Histologicky patrný nález bývá mezi 16. až 18. týdnem. Při nákaze ženy v první polovině gravidity je nakažen plod vždy, v 6. až 8. měsíci to není pravidlem a nákaza v posledních 6 týdnech těhotenství se většinou na plod nepřenesou. (Resl, 2003, s. 617)

2.1.8 Kongenitální syfilis u novorozence

Časná infekce: Pokud se novorozenec narodí se známkami nemoci nebo pokud se u něj objeví během 2 let života, mluvíme o tzv. časně kongenitální infekci. Po porodu se u novorozence mohou objevit různé následky infekce, např. hepatitida, lymfadenopatie, hepatosplenomegalie, postižení sliznic, laryngitida, pneumonie nebo aktivní neurosyfilida. (Čech et al., 2006, s. 319)

Lebka novorozence je deformovaná, označovaná jako caput quadratum s typickým nápadně vyklenutým čelem – tzv. olympské čelo. Na rozhraní epifýz a diafýz jsou kosti postiženy, což se projeví Parrotovou pseudoparalýzou. Ta je charakteristická výraznou bolestivostí, proto ji novorozenec zpravidla nechává bezvládně ležet. (Jirásková, 2003, s. 207-208)

Novorozenec bývá zpravidla atrofický a také anemický. Na kůži jsou patrné exantémy, připomínající druhé stádium syfilis u dospělých infikovaných osob. Sípavý až nehlasný křik novorozence je způsoben postižením hlasivek. V oblasti dlaní, chodidel, análního otvoru a úst jsou výrazné infiltráty. Kůže je v těchto místech hladká, mírně zduřelá, lesklá a zbarvená do fialova až do hněda. Infiltráty v oblasti chodidel jsou označovány pojmem lakové patičky. Později dochází v okolí úst ke vzniku hlubokých radiálních rýh, označovaných jako Parrotovy jizvy. K dalším typickým příznakům patří pemphigus syphiliticus a psoriasis palmaris et plantaris syphilitica. (Jirásková, 2003, s. 206-207)

Kromě kožních projevů jsou také typické projevy na sliznici. Častá je především syfilitická rhinitida (tzv. coryza syphilitica), serózní někdy však až hemoragická. Sekret je vysoce nakažlivý. (Resl, 2003, s. 617)

Pozdní infekce: V případě, že se symptomatologie objeví po 2. roce života, jedná se o tzv. pozdní kongenitální syfilis. Ta se projeví třemi symptomy, označovanými jako Hutchinsonova trias. Tato triáda zahrnuje zánět rohovky, hluchotu a Hutchinsonovy soudkovité řezáky. (Čech et al., 2006, s. 319)

Maximum změn a projevů infekce můžeme pozorovat v období puberty. Kromě výše uvedené triády je syfilis tarda charakterizovaná změnami kostí. Vlivem destrukce kostí se tvoří tzv. sedlovitý nos. Deformace či perforace tvrdého patra je poměrně častá. Pokud je patro pouze deformované, hovoříme o tzv. gotickém patře, které se klene do výšky. Typické jsou v neposlední řadě také tzv. šavlovité tibie, jejichž konvexní strana směřuje dopředu. (Jirásková, 2003, s. 207-208)

2.2 Ulcus molle

2.2.1 Etiologie a výskyt

Choroba je také známá jako měkký vřed neboli chancroid. Měkký vřed je venerické onemocnění, jehož původcem je *Haemophilus ducreyi* vyskytující se zejména v subtropických a tropických oblastech. Postihuje častěji muže, ženy jsou spíše nosičkami tohoto onemocnění. (Resl et al., 2002, s. 127)

Stejně jako další ulcerativní onemocnění genitálu může i měkký vřed urychlit přenos HIV infekce díky porušené epiteliální bariéře a také kvůli hromadění CD4+ T-lymfocytů, které jsou k infekci HIV vnímavé. (Kuklová In: Weiss, 2010, s. 595)

2.2.2 Způsob přenosu

Nejčastěji se *ulcus molle* přenáší při pohlavním styku. V subtropických a tropických oblastech, kde se vyskytuje, je spojován s chudobou a tudíž i nízkou úrovní osobní hygieny. Přenos z infikovaného muže na zdravou ženu je při jednom pohlavním styku 63%. (Kuklová In: Weiss, 2010, s. 595-596)

2.2.3 Klinický obraz a průběh onemocnění

Po uplynutí inkubační doby, která trvá přibližně 4-10 dní, se vytváří léze v podobě erytematózní papuly. Papula se během následujících 2 dnů změní v pustulu a ta posléze exulceruje, což vede ke vzniku bolestivého vředu. Okraje vředu nebývají pravidelné, spodina není indurovaná, čímž se vřed odlišuje od *ulcus durum*, typického pro lues. (Kuklová In: Weiss, 2010, s. 596)

Během následujícího týdne, někdy dvou, od vzniku infekce dochází k bolestivé spádové lymfadenitidě. V 50% může dojít k perforaci a následnému vzniku píštělí s krvavým obsahem. (Štork et al., 2008, s. 443)

8 až 10x častěji postihuje měkký vřed muže. Projeví se u nich solitárním vředem. U žen se objevují povleklé ulcerace, které jsou pro ně velmi bolestivé. (Resl, Procházka, 2012, s. 502)

V případech, že je *ulcus molle* provázen současnou infekcí způsobenou *Treponema pallidum*, vzniká zvláštní klinická jednotka zvaná *ulcus mixtum*. Tato léze má zpočátku charakter *ulcus molle* a kolem 8. až 10. dne se okraje vyrovnávají a spodina se infiltruje. (Snake, Resl, Hrubá, 2008, s. 3)

2.2.4 Terapie

Měkký vřed ustoupí spontánně i bez terapie. V dnešní době se však v léčbě onemocnění užívají ATB. Zároveň nezapomínáme ani na symptomatickou léčbu, např. přikládání vlhkých obkladů. Aspirací postižených mízních uzlin předcházíme jejich perforaci. (Roztočil et al., 2011, s. 200)

2.3 Chlamydiové infekce

Nejčastěji sexuálně přenosnou bakterií je právě *Chlamydia trachomatis*. Protože se jedná o chorobu přenášenou pohlavním stykem, je nutné zajistit terapii nemocné ženě, ale

samozřejmě také všem jejím sexuálním partnerům. Pokud tomu tak není, i sebelepší a cílená léčba ženy není dostačující. Chlamydiové infekce i po vyléčení mohou zanechávat různé následky, např. srůsty, poškození vejcovodů s následnou sterilitou, chronický pánevní zánět či mimoděložní těhotenství. (Kobilková et al., 2005, s. 104-105)

Na základě nového předpisu je nutné hlásit a sledovat chlamydiové infekce. Jedná se o předpis č.275/2010 Sb. částka 103, str. 4045 a 4046 O systému epidemiologické bdělosti infekcí *Chlamydia trachomatis*. V případě, že je infekce chlamydiemi diagnostikována, musí být vyplněna a odeslána příslušná hlášenka, která slouží k hlášení ostatních infekčních nemocí. Pacient je léčen a po 6 týdnech se provede kontrolní vyšetření. Zároveň by mělo být ještě zajištěno další vyšetření na jiné případné STI. Během následujících 3 měsíců je pacient dispenzarizován. Po uplynutí této doby se opakuje kontrolní vyšetření a při jeho negativitě může být dotyčný vyřazen z evidence. (Resl, Kuklová, 2013, s. 306)

2.4 Lymphogranuloma venereum

Venerický lymfogranulom je sexuálně přenosná choroba vyvolaná chlamydiemi, konkrétně *Chlamydií trachomatis*, sérotypy L1, L2, L3. Na počátku onemocnění vznikají ulcerativní léze v oblasti genitálu, dále pokračuje lymfadenopatií inguinálních uzlin a v konečné fázi dochází k destruktivnímu zánětu a zjizvení anogenitální krajiny. (Göpfertová, Pazdiora, Dáňová, 2006, s. 235)

Dříve se lymfogranulom objevoval jen v tropických a subtropických oblastech, ale v současné době jsou však známy i případy na území Evropy, a to v Rakousku a Německu. V ČR bylo v roce 2012 hlášeno celkem již 14 případů. (Resl, Procházka, 2012, s. 502)

2.4.1 Průběh onemocnění

I. stádium: V tomto stádiu se po skončení inkubační doby začíná objevovat primární léze. Tou je papula přecházející do papulovezikuly, která později exulceruje a vytvoří se vřed. Primární léze se u muže objevuje na glans penis, prepuciu nebo také v přední části močové trubice. U ženy se jedná především o vulvu, vaginu, cervix. Bez ohledu na pohlaví jsou dalším místem rektum a vzácně ještě orofaryng. (Kuklová In: Weiss, 2010, s. 597)

Charakteristickými lézemi jsou drobné vřídky, které se hojí rychle. Vředy vzniklé v oblasti ústí močové trubice způsobují u pacientů dysurické potíže. (Resl, Procházka, 2012, s. 502)

II. stádium: Během druhého stádia dochází v důsledku zánětlivě změněných uzlin k jejich perforaci a následnému vytvoření píštělí. U žen většinou toto stádium probíhá asymptomaticky. (Kobilková et al., 2005, str. 105)

Z důvodu proběhlé perforace proniká hnisavý obsah do vytvořených píštělí. Často se k projevům na genitálu ještě přidávají příznaky celkové, např. slabost, horečky s třesavkou, bolest hlavy a kloubů, nauzea až zvracení. (Resl, Procházka, 2012, s. 502)

Průběh stádia může být zkomplikován hepatosplenomegalií, konjunktivitidou, meningoencefalitidou nebo bolestmi kloubů. (Kuklová In: Weiss, 2010, s. 597)

III. stádium: Nastává tedy, není-li onemocnění léčeno. Charakteristické je destruktivním zánětem jak genitálií, tak i konečníku s následným jizvením. Tento stav označujeme pojmem anogenitální syndrom. Z důvodu asymptomatického průběhu předchozího stádia dochází k tomu poslednímu u žen poměrně často. (Kobilková et al., 2005, s. 105-106)

V posledním stádiu se objevují deformity, které jsou příčinou vzniku striktur v oblasti genitální, případně i anální. Celý stav komplikují abscesy. U mužů dochází ke změnám penisu, který je označován jako saxofonový penis, u žen k edému až elefantiáze zevních rodidel. (Resl, Procházka, 2012, s. 502)

2.4.2 Komplikace onemocnění

V subtropech a tropech představuje LGV nejčastější příčinu sterility u mužů i žen. Onemocnění je dále komplikované vznikem striktur a fibróz v oblasti genitálu či rekta. Dále se objevuje elefantiáza zevního genitálu, klitorisu, labií, skrota a penisu. Nejzávažnější stav, ke kterému může v důsledku infekce LGV dojít, je rozvoj proktokolitidy s vytvořením perianálních a perirektálních píštělí. Často se také jedná o infekci s dalšími STI. (Kuklová In: Weiss, 2010, s. 596)

2.4.3 Terapie

Kromě symptomatické léčby se také uplatňuje celkové podávání ATB, a to nejméně po tři týdny. Mízní uzliny, které vlivem infekce zhnisaly, vyžadují provedení punkce. V případě, že došlo k vytvoření rektálních píštělí či striktur, přistupujeme k chirurgickému řešení. (Roztočil et al., 2011, s. 200)

2.4.4 Chlamydia trachomatis a těhotenství

Komplikacemi infekce způsobené chlamydiemi bývají dosti často sterilita nebo mimoděložní těhotenství. Pokud žena otěhotní, může těhotenství skončit samovolným

potratem. Gravidní žena s chlamydiovou infekcí je více ohrožena předčasným porodem nebo rozvojem poporodního zánětu pánve. U novorozence se může objevit pneumonie. (www.szu.cz)

2.5 Granuloma inguinale

Choroba je též známá pod názvem donovanosis. Jedná se o chronické onemocnění, které není příliš infekční. Častěji postihuje muže, a to 10krát častěji než ženy. Projeví se nebolestivými vředy, které však snadno krváčí. Projevit se může také granulomatózní vegetací. Vřed nemá tendenci spontánně se zahojit. Léze bývají lokalizovány na genitáliích, v oblasti perinea či třísel. Může se však dále rozšířit na stehna a břicho, u mužů ještě na skrotum a u žen až na cervix. Vzácná je lokalizace v okolí dutiny ústní. (Kuklová In: Weiss, 2010, s. 597-598)

2.5.1 Etiologie a výskyt

Původcem je gramnegativní nepohyblivá a drobná tyčinka *Klebsiella granulomatis*, dříve *Calymmatobacterium granulomatis*. Její kultivace je velmi obtížná. Nemoc je rozšířená téměř výhradně v subtropických a tropických oblastech, příkladem je Karibik, Nová Guinea, jižní Amerika i Afrika, Indie, Vietnam atd. V uvedených zemích tvoří 10% všech genitoulcerativních onemocnění. 70% infekcí se týká věkové skupiny v rozmezí 20-40 let, přičemž vrchol incidence je kolem 30 let. (Kuklová In: Weiss, 2010, s. 597-598)

2.5.2 Způsob přenosu

Vzhledem k tomu, že donovanosis není vysoce infekční, je nakažlivost touto chorobou poměrně nízká. Možný je přenos během pohlavního styku, avšak tento způsob není jednoznačně potvrzen ani vyvrácen. Svědčí pro něj lokalizace lézí v oblasti genitálu a také častá přítomnost s jinými STI. Zároveň se ale zaznamenala nízká incidence u prostitutek a také sexuálních kontaktů nakažených osob. (Kuklová In: Weiss, 2010, s. 597)

2.5.3 Klinický obraz a průběh onemocnění

Inkubační doba trvá průměrně 8-12 týdnů. Existují různé formy donovanosis, od ulcerogranulomatózní a hypertrofické až po nekrotickou a jizvící. Nejčastější variantou je donovanosis ulcerogranulomatózní. Během ní dochází ke vzniku svědivé pustule, někdy i více pustul. Ty se zvětšují, rozpadají se v eroze a následně všechny splývají. Eroze se promění v ulcerózní ložiska s jasně červeným granulomatózním povrchem. Na dotek léze nejsou bolestivé, ale snadno dochází ke krvácení. U formy hypertrofické připomíná vřed svým vzhledem a nepravidelnými okraji květák. Vlivem bakteriální infekce vzniká

zapáchající exudát, tkáň je destruovaná a dochází k nekróze. Forma jizvící v současné době není příliš častá a dochází k ní v případech, že není zahájena terapie. Potom se projeví fibrózou a zjizvenou tkání. Dalším projevem nemoci je obstrukce lymfatických cest, která vede k pseudoelefantiáze skrota, penisu či labií. Výjimkou není koinfekce s jinými STI, např. kapavkou, příjící, měkkým vředem nebo venerickým lymfogranulomem. (Kuklová In: Weiss, 2010, s. 598)

2.5.4 Terapie

Doporučuje se systémová terapie, která spočívá v užívání tetracyklinu nebo erytromycinu zhruba 2-3 týdny. Chirurgicky se odstraňují vegetující ložiska. Vhodná je též lokální léčba v podobě obkladů s dezinfekčními prostředky. (Kuklová In: Weiss, 2010, s. 598)

2.6 Herpes genitalis

2.6.1 Etiologie

Nejčastější příčinou ulcerací v oblasti zevního genitálu bývá genitální opar. Jeho původcem je herpes simplex virus (HSV), a to především typ 2 (HSV-2). Nemoc se přenáší pohlavním, orálním či análním stykem. (Resl, Procházka, 2012, s. 502)

Dřívějším předpokladem bylo, že genitální opar je vyvolán HSV-2 a HSV-1 způsobuje opar na rtech, případně v dutině ústní. Bylo však prokázáno, že jak labiální, tak i genitální opar může být vyvolán HSV-1 i HSV-2. Dokonce až 30% genitálních oparů je způsobeno HSV-1. (Kuklová In: Weiss, 2010, s. 593)

Po prodělaném onemocnění, ať je již způsobené HSV-1 či HSV-2, mohou viry v ženském těle zůstat v latentním stádiu po celý život. Při snížené obranyschopnosti se mohou opět aktivovat. (Kobilková et al., 2005, s. 91)

Možnost recidiv může vést k sexuálním dysfunkcím u infikovaných osob. Zároveň je také HSV rizikovým faktorem pro získání HIV. V opačném případě, je-li osoba nakažena HIV, dochází k imunosupresi, která napomáhá reaktivaci genitálního oparu. (Kuklová In: Weiss, 2010, s. 593)

2.6.2 Klinický obraz

Primární infekci charakterizují symetrická systémová ložiska s následným výsevem puchýřků, obvykle kolem 3. až 6. dne od rizikového pohlavního styku. Puchýřky postupně perforují a dávají vznik bolestivým erozím a ulceracím. Pacient subjektivně udává bolest,

objektivně jsou patrné mnohočetné léze spolu s oboustrannou inguinální lymfadenopatií. (Resl, Procházka, 2012, s. 502)

Klinický obraz genitálního herpesu tvoří symptomy jako fluor, bolestivé léze, pruritus a regionální lymfadenitida. Soubor těchto příznaků je důležitý ke stanovení správné diagnózy. Dále se v diagnostice HSV uplatňuje cytologické vyšetření a sérologické testy. (Slezáková et al., 2011, s. 46)

Klinické příznaky mohou být výrazné, ale genitální herpes může v některých případech probíhat asymptomaticky. Primární vznik infekce se objevuje tehdy, chybí-li protilátky proti HSV-1 či HSV-2. Infekce, která vznikla na základě reaktivace viru v latentním stádiu, se nazývá rekurentní. (Kobilková et al., 2005, s. 92)

Primární herpetická infekce: U většiny žen, u kterých dojde k primární nákaze, se objevují celkové příznaky. Nejčastěji to jsou bolesti hlavy, svalů, zad a dále také zvýšená tělesná teplota. Svědění, zarudnutí a bolest jsou prodromální symptomy, objevující se ještě před výsevem lézí. Po uplynutí inkubační doby, která trvá 2-7 dní, se nákaza projeví vyrážkou na genitáliích. K ní se přidávají bolestivé puchýřky, přičemž se ještě během dalších 4-10 dní tvoří stále nové. O několik dní později všechny vzniklé léze splývají, puchýřky praskají a vznikají vřidky. Někdy může dojít až k jejich nekróze. Zhruba po třech týdnech od vytvoření vyrážky dojde k vyhojení lézí. (Kobilková et al., 2005, s. 92)

Rekurentní herpetická infekce: Průběh infekce, která recidivuje je mnohem mírnější než je tomu u primární nákazy. Průběh i frekvence recidivující nákazy se u jednotlivých žen liší. U poloviny žen opětovné propuknutí infekce vyvolává specifický faktor. Tím často bývá menstruace, porucha imunity, lokální trauma, stres nebo nadměrné slunění. (Kobilková et al., 2005, s. 92)

Dalšími vyvolávajícími faktory bývají infekce, fyzická zátěž nebo pohlavní styk s infikovaným partnerem. Recidivující genitální opar je lokalizován zpravidla ve stejném místě jako primární nákaza. U recidivujícího herpesu pociťuje nemocný bolest ještě před samotným výsevem lézí. Přibližně dvě třetiny pacientů uvádí během roku 2 a více se opakujících oparů a zbylá třetina udává dokonce více než 6 recidiv ročně. (Resl, Procházka, 2012, s. 502)

2.6.3 Lokalizace

U žen bývá genitální herpes lokalizován zejména na labiích či v poševním introitu. Často se také objevuje v oblasti perinea a hýždí. Genitální herpes u mužů postihuje praeputium a glans penis. (Resl, Procházka, 2012, s. 502)

Dalšími místy puchýřků jsou vulva, oblast mons pubis, pochva a děložní hrdlo, u mužů ještě tělo penisu. Pokud výsev puchýřků zasáhne až do močové trubice, trápí ženu bolestivé močení. (Kuklová In: Weiss, 2010, s. 594)

2.6.4 Terapie

V léčbě se využívá aplikace antivirotik, především Acicloviru. Je však důležité vědět, jedná-li se o primoinfekci nebo její recidivu. Pokud infekce probíhá mírně, podávají se antivirotika perorálně. V případě těžšího průběhu se přistupuje k nitrožilní aplikaci. (Kobilková et al., 2005, s. 93)

Doporučuje se terapie obou partnerů. Terapii je důležité zahájit co nejdříve, ideálně během 3 dnů od vzniku infekce. Lokální aplikace virostatik by měla proběhnout v období prodromálních příznaků po dobu 3-5 dnů. K celkovému podání virostatik přistupujeme v případě těžšího průběhu nebo u pacienta, jehož obranyschopnost je snížena. (Kuklová In: Weiss, 2010, s. 595)

Při recidivě onemocnění se přistupuje ke kontinuální léčbě též Aciclovirem, avšak po dobu 6 měsíců. Zároveň je vhodná lokální aplikace antiseptických přípravků. (Resl, Procházka, 2012, s. 502)

2.6.5 Genitální herpes ve vztahu k těhotenství

Screening na přítomnost protilátek není rutinně těhotným ženám doporučován. V případě akutního primárního výsevu v graviditě nebo v předporodní období se provádí přímý průkaz viru a také odběr krve na průkaz specifických protilátek. U žen s výsevem ve III. trimestru je doporučován porod císařským řezem, ve snaze zabránit přenosu viru na novorozence. Samozřejmostí je informování pediatra, který musí následně zahájit léčbu novorozence. Rekurentní infekce v anamnéze není indikací k porodu císařským řezem. (Záhumenský, Mašata, 2013, s. 50)

Onemocnění herpetickým virem představuje pro těhotenství závažný stav. Závažná je zejména možnost přenosu viru na plod během porodu. Transplacentární přenos infekce na plod je vzácný. Následky u plodu bývají fatální, infekce postihuje plíce a CNS. Herpetická infekce těhotenství výrazně komplikuje. Těhotenství může skončit spontánním potratem nebo předčasným porodem, také může dojít k intrauterinní růstové retardaci plodu. V neposlední řadě hrozí kongenitální či neonatální herpes, který je ze všech uvedených komplikací nejzávažnější. V tomto případě dosahuje úmrtnost novorozenců až 70%. Mortalitu snižuje rychlé aplikování Acicloviru. (Kobilková et al., 2005, s. 93)

3 LEGISLATIVA A HLÁŠENÍ POHLAVNÍCH CHOROB

Povinnému hlášení podléhá 5 klasických pohlavních nemocí (viz kapitola 1.1). S tím souvisí evidence všech infikovaných osob, jejich edukace, depistážní a dispenzární péče. Evidence a dispenzarizace spadá do kompetencí dermatovenerologů. Ti však musí splňovat potřebné pregraduální a postgraduální požadavky pro diagnostiku a léčbu venerologických chorob. (Kuklová In: Weiss, 2010, s. 582)

3.1 Povinné hlášení

V případě infekce musí být vyplněn formulář o hlášení pohlavní nemoci. Tuto povinnost má lékař, který chorobu diagnostikoval. Součástí tohoto formuláře je také epidemiologické hlášení osob, které jsou infekcí ohroženy nebo mohou být zdrojem nemoci. I laboratoř zajišťující diagnostiku je povinná pozitivní nález hlásit. Povinnost pacientů spočívá v absolvování terapie, podrobit se všem nezbytným vyšetřením a dodržovat veškerá doporučená opatření. Ohrožení infekcí jiné osoby je hodnoceno jako trestný čin. (Kuklová In: Weiss, 2010, s. 583)

3.2 Povinnosti pohlavně nemocného

Nemocný je povinen podrobit se vyšetření, léčbě i kontrolám a dodržovat všechny pokyny lékařů. Nákazou nesmí ohrozit zdraví jiných osob. Pokud je tento příkaz porušen, považuje se za trestný čin. Pokud je nakaženému znám zdroj nákazy, má povinnost ho uvést. (Jirásková, 2003, s. 220)

3.3 Statistika v České republice za rok 2012

Zpravodajskou jednotkou je zpravidla dermatovenerologické pracoviště, které provedlo diagnostiku STI. Každé hlášení je zaznamenáno do Registru pohlavních nemocí prostřednictvím Krajských hygienických stanic. Ministerstvo zdravotnictví ČR spravuje RPN a prostřednictvím orgánů na ochranu veřejného zdraví také zajišťuje a kontroluje naplnění zákona č. 258/2000 Sb. O ochraně veřejného zdraví a vyhlášky MZ ČR č. 306/2012 Sb. O podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění. (ÚZIS, 2013, s. 7)

RPN evidoval za rok 2012 celkem 1 856 hlášení. Z tohoto počtu se 696 případů týkalo nemoci syfilis. Dále bylo nahlášeno 9 případů onemocnění lymphogranuloma venereum. Výskyt venerického lymphogranulomu na území ČR byl tak zaznamenán již

třetím rokem a ve srovnání s rokem minulým bylo hlášeno a 3 případy více. V roce 2012 opětovně nebyl hlášen žádný případ měkkého vředu. (ÚZIS, 2013, s. 9)

Z celkového počtu případů syfilis bylo téměř 90% případů zjištěno u pacienta poprvé. Převažující počet případů tohoto onemocnění byl zjištěn náhodně. V 60 případech syfilis u žen byla nákaza zjištěna během těhotenství a vrozená syfilis u novorozence byla zaznamenána u 2 případů. Meziroční pokles počtu případů syfilis byl nejvíce patrný v Plzeňském kraji. Současná infekce s jinými STI byla hlášena celkem ve 332 případech, přičemž 227 případů tvořila kapavka, 98 syfilis a 7 dokonce lymphogranuloma venereum. (ÚZIS, 2013, s. 10)

3.4 Vybrané zákony a vyhlášky

<i>Zákon č.20 /1966 Sb.</i>	Péče o zdraví lidu
<i>Zákon č. 225/1996 Sb.</i>	O způsobu hlášení pohlavních chorob
<i>Zákon č. 258/2000 Sb.</i>	O ochraně veřejného zdraví
<i>Vyhláška č. 440/2000 Sb.</i>	Upravuje podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění
<i>Vyhláška 91/ 1984 Sb.</i>	Opatření proti přenosným nemocem
<i>Vyhláška č. 386/2007 Sb.</i>	Stanovuje nemoci, u kterých je zapotřebí dispenzární péče
<i>Vyhláška č. 473/2008 Sb.</i>	O epidemiologické bdělosti vybraných infekcí

Vyhláška č. 386/2007 Sb. stanovuje všechny choroby, u kterých je nutné poskytnout dispenzární péči. Dále určuje časové rozmezí jednotlivých dispenzárních prohlídek. Dispenzární péče je v současné době svěřena do rukou praktického lékaře. Dispenzarizace patřící do péče dermatovenerologa zahrnuje syfilis, kapavku a také chlamydiové infekce přenášené pohlavním stykem. Vzhledem k **zákonu č. 258/2000 Sb.** a **vyhlášky č. 195/2005 Sb.** je povinné provést screeningové vyšetření u klinických pacientů, gravidních žen a také u novorozenců, a to kombinací netreponemového a treponemového testu. Kontrolní sérologické vyšetření po proběhlé terapii se provádí za 3, 6, 12 a 24 měsíců. Dále pak v pětiletých intervalech, při potížích a v průběhu gravidity dle potřeby. (Resl, Kuklová, 2013, s. 135-142)

3.5 Dispenzarizace a depistáž

Nezbytnou součástí kontrolního programu je sledování všech sexuálních partnerů. Taková kontrola vyžaduje takt, citlivost a komunikační dovednosti ze strany zdravotnického personálu. Těmto kontaktům je doporučeno navštívit lékaře. Cílem je chránit zdraví jednotlivců i řízení nemoci v celé komunitě. (Passero, Sgariglia, 2010, s. 106)

3.5.1 Dispenzární péče a vyřazení z evidence

Všechny infikované osoby po terapii podléhají dispenzarizaci. První testy se provádí měsíc po léčbě a další před vyřazením z evidence. Screeningové testy, VDRL a TPHA, se provádí dle následujícího schématu: během prvního roka 1krát za dva měsíce v prvním pololetí, ve druhém pololetí pak 1krát za tři měsíce a druhý rok 1krát za šest měsíců. Po uplynutí těchto dvou let a při negativním klinickém vyšetření je možné dotyčného z evidence vyřadit. Klinické vyšetření provádí interní a oční lékař, dále neurolog a psychiatr. Negativní musí být též sérologické treponemové i netreponemové testy a vyšetření mozkomíšního moku. Vyjde-li nějaký test či jiné vyšetření pozitivně nebo chybí-li vyšetření mozkomíšního moku, nemůže být dotyčný z evidence vyřazen. Dispenzarizace tudíž pokračuje, a to do věku 65 let. Testy se opakují v rámci pětiletých intervalů po dobu 20 let. Osoby v terciálním stádiu syfilis nebo s lues congenita vyřazování z evidence nejsou. (Kuklová In: Weiss, 2010, s. 592)

3.5.2 Depistážní péče

Depistážní péče představuje rychlý, kvalifikovaný, odborný a v neposlední řadě také individuální přístup ke každému nemocnému jedinci. Depistáž by měla být poskytována i v terénu. Činnost je vysoce specializována a z tohoto důvodu je zapotřebí obsazení pracovníky se speciálním školením. (Resl et al., 2002, s. 135)

Součástí terapeutických opatření je právě depistáž. Je zaměřena na vyhledání a zjišťování kontaktů v době než infekce vypukla. U primárního stádia syfilis tato doba odpovídá zhruba 3 měsícům, u sekundárního stádia je to 8-12 měsíců a u latentní formy 2 roky. (Kuklová In: Weiss, 2010, s. 592)

3.5.3 Zjišťování kontaktů a zdrojů infekce

Je nutné systematické vyhledávání všech kontaktů a možných zdrojů u osob s potvrzenou pohlavní nemocí. Samozřejmě za předpokladu lékařského tajemství, zachování etiky a lidských práv. Na testování a případnou terapii jsou zvány všechny

osoby potenciálně ohroženy. Cílem těchto postupů je včasné přerušení dalšího šíření, což hraje v prevenci STD významnou roli. Důležité je současné sbírání statistických údajů a vyhledání co nejvíce ohrožených osob. (Kuklová In: Weiss, 2010, s. 583)

U infekcí pozdě diagnostikovaných nebo u terciárního stádia je zdroj zpravidla neznámý. Z tohoto důvodu se depistáž zaměřuje na osoby ohrožené rozvojem infekce. (Štork et al., 2008, s. 442)

3.5.4 Hlavní povinnosti depistážních sester

K základním povinnostem depistážní sestry patří epidemiologické zjištění zdrojů, kontaktů a také ohrožených osob a případně i návštěvy nemocných. Depistážní sestra musí také kontrolovat úplné hlášení v daném regionu. Dále eviduje nově nemocné osoby, sbírá statistické údaje, které následně předává statistickému oddělení. Samozřejmostí je spolupráce s dalšími obory, jako je epidemiologie, urologie, porodnictví a gynekologie, mikrobiologie, transfuzní stanice a patologie. Důležitá je také spolupráce s dalšími venerologickými pracovišti v rámci celé ČR. Dále provádí dispenzarizaci osob a registruje případné změny pobytu. (Resl et al., 2002, s. 135)

4 PREVENCE

Základním prvkem v prevenci pohlavních nemocí je sexuální výchova, která by měla poskytnout informace o sexuálně přenosných chorobách a možnostech přenosu a šíření infekce. Nesmí chybět edukace v oblasti hygieny a hygienických opatřeních spojených s provozováním análního styku. Také je nutno informovat o rizikovém pohlavním styku a nevhodných sexuálních praktikách. Na základě těchto informací je důležité takováto opatření dodržovat a dbát na osobní hygienu. K dalším preventivním radíme mimo jiné kontrolu rizikových osob, převážně narkomanů a prostitutek. U gravidních žen se provádí screening na lues a u novorozenců ještě kredeizace očí. V rámci transfuze a transplantace orgánů se provádí také screening všech dárců orgánů a krve. (Slezáková et al., 2011, s. 51)

4.1 Sexuální zdraví

Protože se klasické pohlavní nemoci přenáší pohlavním stykem, je v oblasti prevence důležité sexuální chování. Rizikový je pohlavní styk s náhodným neznámým partnerem bez použití bariérové ochrany, která výrazně snižuje riziko nákazy STI. Takový styk bývá často ovlivněn působením alkoholu či drog. Předčasné zahájení sexuálního života je také značným rizikovým faktorem, a to zvláště u dívek. Sliznice pohlavních orgánů nejsou ještě zcela zralé a z toho důvodu dochází častěji k jejich zranitelnosti a získání infekce. V důsledku časného pohlavního života dochází k častému střídání sexuálních partnerů, což opět zvyšuje incidenci STI. (Machová et al., 2009, s. 159)

4.1.1 Pohlavní hygiena

Z hygienických důvodů se doporučuje omytí pohlavních orgánů před pohlavním stykem. V určitých obdobích či situacích není pohlavní styk doporučován. Jedná se o menstruaci nebo pooperační krvácení, při fluoru a zánětech rodidel. V období šestinedělí by žena také měla být bez pohlavního styku a v případě rizikové gravidity, která je ohrožená jejím předčasným ukončením, se pohlavní styk zakazuje. Promiskuita či pohlavní styk s neznámým mužem zvyšují riziko získání STI. (Kobilková, 2005, s. 163)

4.2 Ochranné pomůcky

4.2.1 Prezervativ

Prezervativ představuje hygienické opatření a poskytuje tedy do jisté míry ochranu před sexuálně přenosnými chorobami. Individuální ochrana je jen částečná, alespoň to

dokazují výsledky různých studií. Pohlavní styk s partnerem, který je infikovaný, je rizikový i s použitím prezervativu. (Čepický, Fanta, 2011, s. 46-47)

O používání prezervativu by měly být informovány již děti na základních školách. V prevenci STD, včetně HIV je tato pomůcka velice účinná. Také snižuje riziko nákazy HSV. Nejčastěji je používán v populaci latexový prezervativ, ale v případě alergie na tuto látku je možný výběr z jiného syntetického materiálu, který poskytuje ochranu ve stejné míře. Je důležité poučení o správném používání, neboť příčinou selhání prezervativu bývá právě špatná manipulace s ním. Kondomy obsahující mikrobicidní látku nonoxynol-9 mohou zvýšit riziko přenosu HIV. Zmíněná látka mimo jiné narušuje sliznici urogenitálního systému. (Kuklová In: Weiss, 2010, s. 581)

4.2.2 Ženský prezervativ

Ženský kondom, zvaný femidom, připomíná pánský kondom. Na rozdíl od něj, je však větší a delší. Na obou jeho koncích jsou flexibilní kroužky, přičemž jeden se zavádí do pochvy na děložní čípek a zevní zůstává na zevních rodidlech. Celá stěna pochvy je tudíž kryta membránou femodimu. Femidom je navíc opatřen lubrikační látkou. (Čepický, Fanta, 2011, s. 45)

Pomůcka je účinná ve smyslu mechanické bariéry bránící průniku virů, včetně HIV. Není však provedeno dostatečné množství studií, které by dokládaly účinnost v prevenci STD. Využívá se v případě, že z nějakého důvodu není možné správné použití kondomu mužského. (Kuklová In: Weiss, 2010, s. 582)

4.2.3 Lubrikační gel

Vhodné je upřednostňování lubrikačních přípravků na vodní bázi než na bázi olejové, která může porušit latexový prezervativ. Brání drobným poraněním poševní/anální sliznice a snižuje riziko sexuálně přenosných chorob. Spermicidní lubrikační gely mohou zvýšit riziko přenosu HIV podobně jako mikrobicidní prezervativy. (Kuklová In: Weiss, 2010, s. 582)

4.3 Obecné principy prevence pohlavních nemocí

Státní kontrola, diagnostika a také terapie STD je odlišná v jednotlivých zemích, což poukazuje na to, že je zapotřebí vytvořit celoevropskou lépe koordinovanou strategii na ochranu sexuálního zdraví. V rámci této strategie by bylo vhodné vytvořit tedy jednotnou koncepci v oblasti prevence rizikového sexuálního chování, která by se opírala o kvalitní výzkumy a vzdělávání. Dále by měly být vytvořeny preventivní programy

přihlížející ke vzdělání a věku cílové skupiny. Důležité je zajistit lepší spolupráci rodin a škol. S výhodou by bylo propojení různých intervencí, a to především zdravotních, výchovných a sociálních. Takto by mohla být propojena kupříkladu prevence STD spolu s prevencí užívání drog a alkoholu. Existují nejrůznější státní i nestátní neziskové subjekty, proto je další cílem zlepšení komunikace mezi nimi. Nemůžeme však opomenout ani zkvalitnění financování celého systému. (Kuklová In: Weiss, 2010, s. 582)

4.4 Nezbytná strategie v souvislosti se sexuálně přenosnými infekcemi

Základní technikou prevence je tzv. counselling. Jedná se o formu individuálního rozhovoru. Základní strategií v prevenci je formování bezpečného sexuálního chování (zahrnuje např. informovanost, preventivní poradenství, možnost anonymního testování apod.), zajištění včasné diagnostiky a terapie, prevence dalšího šíření STI (patří sem např. včasná terapie sexuálních kontaktů, bezpečná dárčovství orgánů a krve atd.) a také prevence perinatálního přenosu u gravidních žen. (www.dermat.webnode.cz)

4.5 Typy prevence

Primární prevence zahrnuje veškeré způsoby a metody, kterými se snažíme zamezit průniku infekčního agens do lidského organismu. V případě, že i přesto dojde k nákaze, uplatňuje se prevence sekundární. Jejím cílem je zabránit projevům a také dalšímu šíření onemocnění. Tato prevence zahrnuje zejména depistáž. Posledním typem je prevence terciární, která se uplatňuje po propuknutí nemoci, ale ještě v době, kdy nedošlo ke vzniku případných následků a komplikací. (www.dermat.webnode.cz)

4.5.1 Primární prevence

Tento typ prevence je obecně zaměřený na změnu sexuálního chování osob, sexuální výchova a poradenství o bezpečném pohlavním styku. Úlohou zdravotnického pracovníka je poskytnutí kvalifikovaného poradenství a zajistit výchovu pro rizikové osoby s cílem změnit jejich rizikové sexuální chování. (Mlynček, 2010, s. 28)

4.5.2 Sekundární prevence

Sekundární prevence spočívá ve včasné diagnostice onemocnění a jeho následné terapie. Cílem takovéto prevence je zabránit dalšímu šíření STI. Osoba musí být poučena o užívání léků a také o důležitosti léčby u partnera. Důležitou roli hrají ambulance praktických lékařů, ambulance gynekologické, urologické a také venerologické, které

vykonávají velmi důležitou depistáž a dispenzarizaci. Je důležité kontinuální vzdělávání porodních asistentek v oblasti sexuálně přenosných nemocí. (Mlynček, 2010, s. 28)

4.6 Praktické úlohy porodní asistentky v oblasti STI

Porodní asistentka musí stanovit riziko klientky k nákaze STI. Poradenská činnost musí být individuální a srozumitelná. Vhodné je užití názorných pomůcek a edukačních materiálů. Takové materiály by měly poskytovat informace o vzniku a šíření STI při různých typech sexuálního kontaktu. Ženy by měly být poučeny o bezpečném pohlavním styku a o vyhýbání se pohlavnímu styku pod vlivem alkoholu či drog. (Mlynček, 2010, s. 28)

PRAKTICKÁ ČÁST

FORMULACE PROBLÉMU

Vlivem moderní doby a společnosti se v současnosti mění postoj k sexualitě jako takové. Dnešní populace se často dopouští rizikového sexuálního chování, navzdory všem jeho negativním následkům. Vzhledem k předčasnému zahajování sexuálního života se mohou sexuálně přenosné infekce objevovat i v mladším věku. Díky rozmachu cestovního ruchu a snadnému cestování se zvyšuje možnost nákazy infekcemi, které se za normálních podmínek v naší zemi nevyskytují.

Problematika výskytu ulcerací na genitálu souvisí právě s rozvojem sexuálně přenosných infekcí, které v současné době představují častý a rozšířený zdravotnický problém. Důležitou roli v této oblasti hraje prevence. I přes veškeré opatření, metody a prostředky, které prevence nabízí, se takové choroby stále objevují. Nabízí se tedy otázka, zda jsou ženy dostatečně informované a seznámené s různými způsoby prevence, zda mají kde získávat informace a co je důležité, zda se o takovou problematiku vlastně zajímají. Na druhou stranu se však také nabízí možnost, že i přes svoji informovanost tato preventivní opatření nedodržují, neboť je nepokládají za důležité.

CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU

Cílem průzkumu je zmapovat informovanost žen o ulcerativních sexuálně přenosných infekcích a také zjistit, zda jsou ženy seznámeny s jejich prevencí.

Dílčí cíl 1: Zjistit, zda se ženy zajímají o problematiku ulcerativních sexuálně přenosných nemocí a jejich preventivních opatření.

Dílčí cíl 2: Zjistit, do jaké míry jsou ženy informované o ulcerativních sexuálně přenosných nemocech.

Dílčí cíl 3: Zjistit, jak ženy přistupují k prevenci ulcerativních sexuálně přenosných infekcí.

METODIKA VÝZKUMU

Metoda sběru dat

Ke sběru dat jsem zvolila metodu strukturovaného anonymního dotazníku. Ten obsahuje 23 otázek a je k dispozici v příloze. První 2 otázky jsou určeny pro zjištění faktografických údajů, další otázky se vážou k dané problematice. Použila jsem otázky převážně uzavřené, případně polouzavřené a 3 otázky otevřené pro lepší možnost vyjádřit se. Dotazník obsahuje také vědomostní otázky, zaměřující se na zjištění znalostí žen v oblasti sexuálně přenosných chorob vyvolávajících vředy na genitálu a dále je dotazník zaměřen na znalost prevence takových chorob.

Organizace průzkumu

Dotazníky jsem rozdala ve 3 soukromých gynekologických ambulancích v Plzni. Vyplněné dotazníky jsem osobně v ambulancích vybrala. Průzkum probíhal od 6.1.2013 do 14.2.2014.

PŘEDPOKLADY

Předpoklad 1: Domnívám se, že informace o sexuálně přenosných chorobách samo aktivně vyhledává jen malé množství žen. (*Kritérium:* méně než 50% žen aktivně vyhledává informace, přečetlo/shlédlo více než 2 knihy/filmy)

Předpoklad 2: Domnívám se, že většina žen je málo informovaná o sexuálně přenosných nemocech. (*Kritérium:* minimálně 70% žen zodpoví maximálně 3 vědomostní otázky ze 6)

Předpoklad 3: Domnívám se, že většina žen získala dostatečné množství informací o prevenci ulcerativních sexuálně přenosných infekcí. (*Kritérium:* minimálně 70% žen uvede alespoň 3 preventivní opatření a odpoví správně na obě vědomostní otázky)

Předpoklad 4: Domnívám se, že většina žen odkládá při projevech sexuálně přenosných infekcí návštěvu lékaře. (*Kritérium:* minimálně 60% žen)

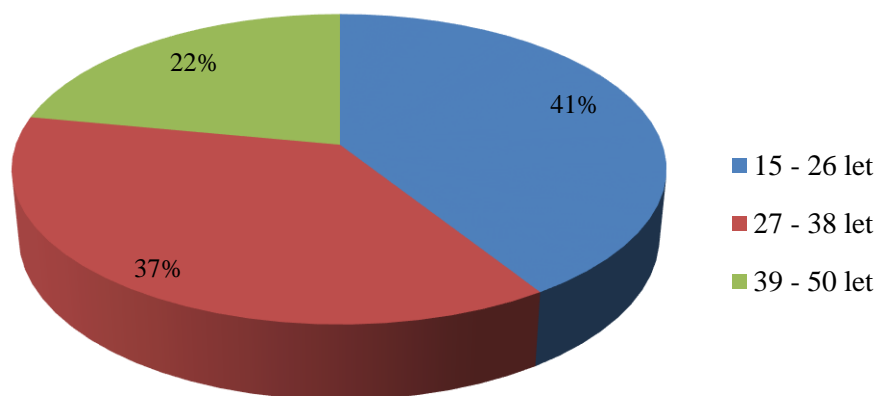
CHARAKTERISTIKA SOUBORU

Souborem respondentů mého průzkumu byla široká veřejnost. Aby byl výběr zúžen a respondenti byli vhodní pro průzkum, muselo se jednat o ženy, které mají a navštěvují svého gynekologa. To, zda ho navštěvují pravidelně či nepravidelně nehrálo roli. Tyto ženy musely navíc spadat do věkové kategorie 15 až 50 let. Takové rozmezí jsem zvolila záměrně vzhledem k tomu, že dívky by od 15 let měly začít navštěvovat svého gynekologa a také již v dnešní době zahajují sexuální život, mnohdy i dříve. Ženy dalších kategorií jsou na vrcholu sexuální aktivity, tudíž se jich problematika také týká.

PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Graf č. 1 znázorňuje, do jaké věkové kategorie respondentky spadají. Nejvíce z nich spadá do kategorie 15 – 26 let (41%). 27% žen spadá do kategorie 27 – 38 let. Nejméně žen je zastoupeno v kategorii 39 – 50 let, a to 22%.

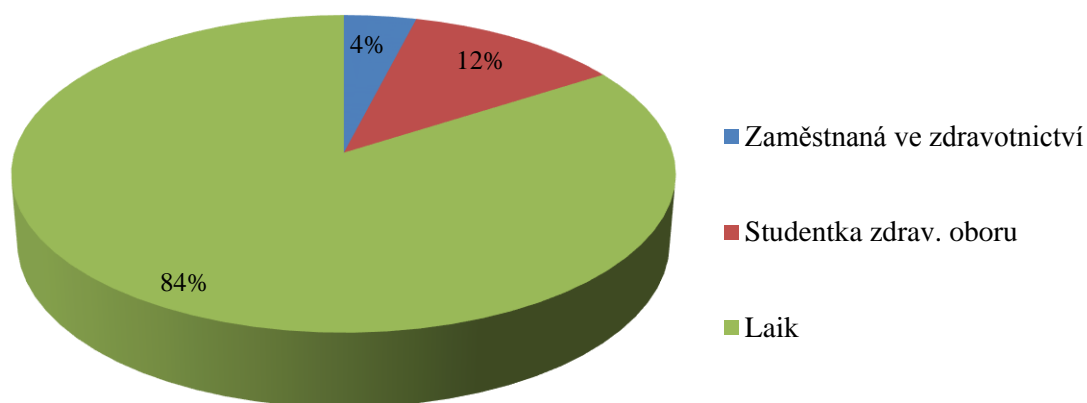
Graf č. 1: Věková kategorie respondentů



Zdroj: vlastní

Graf č. 2 ukazuje, zda jsou respondentky zdravotnického zaměření či nikoli. Největší skupinu tvoří ženy bez zdravotnického zaměření (84%), dále se jedná o studentky (12%) a 4% tvoří ženy pracující ve zdravotnictví.

Graf č. 2: Zdravotnické zaměření

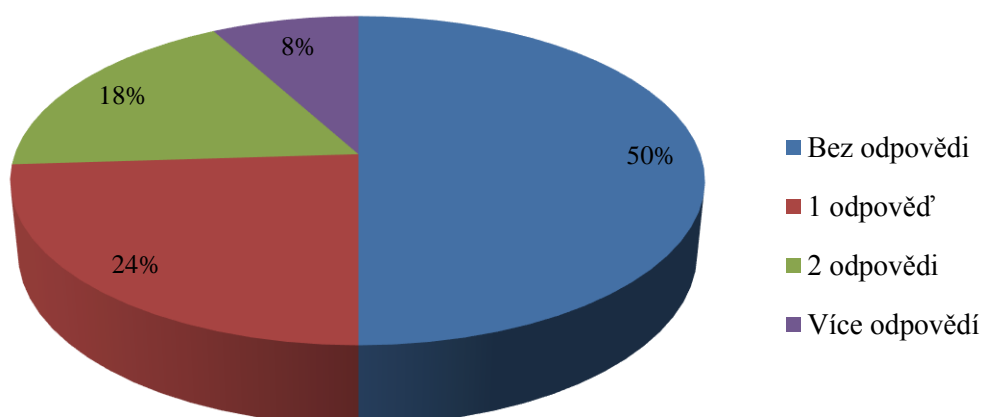


Zdroj: vlastní

Graf č. 3 udává počet nemocí, které respondentky uvedly v otevřené otázce (č. 3). Polovina dotazovaných žen otázku nevyplnila nebo napsala, že taková onemocnění neznají. Jedno onemocnění uvedlo 24% žen, 18% uvedlo dvě onemocnění a více onemocnění uvedlo 8% žen.

Graf je navíc doplněn tabulkou č. 1, která upřesňuje, jaká onemocnění respondentky považují za ulcerativní. Tzn., že tabulka obsahuje i onemocnění, která vředy na genitálu nevyvolávají. Nejčastější odpovědí je syfilis, kterou uvedlo 40% žen.

Graf č. 3: Počet nemocí, které respondentky uvedly



Zdroj: vlastní

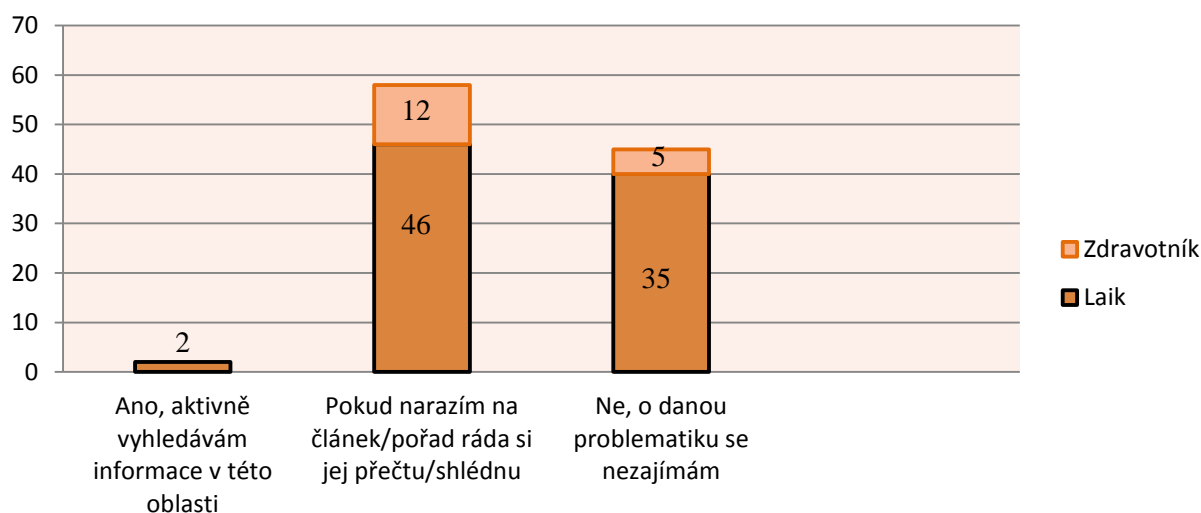
Tabulka č. 1 Onemocnění způsobující ulcerace na genitálu dle respondentů

Onemocnění	Syfilis	Chlamydie	Kapavka	Bradavice	Měkký vřed	HSV	HIV/AIDS
Počet odpovědí	40%	6%	10%	5%	3%	14%	3%

Zdroj: vlastní

Graf č. 4 ukazuje, jestli se respondentky zajímají o problematiku ulcerativních sexuálně přenosných nemocí a jejich prevenci. O tuto problematiku se částečně zajímá 58% dotázaných žen, 40% žen tato problematika nezajímá a 2% žen aktivně vyhledává informace z této oblasti.

Graf č. 4: Zájem respondentek o danou problematiku

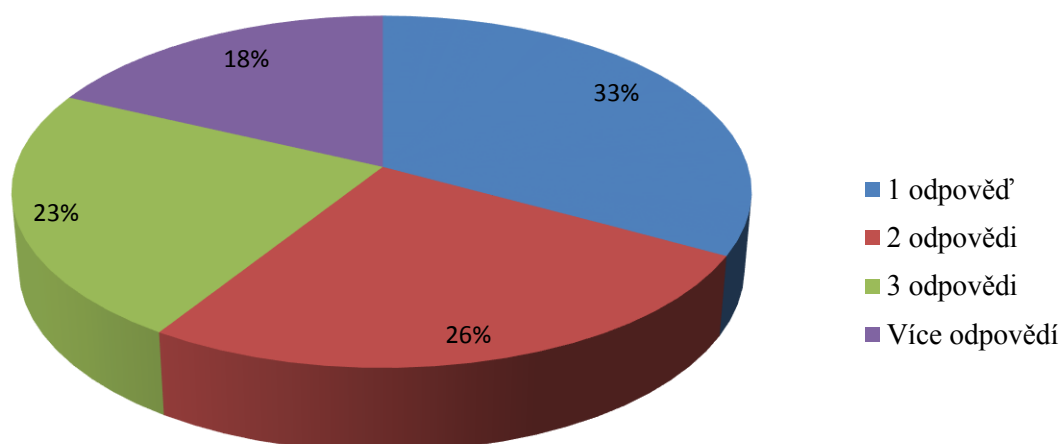


Zdroj: vlastní

Graf č. 5 zobrazuje počet zdrojů, které respondentky označily v otázce č. 5. V této otázce mohly ženy označit více možností. Jednu odpověď vybralo největší množství žen (33%), dvě možnosti zvolilo 26%, 23% zvolilo tři možnosti a 18% žen označilo více informačních zdrojů.

Tento graf doplňuje tabulka č. 2, která obsahuje procentuální zastoupení jednotlivých informačních zdrojů, díky kterým respondentky získaly nějaké informace o problematice.

Graf č. 5: Počet zdrojů, ve kterých získaly respondentky informace



Zdroj: vlastní

Tabulka 2 Přehled informačních zdrojů, díky kterým respondentky získaly informace

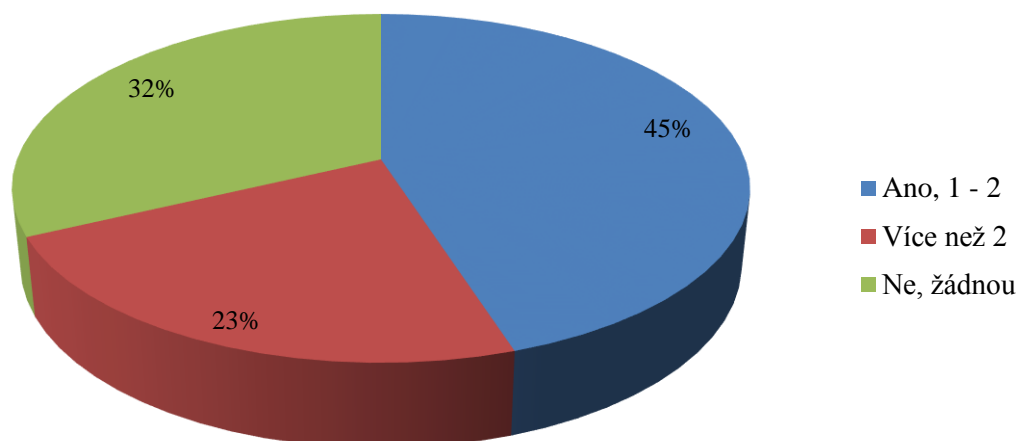
Zdroj informací	Škola, přednášky	Rodiče, rodina	Internet	Časopisy, knihy	Televizní pořad
Počet odpovědí	59%	13%	54%	57%	19%
Zdroj informací	Gynekolog	Porodní asistentka	Letáčky/plakáty u gynekologa	Jinde*	Neinformovanost
Počet odpovědí	16%	3%	19%	2%	1%

Zdroj: vlastní

* přednášení na ZŠ, přátelé

Graf č. 6 ukazuje počet publikací na téma sexuálně přenosné infekce a jejich prevence, které respondentky přečetly. Největší množství žen (45%) uvedlo, že přečetlo 1 – 2 publikace. Více než dvě publikace přečetlo 23% žen a 32% žen nikdy žádnou publikaci na toto téma nepřečetlo.

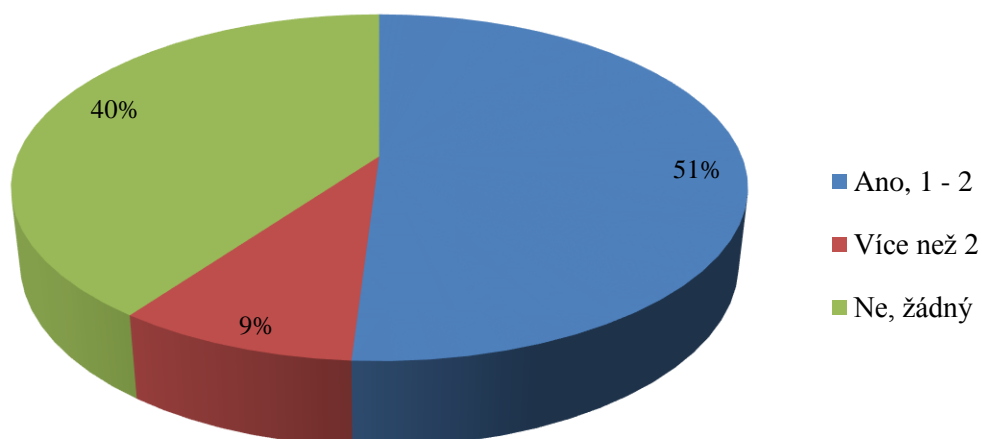
Graf č. 6: Počet přečtených publikací



Zdroj: vlastní

Graf č. 7 znázorňuje počet shlédnutých dokumentů. 51% žen shlédlo 1 – 2 dokumenty, 9% žen shlédlo větší počet a 40% žen nevidělo ani jeden.

Graf č. 7: Počet shlédnutých dokumentů

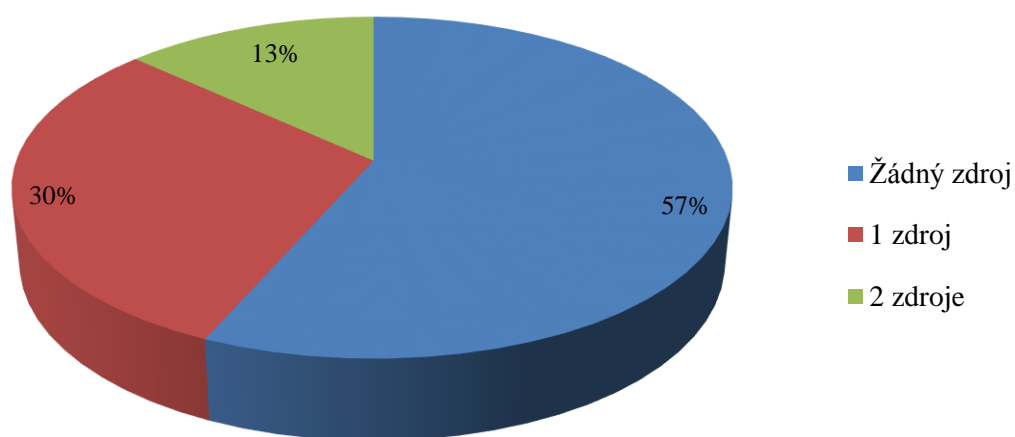


Zdroj: vlastní

Graf č. 8 ukazuje počet informačních zdrojů, pomocí kterých by respondentky v případě potřeby vyhledávaly informace. Většina respondentek (57%) se k otázce nevyjádřila a neuvedla ani jeden zdroj. Jeden zdroj uvedlo 30% žen a 13% žen uvedlo dva zdroje.

Konkrétní zdroje jsou uvedeny v tabulce č. 3, která tento graf doplňuje. Nejčastěji by ženy hledaly informace na internetu (82%), naopak nejmenší zastoupení má rodina, kterou uvedla pouze jedna respondentka.

Graf č. 8: Počet uvedených zdrojů



Zdroj: vlastní

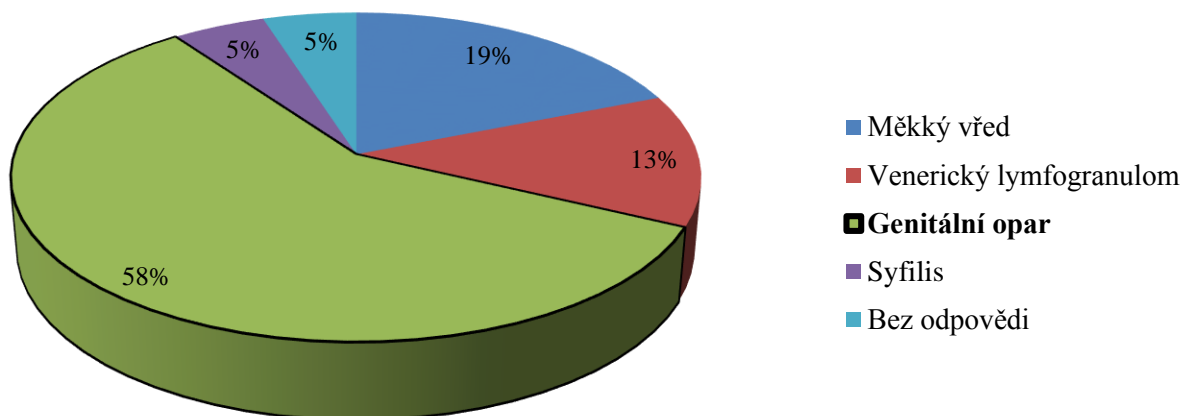
Tabulka 3 Přehled zdrojů, ve kterých by respondentky hledaly informace

Zdroj informací	Internet	Literatura, časopis	Gynekolog	Rodina	Televize
Počet odpovědí	82%	27%	30%	1%	2%

Zdroj: vlastní

Graf č. 9 se váže k otázce č. 9 „Které onemocnění nepatří k povinně hlášeným (ze zákona) pohlavním chorobám?“ Správnou odpověď označilo 58% žen. Druhou nejčastější odpovědí byl měkký vřed (19%), dále venerický lymfogranulom (13%), 5% syfilis a stejný počet na otázku neodpověděl.

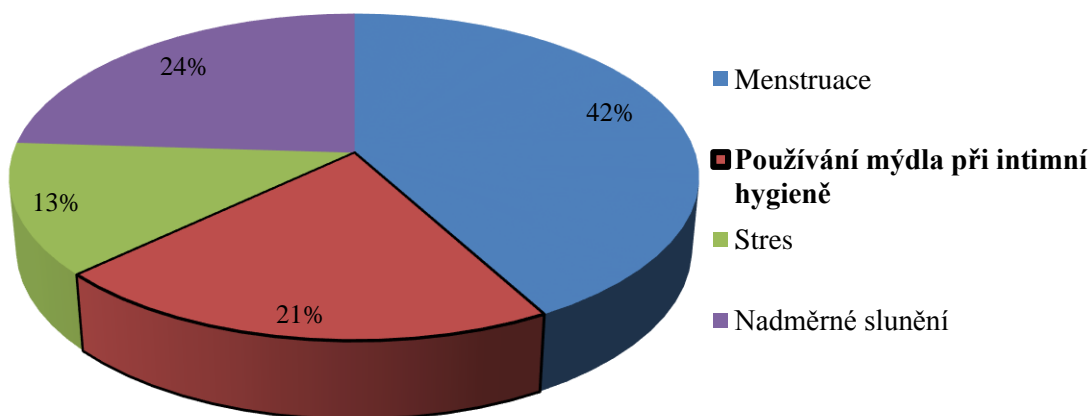
Graf č. 9: Otázka č. 9



Zdroj: vlastní

Graf č. 10 se váže k otázce č. 10: „Rizikovým faktorem pro recidivu genitálního oparu není?“ Nejčastěji respondentky volily odpověď menstruace (42%), dále nadměrné slunění (24%), správnou odpověď označilo 21% žen a nejméně volenou odpovědí byl stres (13%).

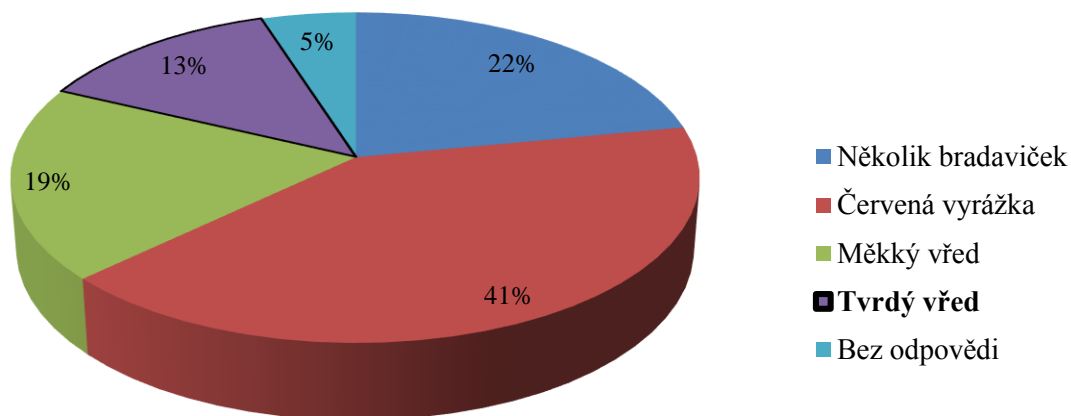
Graf č. 10: Otázka č. 10



Zdroj: vlastní

Graf č. 11 se váže k otázce č. 11 „V prvním stádiu syfilis se na genitálu objevuje?“ Nejčastější odpovědí byla červená vyrážka, tuto možnost zvolilo 41% žen. Možnost několik bradaviček označilo 22%, měkký vřed označilo 19% žen, správnou odpověď zvolilo 13% žen a 5% žen na otázku neodpovědělo.

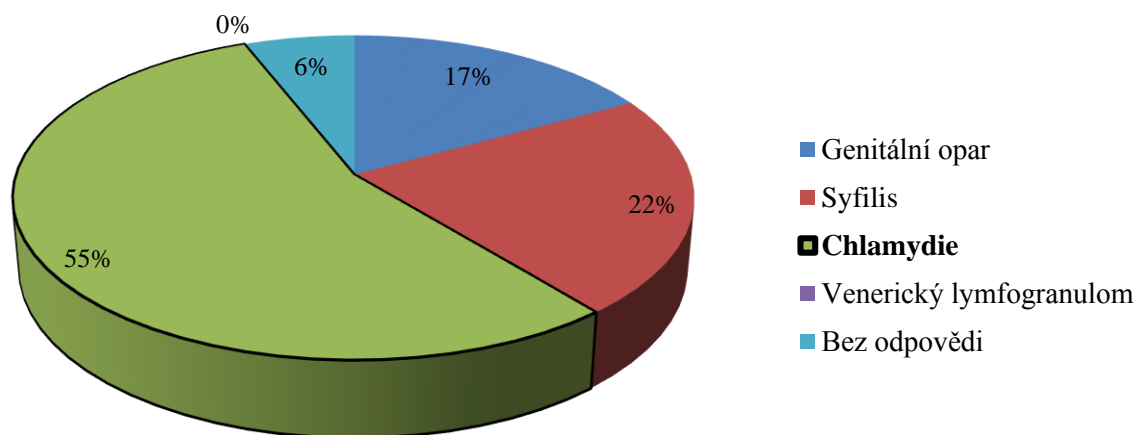
Graf 11: Otázka č. 11



Zdroj: vlastní

Graf č. 12 se váže k otázce č. 12 „Nejčastěji se pohlavním stykem přenáší?“ Nejčastější odpovědi byly chlamydie, to byla zároveň správná odpověď a zvolilo ji 55% žen. Syfilis označilo 22% žen a 17% žen označilo genitální opar. Možnost venerického lymfogranulom nezvolila ani jedna respondentka a 6% žen neodpovědělo.

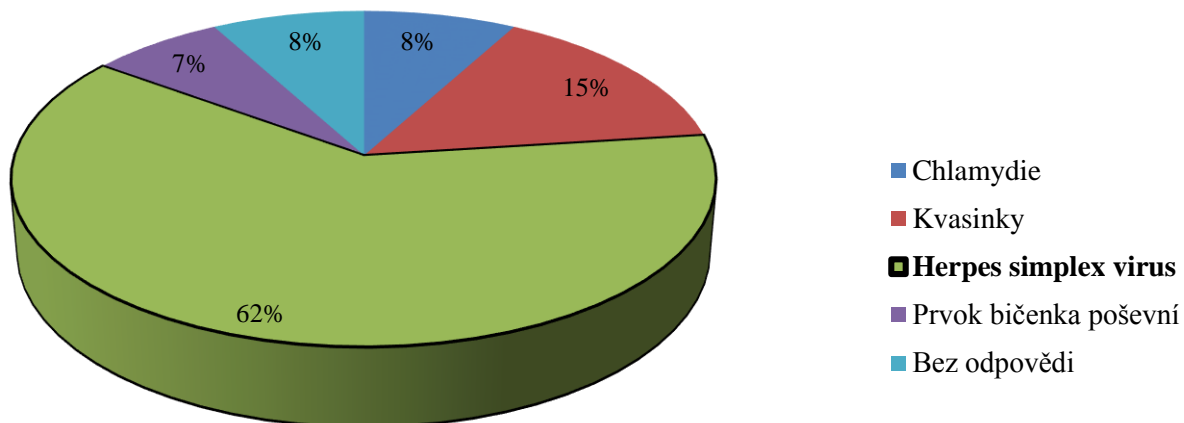
Graf č. 12: Otázka č. 12



Zdroj: vlastní

Graf č. 13: „Který původce vyvolává genitální opar?“ Správnou odpověď zvolilo 62% žen, 15% žen označilo kvasinky. Další odpovědi byly poměrně vyrovnané – chlamydie zvolilo 8% žen, stejný počet žen na otázku neodpovědělo a 7% označilo bičenku poševní.

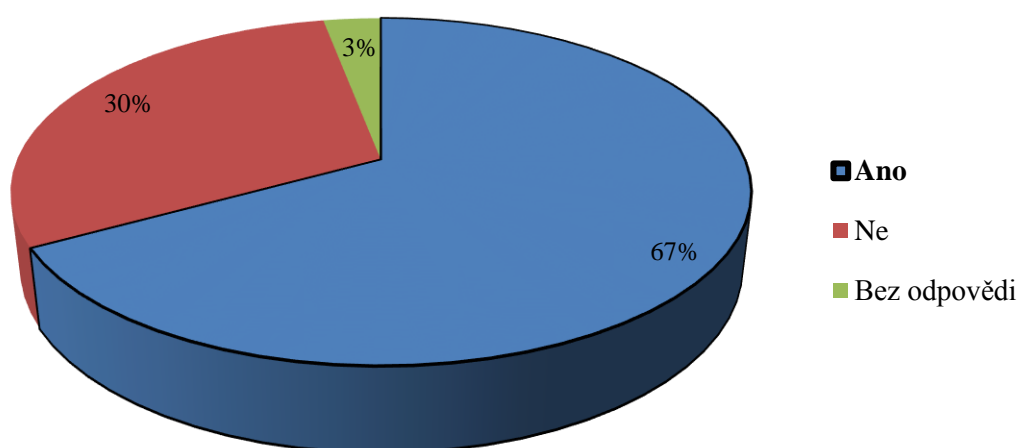
Graf 13: Otázka č. 13



Zdroj: vlastní

Graf č. 14 se váže k otázce č. 14 „Je u nákazy syfilis možný přenos přes placentu na plod?“ 67% dotázaných žen odpovědělo správně, tzn., že zvolilo odpověď ano. 30% žen se domnívá, že ne a 3% žen odpověď neoznačila.

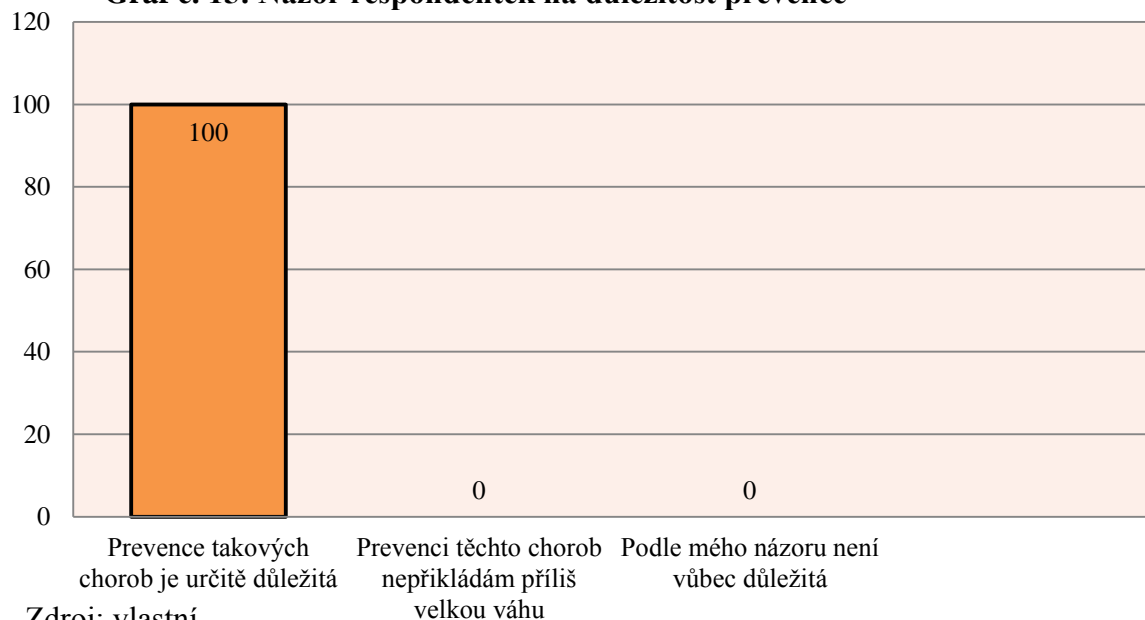
Graf č. 14: Otázka č. 14



Zdroj: vlastní

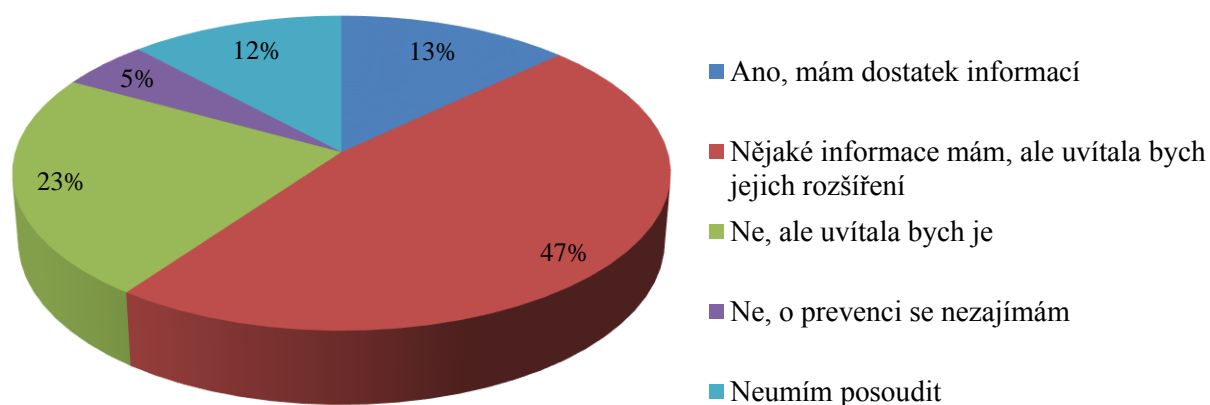
Graf č. 15 poukazuje na to, zda je prevence ulcerativních sexuálně přenosných infekcí dle respondentek důležitá či nikoli. Všechny respondentky (100%) zvolily stejnou odpověď a je podle nich prevence důležitá.

Graf č. 15: Názor respondentek na důležitost prevence



Graf č. 16 zobrazuje vyjádření žen k tomu, zda mají dostatek informací o prevenci ulcerativních sexuálně přenosných infekcí. 47% žen se domnívá, že nějaké informace má, ale uvítalo by jejich rozšíření. 23% žen se domnívá, že informace nemá, ale uvítalo by je. Dostatek informací má 13% žen. O problematiku prevence se nezajímá 5% žen a 12% žen nedokáže svoji informovanost posoudit.

Graf č. 16: Názor žen na vlastní informovanost o prevenci

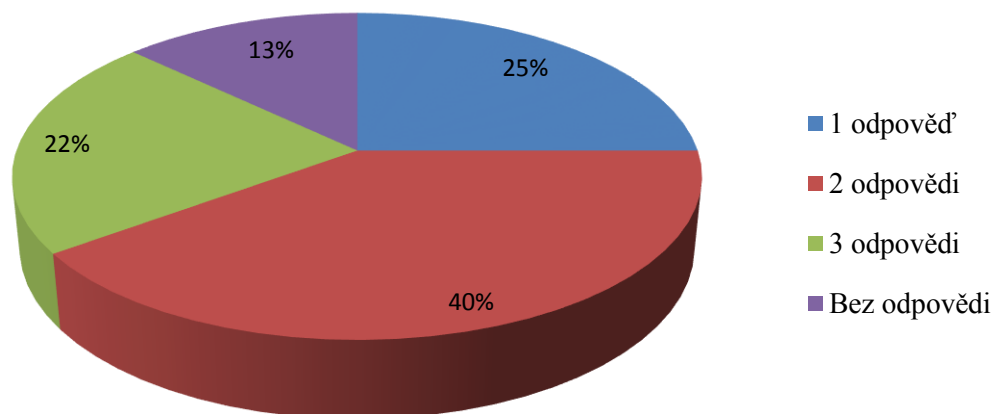


Zdroj: vlastní

Graf č. 17 ukazuje, kolik preventivních opatření respondentky uvedly v otevřené otázce (č. 17). Nejčastěji ženy uvedly dvě správná opatření, a to ve 40%. Dále uváděly jednu (25%) a tři možnosti (22%). 13% žen na otázku neodpovědělo.

Graf je doplněn tabulkou č. 4, která uvádí, jaká správná preventivní opatření respondentky uváděly. Nejčastěji uváděly prezervativ (86%).

Graf č. 17: Počet uvedených správných preventivních opatření



Zdroj: vlastní

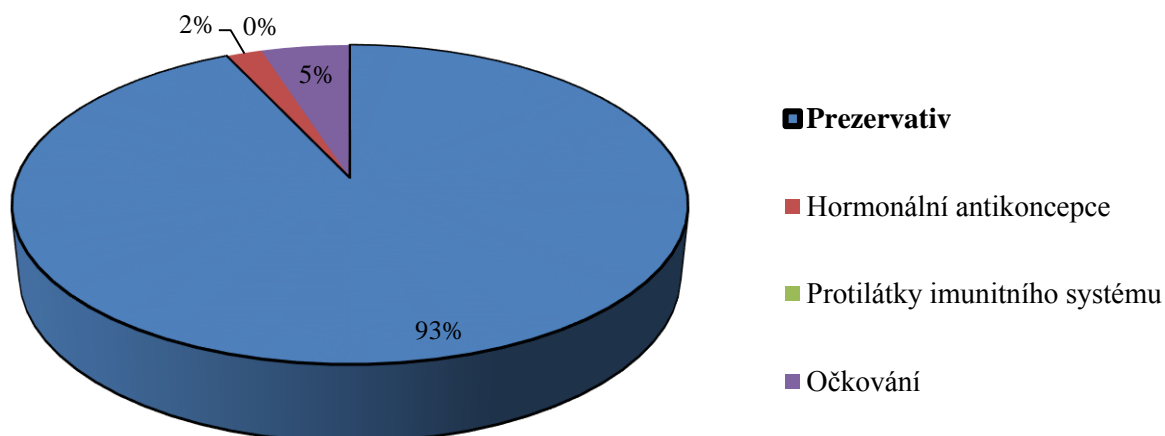
Tabulka 4 Přehled opatření, kterými se lze chránit před STI

Opatření	Prezervativ	Sexuální abstinence	Stálý partner	Věrnost	Hygiena
Počet odpovědí	86%	15%	36%	9%	26%

Zdroj: vlastní

Graf č. 18 se váže k otázce č. 18 „Před nákazou syfilis Vás ochrání?“ Správnou odpověď dokázalo určit až 93% dotázaných žen. Očkování označilo 5% žen, 2% žen se rozhodla pro hormonální antikoncepci a ani jedna respondentka ne zvolila protilátky imunitního systému.

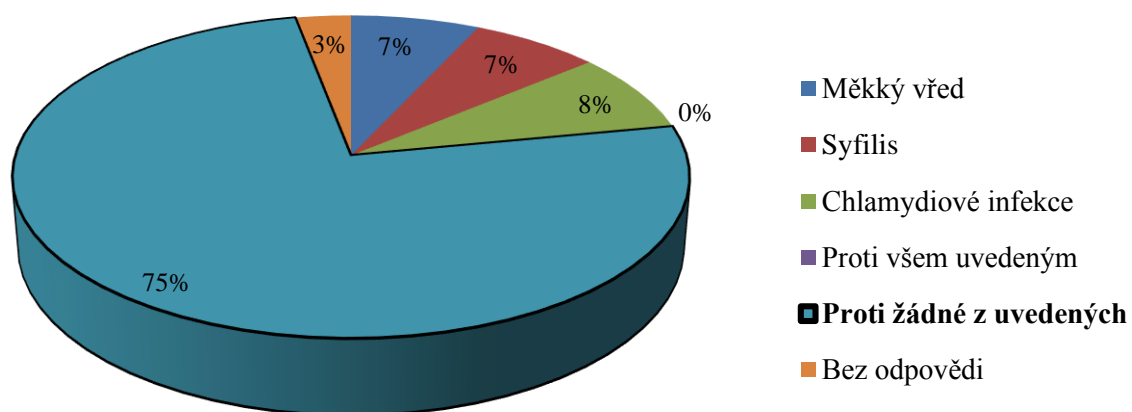
Graf č. 18: Otázka č. 18



Zdroj: vlastní

Graf č. 19 se váže k otázce č. 19 „Proti které ulcerativní sexuálně přenosné nemoci existuje očkování?“ Největší množství žen označilo správnou odpověď (75%). 8% žen se domnívá, že existuje očkování proti chlamydiovým infekcím, 7% žen označilo syfilis a měkký vřed. Na otázku nevedla odpověď 3% žen.

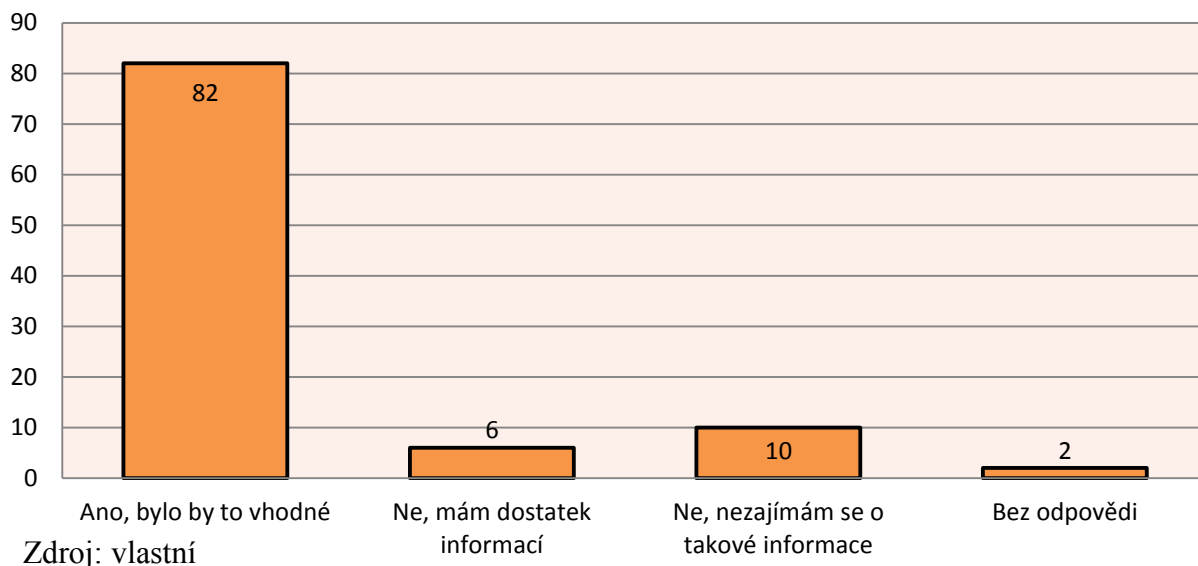
Graf č. 19: Otázka č. 19



Zdroj: vlastní

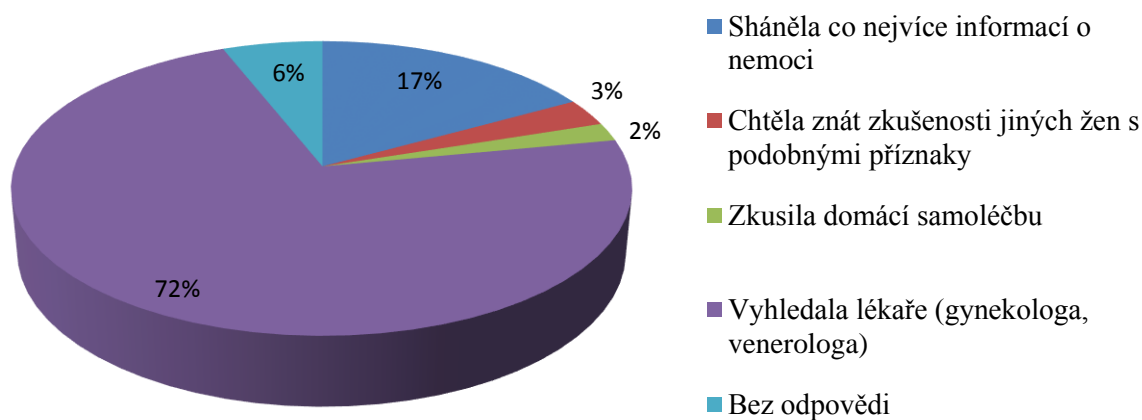
Graf č. 20 ukazuje, zda by respondentky uvítaly informace o dané problematice u porodní asistentky v gynekologické ambulanci. Takové informace by uvítalo 82% žen. 10% žen se o tyto informace nezajímá, 6% by informace neuvítalo z důvodu dostatku informací a 2% žen na otázku neodpovědělo.

Graf č. 20: Zájem žen o informace ze strany porodní asistentky



Graf č 21 poskytuje informace o tom, jak by se respondentky zachovaly v případě, že by se u nich objevily nějaké projevy sexuálně přenosné choroby. Lékaře by vyhledalo 72% žen. 17% žen by shánělo informace o nemoci, 3% žen by chtěla znát zkušenosti jiných žen a 2% žen by zkusila domácí samoléčbu. 6% žen na otázku neodpovědělo.

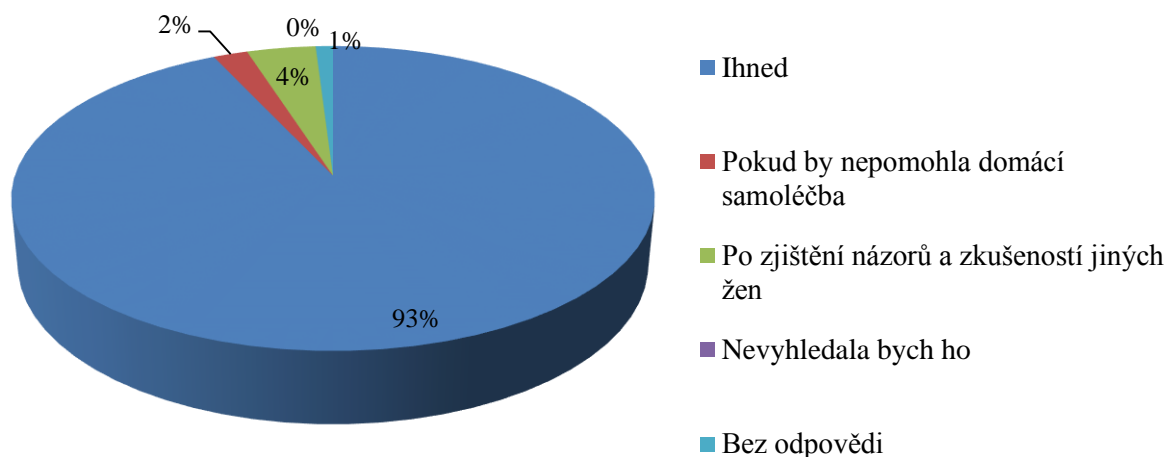
Graf č. 21: Chování respondentek v případě projevů sexuálně přenosné choroby



Zdroj: vlastní

Graf č. 22 ukazuje, kdy by respondentky vyhledaly lékaře. 93% žen by jej vyhledalo ihned. 4% žen by jej vyhledala po zjištění zkušeností jiných žen, 2% žen by jej vyhledala až v případě, že by domácí samoléčba nepomohla. Jedna respondentka na otázku neuvdala odpověď a možnost, že by lékaře ženy nevyhledaly, ne zvolila žádná z dotázaných respondentek.

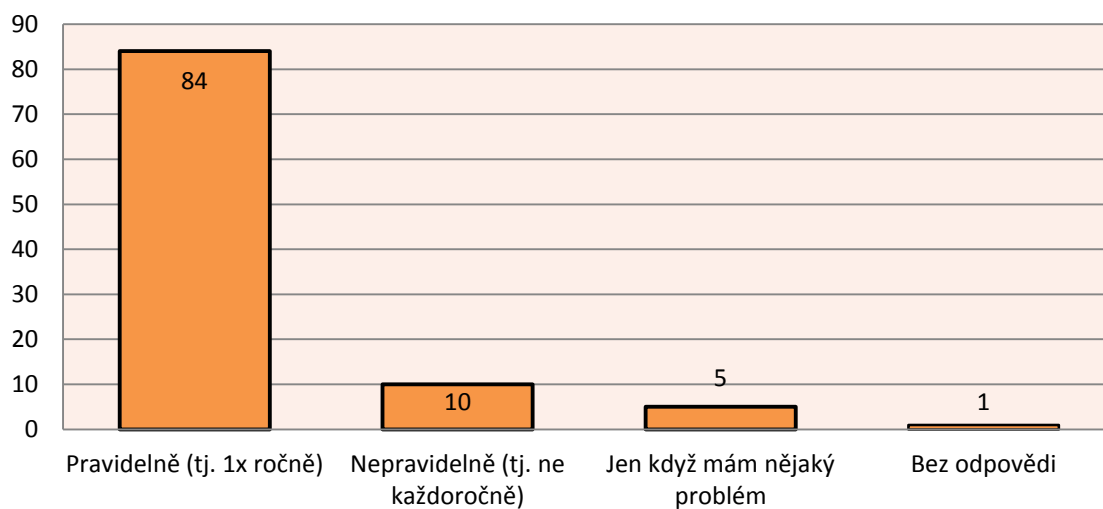
Graf č. 22 Vyhledání lékaře



Zdroj: vlastní

Graf č. 23 ukazuje, jak často respondentky navštěvují svého gynekologa. Pravidelně jej navštěvuje 84% žen, 10% žen jej navštěvuje nepravidelně. 5% žen gynekologa navštíví pouze v případě, že mají gynekologický problém a 1 respondentka neuvdala odpověď na tuto otázku.

Graf č. 23 Kdy svého gynekologa navštěvujete?



Zdroj: vlastní

5 DISKUSE

Téma mé bakalářské práce zní „Vředy na genitálu“ a ze všech nabízených témat jsem si jej sama zvolila, a to vzhledem k aktuálnosti dané problematiky. V rámci výuky jsem se během své praxe setkala se třemi ženami, kterých se problematika vředů na genitálu týkala a chtěla jsem se tímto problémem zabývat hlouběji a dozvědět se, zda ženy ví, jak takovým projevům předcházet a zda mají nějaké informace o sexuálně přenosných nemocech, které se projevují právě ulceracemi v oblasti genitálu.

Vzhledem ke stálému výskytu sexuálně přenosných nemocí se nabízí otázka, jaký zájem mají ženy a takovou problematiku a především o prevenci těchto chorob. Průzkumu se zúčastnilo celkem 100 respondentek a mezi nimi se samozřejmě objevily i takové ženy, které uvedly nezájem o danou problematiku. Takových žen bylo 40, z toho 3 ve zdravotnictví pracují a 2 ženy zdravotnický obor studují. Pro mne bylo však důležité zjištění, že 60% dotázaných žen o danou problematiku zájem má.

K zájmu žen o informace se vztahoval můj první předpoklad, k němuž se vázaly otázky č. 4, 6 a 7. Tento předpoklad se potvrdil. Aktivně informace z oblasti problematiky vředů na genitálu a jejich prevence pouze vyhledává pouze 20% respondentek.

Co se týká informačních zdrojů, které jsem zjišťovala v otázce č. 5, velký význam pro mne má to, jestli nějaké informace ženy získaly od porodní asistentky v gynekologické ambulanci. Tímto způsobem získaly nějaké informace pouze 3 respondentky ze všech dotázaných. Vzhledem k celkovému počtu respondentek (100) mi takové číslo připadá velmi nízké. Mimo jiné záleží určitě také na situaci, za jaké tyto ženy informace získaly. Je dosti možné, že je získaly až při osobní zkušenosti s nějakou sexuálně přenosnou chorobou. Taková otázka mi však připadala dosti intimní a z toho důvodu jsem ji do svého dotazníku nezařadila. Dalších 19 respondentek získalo informace alespoň prostřednictvím informačních letáčků v gynekologické ambulanci nebo díky vyvěšeným plakátům. Větší zastoupení odpovědí než porodní asistentka má spíše gynekolog. Nejčastěji uváděným zdrojem byla škola (výuka, přednášky), a to především u žen ve věkové kategorii 15 – 26 let. Dle mého názoru je dobře, že byl takový zdroj uveden. V rámci prevence sexuálně přenosných chorob je nezbytné, aby informace získávali již studenti základních škol v sexuální výchově či v jiných podobných předmětech. Studentka Zlata Coufalová se ve své bakalářské práci „Nejčastěji sexuálně přenosné choroby v České republice“ zaměřila na informovanost studentů středních škol. Srovnávala znalosti studentů škol zdravotnického zaměření a jiných středních škol. Z jejích výsledků vyplývá, že více informovaní jsou

studenti zdravotnických škol. Já si však myslím, že také informace jsou pro život důležité a měly by být poskytovány na všech školách.

Otázkou č. 8 jsem se snažila zjistit, kde by ženy v případě potřeby informace vyhledávaly. V dnešní moderní době se v odpovědích nejčastěji jako zdroj informací objevoval bezpochyby internet, a to u 82 dotázaných žen. Jednalo se zejména o ženy ve věku 15 – 27 let. To, že se takový informační zdroj ve většině odpovědí vyskytne jsem očekávala. Proto jsem na internetu vytvořila webové stránky, na kterých mohou ženy najít odpovědi na všechny vědomostní otázky obsažené v dotazníku. Název webových stránek jsem poté uvedla v závěru dotazníku. Vzhledem k tomu, že 60 respondentek uvedlo, že zájem o problematiku má a většina žen k vyhledávání informací využívá právě internet, je zvláštní, že tyto stránky navštívily k dnešnímu dni (9. 3. 2014) pouze 4 respondentky.

Další ženy také uváděly svého gynekologa, zatímco u porodní asistentky by informace nehledala ani jedna z respondentek. Přesto v otázce č. 20 uvedla většina respondentek (82), že by informace u porodní asistentky uvítala. Určitě by tedy stálo za zvážení, zda by neměla porodní asistentka takové informace poskytovat. Vhodné by bylo poskytovat informace zejména dívkám, které prvně navštíví gynekologa kolem 15. roku života. V současné době dívky v tomto věku často již zahajují sexuální život a určitě by bylo na místě, seznámit je právě s prevencí sexuálně přenosných nemocí, s používáním prezervativu apod.

Dotazník také obsahoval 6 vědomostních otázek (č. 9 – 14), které se vztahovaly k druhému předpokladu. Předpoklad 2 se však nepotvrdil. 8% respondentek nezodpovědělo správně ani jednu vědomostní otázku ze šesti. Stejně množství respondentek označilo správně pouze jednu otázku. Na dvě otázky odpovědělo správně 25% respondentek. Na tři otázky odpovědělo největší množství respondentek, a to 27%. Z toho vyplývá, že maximálně tři otázky zodpovědělo 68%, kritériem bylo však minimálně 70%, proto nebyl tento předpoklad potvrzen. Zbývajících 32% respondentek odpovídalo správně na větší počet otázek. Z toho počtu 23% respondentek správně označilo odpovědi u čtyř otázek, 7% u pěti otázek a u 2% respondentek bylo správně označeno dokonce všech šest vědomostních otázek. Obě tyto respondentky studují zdravotnický obor. Otázky byly zaměřeny na informovanost o sexuálně přenosných nemocí a mohu říci, že ženy nějaké informace mají. Zároveň je ale možné, že odpovědi na otázky pouze správně odhadly. Průměrně ženy správně odpovídaly na 3 otázky ze 6. Myslím, že úroveň znalostí žen nebyla úplně nízká.

Předpoklad 3 se také nepotvrdil. K němu se vztahovaly otázky č. 17, 18 a 19. Tři preventivní opatření a správné odpovědi na obě vědomostní otázky uvedlo pouze 19% respondentek. Většina respondentek (48%) odpověděla správně na obě vědomostní otázky, ale nedokázala uvést správná preventivní opatření nebo uvedla menší počet opatření než 3 požadovaná. 7% respondentek uvedlo tři opatření, ale nezodpovědělo správně na obě vědomostní otázky nebo odpovědělo jen na jednu z nich.

Ráda bych se pozastavila nad preventivními opatřeními, které měly ženy uvádět v otevřené otázce (otázka č. 17). I přes to, že se předpoklad č. 3 také nepotvrdil, nemohu říci, že by ženy o prevenci nebyly vůbec informované. V publikacích zabývajících se sexuálně přenosnými chorobami a jejich prevencí je vždy jako preventivní opatření uváděn prezervativ. Toto preventivní opatření bylo i respondentkami často zmiňováno. Celkem prezervativ uvedlo 86 žen. Prezervativ představuje jakýsi základ preventivních opatření a je určitě dobře, že si tento fakt ženy uvědomují.

Na druhou stranu se i přes velké množství informačních zdrojů, které se v dnešní době nabízí, se v dotaznicích objevovaly i odpovědi chybné. Např. 5 respondentek se shodlo na tom, že jedním z preventivních opatření je promiskuita. Domnívám se, že taková odpověď spíše vypovídá o neznalosti významu tohoto pojmu. Rovněž se několik žen také domnívá, že je možné nechat se proti některým sexuálně přenosným chorobám očkovat. Taková možnost byla ženami volena především v souvislosti s očkováním proti syfilis. Na vědomostní otázky odpovídaly ženy vcelku správně, 48 respondentek odpovědělo správně na obě vědomostní otázky z oblasti prevence. Některé ženy se však stále mylně domnívají, že prevenci zajišťuje užívání hormonální antikoncepce. Z grafu č. 18 vyplývá, že takového názoru jsou 2 respondentky. Avšak tuto možnost uvedlo více žen, které zároveň označily ale i možnosti jiné a tudíž nebylo možné otázku hodnotit. Dnes si většina mladých dívek nechává předepisovat hormonální antikoncepci jako prevenci před nechtěným otěhotněním. Menší počet dívek upřednostňuje používání prezervativu. Je tedy nezbytné, aby dívky věděly, že hormonální antikoncepce neposkytuje ochranu před sexuálně přenosnými infekcemi.

Ani předpoklad 4 nebyl potvrzen. Tento předpoklad zahrnoval otázky č. 21 a 22. 93% respondentek by při projevech na genitálu ihned vyhledalo lékaře. Z toho 17% respondentek by začalo shánět nějaké informace, ale zároveň by lékaře také vyhledalo.

K preventivním prohlídkám přistupují ženy poměrně zodpovědně. Většina z nich jej navštěvuje pravidelně jednou ročně. Před vytvořením a rozdělením dotazníku jsem na internetu narazila na různá diskusní fóra, kde si vzájemně ženy radily či vyměňovaly

zkušenosti a názory na léčbu vředů a dalších projevů, neboť nechtěly ihned vyhledávat svého gynekologa. Z tohoto důvodu jsem se rozhodla zaměřit se na tento problém a zahrnout jej do svého dotazníku. Z respondentek, které se na mém průzkumu podílely, by však naopak téměř většina svého gynekologa vyhledala okamžitě. Můj předpoklad se sice nepotvrdil, ale řekla bych, že to je naopak dobře. Ženy by v takovém případě odkládat návštěvu lékaře neměly a neměly by se ani pokoušet o domácí léčbu, jak jsem se také několikrát na internetu dočetla a i taková odpověď se v dotazníku objevila.

ZÁVĚR

Cílem mého průzkumu bylo zjistit, zda jsou ženy informované o sexuálně přenosných chorobách, které vyvolávají vředy na genitálu a také o jejich prevenci. Cíl jsem splnila, neboť jsem se dozvěděla jak o jejich informovanosti, tak i nedostatecích v informacích. Také se mi podařilo zjistit, zda se o tuto problematiku ženy vůbec zajímají a co je důležité, jak k prevenci takových chorob přistupují.

Všechny zjištěné informace a výsledky jsou pro mě určitě důležité a je možné je nějakým způsobem v praxi využít. Mám na mysli zejména zjištění, že by ženy uvítaly informace o prevenci sexuálně přenosných chorob od porodní asistentky v gynekologické ambulanci. Minimum žen někdy od porodní asistentky takové informace obdrželo, avšak většina z dotázaných žen by o ně měla zájem. A proto si myslím, že by bylo vhodné, aby porodní asistentky tyto informace poskytovaly a aby ženy věděly, že u nich takové informace mohou v případě potřeby či zájmu hledat. V rámci výuky takové informace získáváme a byla by škoda toho v praxi nevyužít. Zvláště když víme, že by se o to ženy zajímaly. Myslím, že nejvhodnější by bylo začít poskytovat informace týkající se prevence sexuálně přenosných infekcí dívkám, které poprvé gynekologa navštíví a které začínají zahajovat svůj pohlavní život.

S postupem času by se informovanost žen mohla zvýšit a jednou by třeba mohla vést i ke snížení výskytu a šíření takových chorob, které mohou velmi komplikovat život, a to nejen po stránce zdravotní. Tak se zkusme zamyslet, zda není čas na změnu. Vždyť ne nadarmo se říká, že někde se vždycky začít musí...

Já osobně jsem začala vytvořením informačního letáčku (viz příloha č. 4) týkajícího se právě prevence sexuálně přenosných chorob. Ten by mohl být pomůckou např. v gynekologických ambulancích.

LITERATURA A PRAMENY

1. JIRÁSKOVÁ, Milena. *Dermatovenerologie*. Učební texty pro bakaláře. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0636-4.
2. ŠTORK, Jiří et al. *Dermatovenerologie*. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-371-6.
3. RESL, Vladimír et al. *Dermatovenerologie*. Učební texty pro bakalářské studium. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0456-6.
4. JANEČKOVÁ, Ljuba. Chlamydiové infekce v kostce. *Státní zdravotní ústav* [online]. 2006, [cit. 10.12.2013]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/prevence/chlamydiove-infekce-v-kostce>
5. BENEŠ, Jiří. *Infekční lékařství*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-644-1.
6. RESL, Vladimír. *Syphilis congenita*. In: Lékařské repetitorium. Praha: Galén, 2003.
7. WEISS, Petr et al. *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2492-8.
8. ČECH, Evžen et al. *Porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1303-8.
9. LILÁKOVÁ, Dana. Dermatovenerologie – kožní. *Abeceda lékařů* [online]. 2014, [cit. 2.1.2014]. Dostupné z: <http://abecedalekaru.cz/obor/dermatovenerologie/>
10. VELČEVSKÝ, Petr, KUKLOVÁ, Ivana. *Léčba sexuálně přenosných onemocnění*. Československá dermatologie. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2008, ročník 83, číslo 3. ISSN 0009-0514
11. RESL, Vladimír. Sexuálně přenosné choroby. *ČLS JEP* [online]. 2014 [cit. 10.2.2014]. ISSN 1802-1891. Dostupné z: <http://dermat.webnode.cz/napln/standardy/sexualne-prenosne-choroby-prof-resl-/>
12. ROZTOČIL, Aleš et al. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.
13. RESL, Vladimír, PROCHÁZKA, Přemysl. Diferenciální diagnostika ulcerací na genitálu. *Praktický lékař*, 2012, 92 (9), 499-504. ISSN 0032-6739.
14. ÚZIS ČR. *Pohlavní nemoci 2012*. Praha: ÚZIS ČR, 2013. ISBN 978-80-7472-085-7.

15. ZÁHUMENSKÝ Jozef, MAŠATA Jaromír. *Česká gynekologie*. Doporučené postupy. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2013, ročník 78. ISSN 1210-7832.
16. PASSERO, Luigi, SGARIGLIA, Cecilia. *Sexual risk behaviors*. New York: Nova Science Publishers, 2010. Public health in the 21st century series. ISBN 978-1-60741-227-4.
17. RESL, Vladimír, KUKLOVÁ, Ivana. *Současná situace legislativy, depistáže, hlášení a prevence sexuálně přenosných nemocí. Příčiny šíření, etické, morální, sociální otázky předtestové a potestové poradenství*. Česko-slovenská dermatologie. Praha: Česká lékařská společnost J.E. Purkyně, 2013, ročník88 , číslo 3. ISSN 0009-0514
18. ČEPIČKÝ, Pavel, FANTA, Michael. *Úvod do antikoncepce pro lékaře negynekology*. 2. aktualizované vydání. Praha: Levret, 2011. ISBN 978-80-87070-51-2.
19. KOBILKOVÁ, Jitka et al. *Základy gynekologie a porodnictví*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-315.
20. SNAKE, Simona, RESL, Vladimír, HRUBÁ, Dagmar. *Bolestivé vředy na penisu*. Současná infekce syfilis, chlamydiemi, ev. i lymfogranuloma venereum. Dermatovenerologická klinika LFUK a FN Plzeň, 2008.
21. SLEZÁKOVÁ, Lenka et al. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3373-9.
22. MACHOVÁ, Jitka et al. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada, 2009. 291 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-2715-8.
23. GÖPFERTO VÁ, Dana, PAZDIORA, Petr a DÁŇOVÁ, Jana. *Epidemiologie: (obecná a speciální epidemiologie infekčních nemocí)*. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1232-1.
24. MLYNČEK Miloš. *Komunitní ošetřovatelství pro porodní asistentky*. Brno. ISBN 978-80-7013-500-6.

SEZNAM ZKRATEK

ATB	Antibiotika
BWR	Bordet-Wassermanova reakce
CDC	Centers for Disease Control (Centrum pro kontrolu chorob)
CNS	Centrální nervový systém
GUD	Genital ulcer disease (genitální vředová choroba)
HIV	Human imunodeficiency virus (virus lidské imunodeficience)
HSV	Herpes simplex virus
LGV	Lymphogranuloma venereum
RPN	Registr pohlavních nemocí
STD	Sexually transmitted disease (sexuálně přenosné nemoci)
STI	Sexually transmitted infections (sexuálně přenosné infekce)
TPHA	Treponema pallidum hemagglutination (treponema pallidum hemaglutinační test)
VDRL	Veneral disease research laboratory (výzkumná laboratoř venerických chorob)

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Onemocnění způsobující ulcerace na genitálu dle respondentů.....	38
Tabulka č. 2 Přehled informačních zdrojů, díky kterým respondentky získaly informace.....	39
Tabulka č. 3 Přehled zdrojů, ve kterých by respondentky hledaly informace	41
Tabulka č. 4 Přehled opatření, kterými se lze chránit před STI.....	46

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Věková kategorie respondentů	36
Graf č. 2: Zdravotnické zaměření	37
Graf č. 3: Počet nemocí, které respondentky uvedly	37
Graf č. 4: Zájem respondentek o danou problematiku	38
Graf č. 5: Počet zdrojů, ve kterých získaly respondentky informace	39
Graf č. 6: Počet přečtených publikací	40
Graf č. 7: Počet shlednutých dokumentů	40
Graf č. 8: Počet uvedených zdrojů	41
Graf č. 9: Otázka č. 9	42
Graf č. 10: Otázka č. 10	42
Graf 11: Otázka č. 11	43
Graf č. 12: Otázka č. 12	43
Graf 13: Otázka č. 13	44
Graf č. 14: Otázka č. 14	44
Graf č. 15: Názor respondentek na důležitost prevence	45
Graf č. 16: Názor žen na vlastní informovanost o prevenci	45
Graf č. 17: Počet uvedených správných preventivních opatření	46

Graf č. 18: Otázka č. 18.....	47
Graf č. 19: Otázka č. 19.....	47
Graf č. 20: Zájem žen o informace ze strany porodní asistentky.....	48
Graf č. 21: Chování respondentek v případě projevů sexuálně přenosné choroby	48
Graf č. 22 Vyhledání lékaře.....	49
Graf č. 23 Kdy svého gynekologa navštěvujete.....	49

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Fotografie jednotlivých chorob

Příloha č. 2 Srovnání mužského a dámského kondomu

Příloha č. 3 Dotazník

Příloha č. 4 Informační leták

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 Fotografie jednotlivých chorob

Obrázek 1 Tvrdý vřed (ulcus durum)



Zdroj: http://ibmi3.mf.uni-lj.si/mmd/derma/zbirka_slik/sldr288.jpg

Obrázek 2 Měkký vřed (ulcus molle) + lymfadenitida



Zdroj: <http://www.womens-health-advice.com/assets/images/chancroid-buboes.jpg>

Obrázek 3 Lymphogranuloma venereum



Zdroj: <http://www.004.cz/z-lymfogranulom/lymphogranulomavenereum.jpg>

Obrázek 4 Granuloma inguinale



Zdroj:
<http://www.rightdiagnosis.com/phil/images/6433.jpg>

Obrázek 5 Herpes genitalis



Zdroj: <http://www.swisdom.org/imagepool/3876.jpg>

Příloha č. 2 Srovnání mužského a dámského kondomu

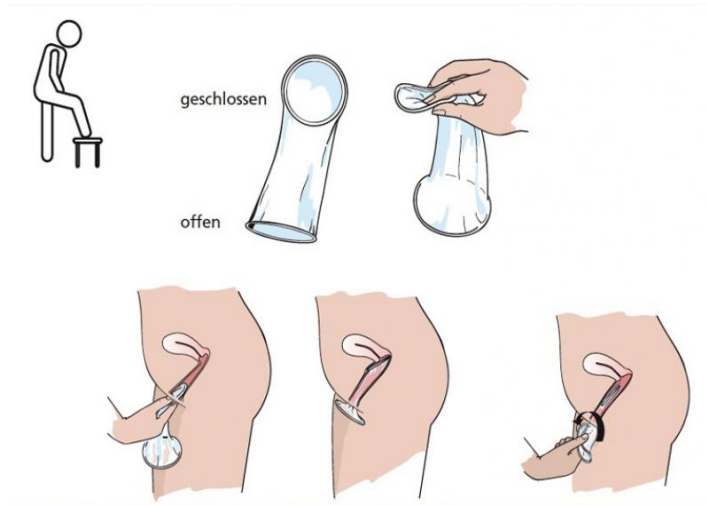
Obrázek 6 Dámský kondom (femidom)



Zdroj:

http://ola_manola.fm.interia.pl/femidom.jpg

Obrázek 7 Zavádění femidomu



Zdroj:

http://www.familienplanung.de/typo3temp/pics/49_Frauenkondom_bunt_c99e1bb196.jpg

Obrázek 8 Pánský kondom



Zdroj:

<http://www.naseinfo.cz/photo/view?id=23188>

Obrázek 9 Nasazení kondomu



Zdroj: <http://www.rodicovstvo.sk/pouzitie.gif>

**8. Kde byste hledala informace o ulcerativních sexuálně přenosných nemocech a jejich prevenci?
(můžete napsat více zdrojů)**

.....

9. Které onemocnění nepatří k povinně hlášeným (ze zákona) pohlavním chorobám?

- | | |
|----------------------------|-------------------|
| a. Měkký vřed | c. Genitální opar |
| b. Venerický lymfogranulom | d. Syfilis |

10. Rizikovým faktorem pro recidivu genitálního oparu není?

- | | |
|--|---------------------|
| a. Menstruace | c. Stres |
| b. Používání mýdla při intimní hygieně | d. Nadměrné slunění |

11. V prvním stádiu syfilis se na genitálu objevuje?

- | | |
|-----------------------|---------------|
| a. Několik bradaviček | c. Měkký vřed |
| b. Červená vyrážka | d. Tvrdý vřed |

12. Nejčastěji se pohlavním stykem přenáší?

- | | |
|-------------------|----------------------------|
| a. Genitální opar | c. Chlamydie |
| b. Syfilis | d. Venerický lymfogranulom |

13. Který původce vyvolává genitální opar?

- | | |
|--------------|---------------------------|
| a. Chlamydie | c. Herpes simplex virus |
| b. Kvasinky | d. Prvok bičienka poševní |

14. Je u nákazy syfilis možný přenos přes placentu na plod?

- | | |
|--------|-------|
| a. Ano | b. Ne |
|--------|-------|

15. Jaký je Váš názor na preventivní opatření?

- | |
|--|
| a. Prevence takových chorob je určitě velmi důležitá |
| b. Prevenci těchto chorob nepřikládám velkou váhu |
| c. Podle mého názoru není vůbec důležitá |

16. Domníváte se, že máte dostatečné množství informací o prevenci ulcerativních sexuálně přenosných nemocí?

- | |
|--|
| a. Ano, mám dostatek informací |
| b. Nějaké informace mám, ale uvítala bych jejich rozšíření |
| c. Ne, ale uvítala bych je |
| d. Ne, o prevenci se nezajímám |
| e. Neumím posoudit |

17. Vymenujte alespoň 3 preventivní opatření/prostředky/činnosti, kterými se můžete chránit před sexuálně přenosnými infekcemi.

.....

.....

18. Před nákazou syfilis Vás ochrání?

- a. Prezervativ
- b. Hormonální antikoncepce
- c. Protilátky imunitního systému
- d. Očkování

19. Proti které ulcerativní sexuálně přenosné nemoci existuje očkování?

- a. Měkký vřed
- b. Syfilis
- c. Chlamydiové infekce
- d. Proti všem uvedeným
- e. Proti žádné z uvedených

20. Uvítala byste informace o této problematice u porodní asistentky v gynekologické ambulanci?

- a. Ano, bylo by to vhodné
- b. Ne, mám dostatek informací
- c. Ne, nezajímám se o takové informace

21. Co byste udělala, kdyby se u Vás objevily projevy sexuálně přenosné nemoci?

- a. Sháněla co nejvíce informací o nemoci
- b. Chtěla znát zkušenosti jiných žen s podobnými příznaky
- c. Zkusila domácí samoléčbu
- d. Vyhledala lékaře (gynekologa, venerologa)

22. Kdy byste vyhledala lékaře?

- a. Ihned
- b. Pokud by nepomohla domácí samoléčba
- c. Po zjištění názorů a zkušeností jiných žen (např. internetové poradny)
- d. Nevyhledala bych ho (*uved'te proč*)

.....

23. Kdy svého gynekologa navštěvujete?

- a. Pravidelně (tj. 1x ročně)
- b. Nepravidelně (tj. ne každoročně)
- c. Jen když mám nějaký problém

Děkuji Vám za spolupráci a pečlivé vyplnění dotazníku. Vyplněný dotazník nechte prosím v gynekologické ambulanci – založte do připravených desek.

Pokud Vás zajímají správné odpovědi na vědomostní otázky, budou uveřejněny na

www.bp-vredy-na-genitalu.blog.cz

Příloha č. 4 Informační leták