

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2018

Eva Nováková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství 5341

Bc. Eva Nováková

Studijní obor: Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech

Sexuálně přenosné choroby a jejich prevence

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Jana Horová

PLZEŇ 2018

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení:

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

V Plzni dne 20. 3. 2018

.....
vlastnoruční podpis

Děkuji PhDr. Janě Horové za odborné vedení diplomové práce, poskytování cenných odborných rad, podnětů, materiálních podkladů a její velkou trpělivost. Dále bych chtěla vyjádřit poděkování panu profesoru Vladimíru Reslovi a panu profesoru Petru Weissovi, za jejich cenné rady a materiální podklady. V neposlední řadě chci poděkovat své rodině, partnerovi a všem přátelům, kteří mne podporovali po celou dobu studia.

Anotace

Příjmení a jméno: Bc. Nováková Eva

Katedra: Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Sexuálně přenosné choroby a jejich prevence

Vedoucí práce: PhDr. Jana Horová

Počet stran číslované: 93

Počet stran nečíslované: 27

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 53

Klíčová slova: infekce, chování, nemoc, prevence, riziko, sex

Shrnutí:

Tato diplomová práce se zabývá sexuálně přenosnými chorobami a jejich prevencí, popisuje aktuální problematiku a snaží se jí přiblížit laické veřejnosti. Práce je rozdělená na část teoretickou a praktickou.

Teoretická část popisuje současnou problematiku, nejčastěji se vyskytující pohlavně přenosné choroby a jejich prevenci. Je zde nastíněna i problematika školní sestry a ošetrovatelské péče o infekčního pacienta.

Praktická část je zaměřena na prozkoumání znalostí jedinců o sexuálně přenosných chorob. Další zkoumanou oblastí je chování jedinců v oblasti sexuálního života. V praktické části je prezentováno celé výzkumné šetření a jeho výsledky. V závěru je popsán praktický výstup práce, který může být vodítkem pro laickou veřejnost v diskutované problematice.

Annotation

Surname and name: Bc. Nováková Eva

Department: Department of Nursing and Midwifery

Title of thesis: Sexually transmitted diseases and their prevention

Consultant: PhDr. Jana Horová

Number of pages numbered: 93

Number of pages unnumbered: 27

Number of appendices: 2

Number of literature items used: 53

Key words: behavior, disease, infection, prevention, risk, sex

Summary:

This diploma thesis deals with sexually transmitted diseases and their prevention, describes current issues and tries to approach it to the lay public. The thesis is divided into the theoretical and practical part.

The theoretical part describes current problems, the most frequently occurring sexually transmitted diseases and their prevention. There is also outlined the issue of nursing and nursing care of an infectious patient.

The practical part is focused on examining the knowledge of individuals about sexually transmitted diseases. Another area of concern is the behavior of individuals in the sphere of sexual life. In the practical part is presented the whole research and its results. Finally, the practical output of the work, which can be a guide for the lay public in the discussed issue, is described.

Obsah

ÚVOD.....	11
Teoretická část.....	12
1 Sexuálně přenosné choroby obecně.....	12
1.1 Historie sexuálně přenosných chorob.....	12
2 Vybrané Sexuálně přenosné choroby.....	14
2.1 Kapavka.....	14
2.2 Syfilis.....	17
2.3 Exotické pohlavní nemoci.....	22
2.4 Chlamydiové infekce.....	28
2.5 Herpes genitalis.....	32
2.6 Trichomoniáza.....	36
2.7 HIV, AIDS.....	38
3 Rizikové skupiny a výskyt rizikového sexuálního chování.....	39
3.1 Rizikové sexuální chování.....	39
3.2 Rizikové skupiny.....	40
4 Prevence Sexuálně přenosných chorob.....	43
4.1 Prevence přenosu sexuálně přenosných chorob.....	43
4.2 Dispenzarizace a depistáž.....	44
4.3 Školní sestra a její vliv na prevenci sexuálně přenosných chorob.....	45
5 Venerologie.....	46
5.1 Venerologická péče.....	46
5.2 Depistážní sestra.....	47
6 Ošetrovatelská péče.....	48
6.1 Ošetrovatelské péče u jedinců s infekčním onemocněním.....	48
6.2 Specifika ošetrovatelské péče u jedinců s HIV.....	48
Praktická část.....	50

7	Formulace problému.....	50
7.1	Cíle práce	50
7.2	Hypotézy:.....	51
8	Metodika práce	53
8.1	Charakteristika výzkumného souboru	53
8.2	Metoda sběru dat.....	54
9	Interpretace výsledků.....	56
9.1	Popisná statistika.....	56
9.2	Testování hypotéz:.....	80
10	Diskuze	96
11	Závěr.....	102
	Literatura a prameny.....	104
	Seznam zkratk.....	110
	Seznam tabulek.....	111
	Seznam grafů	112
	Seznam příloh.....	114
	Přílohy	

ÚVOD

Sexuálně přenosné choroby jsou staré jako samo lidstvo. První zmínky o nich sahají až do starověkého Egypta a Číny. Po celou dobu byly skrytou hrozbou lidstva až do doby objevu antibiotik. V souvislosti s rozvojem medicíny došlo k výraznému snížení, ve vyspělých zemích až vymýcení některých typů sexuálně přenosných chorob. V současné době je však vlivem migrace jedinců z oblastí, kde zdravotnické péče nedosahuje vysoké úrovně, jako například u nás, nebo je péče na vysoké úrovni, ale již není dostupná všem, se některé choroby, které byly považovány za vymýcené, či našim oblastem vzácné objevují již i u nás. Výskyt některých těchto chorob je sporadický, avšak je nutné brát tuto možnost také v úvahu. Dalším poměrně velký problém je možné spatřit v tom, že polevily preventivní programy a utichly diskuze zabývající se touto problematikou.

V posledních letech se opětovně objevuje jakási sexuální volnost, obdobně jako tomu bylo v 60. letech minulého století, před objevením infekce HIV.

Je nutné, aby veřejnost měla dostatek informací a věděla, před čím se chrání a jaké následky může mít jejich rizikové chování. Vzděláním a podporou primární prevence je možné této osvěty docílit, snížit tak náklady, které vznikají v souvislosti s léčbou a zároveň předejít i možným komplikacím, které vznikají v důsledku nákazy. I přes to, že první informace jsou jedincům podávány již na základní škole před zahájením sexuálního života, nelze říci, že by byly dostačující. Informovat veřejnost, podávat aktuality v souvislosti s touto problematikou, prohlubovat informace a opakovat je, je nedílnou součástí naší práce.

Z tohoto důvodu vznikla i tato práce, jejím cílem je poskytnout informace o klasických venerických chorobách a také o sexuálně přenosných chorobách s vysokou incidencí. Hlavním problémem, který bude v této práci řešen je, jaká je informovanost o sexuálně přenosných chorobách a jejich prevenci. Dále se zaměříme na chování respondentů v oblasti sexuálního života a s ním spojeného rizika v této oblasti. Informace budou získány na podkladě již vypracované rešerše. Věříme, že práce bude mít praktický význam pro veřejnost, že upozorní na problematiku, která je v současné době spíše v pozadí, avšak neztratila na své významnosti.

TEORETICKÁ ČÁST

1 SEXUÁLNĚ PŘENOSNÉ CHOROBY OBECNĚ

Sexuálně přenosné choroby jsou takové, které se ve většině případů přenáší pohlavním cestou nebo je jejich přenos touto cestou významný. Původce infekce nemusí nutně vždy stát za rozvojem onemocnění s klinickými příznaky. Pro tento případ používáme termín pohlavně přenosné nákazy, pod kterým jsou zahrnuty i bezpříznakoví nosiči infekcí. Do sekce pohlavních chorob spadají nemoci, které jsou dány zákonem jako povinně hlášené, a spadají tak do oboru venerologie. Ve většině případů dochází ke zmenšení zdravotních rizik, avšak vyvstávají nové problematické oblasti, které je nutné řešit. Jedná se například o vznik rezistencí mikrobů na antibiotika, infekce vyskytující se u mladších lidí a rizika související s reprodukcí (Resl, 2014, s. 286).

1.1 Historie sexuálně přenosných chorob

Popis pohlavních nemocí sahá daleko do minulosti. První popsaná nemoc na genitálu je stará zhruba 2000 let před naším letopočtem a pochází z Číny. Popsány byly příznaky choroby, které připomínaly syfilis. K léčbě bylo využíváno rtuti. Již v době Hippokrata a jeho žáků se hovořilo o chorobách, které se vyskytovaly u více osob. V Egyptě byly popsány příznaky podobající se projevům venerického granulomu a kapavky. Na Blízkém východě již věděli, že výtoky z močové trubice je možné dostat pohlavním stykem. V této souvislosti se objevovala rituální obřízka, které měla mít účel hygienický a epidemiologický. Zmínky o pohlavních chorobách jsou zaznamenány i v bibli.

Ve středověku byly některé pohlavní nemoci zaměňovány a diagnostika byla prováděna pouze na základě klinického obrazu nemocných. Často byly ve středověku nemoci spojovány s trestem od Boha (Kolářová, 2014, s. 21 - 22).

Velký pokrok nastal v 19. století, kdy se podařilo identifikovat některé patogeny, způsobující pohlavní choroby, a dále pak objev antibiotik, která zmírnila rozšiřování těchto chorob. V některých oblastech se podařilo tyto choroby naprosto vymýtit (Záhumenský et al., 2015, s. 11-13).

Současná problematika

V současnosti dochází k vysokému nárůstu sexuálně přenosných chorob. Dle WHO tvoří počet nově diagnostikovaných jedinců se sexuálně přenosnou chorobou ročně zhruba 500 milionů. Výskyt a šíření sexuálně přenosných chorob je odrazem ekonomické, sociální a politické situace v dané zemi (Páralová, 2008, s. 140). Vlivem dnešní doby, která je uspěchaná a v zásadě není tolik svazována morálními pravidly týkajícími se sexuálního života, jako tomu bylo dříve, se opět podstatně zvyšuje výskyt sexuálně přenosných chorob. Možný vliv na výskyt má i migrace jedinců ze zemí s nízkou osvětou v této problematice. V neposlední řadě jde i o nízkou mediálnost v současnosti a o mylné informace, že lze vyléčit všechny tyto infekční choroby (Machová, 2015, s. 161)

V současnosti je možné dělit sexuálně přenosné choroby následovně:

Klasické venerické choroby

- Syfilis,
- Kapavka,
- Ulcus molle,
- Lymphogranuloma venerum,
- Granuloma inguinale.

Ostatní - např.: Herpes simplex, Chlamydiová infekce, Svrab, atd.

Dle původce

- Bakteriální - např.: Chlamydiová infekce,
- Virové - např.: HIV,
- Parazitické - např.: Veš muňka
- Plísňové - např.: Candidózy,
- Protozoální - např.: Trichomoniáza (Resl, 2014, s. 286 - 287).

2 VYBRANÉ SEXUÁLNĚ PŘENOSNÉ CHOROBY

Tato kapitola se zabývá klasickými pohlavními nemocemi, mezi které patří kapavka, syfilis, ulcus molle, granuloma inguinale, a lymphogranuloma venerum. Dále je v práci popsána chlamydiová infekce, infekce herpes virem a trichomoniáza, které nejsou povinně zákonem hlášené, avšak jejich výskyt je častý (Resl, 2014, s. 286).

2.1 Kapavka

Kapavka je vysoce nakažlivá choroba přenášená převážně sexuálním stykem. Jedná se o nejčastěji vyskytovanou pohlavní nemoc s relativně krátkým časem inkubace. Její průběh, obzvláště v případě ženského pohlaví, bývá mnohdy asymptomatický s následnými komplikacemi a v některých případech může být významně negativně ovlivněna fertilita (Záhumenský et al., 2015, s. 71). V dnešní době především díky terapii antibiotiky je průběh onemocnění mírný a ve většině případů bez komplikací. Onemocnění kapavkou spadá pod povinná hlášení (Jirásková, 2003, s. 209).

Epidemiologie a patogeneze

Kapavčité onemocnění je celosvětovým problémem, ročně je zachyceno zhruba 88 milionů nových případů s největším výskytem u mladých lidí, a to mezi 15 - 29 rokem života. Cestou přenosu tohoto onemocnění je kontakt sliznic a kůže, a to jak orálním, vaginálním i análním pohlavním stykem, ale i z matky na dítě při porodu. K nákaze může dojít i infikovanými předměty a prsty. Nejčastěji dochází k postižení sliznic uretry, cervixu, rekta, faryngu a očních spojivek, tedy místům s cylindrickým epitelem. V případě včasného nepodchycení akutního průběhu nemoci a neléčení může dojít u žen k hlubokému pánevnímu zánětu, u mužů k epididymito-orchitidě a vzácnou však vážnou komplikací je rozšíření v podobě bakterémie (Záhumenský et al., 2015, s. 71 - 72).

Etiologie

Původcem kapavky je gramnegativní diplokok - gonokok, Neisserie gonorrhoeae. Poprvé ho popsal v roce 1879 Albert Neisser. Gonokokovy se daří na cylindrickém epitelu, tvarem gonokok připomíná zrnko kávy. Je velmi citlivý na vnější podmínky a v pro něj nepříznivých podmínkách velice snadno a rychle hyne (Pharma-reports, 2012, s. 81).

Klinický obraz

Inkubační doba kapavky se v průměru pohybuje kolem 3 až 6 dní v souvislosti na místě výskytu. V případě nekomplikovaného průběhu kapavčitého onemocnění mohou být první příznaky asymptomatické, mohou se vyskytovat pocity od zanedbatelného šimrání po palčivou bolest, především při mikci (Resl, 2014, s. 300).

U mužů se objevuje hnisavá uretritida s hlenovitou až hleno-hnisavou sekrecí, později se může objevit žlutozelený výtok s příměsí krve. V pozdějším období výtok ustupuje a projevuje se tzv. ranní kapavka. Nakažený je však stále infekční (Záhumenský et al., 2015, s. 72-73). Jako komplikace se může objevit balanitida a edém předkožky s fimózou či vazivové záněty s možností přestupu až k houbovitému tělesu s následným vytvořením difusních zduřenin až abscesů. Neléčená infekce prostupuje ascendentní cestou a postihuje tak urogenitální trakt. Doprovodné příznaky jsou obdobné, jen více vystupňované, objevuje se retence moči, krvácení a bolestivé erekce s polucemi, avšak není výjimkou, že příznaky nejsou rozvinuty a přestup infekce odhalíme až z laboratorní diagnostiky. K vážnému stavu dochází při rozvoji prostatitidy, spermatocystitidy či epididymitidy, která může stát za trvalou infertilitou (Resl, 2014, s. 300 - 305). Vzácněji může dojít k infektu močového měchýře a horních cest močových. Přestup infekce do chronického stádia se může vyskytovat v celém urogenitálním traktu a příznaky mohou být plíživé a méně nápadné, v některých případech se objevují komplikace v oblasti sexuálních funkcí (Jirásková, 2003, s. 211 - 214).

V případě nákazy ženy se zánět projevuje asymptomaticky s následnými dysuretickými problémy a hnisavým sekretem. V případech, kdy infekce přechází do chronicity, se stává opět asymptomatickou. Infekce u žen se rozvíjí pod obrazem cervicitidy a uretritidy, může být postižena i Bartholiniho žláza (Resl, 2014, s. 300 - 305). Kromě již zmíněných dysurických obtíží se může vyskytovat i krvácení mimo menstruační cyklus. Bez léčby má infekce tendenci šířit se dál ascendentní cestou a může se vyskytnout endometritida, salpingitida a může dojít až k celkovému zánětu malé pánve s bolestí adnex a břicha. Vážnou komplikací může být vznik srůstů a jejich vliv na fertilitu, inklinace k ektopickým těhotenstvím (Pizinger, 2012, s. 90). Ve výjimečných případech může dojít k diseminované infekci, kdy se infekce šíří krevní cestou do organismu. Jedinec tak trpí celkovými příznaky jako je vysoká horečka, schvácenost dále artritida a kožní projevy.

Gonoroická konjunktivitida je v případě dospělých způsobena především enukleací kontaminovanými rukama. Ve většině případů se projevuje jako zarudnutí oka s překrvením spojivkového vaku a hnisavým výtokem. U dospělých převažuje postižení

jednostranné. Novorozenecká konjunktivitida vzniklá přenesením infekce z matky na dítě při průchodu porodními cestami je dnes k vidění vzácně především v souvislosti s kredeizací. V případě neléčené infekce může hrozit až ztráta zraku (Záhumenský et al., 2015, s. 73).

Diagnostika

Diagnostika kapavky se provádí pomocí mikroskopického vyšetření. Odebírán je vzorek exsudátu, který je barven dle Grama. V případě chronického onemocnění spolehlivost mikroskopického vyšetření klesá a je potřeba jej opakovat (Jirásková, 2003, s. 210). Hlavní metodou diagnostiky je kultivační vyšetření, které je provedeno stěrem ze sliznice a nanesení vzorku na čokoládový agar. Podmínkou pro tuto metodu je dodržení zásad transportu. Takto naočkované půdy musejí být transportovány a kultivují se při konstantní teplotě 36° - 37° C, při poklesu teploty se snižuje záchyt gonokoků. Samotná kultivace probíhá za zvýšené tenze CO₂ při teplotě 37°C po dobu 48 hodin. Další metodou je PCR, která je senzitivnější a vhodná k vyšetření chronických forem infekce. Nemá však tak průkaznou hodnotu u multirezistentních kmenů, kterých přibývá. Diferenciálně je nutné odlišit výtok způsobený kapavkou a výtok, který způsobuje jiný původce (např.: chlamydie), (Záhumenský et al., 2015, s 74).

Terapie

Vzhledem k tomu, že přibývají rezistentní kmeny *Neisseria gonorrhoea* na penicilinové preparáty a v některých případech je infekce sdružena s jiným onemocněním je léčba náročná, avšak při včasné zahájení je prognóza onemocnění příznivá. Samotnou léčbu lze rozdělit na léčbu akutní fáze a na léčbu chronické fáze a případných komplikací (Pizinger, 2012, s. 90). Nakaženým jedincům se podávají především antibiotika, jakou jsou cefalosporiny, ciprofloxacin, azitromycin a nebo doxycyklin. Po залéčení je provedeno bakteriologické vyšetření, s opakováním po 2 týdnech. U žen je vyšetření provedeno po skončení menstruace. Před zahájením samotné léčby a 4 měsíce po ukončení léčby je nakaženému jedinci provedeno vyšetření na syfilis a po souhlasu nemocného se vyšetřují i HIV protilátky (Štorkl, 2008, s. 446).

Prevence a prognóza

Při včasné zachytu onemocnění v akutní fázi je možné onemocnění snadno zvládnutelné a prognóza je dobrá. Po přechodu do chronického stádia hrozí výskyt

komplikací a s tím spojený náročnější terapeutický postup (Pizinger, 2012, s. 90). Vakcinace pro toto onemocnění není dostupná, a proto platí především dodržování zásad bezpečného sexuálního života a používání prezervativu při všech sexuálních aktivitách (Záhumenský et al., 2015, s. 75).

Doporučení

Jako prevenci je nutné používání kondomu a dodržování pravidel bezpečného sexuálního života. Při zjištění nákazy se vyšetřují sexuální partneři a diagnostikují se i další sexuálně přenosné choroby. Je zcela nutné provést depistáž a to za dva předešlé měsíce (Pharma-reports, 2012, s. 81). Zákonem je stanovena povinnost podstoupit vyšetření při podezření na toto onemocnění. Onemocnění podléhá „Hlášení pohlavní nemoci“ a lékař musí nakaženého jedince hlásit a odeslat na venerologické pracoviště, kde se s nakaženým dále pracuje. Dispenzarizace pacienta je ukončena v případě negativních klinických výsledků a všech kontrolních kultivačních a sérologických testů (Záhumenský et al., 2015, s. 75-76).

2.2 Syfilis

Syfilis je chronická infekce, jejímž původcem je spirocheta *Treponema pallidum*. Ve většině případů dochází k přenosu při pohlavním styku. Tato nákaza se projevuje celou řadou různých symptomů, a proto je také často nazývána jako tzv.: Opičí nemoc (Resl, 2014, s. 290).

Epidemiologie a patogeneze

Syfilis je celosvětově rozšířená pohlavně přenosná nemoc s velkou škálou příznaků. Do roku 2010 docházelo k nárůstu počtu nových případů, ale v následujících letech došlo k mírnému poklesu. Nejohroženější věkovou skupinou jsou lidé ve věku mezi 15 - 19 lety. Avšak nejčastěji je onemocnění diagnostikováno u skupiny 35 - 39 let. Syfilis může být vrozená či získaná. Vrozený syfilis je vzniká přenosem transplacentární cestou, je získaná dnes nejčastěji nechráněným pohlavním stykem a kontaktem s krví. Dříve bylo také možné nakazit se při podávání transfuzního přípravku, dnes je to takřka nemožné (Kubicová, 2015, s. 406). Muži jsou postiženi častěji než ženy. V České republice byl za rok 2013 stanoven počet nově nakažených na 710. K přenosu nákazy dochází kontaktem kůže či sliznice zdravé osoby s bakterií. V místě vstupu infekce se utváří vřed a bakterie dále

prostupují hlouběji, až se dostávají do lymfatických uzlin. Vytváří se jednostranná lymfadenopatie a bakterie se šíří do různých orgánů. Neléčená infekce může mít závažné následky s ohledem na postižený orgán (Záhumenský et al., 2015, s. 78).

Etiologie

Treponema pallidum je jednobuněčný organismus, který má tvar spirály. Její závitů jsou pravidelné, mají stejnou výšku i šířku a jejich počet se pohybuje od 10 do 14 závitů. Pod elektronovým mikroskopem je možné spatřit fibrily. *Treponema pallidum* je nesmírně náročná na zevní prostředí, přenos infekce se děje ve velké většině případů sexuálním stykem, neboť je tato bakterie citlivá na vyschnutí, změny teploty, pH a hladinu kyslíku. Inkubační doba je 9 - 90 dnů (Pizinger, 2012, s. 86). Původce syfilis je zcela lidská *treponemata*, nelze je kultivovat na kultivačních půdách. K množení těchto mikroorganismů se proto dosud využívají laboratorní zvířata (Resl, 2014, s. 290).

Klinický obraz

Syfilis je vrozená a získaná. Získaná syfilis má 3 stádia, jde o stádium časně, latentní, a pozdní symptomatické.

Získaná syfilis:

Časná syfilis

V primárním stádiu časně syfilis pronikne patogen do kůže a tkáně v místě oslabení, ale i zdravé sliznice. Po dobu inkubace nepozorujeme žádné příznaky. Po 3. týdnu se objevuje v místě kontaktu první afekt. Jeho prvotní vzhled připomíná červenou skvrnu či pupínek, který se rychle mění na vřed. Spodina vzniklého defektu je většinou čistá. Typická je u tohoto defektu jeho nebolestivost a tuhá spodina, hovoříme o tvrdém vředu. V průběhu 4 až 5 dní se objevuje lymfadenopatie nejdříve u spádových uzlin později u všech. Zduření je nebolestivé a může přetrvávat i několik měsíců.

Sekundární stádium vzniká v období kolem 10. týdne od nákazy. Dochází k diseminaci *treponemat* v organismu. Přetrvává zduření mízních uzlin a manifestují se různé orgánové a kožní projevy. Objevují se celkové příznaky jako je teplota, bolesti kloubů a kostí, bolesti hlavy a únava. Sérologické vyšetření je již v tomto období pozitivní. Kožní projevy jsou přítomny u více jak 80% nakažených, vyskytuje se syfilitická rozeola. Jedná se o tlumené růžové skvrnky, které se zvýrazňují při překrvení sliznice, vymizí během 1 až 2 měsíců. Na postranních partiích krku hovoříme o Venušině náhrdelníku (*corona Veneris*). Změny se vyskytují i v dutině ústní, jedná se o zčervenání či mokvavé

erodované papuly. Pokud je zasažen faryng jde o tzv. syfilitickou angínu. V oblasti genitálu, konečníku a na vlhkých místech se objevují výrůstky s nasládlým zápachem nazývané se condylomata lata. Vysoce nakažlivé jsou všechny tyto projevy. (Resl, 2014, s. 291 - 294).

Latentní syfilis

Latentní syfilis je symptomaticky nemá fáze. Některé případy nákazy v této fázi končí, v jiných pokračuje infekce do třetího stádia. V této fázi je diagnostiku možné provést jen ze sérologického vyšetření.

Pozdní symptomatická syfilis

Toto stádium dělíme na 3 oblasti: nezhoubná syfilis, srdečně - cévní syfilis a nervová syfilis.

Nezhoubná syfilis

Typickým příznakem je specifický granulom - gumma, jeho infiltrát je vazká, žlutá tekutina. Vyskytují se zhruba u 16% neléčených případů nákazy. Vyskytují se na kostech, kůži i jiných orgánech. Utváří uzly, které mohou splývat a dále se rozpadat do vředů a vedou k výraznému znetvoření.

Srdečně - cévní syfilis

Objevuje se 10 - 15 let po nákaze u neléčené infekce. Ve svém nejmírnějším průběhu jde o zánět aorty, v případě závažnějšího průběhu s tvorbou aneurysma. Dále je možné sledovat postižení na věnčitých tepnách či aortální chlopni.

Nervová syfilis

Toto postižení se objevuje zhruba u 6 - 7% neléčené infekce. Kvůli velkému souboru příznaků, které jsou obdobné jako u jiných onemocnění CNS je diagnostika infekce velice problematická. Infekce může být asymptomatická s patologií v mozkomíšním moku, ale zcela bez klinických známek infekce. Pokud dojde k zasažení mozkových obalů nebo cévního řečiště, objevuje se zvýšení nitrolebního tlaku. V případě postižení míchy je možné spatřit u jedince poruchy a ztráty citlivosti trupu a končetin. Při postižení nervových buněk rozlišujeme dva základní příznaky, a to progresivní paralýzu, při které se manifestují neurologické a psychiatrické příznaky a tabes dorsalis, jejímž příznakem jsou poruchy hluboké citlivosti a ztráta šlachových reflexů (Resl, 2014, s. 291 - 294).

Vrozená syfilis

Vrozená syfilis je nákaza poměrně vzácná, kdy dochází k přenosu infekce transplacentární cestou. V případě nákazy matky v období kolem početí a žádné terapii dochází k postižení plodu a placenty a mezi 7. a 8. měsícem, pak dochází k potratu (Poláčková, 2016, s. 126). Jsou známy dvě formy vrozené syfilis.

Syphilis congenita recens

Syphilis congenita recens, jejíž projevy u novorozenců jsou papulo-pustulo-krustózní exantémy, condylomata lata, difuzní infiltrát chodidel, dlaní, úst a okolí rekta. Dochází k postižení kostí, hydrocefalu, anémie, pneumonie, intersticiální hepatitida, splenomegalie, lymfadenopatie. Takto narozené děti mají nízkou porodní hmotnost a bez léčby více jak polovina umírá.

Syphilis congenita tarda

Tento průběh infekce, se podobá pozdní symptomatické syfilis. Po 2. roce života, nejčastěji však v období puberty, se objevuje Hutchinsonova triáda. Jedním z příznaků triády jsou deformace řezáku, dále intersticiální keratitida, která v krajním případě stojí až za slepotou jedince a posledním z trias je hluchota vzhledem k postižení VIII. hlavového nervu. Při postižení kostí je patrný sedlovitý nos, perforace patra a šavlovité tibie (Kubicová, 2015, s. 407).

Diagnostika

U primárního stádia se diagnostika opírá o typický klinický nález, anamnézu a pozitivní mikroskopické vyšetření. Kultivace, jak již bylo zmíněno, není účelná. Přímý průkaz je diagnostikován mikroskopicky pomocí tzv. zástinového mikroskopu s paraboloidním kondenzorem. V případě zvětšené uzliny je možné vyšetřit i punktát z této uzliny. Dále lze zjistit přítomnost mikrobu díky metodě přímé imunofluorescence se značenými protilátkami proti *Treponema Pallidum* a metoda PCR. Součástí diagnostiky jsou také sérologické testy, které lze rozdělit specifické, treponemové testy a nespecifické, netreponemové. Z nespecifických testů se využívají reakce VDRL (Venereal Disease Research Laboratory test) a RRR (Rychlá Reaginová Reakce). Mezi specifické testy řadíme TPHA (*Treponema Pallidum* Haemagglutination test), varianta tohoto testu MHA-TP (Microhaemagglutinationtest Assay), a řadu dalších. Testy lze rozdělit na testy screeningové, například metoda ELISA, konfirmační testy k potvrzení positivity, monitorující testy k posouzení účinku léčby. V případě podezření na neurosyfilis je pacientovi vyšetřen mozkomíšni mok (Štokl, 2008, s. 440 - 441).

Diferenciální diagnostika

Syfilis je nutné odlišit o jiných sexuálně přenosných onemocnění, projevujících se podobnými klinickými příznaky. Jedná se o herpes simplex, lymphogranuloma venerum, ulcus molle či granuloma inguinale. Vzhledem k širokému spektru příznaků je však nutné odlišit i další onemocnění jiného rázu (Niedner, 2010, s. 363).

Terapie

Nejlépe účinkujícím preparátem pro terapii syfilis je penicilin. V době terapie je udržována hladina antibiotika v krvi podle stádia, ve kterém se onemocnění nachází. Hladina penicilinu by měla být minimálně 0,003j/1 ml u časně infekce alespoň na dobu 7 až 10 dnů. V případě latentní infekce je zapotřebí udržet hladinu antibiotik déle, tedy 15 až 21 dnů. Pokud jsou stále přítomny příznaky, je terapie delší. K terapii jsou využívány především léky s delší působností, tedy prokain penicilin a benzathin penicilin. Je-li u jedince prokázána neurosyfilis, je mu podáván krystalický penicilin G v infuzi. U vrozené syfilis je podávána dávka 50 000j/kg a cíleně požadujeme zachování hladiny léku v krvi, a to po dobu 7 až 10 dnů. Jestliže je jedinec alergický na podání penicilinu, je možné tento preparát nahradit užíváním erytromycinu, doxyciklinu, tetracyklinu či spiramycinu. V začátcích terapie jsou nemocní zpravidla hospitalizováni kvůli možným nežádoucím reakcím. Jedna z těchto reakcí je Jarisch - Herxheimrovo, která nastává zaplavením organismu odpadními produkty z rozpadlých treponemat (Resl, 2014, s. 299)

Prevence a prognóza

Prevence přenosu syfilis je provozování bezpečného sexuálního styku. Dále je to sérologické vyšetření dárců krve a těhotných žen jako prevence vrozené syfilis a novorozenecký screening. Nákaza podléhá povinnému hlášení a infikovaní jedinci jsou povinně léčeni. Léčení musí být i všichni sexuální partneři nakažené osoby (Göpfertová et al., 2013, s. 165). Onemocnění nevytváří trvalou imunitu, a je tedy možné nakazit se opakovaně. Vakcinace proti nákaze syfilis zatím nebyla vyvinuta. V případě včas zahájené léčby je prognóza onemocnění dobrá, avšak mohou se objevit i případy, kde přetrvá ireverzibilní postižení. V případě, že jedinec není léčen, může být následek až fatální. (Záhumenský et al., 2015, s. 86).

Doporučení

Infekce je přenášena pohlavním stykem, je tedy doporučeno vést chráněný pohlavní styk. V případě nákazy je povinné se léčit a léčit i všechny sexuální partnery. V případě diagnosticky potvrzené infekce je jedinci zakázán pohlavní styk, a to až do výsledků kontrolních vyšetření po ukončení léčby, které musí být negativní. Nemocní jsou po léčbě dispenzarizováni po dobu 2 let. V případě vědomého šíření pohlavní nemoci se jedinec dopouští trestného činu (Záhumenský et al., 2015, s. 86).

2.3 Exotické pohlavní nemoci

V souvislosti se zvýšenou zahraniční turistikou a v poslední době rozsáhlou migrační krizí se objevují i sexuálně přenosné choroby, které nejsou zcela typické pro naše oblasti. Právě to, že výskyt těchto chorob je pro naše končiny vzácný, souvisí s poměrně obtížnou diagnostikou, neboť nad těmito nemocí není zpravidla uvažováno. V práci jsme uvedli 3 nejznámější exotické pohlavní choroby, a to jsou lymphogranuloma venerum, ulcus molle a granuloma inguinale. Protože je výskyt těchto chorob u nás sporadický a je především v tropických a subtropických oblastech, jsou tyto infekce sloučeny pod jednu hlavní kapitolu, a to jako exotické pohlavní nemoci (Zákoucká, 2011, s. 250)

Granuloma inguinale

Granuloma inguinale je infekční sexuálně přenosné onemocnění. Vyskytuje se především v tropických a subtropických oblastech, v Evropě vzácně. Jeho typický obraz je ulcerativní s vegetujícími projevy a následnou progresí (Resl, 2014, s. 306). Původce onemocnění je *Calymmatobacterium granulomatis*, též známě jako Donovanovo tělísko (Fait, 2017, s. 142).

Epidemiologie a patogeneze

Onemocnění je především v tropických a subtropických oblastech, v Evropě je výskyt sporadický. Celkově počet nakažených jedinců klesá. Přenos infekce probíhá nechráněnou sexuální cestou, jiná cesta přenosu je možná, avšak velice vzácná. Obecně je onemocnění poměrně málo nakažlivé a k přenosu infekce přispívají další faktory, jako je jiná sexuálně přenosná infekce či malhygiena (Záhumenský et al., 2015, s. 114 - 115). Infekce je možné dostat i při praktikování análního sexu prostřednictvím kontaminované stolice (Resl, 2014, s. 306).

Etiologie

Nákazu způsobuje bakterie zvaná *Calymmatobacterium granulomatis* neboli Donovanovo tělísko, někdy klasifikované také jako *Klebsiella granulomatis*. Jedná se o gramnegativní, nepohyblivou, pleomorfní tyčinku, která je obalena pouzdrmem. Nejčastěji je nákaza diagnostikována ve věkové skupině 20 - 40 let (Zákoucká, 2011, s. 252).

Klinický obraz

Inkubační doba je 8 až 12 týdnů. Infekce zasahuje kůži a podkoží vulvy a inguin, ale je možné spatřit výskyt tohoto onemocnění i na cervixu, děloze, ovarií u žen a penisu, scrota, třísel a stehů u mužů, může však být postižen i obličej. Mezi typické symptomy patří zapáchající výtok. V počátku infekce vytváří papuly, které později ulcerují a utváří tak granulace s ostrými okraji. Defekty se pomalu a obtížně hojí jizvou. Nákaza většinou nemá žádné celkové příznaky. U postižení děložního čípku se objevují ulcerace a granulomatózní tkáň, vždy je nutné histologicky nález zkontrolovat, neboť vizuálně imituje karcinom cervixu (Fait, 2017, s. 142). Možnou komplikací onemocnění je sekundární infekce, která vede k zhoršení stavu. Výjimečně je možné šíření infekce hematogenní cestou do kostí, kloubů a jater. Pokud tento stav není řešen, může vést ve vzácných případech až ke smrti jedince. Bez léčby onemocnění přetrvává až roky (Zákoucká, 2011, s. 252).

Diagnostika

Nejčastěji volenou diagnostickou metodou je přímý mikroskopický průkaz patogenu. Materiál pro toto vyšetření je sebrán pomocí stěru z defektu. Typickým nálezem jsou intracelulární Donovanova tělíška. Histologické vyšetření se provádí pomocí Giemesova barviva či stříbření. Kultivace mikroba je prováděna vzácně. Nejčastěji a diagnosticky nejpřesněji je využívána metoda PCR. Sérologické vyšetření je využíváno střídavě (Záhumenský et al., 2015, s. 115 - 116).

Diferenciální diagnostika

Vzhledem ke klinickým příznakům je nutné provedení diferenciální diagnostiky s ohledem na jiná sexuálně přenosná onemocnění s obdobnými příznaky. Je nutné odlišit onemocnění, jako jsou vředy herpetické, luetický vřed a jiné bakteriální infekce (Záhumenský et al., 2015, s. 115).

Terapie

Lékem první volby jsou tetracyklinová antibiotika, především doxycyklin 100mg, každý den po dobu 3 týdnů. Alternativou je podání erythromycinu či sulfamethoxazolu. Terapie je podávána do doby odhojení defektu. V komplikovanějších případech je možné podávat kombinaci více antibiotik (Fait, 2017, s. 142).

Prevence a prognóza

Pro toto onemocnění není zatím vyvinuta žádná vakcína. Prevence spočívá v dodržování zásad bezpečného sexuálního života. Prognóza onemocnění je při zahájení včasné léčby pozitivní, v opačném případě defekt přetrvává velmi dlouho a může docházet k mutilujícím změnám (Záhumenský et al., 2015, s. 116 - 117).

Doporučení

Z doporučení u tohoto onemocnění vyplývá dodržování zásad bezpečného pohlavního života a používání prezervativu. Výskyt onemocnění je vzácný, a proto jeho diagnostika může být opomenuta. V případě nákazy by měli být vyšetřeni sexuální partneři v období posledních 6 měsíců (Záhumenský et al., 2015, s. 116).

Ulcus molle

Ulcus molle je pohlavní choroba, která se převážně vyskytuje v tropických a subtropických oblastech. Projevuje se tvorbou vředových ložisek v genitální oblasti a tříselnými abscesy. Onemocnění je zapříčiněno bakteriální nákazou *Haemophilus ducreyi* (Poláčková, 2016, s. 126).

Epidemiologie a patogeneze

Infekce způsobená tímto bacilem se vyskytuje především v tropech a subtropích, zejména pak v Africe. I přes to, že incidence případů celkově ubývá je možné vlivem zvýšené migrace, přijít do kontaktu s infekcí i v Evropě. Většinou je onemocnění diagnostikováno u mužů. Infekce se šíří nechráněným pohlavním stykem, přenos jinou cestou je velice vzácný (Záhumenský et al., 2015, s. 112).

Etiologie

Infekci způsobuje gramnegativní anaerobní tyčinka, kobacil, *Haemophilus ducreyi*. Buňky jsou uspořádány paralelně ve shlucích a krátkých řetězcích. Bacil stojí za vznikem

vředovitých útvarů v anogenitální oblasti a je doprovázen lymfadenopatií. (Zákoucká, 2011, s. 251)

Klinický obraz

Inkubační doba ulcus molle trvá 3 až 7 dní. Prvním příznakem onemocnění je výsev měkké papuly s erytémem, která se přemění v pustulu. V další fázi se pustula mění v bolestivý vřed, který je zhruba 1 až 2 mm hluboký. Vřed má naválité okraje a jeho spodina je povleklá a nažloutlá. Okolí vředu je začervenalé a projevuje známky zánětu. V období mezi 1. a 2. týdnem se objevuje bolestivá lymfadenitida s erytémem ve spádové oblasti. Může se také objevit perforace a následná tvorba píštěle s exsudátem hemoragického charakteru. Další vředy se mohou objevovat v okolí již postiženého místa (Kubicová, 2015, s. 407).

Diagnostika

Diagnostika je prováděna pomocí mikroskopického vyšetření. Ze vzorku odebraného stěrem ze spodiny vředu jsou diagnostikovány „řetízky“ barvením dle Grama. Kultivačně se provádí diagnostika naočkováním na krevní agar (Štorkl, 2008, s. 443) Nejvhodnější teplota pro kultivaci je 33 - 35 °C se zvýšenou tenzí oxidu uhličitého. Nejpresnější diagnostickou metodou je PCR, ale pro finanční náročnost se běžně nevyužívá (Zákoucká, 2011, s. 252)

Diferenciální diagnostika

Diferenciální diagnostika spočívá v odlišení vředů, které způsobují jiná agens. Především se jedná o vředy způsobené syfilitickou infekcí a vředy, které se objevují při nákaze způsobené herpes simplex (Kubicová, 2015, s. 408).

Terapie

Léčbou ulcus molle je celkové podávání antibiotik. Léčba je problematická vzhledem k různé citlivosti bakteriálního původce na antibiotika. Podává se většinou 1g azithromycinu perorálně, nebo je možné podat ceftriaxom či erythromycin na 7 dní. Dalším možným řešením je podání amoxicilinu v kombinaci s kyselinou klavulanovou. Celkově se přenos infekce snižuje hygienou genitálií po pohlavním styku a především používání kondomu při pohlavním styku. Onemocnění je povinně hlášeno (Mašata, 2017, s. 139).

Prevence a prognóza

Pro toto onemocnění prozatím není vakcína, ale některé látky jsou již ve fázi testů. Prognóza je při včasné a správné léčbě příznivá. Je vhodné vynechat sexuální styk, dokud nedojde k залечení infekce a následně dodržovat zásady bezpečného sexuálního života (Záhumenský et al., 2015, s. 112).

Doporučení

Je nutné dodržovat léčebný režim. Nevhodně залеченý vřed může přetrvávat poměrně dlouhou dobu a s kombinací postižení lymfatických uzlin může dojít k rozvoji superinfekce. Zkladním pravidlem je dodržování správné hygieny a používání prezervativu (Štorkl, 2008, s. 443).

Lymphogranuloma venerum

U nás se vzácně vyskytující, avšak do povinně hlášených sexuálně přenosných chorob patří také lymphogranuloma venerum. Jedná se o chlamydiovou nákazu, která se vyskytuje především v tropech a subtropích. Onemocnění se manifestuje vředem a postižením mizních uzlin (Štorkl, 2008, s. 443).

Epidemiologie a patogeneze

Onemocnění se vyskytuje především v tropických a subtropických oblastech, jeho výskyt v Evropě byl poměrně vzácný, avšak vlivem migrace se onemocnění vyskytuje již i ve vyspělých státech. Jedná se o sexuálně přenosné onemocnění, které podléhá povinnému hlášení. Akutní fáze je diagnostikována spíše u mužů, u žen je průběh častěji asymptomatický. K přenosu infekce dochází především u mužů s homosexuální orientací (Fait, 2017, s. 140).

Etiologie

Původcem nákazy je Chlamydie trachomatis, tedy přesněji její sérotyp L₁, L₂ a L₃. Strukturálně jsou podobné gramnegativním bakteriím. Jedná se o intracelulární parazity, které ke svým procesům využívají hostitelskou buňku. Jejich růst trvá 48 až 72 hodin. Tito parazité jsou citliví na okolí, velmi rychle hynou při vyschnutí, při teplotě vyšší než 56°C a zničí je běžné dezinfekční prostředky. Jejich přenos se děje výhradně sexuálním stykem s infikovanou osobou (Zákoucká, 2011, s. 250).

Klinické příznaky

Inkubační doba je v rozmezí 2 až 3 týdnů od kontaktu s infikovaným jedincem. Nákaza nejdříve postihuje lymfatický systém, kde se šíří a následně přestupuje, šíří se i hematogenní cestou. Klinické obtíže je možné rozdělit do třech stádií.

V prvním stádiu po kontaktu s infekcí objeví primární léze v místě, kde došlo ke kontaktu, může se jednat o penis, uretru, skrótum, vulvu, poševní stěnu či děložní hrdlo. Objevuje se malá vezikulární léze, která je snadno přehlédnutelná. V některých případech ji mohou doprovázet horečky, bolesti svalů či hlavy (Fait, 2017, s. 140).

Druhé stádium se manifestuje otokem a zánětem mízních uzlin, dochází k tvorbě píštělí s hnisavým výpotkem, které se hojí vtaženými jizvami. U žen se může vyskytovat proktitida vlivem přestupu infekce z cervixu a vaginy. V případě, že není nastavena žádná terapie či je terapie nevhodná, nastupuje třetí stádium, které častěji postihuje ženy vlivem u nich předešlých asymptomatických stádií. Dochází k poruchám lymfatického systému a tvoří se anogenitální lymfedém (Štorkl, 2008, s. 446).

Diagnostika

Diagnostikovat toto onemocnění v prvopočátku je náročné. Pomyšlení na něj bereme v úvahu v případě druhého stádia, kdy se objevují klinické příznaky. Diagnostika onemocnění spočívá ve stěru ze spodiny defektu, sliznice uretry, faryngu, rekta, endocervixu a punktátu z postižené uzliny. Vzhledem k tomu, že se jedná i intracelulárního parazita, je nutné provést důkladný stěr ze sliznice. Nejčastěji se využívá metody PCR (Záhumenský et al., 2015, s. 119). Kultivace pro tohoto mikroba se ukazuje jako méně citlivá a poměrně náročná metoda, při které se využívá kultivace na buněčných liniích. V případě citlivosti je nutné ještě odlišení, o který sérotvar se jedná. Dále je jedinec předán do péče venerologa a je nutné ho sledovat do zhojení projevů (Zákoucká, 2017, s. 251).

Diferenciální diagnostika

Diferenciální diagnostika spočívá v rozlišení defektu, který může způsobovat jiný patogen. Vředy v anogenitální oblasti může způsobovat virus herpes simplex, onemocnění ulcus molle či syfilis. V případě kde se onemocnění zkomplikuje o proktitidu, je zapotřebí vyloučit infekci *Chlamydia trachomatis* sérovaru D - K, gonokokovou infekci či proktitidu způsobenou jiným agens (Záhumenský et al., 2015, s. 119).

Terapie

Mezi antibiotika první volby patří tetracykliny, makrolidy a azalidy. Dle doporučení je podáván doxycyklin ve 100 mg po 12 hodinách na 21 dní, či makrolidy s dávkováním 500mg erythromycinu po 6 hodinách také 21 dní. Dále jsou jedinci podrobeni režimovým opatřením až do zhojení defektů a negativitě kontrolních testů. Zpětně jsou zjišťováni partneři, s kterým infikovaná osoba měla styk, a to za dobu 60 dní (Zákoucká, 2011, s. 251).

Prevence a prognóza

Prevencí přenosu této nákazy je dodržování zásad zdravého sexuálního života, tedy používání prezervativu, nesdílet žádné sexuální pomůcky, a tak dále. Nutné je také vyšetřit případné sexuální partnery a v případě pozitivitu zahájit léčbu i u nich. Prognóza je při včasné zahájené antibiotické terapii příznivá. Vzhledem k tomu, že na infekci *Chlamydia trachomatis* zatím není vyvinuta žádná vakcinační látka, je možné infekci prodělat opakovaně (Záhumenský et al., 2015, s. 120).

Doporučení

Infekce *Chlamydia trachomatis* spadá pod infekce povinně hlášené. Nakažený jedinec podepisuje poučení o zákazu sexuálního styku, který trvá po dobu léčby a následného negativního výsledku kontrolního vyšetření, které je prováděno v rozmezí 4 až 6 týdnů po terapii. Dále je nutné vyloučit u jedince přítomnost dalších sexuálně přenosných chorob. Při úplné negativitě všech kontrol je poté pacient vyřazen z dispenzarizace. (Záhumenský et al., 2015, s. 120 - 121).

2.4 Chlamydiové infekce

Chlamydiová infekce v urogenitálním traktu je způsobena bakterií *Chlamydia trachomatis*. Známe 18 sérotypů této bakterie. Sérotypy A - C stojí za vznikem trachomu. Nejčastěji vlivem nedostatečných hygienických návyků v rozvojových zemích. Chlamydie D - K jsou původci zánětu urogenitálního traktu mužů i žen, ale stojí i za záněty očních spojivek (konjunktivitidou) a pneumoniemi. Jedná se o onemocnění přenosné pohlavním stykem vaginálním, orálním nebo análním (Štorkl Jiří, 2008, s. 446 - 447).

Epidemiologie a patogeneze

Ročně se ve světě chlamydiovou infekcí nakazí průměrně 90 milionů osob. Tato nákaza se vyskytuje všude ve světě a nejvíce je zastoupena ve věkové skupině adolescentů a mladých dospělých. I přesto, že se jedná o onemocnění, které podléhá hlášení o infekčních nemocích, jsou hodnoty v České republice značně neobjektivní. Mnohé případy nejsou hlášeny, a tak chybí skutečné údaje o skutečné incidenci.

Riziko nákazy je mezi partnery až 75%, cestou přenosu je nechráněný pohlavní styk jak vaginální, tak i orální a anální. K přenosu může dojít i v případě sdílení sexuálních pomůcek a autoinokulací na oční spojivku, což se stává často v případech, kdy je infikováno novorozené dítě v průběhu porodu (Záhumenský et al., 2015, s. 62 - 63).

Etiologie

Chlamydie trachomatis jsou mikroby přibližně kulovitého tvaru, nemají pouzdra ani bičíky. Jejich množení se děje pouze v živých buňkách. Od virů se liší tím, že mají buněčnou stěnu. (Resl, 2014, s. 308). Svojí strukturou se nejvíce podobají gram-negativním bakteriím. Onemocnění pohlavního ústrojí způsobují sérotypy D - K (Roztočil, 2013, s. 195).

Klinický obraz

Inkubační doba u infekcí způsobených chlamydiemi se pohybuje mezi 10 až 20 dny. Klinické projevy se u mužů a žen různí, avšak přes polovinu nakažených má latentní příznaky (Štokl Jiří, 2008, s. 447).

U mužů se infekce nejčastěji projevuje pod obrazem uretritidy s výtokem, který má charakter průhledný, mléčně zkalený až nažloutlý. Nejvíce je vyjádřen ráno, v průběhu dne je sekrece menší. Vyskytují se i dysurické obtíže. Podstatné riziko u chlamydiové infekce je v možnosti jejího ascendentního šíření a následného postižení prostaty, semenných váčků a nadvarlat. Pokud není nastavena adekvátní léčba, dojde k vazivovým změnám, přesněji k vazivovým srůstům, které mají za následek infertilitu.

U žen chlamydiová infekce může vyvolat mukopurulentní cervicitidy nebo uretritidy. Podstatně méně stojí za vznikem Bartholinitidy, proktitidy. Klinickým obrazem infekce u ženy jsou dysurické obtíže, poševní výtok, bolestivost podbřišku a bolest při pohlavním styku. Dále je možné pozorovat krvácení mimo menstruaci, krvácení po pohlavním styku, ale i silnější menstruační krvácení. Infekce je schopna ascendentně se šířit do malé pánve. Včas nezaléčená infekce může přecházet do chronicity a stojí

za postižením malé pánve. Dochází k rozsáhlému zánětu, je možné pozorovat endometritidu a vazivové změny na tkáni tvořící srůsty. Možným důsledkem těchto změn je mimoděložní těhotenství, ale i tubární infertilita. Na děložním čípku lze po prodělané infekci sledovat buněčné abnormality (Záhumenský et al., 2015, s. 63 - 64).

Reiterův syndrom

Jde o reaktivní onemocnění, které se vyskytuje zhruba 4 týdny po prodělané chlamydiové infekci. Onemocněné se vyskytuje takřka výlučně u mladých mužů s pozitivitou antigenu HLA-B27. Syndrom má svou typickou klinickou triasu, kterou tvoří neinfekční artritida, uretritida a konjunktivitida (Povýšil et al., 2016, s. 348).

Fitzův- Hughův-Curtisův syndrom

Jedná se o perihepatitidu a perihepatální srůsty projevující se bolestí v pravém žeberním oblouku. Syndrom nemá tendenci tvořit abscesy a může být způsoben bakterií *Neisseria gonorrhoea* (Roztočil, 2011, s. 195).

Novorozenecká nákaza

V případě novorozenecké nákazy jde o přenos infekce v průběhu porodu infikovaným porodním kanálem. Dochází k tomu v 60 až 70 % případů při přítomnosti infekce u matky. Při nákaze může vzniknout pneumonie díky aspiraci, která ve většině případů odezní bez dalších komplikací (Štorkl, 2008, s. 447). Může dojít také ke vzniku purulentní konjunktividy a následnému zhoršenému vidění v důsledku poškození sítnice (Staňková, 2008, s. 86).

Diagnostika

Diagnostika chlamydiové infekce spočívá v přímém průkazu ze stěru postižené sliznice, vzorku spermatu či první porce moči. Jedná se o ligázovou a nebo polymerázovou řetězovou reakci (PCR), která má citlivost až 98%. Mezi další diagnostické metody patří ELISA (Enzyme Linked Immunosorbent Assay) a také mikroimunofluorescence se značenou protilátkou (Štorkl, 2008, s. 447). Kultivace se provádí na tkáňových kulturách nebo na vaječných zárodcích. U žen se odběr vzorku provádí seškrabem z děložního čípku, a speciální odběrovou tyčinkou z močové trubice u mužů (Resl, 2014, s. 308). Dnes se však od této metody upouští. V případě pozitivního sérologického vyšetření je nutná shoda i s klinickým obrazem a dynamikou hladin

protilátek v séru, protože pozitivita sérologického průkazu protilátek neznamená vždy jasné onemocnění. V případě urogenitálních infekcí jsou protilátky negativní a pozitivně se prokážou jen u chronických ascendentních a systémových forem onemocnění (Záhumenský et al., 2015, s. 64 - 65).

Diferenciální diagnostika

Záněty urogenitálního traktu mohou být též způsobeny kapavkou. Zatím co u chlamydiové cervicitidy se objevuje krvácení při styku a výrazné cévní překrvení u zánětu způsobeného kapavkou se jedná o hnisavý zánět s velkou sekrecí a celkovými příznaky (Záhumenský et al., 2015, s. 64).

Terapie

Pokud je léčba zahájena včas, je celková prognóza onemocnění pozitivní. V případě nekomplikované formy chlamydiové infekce jsou podávány preparáty jako azytromycin nebo doxycyklin (Resl Vladimír, 2014, s. 308). Pokud je infekce smíšená či se průběh infekce zkomplikuje, je vhodné použít kombinaci antibiotik. Pro úplné залечení musí být terapie dostatečně dlouhá, minimálně 14 dní nejlépe až 3 týdny. U chronických zánětů je vyšší úspěch léčby při kombinaci antibiotik a systémové enzymoterapie díky vyšší dostupnosti účinné látky v postižené tkáni (Záhumenský et al., 2015, s. 65).

Prevence a prognóza

Prevenčí chlamydiové infekce je především dodržování zásad bezpečného sexu a používání prezervativu. Není vhodné mít více sexuálních partnerů a chovat se promiskuitně. Je nutné, aby v případě nákazy byli přeléčeni všichni sexuální partneři. Proti chlamydiím nemáme žádnou vakcínu. Je nutné podotknout, že nejsou v těle po prodělané infekci trvale ochranné protilátky, tedy je možné se nakazit opakovaně. Navíc se chlamydiová infekce často přenáší sdruženě s kapavkou (Záhumenský et al., 2015, s. 65).

Doporučení

Pokud je jedinec nakažen chlamydiovou infekcí, je mu předloženo písemné ponaučení o zákazu pohlavního styku, které musí podepsat. Toto opatření je stanoveno na dobu během léčby a týden po léčbě. Před zahájením léčby a dále kontrolně 3 měsíce po prodělané léčbě je nutné provést vyšetření k diagnostice syfilitidy, HIV, hepatitidy B

a hepatitidy C. V případě negativních kontrolních testů je možné vyřadit jednice z dispenzarizace. Do výsledků kontrolních testů je doporučeno mít sexuální styk chráněný (Záhumenský et al., 2015, s. 65).

2.5 Herpes genitalis

Herpes simplex virus spadá do čeledi Herpesviridae, které se řadí mezi DNA viry. Ve většině případů jsou tímto původcem způsobeny subklinické infekce než infekce manifestní. Viry po prodělané infekci zůstávají v organismu v latentním stavu celý život a opětovně se mohou aktivovat v případě, kdy má jedinec sníženou imunitu (Mašata, 2017, s. 66). Herpes simplex virus dělíme na typ 1 (HSV1) a typ 2 (HSV2). Míšení těchto typů virů se děje při orogenitálním styku. V této kapitole je popsán herpes virus typu 2, tedy vir, který stojí především za vznikem chronické infekce genitálu, která je přenášena ve většině případů pohlavním stykem (Resl, 2014, s. 309).

Epidemiologie a patogeneze

Až 90% populace má přítomné protilátky proti viru herpes simplex, jeho výskyt stoupá s věkem (Niedner, 2010, s. 102). Infekce herpes simplex je v poslední době na vzestupu, v USA je to sexuálně přenosně onemocnění s nejčastějším výskytem. Nákaza se přenáší genitálně či orogenitálně s inkubací 2 až 14 dní (Záhumenský et al., 2015, s. 52). Cesta infekce se u HSV1 a HSV2 se liší. Zatímco HSV1 se přenáší kontaktem se slinami infikované osoby, HSV2 je přenášen pohlavním stykem (Roháčová, 2015, s. 28). Vzhledem k tomu, že v poslední době dochází k oblíbenému a častěji provozovanému orálnímu sexu, je často výskyt těchto virů kombinovaný. HSV1 se nejvíce vyskytuje v dětském věku, po jeho proděláním se u jedinců objevuje určitá ochrana proti HSV2 a naopak (Fait, 2017, s. 131).

Etiologie

Infekce herpes genitalis je způsobena virem herpes simplex, jedná se o dvouvláknový DNA virus, který po prodělané infekci přetrvává ve stádiu latence v senzomotorických nervových gangliích. Při podráždění organismu se virus opět aktivuje a opět se manifestuje na kůži a sliznicích (Poláčková, 2016, s. 127). HSV2 je jedním z osmi dosud známých lidských herpetických virů a má na buňky cytopatické účinky (Roháčová, 2015, s. 28).

Klinický obraz

V případě infekce herpes simplex virem rozlišujeme, zda se jedná o infekci primární, non-primární či rekurentní. Primární infekce se vyskytuje u jedince, u kterého dosud nebyla diagnostikována nákaza HSV1 a HSV2. Primární infekce se nemusí z počátku projevovat, může probíhat asymptomaticky, není však výjimkou, že se objeví místní, ale i celkové příznaky (Roztočil, 2011, s. 188). Po inkubační době 2 - 14 dnů se u primoinfekce rozvinou závažné příznaky v genitální, perigenitální a perianální oblasti. V místě, kde virus vstupuje do organismu, vzniká vážná cytolytická reakce. Vznik této reakce vede k odloučení vrstvy epitelu a vytváří se tak vezikuly. Výsev se objevuje v podobě erytematózních papul, na těchto papulách se utvářejí herpetické vezikuly. Popraskané pustuly vytvářejí bolestivé ulcerace s typickým obrazem. Povrch a okraje jsou zarudlé a spodina má šedavý nádech. Odhojení trvá zhruba 3 týdny a může být doprovázeno vznikem krust a následných jizev.

U mužů se herpetická vyrážka objevuje především na glans penis, často je infekce doprovázena uretritidou. Podstatně závažněji probíhá infekce na sliznici vaginy či rekta (Záhumenský et al., 2015, s. 52). V případě výskytu u žen se kromě již zmíněné herpetické vyrážky objevuje i mukopurulentní výtok a je zasažen i děložní čípek. Výskyt vyrážky je lokalizován především na vulvě a na Venušině pahorku. Mezi první příznaky patří zarudnutí, svědění a bolestivost, ty se vyskytují 1 až 2 dny před výsevem samotné herpetické vyrážky. Nové puchýřky se mohou objevovat ještě 10 dní od začátku výsevu. Může být zasažena i močová trubice, což následně vede k dysurii. Infekce herpes virem se projevuje i celkovými příznaky jako únava, nevěle, myalgie a horečka (Mašata, 2017, s. 68-69). Objevuje se též lymfadenopatie, která může přetrvávat i několik týdnů po zhojení puchýřů. V případě non-primární infekce je průběh celkově mírnější. Celkové příznaky nemusí být vůbec přítomny, výsev herpetické vyrážky je mírnější a dochází k rychlejšímu ústupu infekce. Rekurentní infekce se objevuje až v 90% nakažených typem HSV2. Průběh infekce je mírnější a kratší, trvá zhruba 8 až 12 dní. Symptomy jsou u žen výraznější než u mužů a průběh může být atypický. Místo typických vřídků se mohou vyskytovat ragády, fisury či furunkly. Spouštěčem v případě rekurentní infekce může být menstruace nebo ultrafialové záření. Více jak polovina nakažených má před samotným výsevem prodromální příznaky (Záhumenský et al., 2015, s. 52-53).

Diagnostika

Diagnostika se opírá jak o typický klinický nález, tak i virologické vyšetření. Diagnostika viru je možná virologickým vyšetřením přesněji metodou EIA. U žen je prováděno vyšetření v rámci preventivní prohlídky 1x ročně pomocí cytologického vyšetření cervixu (Resl, 2014, s. 310). V případě klinického vyšetření je možné provést stěr ze spodiny defektu, který lze vyšetřit pomocí metody PCR, nebo pomocí mikroskopického vyšetření. Sérologické testy nám umožňují rozlišit protilátky, zda se jedná o HSV1 či HSV2. K průkazu těchto protilátek se využívá diagnostické metody ELISA. Na základě zjištěných protilátek je možné rozhodnout, zda se jedná o infekci primární či zda je infekce rekurentní (Fait, 2017, s. 133). Mezi další nekultivační vyšetření diagnostikující infekci je možné využít průkaz antigenu HSV pomocí metody DFA (Mašata, 2017, s. 72).

Diferenciální diagnostika

Diferenciální diagnostika je v tomto případě důležitá, protože vředy vzniklé na podkladě infekce herpes simplex, které se na genitálu objeví, je možné zaměnit s vředy vzniklými na podkladě jiné infekce. Infekce s podobným klinickým obrazem jsou například Behcetův syndrom, kandidiáza, impetigo, molluscum contagiosum či jiné polékové exantémy (Resl, 2014, s. 310).

Terapie

K léčbě herpes viru se využívá virostatik, nejčastěji se jedná o aciklovir či gancyklovir. Tyto virostatika jsou účinná proti herpes viru hominid. Nejlepší léčebný efekt vykazují při prodání ve fázi prodromálních příznaků, tedy ještě před výsevem samotných lézí. Pokud již k výsevu došlo, virostatika spíše zkrátí dobu výsevu a sníží vylučování viru. Následně se tedy zabýváme léčbou symptomů, při bolesti podáváme analgetika. Pokud dochází k častým rekurentním infekcím, jsou virostatika podávány v rámci prevence (Roztočil, 2011, s. 188, 189). V těhotenství je léčba indikována pouze v případě závažného průběhu a diseminace infekce. Ženy s rekurentní infekcí je možné léčit od 36. týdne těhotenství (Mašata, 2017, s. 74).

Léčba primoinfekce

Při výskytu primoinfekce je dle doporučení podáván aciklovir v dávce 200 mg perorálně 5x denně po dobu 5 dnů. V případě závažného průběhu je nutné pacienta

hospitalizovat a léky podávat v intravenózní formě po 8 hodinách, zpravidla po dobu 1 týdne (Mašata, 2017, s. 73).

Léčba první epizody non-primárního genitálního herpesu

Léčba první epizody non-primárního genitálního herpesu je obdobná jako u primoinfekce. Není podporována lokální léčba aciklovirem, protože nezkracuje dobu hojení, ani nijak příznivě neovlivňuje místní příznaky (Mašata, 2017, s. 73).

Léčba rekurentního genitálního herpesu

Terapie je doporučena v případě výskytu velkého rozsáhlého místního postižení, které přetrvává déle než týden. V případě podání perorální terapie se zkracuje doba onemocnění s nejlepším efektem při včasném zahájení. V případě rekurentní infekce se doporučuje podávat 200 mg acikloviru perorálně 5x denně po dobu alespoň 5 dnů s možností prodloužení léčby až na 10 dní. Při velmi výrazných lokálních obtížích je možné aplikovat indiferentní léčbu (Mašata, 2017, s. 74).

Léčba u imuno-suprimovaných pacientů

Vzhledem k tomu, že se vyskytuje v populaci čím dál více osob se suprimovanou imunitou, je nutné zmínit, že těmto pacientům nesmí být lokálně podán aciklovir vzhledem k možnosti výskytu rezistentních virů. Při léčbě primo-infekce či recidiv je doporučen aciklovir 400mg perorálně 3 - 5 x denně v rozmezí 7 až 10 dní. Jako alternativu v případě rezistence na aciklovir je možné podávat foscarnet. Délka léčby se pohybuje mezi 6 týdny až 6 měsíci dle stavu pacienta (Mašata, 2017, s. 75).

Prevence a prognóza

Na infekci herpes virem existuje glykoproteinová antiherpetická vakcína, avšak její vliv na výskyt genitálního oparu je nízký. Nákazu snižuje používání prezervativu, v případě rekurentního genitálního herpesu je možné při dlouhodobé supresivní léčbě snížit riziko vzniku nákazy až o 50%. Infekce jako taková není život ohrožující, ale dokáže výrazně snížit kvalitu sexuálního života (Záhumenský et al., 2015, s. 56).

Doporučení

Jedinci s nákazou herpes genitalis mají vyšší riziko akvizice HIV infekce. Součástí předporodního vyšetření by měla být i anamnéza výskytu genitálního oparu jak u ženy, tak i u jejího partnera. V případě výskytu u partnera těhotné ženy je po sérologickém vyšetření doporučeno používání prezervativu. Obecně je doporučeno používání prezervativu

a vedení bezpečného sexuálního života pro snížení rizika nákazy infekcí herpes virem (Záhumenský et al., 2015, s. 56).

2.6 Trichomoniáza

Je nejčastěji se vyskytující, vyléčitelná pohlavně přenosná choroba. Nákaza je způsobena parazitem *Trichomonas vaginalis*. Poprvé byl tento patogen popsán v roce 1836. Léčba je úspěšná, avšak je nutné léčit i všechny sexuální partnery (Záhumenský et al., 2015, s. 57).

Epidemiologie a patogeneze

Trichomoniázová infekce se vyskytuje zhruba 1,5 až 3 % celkové populace. Převážně se vyskytuje u mladých žen. U trichomoniázy je možné všimnout si 3 základních charakteristik:

- výskyt infekce roste s věkem nakažených,
- u černošských etnik je výskyt 10x větší,
- v 85% případů je infekce asymptomatická.

Vliv na toto výskyt tohoto onemocnění mají i socioekonomický faktor a další přidružené infekce, jako např.: chlamydiová infekce. Mezi další faktory, které mají vliv na vznik infekce je vyšší počet sexuálních partnerů, vaginální výplachy, u mladých žen lze za rizikové považovat i kouření marihuany a věkový rozdíl mezi partnerem větší než 5 let (Záhumenský et al., 2015, s. 57 - 58). Přenos trichomoniázy se takřka vždy děje především nechráněným pohlavním stykem. Zcela výjimečně je možné nakazit jinak, a to zanedbáním hygienických pravidel či používáním stejných hygienických pomůcek. První příznaky nákazy se objevují 4 až 14 dní po nákaze. Onemocněním je možné nakazit se opakovaně, a proto je nutné léčit i všechny sexuální partnery (Medixa, © 2018).

Etiologie

Trichomoniázu způsobuje prvok *Trichomonas vaginalis*. Prvok je pohyblivý, má 4 až 5 bičíků. Neproniká nikam do sliznic, parazituje především v pochvě a je citlivý na vnější prostředí (Göpfertová, Pazdiorova, Dáňová, 2013, s. 164). Dle Štorkla (2008, s. 449) je prvok schopen ve vlhkém prostředí přežít až 90 minut.

Klinický obraz

U onemocnění trichomoniázou bývá průběh z počátku asymptomatický. Muži jsou většinou přenašeči, obraz trichomoniázy u nich probíhá z velké části asymptomaticky, v některých případech je možné pozorovat příznaky uretritidy, prostatitidy, či epididimitidy (Göpfertová et al., 2013, s. 164). U žen jsou příznaky trichomoniázy výraznější. Zpočátku může být průběh také jako u muže asymptomatický, ale později se objevuje výtok z pochvy, který je bělavý až žlutobílý a je pěnitý (Pizinger, 2012, s. 92). Může se též objevit nepříjemný zápach z pochvy, pálení a další dysurické obtíže. Může být k vidění i otok labií a drobné tečkovité hemoragie na děložním hrdle (Štokl, 2008 s. 449).

Diagnostika

Diagnostika trichomoniázové infekce se provádí pomocí nativního mikroskopického vyšetření sekretu s průkazem prvoka a kultivace (Hanuš, 2011, s. 88). Jednou z dalších možných diagnostických metod je přímá imunofluorescence, ELISA a PCR. Nevýhodou těchto metod i přes jejich vysokou citlivost je finanční náročnost. Odběr vzorku se zpravidla provádí z vaginální kleny, cervixu, uretry. Je možné také vyšetřit moč. V případě diferenciální diagnostiky je potřeba odlišit trichomoniázovou infekci od jiných zánětlivých onemocnění, které jsou způsobeny například mykotickými patogeny (Štokl, 2008, s. 449).

Terapie

Jako účinnou léčbou trichomoniázy je přípravek z řady chemoterapeutik zvaný Metronidazol. Ve většině případů je podáván jako tablety perorální cestou, u žen připadá v úvahu také podobě čípků, které jsou zaváděny do pochvy. Samotná léčba trvá obvykle 7 dní. Během léčby by dotyčný měl vynechat sexuální styk, nutné je léčit i všechny sexuální partnery nakažené osoby. Obezřetně je nutné postupovat v případě těhotných žen (Medixa, © 2018).

Prevence a prognóza

Prognóza onemocnění je velice dobrá a při včasné zahájené léčbě infekce brzy ustupuje. Nákaza nemá vliv na fertilitu a ne způsobuje hluboké pánevní záněty. Očkování pro tuto infekci neexistuje, je proto nutné dodržovat zásady bezpečného sexuálního života,

používat prezervativ a v případě nákazy léčit i partnera jako prevence reinfekci. Vhodné je také dodržování správných hygienických návyků (Záhumenský et al., 2015, s. 61).

Doporučení

Je vhodné, aby se osoba, která prodělala infekci trichomoniázou, podrobila vyšetření na některé další sexuálně přenosné choroby. Nákaza jako taková zvyšuje riziko jiných onemocnění, mezi které patří i HIV infekce. Proti trichomoniáze nevzniká trvalá imunita a je možné se infekcí nakazit opětovně, je proto důležité dodržovat zásady bezpečného sexuálního života (Záhumenský et al., 2015, s. 61).

2.7 HIV, AIDS

Problematika HIV infekce je velice obsáhlá, proto je zde její problém jen stručně nastíněn a nebude dále podrobněji v této práci rozebírán. Výskyt HIV stoupá, především se to ovšem týká východní a centrální části Evropy. I přesto, že jsou organizovány preventivní programy, které se zaměřují na rizikové skupiny, jako jsou jedinci závislí na návykových látkách, promiskuitní osoby a další osoby se stigmatem, však nadále výskyt stoupá (Amirkhanian et al., 2004, s. 12 - 14). HIV je virus způsobující lidskou imunodeficienci, tedy onemocnění AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrom). Jde o závažné onemocnění, jehož důsledkem je smrt. Klinické projevy v oblasti genitálu nejsou zcela významné, ale AIDS nepochybně patří do sexuálně přenosných chorob (Resl, 2014, s. 316). K přenosu infekce dochází krví nebo pohlavními sekrety v ostatních sekretech je množství viru jen v malé míře a pro přenos infekce je toto množství málo významné. Infekce probíhá ve 3 stádiích (asymptomatické, časné symptomatické, stádium AIDS). Základem terapie je udržení kvality a prodloužení života infikovaného jedince. Dále je snaha zmírnit infekčnost nakaženého, avšak je nutné brát zřetel na to, že jedinec bude vždy infekční. I přes neustálý vývoj medicíny bohužel zatím nebyla nalezena žádná účinná terapie, která by jedince vyléčila (Kabiček, et al., 2014, s. 289).

3 RIZIKOVÉ SKUPINY A VÝSKYT RIZIKOVÉHO SEXUÁLNÍHO CHOVÁNÍ

U mladých lidí se dnes vytrácí navazování citových vztahů a s nimi postupně rozvíjející vztahy sexuální, tak jako tomu bylo dříve. Vzhledem k moderní uspěchané společnosti tak dnešní mladí lidé nejsou dostatečně emocionálně rozvinutí pro sexuální život a začínají tak etapu svého sexuálního života předčasně, což má však negativní dopad na jejich zdraví (Machová, 2015, s. 161).

3.1 Rizikové sexuální chování

Rizikové sexuální chování je souborem projevů, které se vyskytují v souvislosti se sexuální aktivitou, ale jsou potenciálně rizikové pro zdraví a pohodu jedince a možné následky zasahují do všech oblastí života. V dnešní době je možné vidět tyto projevy relativně často (Jiránková, 2015, s. 21 - 22).

Předčasné zahájení sexuálního života

V posledních letech dochází ke snížení věkové hranice u začátku pohlavního života. Tato situace má však negativní dopad na život mladých lidí, neboť jedinci mají sklon k častému střídání partnerů a neuváženému nechráněnému pohlavnímu styku (Kolářová, 2014, s. 18). Důsledky, které má na jedince předčasné zahájení pohlavního života, jsou závažné. Předčasné zahájení pohlavního života je vzhledem k nevyzrálé osobnosti jedince často doprovázeno střídáním partnerů. Zároveň s tím jedinci nepoužívají bariérovou ochranu jako prevenci sexuálně přenosných nemocí. Kombinace těchto faktorů vede ke zvýšenému riziku nákazy některé ze sexuálně přenosných nemocí, která může mít vážný následek na jedincovo zdraví do budoucna, zvláště pak na zdravou reprodukci (Machová, 2015, s. 161).

Promiskuita

Promiskuitu lze charakterizovat jako časté, náhodné střídání sexuálních partnerů bez nějaké hlubší citové vazby. Výběr partnerů je náhodný bez nějakého hlubšího smyslu a postrádá zodpovědnost. (Fryntová, 2015, s. 15) Moderní doba přinesla jisté rozvolnění morálních hodnot. Od žen se již neočekává cudné chování, tak jako tomu bylo v minulých dobách a sexuální styk není spojován s manželským svazkem (Sklářová, 2015, s. 28).

Nechráněný sexuální styk

Nechráněný sexuální styk je nejčastějším způsobem nákazy některou ze sexuálně přenosných chorob. Jedná se o vaginální, anální či orální nechráněný pohlavní styk. V rámci ochrany před těmito nemocemi je nutné používání bariérové ochrany. Mezi bariérovou ochranu řadíme pánský a dámský kondom a orální roušku. V případě, že se jedinec, takto nechrání, vystavuje se vysokému riziku možné nákazy, nelze se spoléhat na partnerovu bezúhonnost (Schanzerová, 2014, s. 32).

3.2 Rizikové skupiny

V populaci se vyskytují skupiny osob, které jsou nákazou sexuálně přenosnou chorobou ohroženy ve větší míře než ostatní. Jedná se především o osoby s homosexuální orientací, dále pak se jedná o jedince provazující sexuální služby za peníze a též jejich případné klienty a v neposlední řadě také mladistvé osoby, které teprve začínají pohlavně žít a nejsou v dané problematice zcela orientováni (Lehmiller, 2014 s. 290 - 292).

Jedinci s homosexuální orientací

Pojem homosexualita se objevil v druhé polovině 19. století. Jejím projevem je trvalé erotické a sexuální zaměření na osoby stejného pohlaví. Týká se mužů i žen. Početně se odhaduje, že je 2% až 5% homosexuálně zaměřených mužů a 1% homosexuálně orientovaných žen. Postoje okolí k těmto lidem procházely velkými změnami a dnes je již na takto orientované jedince nahlíženo jako na rovnocenné (Sklářová, 2015, s. 33). Homosexuální jedinci jsou díky sexuálním praktikám, které provozují velice často ohroženou skupinou, u které může dojít k nákaze některou ze sexuálně přenosných chorob nebo dokonce kombinací více těchto onemocnění. Je to způsobeno především častým střídáním partnerů, podceňováním použití prezervativu jako bariérové ochrany a provozováním tzv.: krvavých sexuálních praktik (Čermák, 2014, © Homosexualita).

Jedinci pracující v sexbyznysu

Prostituce znamená nabízení sexuálních služeb za úplatu. Prostituci je možné rozdělit na heterosexuální ženskou a mužskou a také na homosexuální ženskou a mužskou. Existuje také prostituce dětská, která je ostře za hranicí zákona. U tohoto problému nelze najít jednoduché řešení (Sklářová, 2015, s. 27). V dnešní době již dle legislativy nejsou přípustné nevěstince, avšak stejné služby jsou poskytovány pod jinými názvy. Jedná se

o různé salóny a kluby. Díky několika průzkumům je zřejmé, že u osob, které pracují v sexuálním průmyslu, stoupá počet sexuálně přenosných onemocnění. Je nutné, aby byl dodržován systém konfirmace výsledků, hlášení, depistáže, léčby a dispenzarizace. Vyšetřování je plně v kompetenci venerologa. Podstatné pro snížení sexuálně přenosných onemocnění v této oblasti je eliminace pasáků vhodným způsobem, zaměření preventivních opatření, jak na osoby poskytující prostituci, tak i na jejich klienty, podpora preventivních programů a informace o bezpečném sexuálním životě, eliminace jiných negativních aktivit (alkoholismu, drog), (Resl, 2014, s. 336 - 337).

Mladiství

Vzhledem k dnešní uspěchané době mladiství začínají sexuální život velmi brzo, nejsou citově vyzrálí, jejich chování při volbě partnera je ukvapené, často náhodné bez hlubší citové vazby. Sexuálně přenosným nemocem nepřikládají velký význam a podceňují používání sexuální bariérové ochrany. Podrobněji rozebráno v kapitole rizikové sexuální chování viz.: výše (Lisovská, 2014, s. 17).

Jedinci závislí na návykových látkách

Další skupinou ohrožených osob jsou jedinci závislí na návykových látkách. Především se jedná o riziko přenosu HIV infekce, díky sdílením použitých jehel mezi jedinci, ale často se přidružují i jiné infekce vzhledem k nechráněnému pohlavnímu styku a celkovému životnímu stylu. Dle Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti k roku 2016 výskyt sexuálně přenosných infekcí u drogově závislých stagnuje. V roce 2016 se u jedinců závislých na drogách (injekčních uživatelích) a alkoholu objevila syfilis v 722 případech. Při onemocnění kapavkou se jednalo o počet 1497 osob (Drogová situace v ČR, 2016, © Drogy-info.cz).

Rizikový partner

Přestože je partnerská věrnost jedním z pozitivních faktorů, které spadají do prevence sexuálně přenosných chorob, je tento faktor relevantní. Pozitivně lze vnímat partnerskou věrnost, avšak nelze se na ni spoléhat jako na prevenci sexuálně přenosných chorob. Rizikový partner je dle Šrámkové (2015, s. 205 - 206) definován následovně:

- Rizikový partner je nevěrný a nechrání sebe ani svého partnera/ku,
- rizikový partner může holdovat domácímu násilí,
- rizikový partner nebere ohledy se sexuální potřeby druhého,

- rizikový partner provozuje sexuální praktiky, které nejsou druhému partnerovi příjemné,
- rizikový partner používá praktiky, které druhého zraňují,
- rizikový partner donutí druhého partnera/ku k sexu násilím, znásilní jej,
- rizikový partner nutí druhého jedince k sexuálnímu styku za peníze.

4 PREVENCE SEXUÁLNĚ PŘENOSNÝCH CHOROB

Obecně lze pojem prevence chápat jako předcházení nějakému nežádoucímu jevu či chování jedince. Je to soubor intervencí ke snížení výskytu či šíření rizikového chování se snahou zachování bio-psycho-sociální pohody. Prevenci lze dělit na primární, sekundární a terciální (Nevoralová, 2011, © Klinika adiktologie).

4.1 Prevence přenosu sexuálně přenosných chorob

Prevence sexuálně přenosných chorob by měla začít již v období dospívání ještě před započítím sexuální aktivity jedinců. Nejvíce by měla tato problematika být jedincům přiblížena na základní škole. Mladí lidé by si tak měli osvojit tuto problematiku a chránit tak své zdraví (Lehmiller, 2014 s. 296 - 299). Prevenci sexuálních chorob lze rozdělit na primární sekundární a terciální.

Primární prevence

Primární prevence zahrnuje předcházení samotné nákaze. V případě pohlavních nákaz je možné řídit se podle pravidla ABC.

A - abstinence

Takováto preventivní metoda je nejúčinnější, avšak jen těžko dlouhodobě prakticky udržitelná vzhledem k tomu, že sex patří mezi základní biologickou potřebu. Zde je spíše apelováno na to, aby první sexuální styk byl u mladistvých oddálen. K tomu mohou přispět i některé preventivní programy a sexuální výchova, které seznámí mladistvé s rizikem spojeným s brzkým nechráněným pohlavním životem.

B - být věrný

Tato zásada spočívá ve věrnosti jednomu partnerovi, je nutné zde uvést, že platí pouze při věrnosti obou partnerů a nelze se na ní spoléhat. Platila by pouze v případě, že partneři vstupují do vztahu jako zdraví už od seznámení a jsou si věrní. Nicméně stálost partnera snižuje riziko nákazy sexuálně přenosnou chorobou.

C - kondom

Kondom jako bariérová ochrana snižuje podstatně riziko nákazy sexuálně přenosnou chorobou. Kondom spolehlivě snižuje riziko přenosu infekcí, pokud dojde k selhání, je to většinou způsobeno vlivem lidského faktoru. Nutná je tedy správná manipulace, aby nedošlo ke sklouznutí či protržení. Současně slouží kondom i jako

ochrana před nechtěným početím. Proto je použití kondomu jednou z nejlepších možných variant, jak chránit sebe i partnera (Šulová et al., 2011, s. 252-253).

Sekundární prevence

Pojem sekundární prevence zahrnuje diagnostiku a cílenou léčbu onemocnění. Nedílnou součástí jsou preventivní prohlídky, díky ní je možné odhalit onemocnění v časném stádiu, tím je možné zahájit terapii a předejít možnému vzniku následků souvisejících s daným onemocněním. U sexuálně přenosných onemocnění spočívá tato část prevence především ve vyhledávání rizikových jedinců a jejich testování na tyto možné nemoci. Jedinec je edukován o zásadách bezpečného pohlavního života a je seznámen s riziky, které představuje pro své sexuální partnery a následky onemocnění, pokud nebude dodržovat léčebný režim (Schlegelová, 2014, s. 22).

Terciální prevence

Terciální prevence se převážně zaměřuje na předcházení následkům souvisejících se vzniklým onemocněním. Díky různým metodám a opatřením je snaha zmírnit důsledek onemocnění a jeho následky co nejvíce je možno. V případě sexuálně přenosných onemocnění jde o zkvalitnění života jedinců, kteří onemocněli sexuálně přenosnou chorobou (Schlegelová, 2014, s. 22 - 23).

4.2 Dispenzarizace a depistáž

Dispenzarizace je preventivní metoda, která se zaměřuje na aktivní sledování jedinců, u kterých je možný výskyt ohrožení zdraví. Jedinci zařazení do dispenzární péče jsou buď lidé, kteří trpí nějakým onemocněním nebo jsou ve skupině, která je ohrožená, a proto jsou cíleně sledováni (Resl, 2014, s. 341). Dispenzarizace vybraných sexuálně přenosných chorob je stanovena legislativně, a to ve vyhlášce č. 39/2012 Sb. - Vyhláška o dispenzární péči (Vyhláška č. 39/2012 Sb., 2018, © Zákony pro lidi).

Do preventivních metod lze řadit i depistáž. Jedná se o metodu, kdy je aktivně vyhledáván jedinec ohrožený v tomto případě sexuálně přenosnou chorobou nebo je už chorobou infikován, avšak prozatím je průběh onemocnění asymptomatický. Cílem této metody je snížit možný výskyt následků, ale také podstatně snížit šíření sexuálně přenosných chorob (Schlegelová, 2014, s. 23).

4.3 Školní sestra a její vliv na prevenci sexuálně přenosných chorob

Školní sestra pracuje v komunitní péči v prostředí školy. Úkolem této sestry je podpora a péče o fyzické a psychické a sociální zdraví dítěte. Náplní její práce je také zlepšování znalostí dítěte v oblasti výchovy ke zdraví a prevenci. Role školní sestry je definována Americkou Národní asociací školních sester. Asociace také žádá, aby byla sestra vysokoškolsky vzdělaná, registrovaná a měla by mít zkušenosti nasbírané praxí u lůžka nebo v komunitě především na pediatrii.

Vzhledem k tomu, že náplň práce se zaměřuje na výchovu ke zdraví a prevenci patří do jejích kompetencí i edukace žáků o sexuálně přenosných chorobách a jejich prevenci. Protože výuka sexuální výchovy je sice zařazena do školního vzdělávacího programu, podrobnější rozpracování je závislé individuálně na jednotlivých školách a na osobnostech konkrétních vyučujících, bylo by dobré tyto informace sjednotit a předávat k tomu kvalifikovaným odborníkem. Ten se již v brzkém věku života dětí může angažovat a podporovat tak výchovu ke zdraví (Kudláčková, 2010, s. 31 - 32).

5 VENEROLOGIE

Jedná se o obor zaměřený na studium pohlavních chorob a nevenerických onemocnění genitálu. V oboru je obsažena diagnostika, léčba a prevence sexuálně přenosných chorob, také se zaměřuje na epidemiologické šetření, venerologickou depistáž a dispenzarizaci rizikových osob (Klasifikace a náplň oboru, 2018, © Česká dermatovenerologická společnost).

5.1 Venerologická péče

Do péče venerologa je odeslán jedinec s podezřením na nákazu sexuálně přenosnou chorobou, včasnému rozpoznání pomáhá i praktický lékař, který nemocného odesílá do venerologické péče (Rozsypal, 2015, s. 268). Venerologická péče je péče zaměřená na jedince, který se dostane do venerologické ambulance. Jedná se o člověka, který buď sám, svým rizikovým chováním, nebo jiným vlivem v některých případech i nevědomě se dostal do kontaktu s venerickou chorobou. V některých případech dochází na venerologickou ambulanci člověk, který byl vystaven rizikovému sexuálnímu styku a dostal obavy o své zdraví. Ostatní případy jsou většinou doporučení od praktického či jiného lékaře, který pojal podezření na možnou nákazu sexuálně přenosnou chorobou (Macháčková, 2012, s. 30 - 34). V případě, že je jedinci potvrzena nějaká sexuálně přenosná choroba je nutné mu diagnózu sdělit co nejvíce šetrně. Nutné je seznámit ho s právy a povinnostmi vyplývajícími z dané diagnózy. Je mu vysvětleno a zdůrazněno, proč by měl nahlásit všechny osoby, které by také mohly být postiženy (Resl, 2014, s. 346).

V rámci venerologické péče je jedinci odebrána venerologická anamnéza. Venerologická anamnéza se zabývá sexuálním životem jedince. Obsahuje dotazy na:

- sexuální orientaci,
- počet partnerů,
- paralelní sexuální styk,
- rizikový sex,
- specifické sexuální praktiky,
- sexuální pomůcky,
- komerční sex,
- pohlavní styk s cizinci,
- typ styku,
- pohlavní nemocí v minulosti,

- chování partnera/ky,
- obtíže partnera/ky (Rozsypal, 2015, s. 267).

5.2 Depistážní sestra

Depistážní sestra je zkušená všeobecná sestra, která má nejlépe vysokoškolské vzdělání a specializuje se na ošetrovatelskou péči ve venerologii. Společně s venerologem se zabývá problematikou sexuálně přenosných chorob se snahou, aby nedocházelo k jejich šíření.

Práce depistážní sestry je specifická, sestra s tímto zaměřením musí být velice empatická vzhledem k povaze zjišťovaných informací. Jejím cílem je navázat u pacienta důvěru a tím získat co nejvíce informací. Samozřejmostí je dodržování povinné mlčenlivosti, která je zdravotníkům udělena zákonem a v tomto případě hraje vysokou roli i z hlediska etiky (Macháčková, 2012, s. 30 - 34).

Mezi hlavní povinnosti venerologické sestry patří:

- Zjišťování zdrojů, kontaktů, případně ohrožených osob,
- návštěvní služba nemocných,
- vedení podrobné dokumentace a registrace možných změn,
- dispenzarizace osob,
- spolupráce ostatními venerologickými pracovišti,
- kontrola úplnosti regionálního hlášení,
- evidence nově zjištěných případů,
- sběr statistických dat,
- aktivní spolupráce s ostatními obory (urologie, gynekologie a další obory), (Resl, 2014, s. 345).

6 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Ošetrovatelská péče je poskytování komplexní odborné zdravotní péče zaměřená na jednotlivce či skupiny lidí. Jejím cílem je navrácení, udržení a podpora zdraví v bio-psycho-sociální rovině. Ošetrovatelské péče je poskytována nelékařskými zdravotnickými pracovníky, především všeobecnými sestrami. Ošetrovatelská péče je poskytována v ambulantní, ústavní a komunitní sféře (Pléková, 2011, s. 60).

6.1 Ošetrovatelské péče u jedinců s infekčním onemocněním

U infekčních onemocnění je možné nařídít nakaženým jedincům hospitalizaci na lůžkovém oddělení, kde jsou izolováni. Toto nařízení pramení z vyhlášky MZ ČR č. 195/2005 Sb., kde je stanoveno, u kterých infekčních nemocí je povinná léčba.

Přístup k dermatovenerologickým pacientům by měl být vždy psychosomatický. Výskyt rizikového sexuálního chování se podílí na dalším šíření sexuálně přenosných onemocněních, ale i na rozvoji psychických poruch. Při příjmu je jedinec seznámen s hygienickými a protiepidemickými opatřeními, ve kterých jsou shrnuta obecná pravidla prevence proti nemocničním nákazám. Umístění jedince na pokoji nebo izolaci závisí na stanovení příjmové diagnózy. Jedinec je seznámen se specifickými požadavky na jeho hygienický režim. Je poučen o využívání jednorázových pomůcek a správné hygieně.

Při manipulaci s biologickým materiálem je nutné používat osobní ochranné pomůcky, především rukavice a dezinfekci. Z izolačního pokoje se nevynáší žádné věci, při vizitách či převazech je izolační pokoj navštíven jako poslední. Ošetřování a vyšetřování infekčních jedinců je nutné dodržovat bariérovou ošetrovatelskou péčí. Bariérovou péčí nazýváme soubor úkonů u pacienta, který je infekční, jejichž cílem je minimalizovat riziko přenosu infekce spojených s pobytem ve zdravotnickém zařízení. Všechna zdravotnická dokumentace je mimo izolační pokoj a vždy je nutné, aby bylo v dokumentaci zaznamenáno, že se jedná o infekční onemocnění. Po propuštění jedince se podává informace oddělení nemocniční hygieny o ukončení hospitalizace (Máčková, 2012, s. 37 - 38).

6.2 Specifika ošetrovatelské péče u jedinců s HIV

Ošetřování jedinců, kteří jsou HIV pozitivní má jistá specifika. V případě HIV pozitivního jedince je nutné striktně dodržovat bariérovou ošetrovatelskou péčí. Při dodržení všech předepsaných postupů je riziko nákazy takřka mizivé. Nebezpečný je

kontakt s biologickým materiálem. Jedná se hlavně o krev infikované osoby především v případě poranění zdravotníka, například o kontaminovanou jehlu. V tomto případě je nutné zahájení okamžité profylaxe podáním antiretrovirových léků.

Důležité je dbát na psychický stav nemocného, u jedinců se objevuje vyšší citlivost v oblasti náznaků diskriminace. Zdravotníci by se měli vyvarovat projevům jakéhokoliv znevažování, opovržení či předsudků vůči nemocným. Všechny informace jsou velice citlivé a podléhají přísné mlčenlivosti (Šetelová, 2014, s. 42 - 43).

PRAKTICKÁ ČÁST

7 FORMULACE PROBLÉMU

Sexuálně přenosné choroby provázejí lidstvo už od starověku. V současnosti jim veřejnost, ale nepřiznává hrozbu, jako tomu bylo do nedávna. Můžeme to pokládat za vinnu jistému polevením v oblasti prevence, a jakým si odcizením této problematiky od mladých lidí, které se v současnosti objevuje. Obzvláště mladí lidé si dnes nepřipouští riziko nákazy některou z těchto infekcí a svým chováním, tak hazardují se svým zdravím. Další souvislost s opětovným nárůstem těchto chorob je migrace jedinců z rozvojových zemí, kde není osvěta v této problematice, tak rozvinutá. O těchto faktech vypovídá nárůst nově diagnostikovaných sexuálně přenosných infekcí. Z pohledu zdravotní péče je nutné si uvědomit skutečnost, že v jejích kompetencích není jen diagnostika a léčba těchto nemocí, ale i prevence a osvěta. Je podstatné, aby jedinci, kteří jsou nakaženi, byli léčeni, avšak primárně podstatnější je, aby vůbec k nákaze nedocházelo. Všeobecná sestra se v tomto problému, může angažovat právě v prevenci a osvětě a být tak propagátorem zdravého reprodukčního a sexuálního života. Proto je diplomová práce věnována informovanosti a znalosti prevence u sexuálně přenosných chorob. Jako problém je tedy stanovena tato výzkumná otázka: „ Jaká je informovanost veřejnosti o vybraných sexuálně přenosných chorobách? “

7.1 Cíle práce

Hlavní cíl:

Zmapovat informovanost veřejnosti o vybraných sexuálně přenosných chorobách

Dílčí cíle:

1. Zjistit úroveň znalostí laické populace o sexuálně přenosných chorobách a jejich prevenci
2. Objasnit vztahy mezi zvolenými demografickými determinantami a rizikovým chováním v oblasti sexuálně přenosných chorob
3. Vytvoření praktického výstupu

7.2 Hypotézy:

1H₀ - Úroveň znalostí laické populace o vybraných sexuálně přenosných chorobách není vyšší ve věkové skupině 15 - 19 let.

1H₁ - Úroveň znalostí laické populace o vybraných sexuálně přenosných chorobách je vyšší ve věkové skupině 15 - 19 let.

2H₀ - Neexistuje souvislost mezi pohlavím a metodou ochrany před sexuálně přenosnými chorobami.

2H₁ - Existuje souvislost mezi pohlavím a metodou ochrany před sexuálně přenosnými chorobami.

3H₀ - Neexistuje souvislost mezi věkem a výskytem rizikového sexuálního chování

3H₁ - Existuje souvislost mezi věkem a výskytem rizikového sexuálního chování

4H₀ - Neexistuje souvislost mezi rizikovým chováním žen a vzděláním.

4H₁ - Existuje souvislost mezi rizikovým chováním žen a vzděláním.

5H₀ - Úroveň znalostí laické populace není v jižních a západních Čechách srovnatelná.

5H₁ - Úroveň znalostí laické populace je v jižních a západních Čechách srovnatelná.

6H₀ - U laické populace neexistuje souvislost mezi rizikovým chováním a úrovní znalostí vybraných sexuálně přenosných chorob.

6H₁ - U laické populace existuje souvislost mezi rizikovým chováním a úrovní znalostí vybraných sexuálně přenosných chorob.

Operacionalizace pojmů:

rizikové chování - výskyt jednoho či více z následujícího chování: pohlavní styk s neznámou osobou, střídání sexuálních partnerů, pohlavní styk bezbariérové ochrany (Záhumenský et al., 2015, s. 158)

ochrana - při sexuálním styku jedinec použije bariérovou metodu ochrany - kondom (Záhumenský et al., 2015, s. 158)

vybrané sexuálně přenosné choroby - syfilis, kapavka, herpes simplex, chlamydiová nákaza a trichomoniáza (Zdravotnická ročenka České republiky 2016, ÚZIS, 2017)

věková skupina 15 - 19 let - dle prostudované literatury riziková věková skupina (Záhumenský et al., 2015, s. 158)

úroveň znalostí - znalosti laické populace o tématu vyplívajícím z dotazníku na statistické významnosti

8 METODIKA PRÁCE

Praktická část diplomové práce je zaměřena na kvantitativní výzkumné šetření pomocí dotazníku, který byl respondentům zpřístupněn online pomocí webové stránky www.mojeanketa.cz. Výzkum probíhal u laické populace v období listopad 2017 až leden 2018.

8.1 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkum probíhal v laické veřejnosti pomocí online verze dotazníkového šetření, pro které byla stanovena určitá kritéria. Při výběru výzkumného souboru byla uplatněna dvě kritéria a to, aby se jednalo o jedince starší 15 let. Věková hranice je stanovena takto, protože tematika práce je zaměřena na sexuální choroby a zákonem ČR stanovená hranice pro začátek sexuálního života, je právě dovršení 15 let života jedince. Dále bylo jako kritérium použito místo bydliště dle kraje. Toto kritérium bylo zvoleno na podkladě prostudované literatury a zaměřuje se na jihočeský a západočeský kraj. Tyto kraje, se dle dostupné statistiky z ÚZIS (2017), pohybují zhruba v polovině žebříčku výskytu sexuálně přenosných chorob. Dalším důvodem výběru těchto krajů, byla uchopitelnější aplikace metody snowball, díky snazšímu výběru primární skupiny respondentů.

Jako metoda pro získání dat byla zvolena metoda sněhové koule (Snowball). Tato metoda funguje na základě nominování nových osob, jedinci, kteří jsou již známý. Proces výběru začíná u jedince nebo skupiny jedinců, o nichž se ví, že splňují stanovená kritéria. V případě populační šetření byla pozitiva této metody shledána v reprezentativním výběrovém souboru a zavedení standardní metodologie. Jistou nevýhodou této metody tvoří možnost poddimenzovaného zastoupení počtu konkrétních osob nebo opačný jev, kterým je naddimenzování konkrétní skupiny (např.: rizikový jedinců), (Miovský, 2003).

Do primární skupiny byly zařazeny studentky magisterského oboru druhého ročníku, jejichž počet byl 16 a bývalí studenti střední zdravotnické školy, kterých bylo celkem 24. Celkem tedy obsahovala primární skupina 40 respondentů a díky nim mohli být jmenováni další.

Všichni respondenti byli v úvodu dotazníku seznámeni s jeho účelem a vyplněním. Také byli informováni o tom, že výzkum je zcela anonymní, bude použit pouze pro

diplomovou práci a nikde nebudou zveřejňovány jakékoliv citlivé informace, které by mohli kohokoliv poškodit.

8.2 Metoda sběru dat

Kvantitativní výzkum je zaměřen na posouzení statistické proměnlivosti a vzájemné závislosti proměnných. Statistické šetření se zaměřuje na sběr informací z populace, o které máme zájem. Jedná se o práci s velkým množstvím dat za účelem porovnání. Zajímáme se o izolované proměnné a jejich rozprostření, vztahy, které se mezi nimi objevují a jejich vývoj a změny v čase. Snahou je nasbírat data, co nejvíce přesná a správná (Hendl et al., 2017, s. 376).

Před začátkem samotného výzkumného šetření byl proveden pilotní výzkum. Pilotáž byla provedena v měsíci říjnu 2017, po dobu 14 dnů. Dotazník byl rozdán v tištěné podobě osobám v mém okolí. Jediným kritériem byl věk vyšší 15 let. Celkem bylo rozdáno 15 kusů oficiální verze dotazníku. Cílem pilotáže bylo především ověřit srozumitelnost, vhodnou formulaci otázek a zachycení chyb. Na podkladech tohoto šetření, nemusel být dotazník, již dále nijak upravován a bylo jej možné začít distribuovat dále. Výsledky z pilotní studie, nebyly zařazeny do výzkumu a respondenti, kteří v něm figurovali, se hlavního výzkumu již nezúčastnili. Finální verze dotazníku byla poslána primární skupině, která obsahovala 40 respondentů, kteří následně nominovali další respondenty, až došlo k cílenému efektu sněhové koule.

K výzkumu byl využit dotazník. Protože zatím pro tuto problematiku nebyl vytvořen standardizovaný dotazník, musel se dotazník, k této práci vytvořit. Vzhledem k tomu, že praktická část práce se zaměřuje na informovanost, ale zároveň se snaží zjistit i chování jedinců v oblasti sexu, byly využity dva dotazníky pro předlohu. Pro znalostní část dotazníku sloužil, jako předloha dotazník Univerzity z Rochesteru, který zjišťoval znalosti o pohlavně přenosných chorobách. Tento dotazník je online dostupný na stránkách univerzity. Správnost odpovědí vyhodnocuje procentuálně ihned po odeslání výsledků. Autoři byli několikrát kontaktováni, zda může být jejich dotazník použit jako předloha pro tuto práci, avšak bez odezvy. Přesto byl dotazník použit, s ohledem na to, že volně dostupný v online verzi a je uveden v seznamu zdrojů. Druhá část dotazníku byla zaměřena na chování jedinců v sexuální oblasti. Pro předlohu této části dotazníku byl využit výzkum,

který vedl pan profesor Weiss, a týkal se informovanosti českých a rumunských žen o problematice pohlavně přenosných nemocí: výsledky reprezentativních výzkumů. Pan profesor Weiss byl osloven a zaslal podrobnosti týkající se tohoto výzkumu.

V úvodu dotazníku byli respondenti osloveni, byla jim stručně nastíněna problematika výzkumu a také byli seznámeni s tím, jak postupovat při vyplňování odpovědí. Dotazník se skládal z 22 otázek. Otázky č. 1 až č. 4 se týkají průzkumu demografických údajů jako je pohlaví, věk, vzdělání a kraj, ve kterém respondent žije. Dále jsou v dotazníku otázky č. 5 až č. 15, které se zaměřují na znalosti laické populace, o sexuálně přenosných chorobách, jejichž předloha, byla čerpána z Univerzity v Rochesteru. V otázkách 16 až 21, pro které sloužil jako předloha výzkum profesora Weisse, se zaměřovaly na chování respondentů v oblasti sexuálního oblasti a prevenci sexuálně přenosných chorob. Otázka číslo č. 22 zjišťuje, jaké zdroje respondenti využívají za účelem získání informací. Jako jediná je tato otázka s možností více odpovědí, u zbývajících otázek bylo možno vybrat vždy pouze jednu odpověď.

Protože se jednalo velmi citlivé téma a bylo zapotřebí zachovat, co největší anonymitu, avšak zároveň získat co největší počet respondentů, tak se jako nejlepší možnost jevílo využití online verze šíření dotazníku

Dotazník byl distribuován pomocí webového portálu mojeanketa.cz. Vzhledem k možnostem nastavení, které portál nabízel, byla pro výzkum nastavena pravidla pro odpovídání pouze jedna odpověď ze zařízení. Praktická část práce se zaměřuje na jihočeský a západočeský kraj byla rovnou nastavena i možnost odpovědi u této otázky, díky které byli nežádoucí odpovědi rovnou automaticky filtrovány.

9 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

K analýze získaných dat byl použit statistický program MS Excel a program Statistica. Popisná statistika a její grafické zpracování bylo provedeno v MS Excel. K výpočtům a ověření hypotéz byl použit statistický program Statistica. Celkem bylo vybráno 610 dotazníků, z toho 4 byly vyřazeny pro zavádějící odpovědi. Pro statistický průzkum bylo tedy využito 606 dotazníků. Statistická data zpracovala paní Mgr. Ivana Petříková.

9.1 Popisná statistika

Demografické údaje

Otázka č. 1 - Jste žena či muž?

Graf č. 1. - Genderové rozložení respondentů



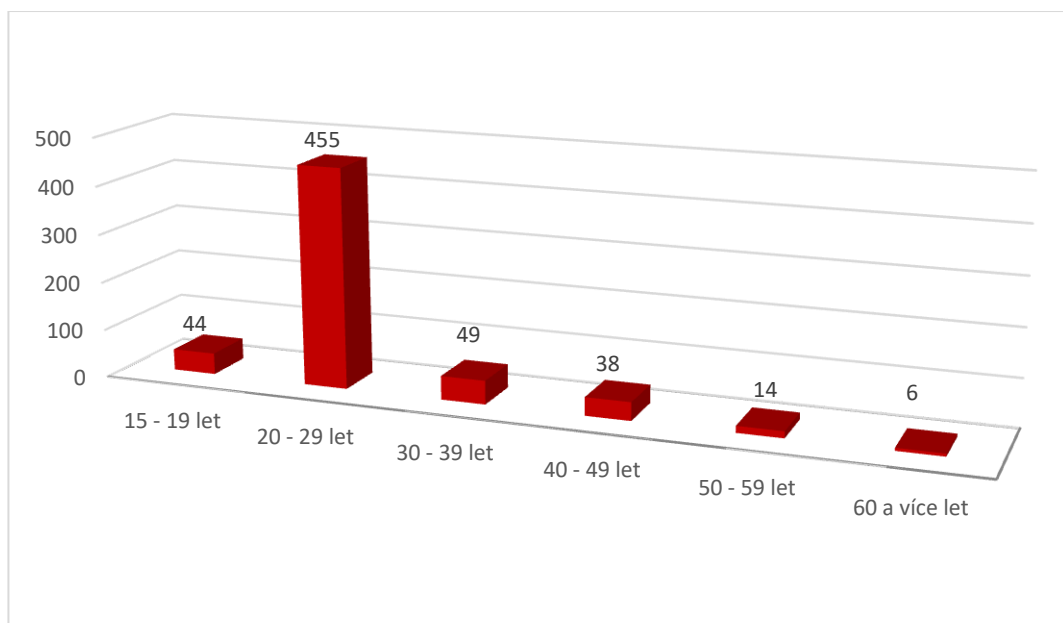
Zdroj: Vlastní 1

Shrnutí:

Výzkumu se zúčastnilo 606 respondentů z Jihočeského a Plzeňského kraje, z toho 23,1 % mužů a 76,9 % žen.

Otázka č. 2 - Jaký je Váš věk?

Graf č. 2 - Věkové rozdělení respondentů



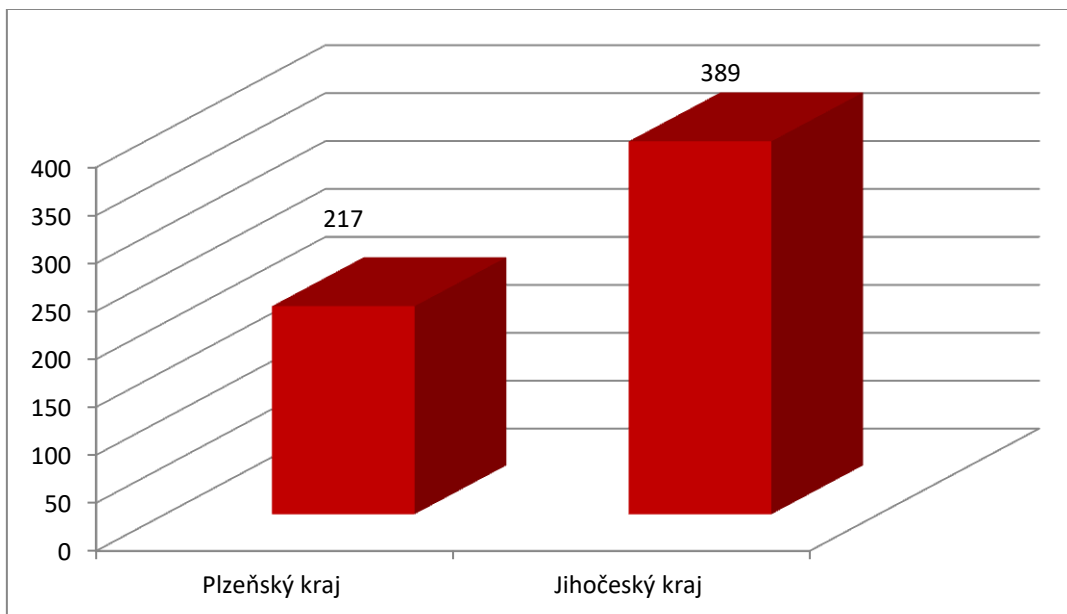
Zdroj: Vlastní 2

Shrnutí:

Respondentů ve věku 20 – 29 let je v souboru 75,08 %. Mladších respondentů ve věku 15 – 19 let se ve zkoumaném souboru vyskytuje pouze 7,26 %. Starších než 29 let je v souboru 17,66 %. Osoby nad 50 let tvořily pouze malou část a to 3,3 %. Nejčastěji šlo o tedy o muže a ženy ve věku 20 – 29 let.

Otázka č. 3 - Místo Vašeho bydliště?

Graf č. 3 - Místo bydliště



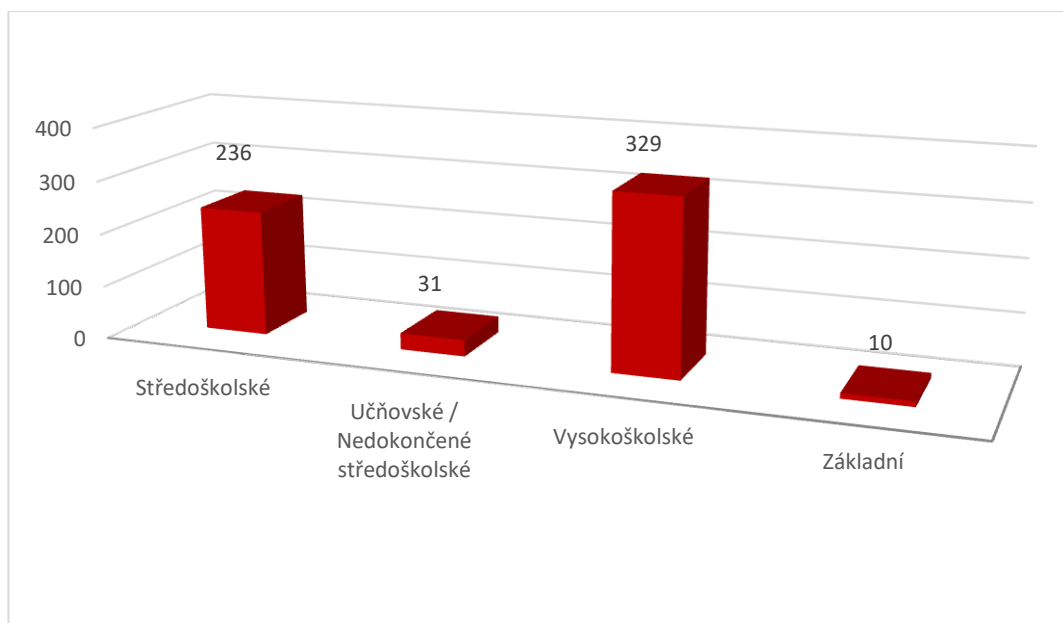
Zdroj: Vlastní 3

Shrnutí:

Podíl respondentů z Jihočeského kraje je vyšší než podíl respondentů z Plzeňského kraje, a to 64,19 %. Z Plzeňského kraje je 35,81% respondentů.

Otázka č. 4 Vzdělání

Graf č. 4 Vzdělání respondentů



Zdroj: Vlastní 4

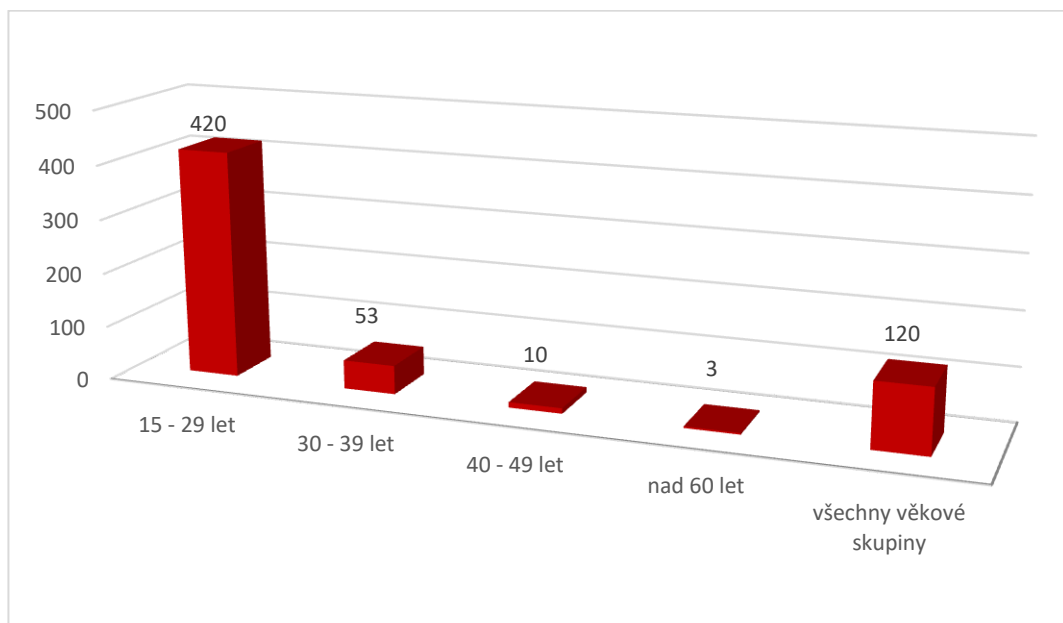
Shrnutí:

Výzkumu se zúčastnili nejčastěji lidé se středoškolským a vysokoškolským vzděláním. Vysokoškolsky vzdělaných respondentů je více než polovina, a to 54,29 %. Středoškolsky vzdělaní respondenti tvoří druhou nejčetnější skupinu, 38,94 %.

Znalostní část

Otázka č. 5 - Jaká věková skupina je nejčastěji ohrožena sexuálně přenosnými chorobami?

Graf č. 5 - Věková skupina nejčastěji ohrožená sexuálně přenosnými chorobami dle odpovědí respondentů



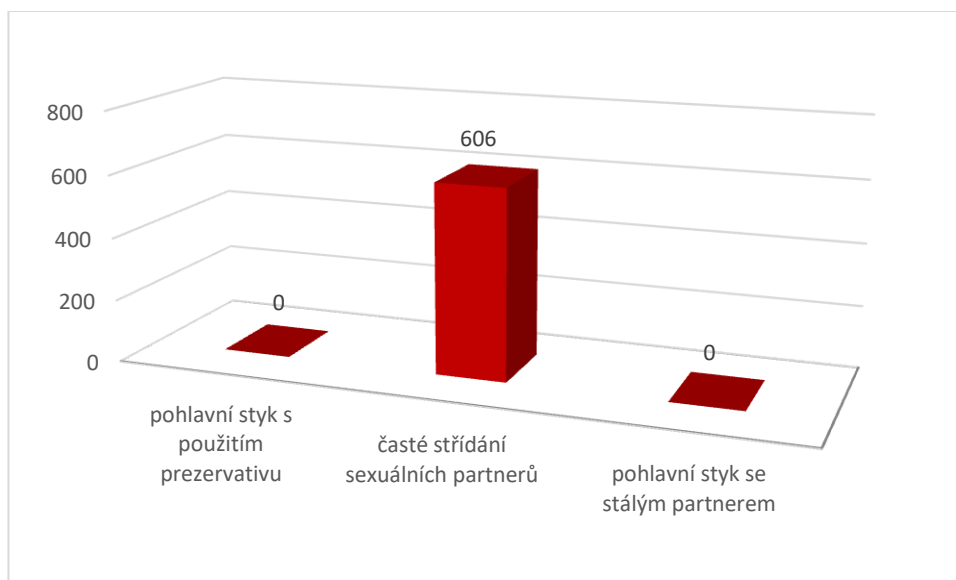
Zdroj: Vlastní 5

Shrnutí:

Respondenti odpovídali na výše uvedenou otázku nejčastěji správně. Nejčastěji ohroženou skupinou je věková skupina 15 – 29 let. Tuto odpověď zvolilo 69,31 % respondentů. Vcelku velký podíl tvoří i odpověď: *Všechny skupiny*, a to 19,8 %. 8,75 % dotázaných se domnívá, že nejčastěji jsou ohroženi lidé ve věku 30 – 39 let.

Otázka č. 6 - Do rizikového chování pro nákazu sexuálně přenosnou chorobou patří?

Graf č. 6 - Rizikové chování pro nákazu sexuálně přenosnou chorobou



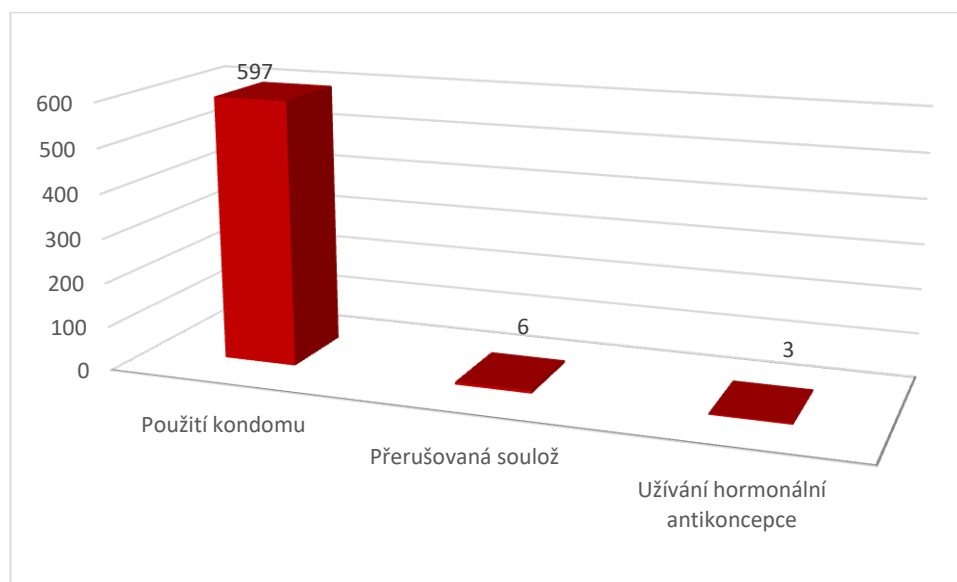
Zdroj: Vlastní 6

Shrnutí:

Na otázku, týkající se rizikového chování pro nákazu sexuálně přenosnou chorobu, odpověděli všichni dotázaní správně.

Otázka č. 7 - K podstatnému snížení rizika nákazy sexuálně přenosnou chorobou patří?

Graf č. 7 - Snížení rizika nákazy sexuálně přenosnou chorobou



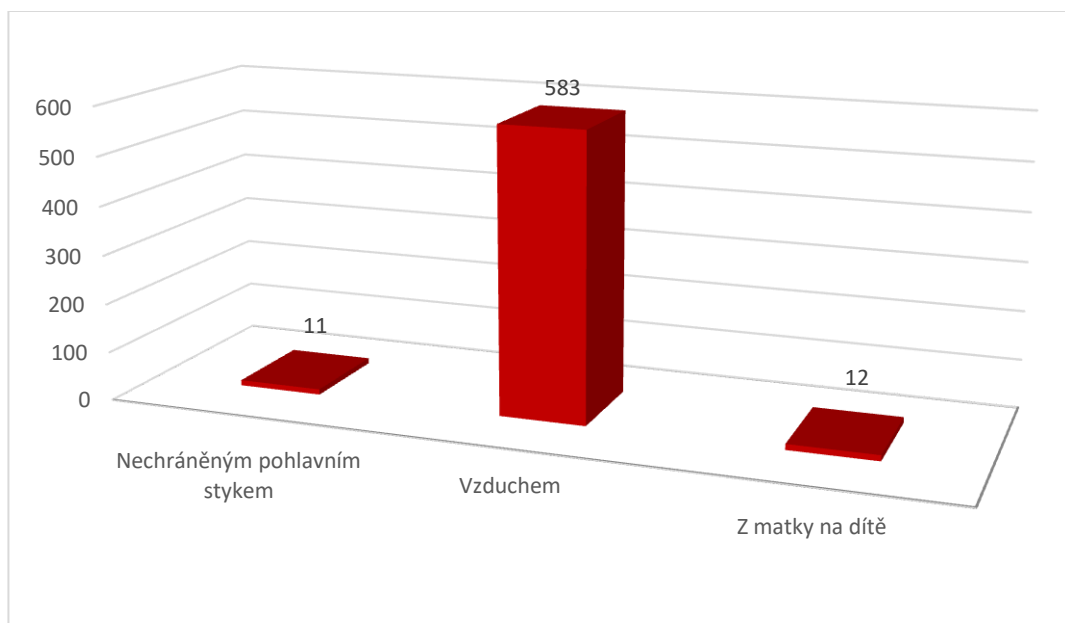
Zdroj: Vlastní 7

Shrnutí:

Na výše uvedenou otázku v grafu odpovědělo správně 98,5 % dotázaných, tedy použití kondomu. Jen zanedbatelné minimum z dotázaných zvolilo jako odpověď přerušovanou soulož a hormonální antikoncepci.

Otázka č. 8 - Jak se sexuálně přenosné choroby se nepřenášejí?

Graf č. 8 - Přenos sexuálně přenosných onemocnění



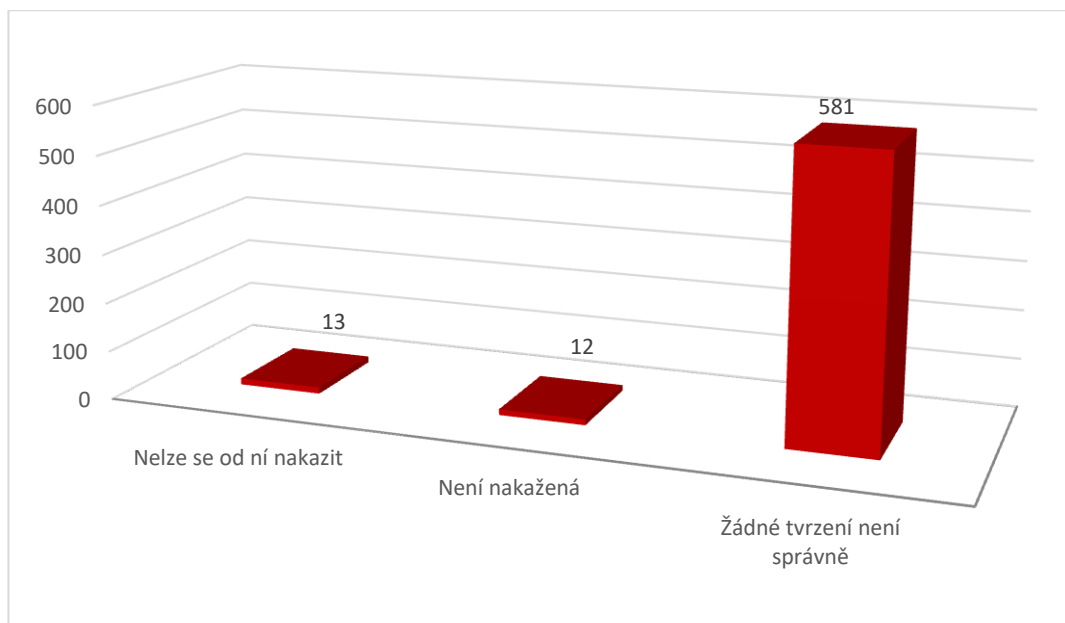
Zdroj: Vlastní 8

Shrnutí:

96,2 % dotázaných si myslí, že sexuálně přenosné choroby nelze přenést vzduchem. Existuje i určitý podíl dotázaných (1,82 %), kteří si myslí, že sexuálně přenosné choroby nelze přenést nechráněným pohlavním stykem.

Otázka č. 9 - Pokud se u osoby neprojevují známky nákazy sexuálně přenosnou chorobou?

Graf č. 9 - Projevy nákazy sexuálně přenosnou chorobou



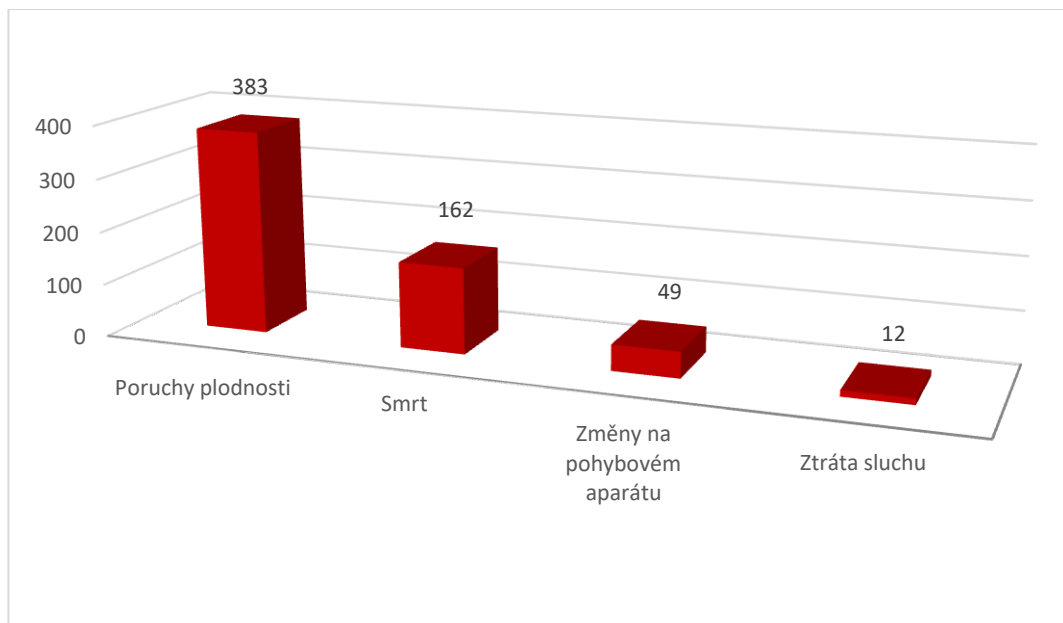
Zdroj: Vlastní 9

Shrnutí:

95,87 % dotázaných odpovědělo na výše uvedenou otázku správně. 2,15 % se domnívá, že se od ní nelze nakazit a 1,98 % dotázaných se domnívá, že v tom případě není nakažená.

Otázka č. 10 - V případě neléčené kapavky je možný následek?

Graf č. 10 - Následek neléčené kapavky



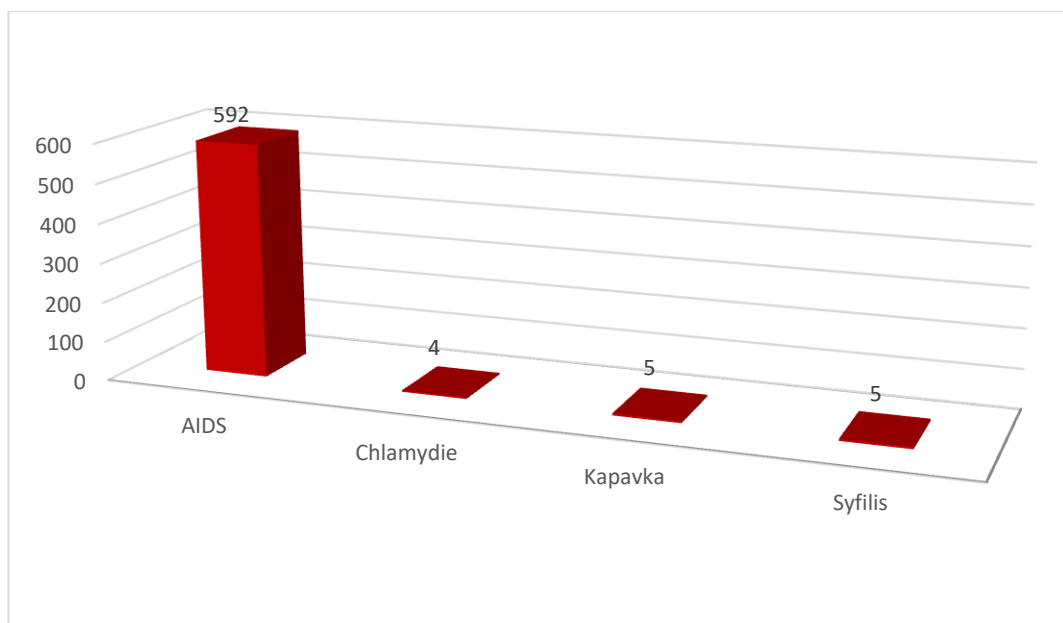
Zdroj: Vlastní 10

Shrnutí:

Na výše uvedenou otázku odpovědělo správně 63,2 % respondentů, tedy, že následkem neléčené kapavky může být porucha plodnosti. 26,73 % se domnívá, že může člověk i umřít. 8,09 % se domnívá, že se může neléčení kapavky projevit změnou na pohybovém aparátu a 1,98 % si myslí, že mohou ztratit i sluch.

Otázka č. 11 - Která z následujících sexuálně přenosných chorob je neléčitelná?

Graf č. 11 - Neléčitelná sexuálně přenosná choroba



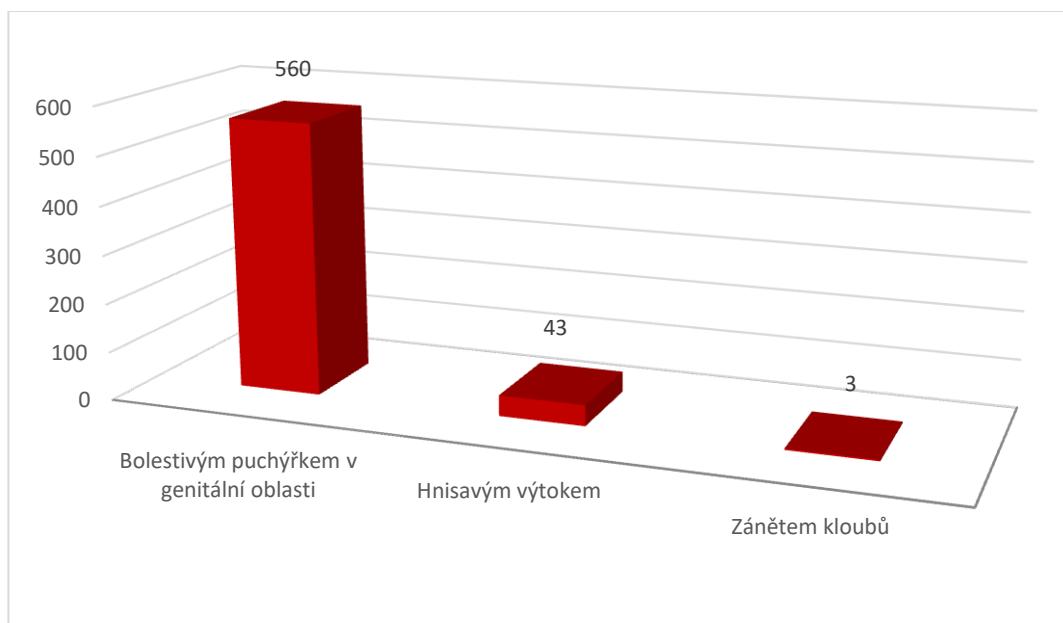
Zdroj: Vlastní 11

Shrnutí:

Většina dotázaných si myslí, že neléčitelnou chorobou je AIDS, celých 97,67 %. Někteří jedinci si myslí, že neléčitelnými chorobami jsou i ostatní uvedené choroby. Špatnou odpověď volili lidé ve věku 15 – 29 let.

Otázka č. 12 - Genitální opar se primárně projevuje?

Graf č. 12 - Projev genitálního oparu



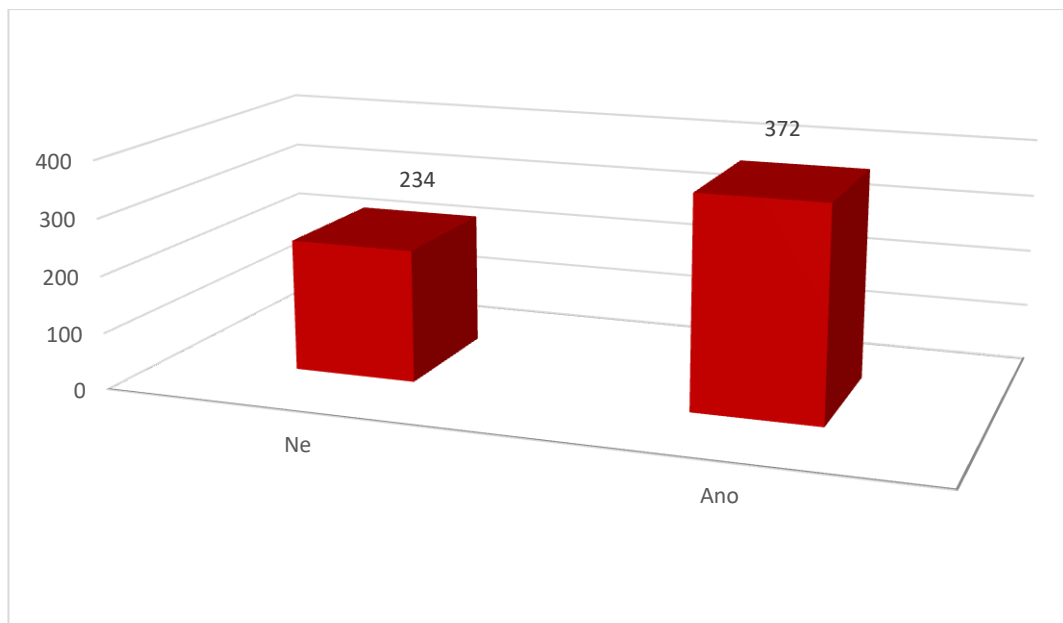
Zdroj: Vlastní 12

Shrnutí:

Správný projev genitálního oparu zná 92,41 % dotázaných.

Otázka č. 13 - Trichomoniáza patří mezi sexuálně přenosné choroby?

Graf č. 13 - Informovanost o trichomoniáze



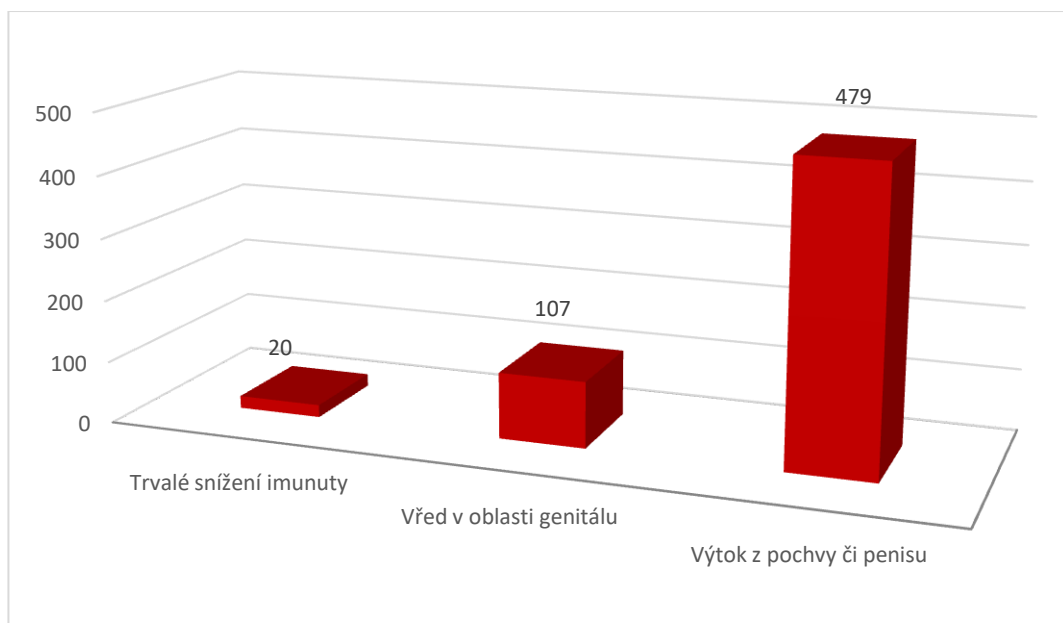
Zdroj: Vlastní 13

Shrnutí:

Trichomoniáza není mezi dotázanými moc známá. 61,39 % se správně domnívá, že jde o sexuálně přenosnou chorobu. Celých 38,61 % se domnívá, že o sexuálně přenosnou chorobu nejde.

Otázka č. 14 - Hlavním příznakem kapavky je?

Graf č. 14 - Hlavní příznak kapavky



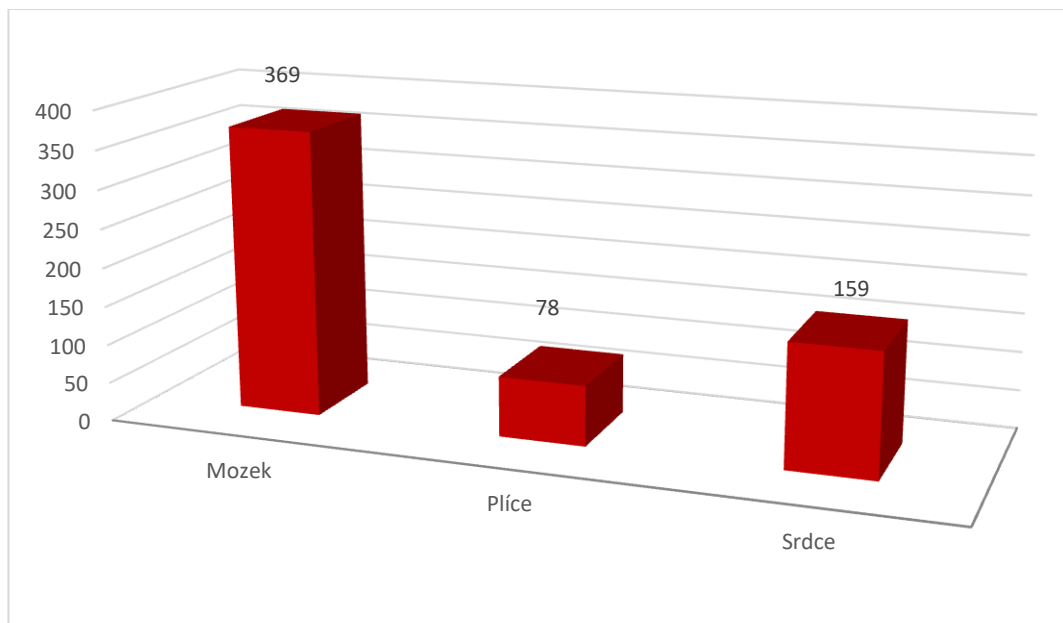
Zdroj: Vlastní 14

Shrnutí:

Hlavní příznak kapavky zná 79,04 % dotázaných. 17,66 % se domnívá, že je hlavním příznakem vřed v oblasti genitálu a pouze 3,3 % si myslí, že jde o trvalé snížení imunity.

Otázka č. 15 - Který životně důležitý orgán postihuje neléčená syfilis?

Graf č. 15 - Neléčená syfilis postihující životně důležitý orgán



Zdroj: Vlastní 15

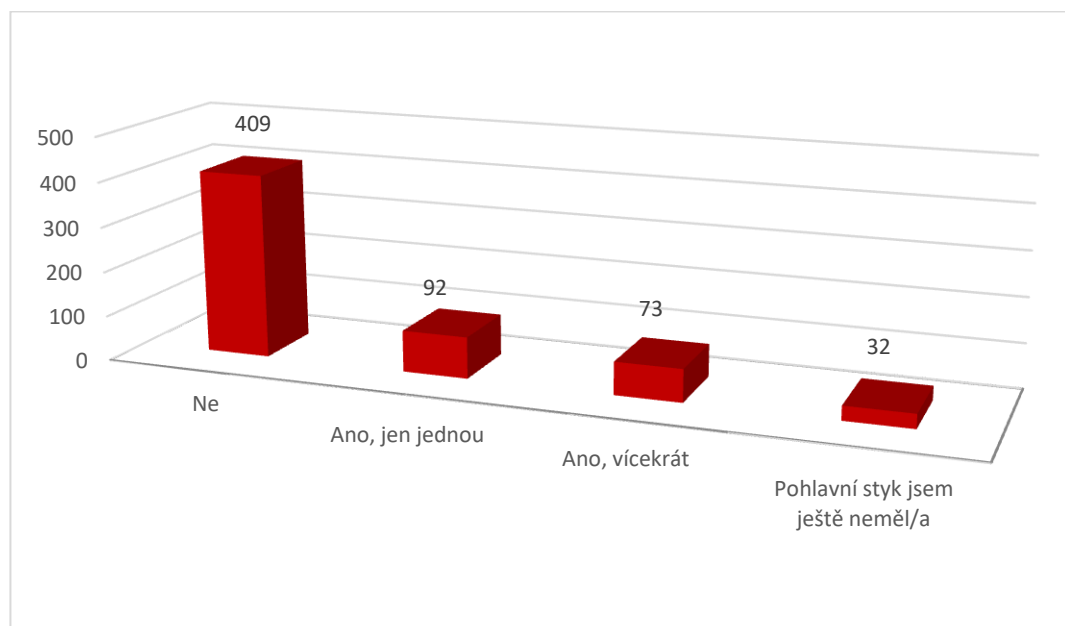
Shrnutí:

Správný důsledek neléčené syfilis zná 60,89 % dotázaných. 12,87 % se domnívá, že neléčená syfilis postihuje plíce a 26,24 % se domnívá, že postihuje srdce.

Otázky zaměřující se na rizikové chování

Otázka č. 16 - Měl/a jste někdy pohlavním styk s zcela neznámou osobou?

Graf č. 16 - Pohlavní styk s neznámou osobou



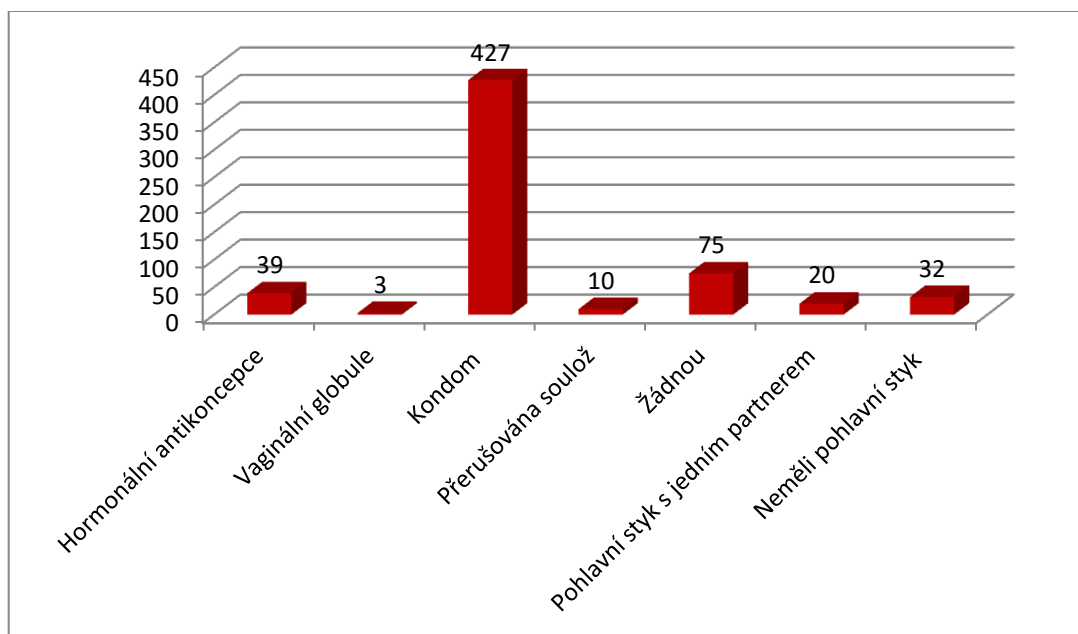
Zdroj: Vlastní 16

Shrnutí:

5,28 % dotázaných nemělo zatím pohlavní styk. 67,49 % nemělo nikdy pohlavní styk se zcela neznámou osobou. 15,18 % mělo pohlavní styk s neznámou osobou pouze jednou. Zbýlých 12,05 % mělo styk se zcela neznámou osobou vícekrát.

Otázka č. 17 - Jakou ochranu před pohlavními nemocemi při pohlavním styku volíte?

Graf č. 17 - Ochrana před pohlavními nemocemi při pohlavním styku



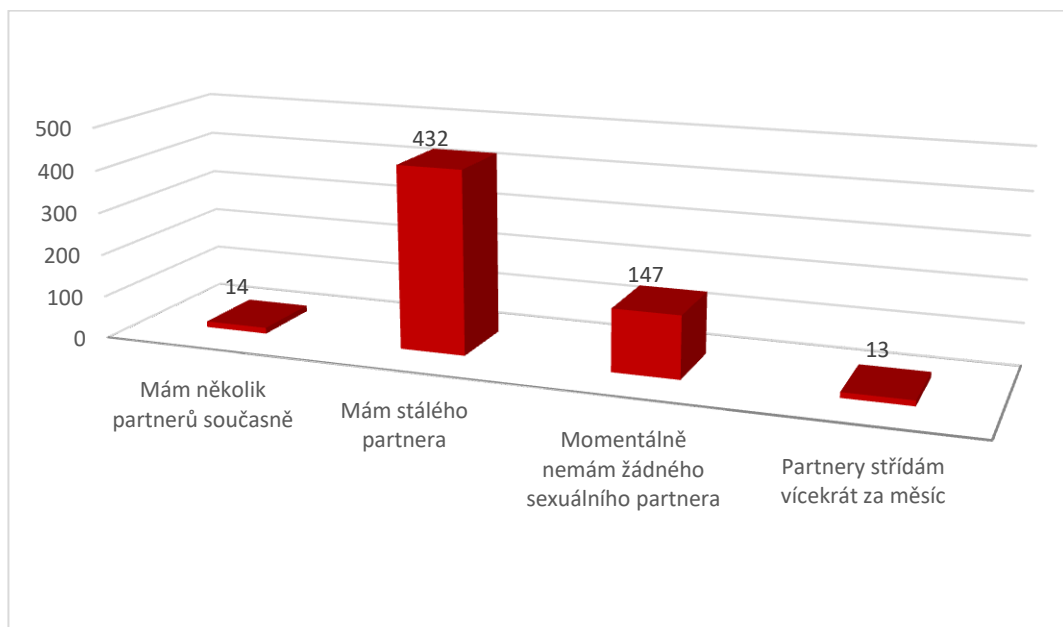
Zdroj: Vlastní 17

Shrnutí:

70,46 % dotázaných se chrání před pohlavními nemocemi správně použitím kondomu. 16,67 % se nechrání nijak. 12,87 % dotázaných se mylně domnívá, že se chrání ostatními z uvedených možností.

Otázka č. 18 - Váš vztah se sexuálními partnery?

Graf č. 18 - Vztah sexuálními partnery



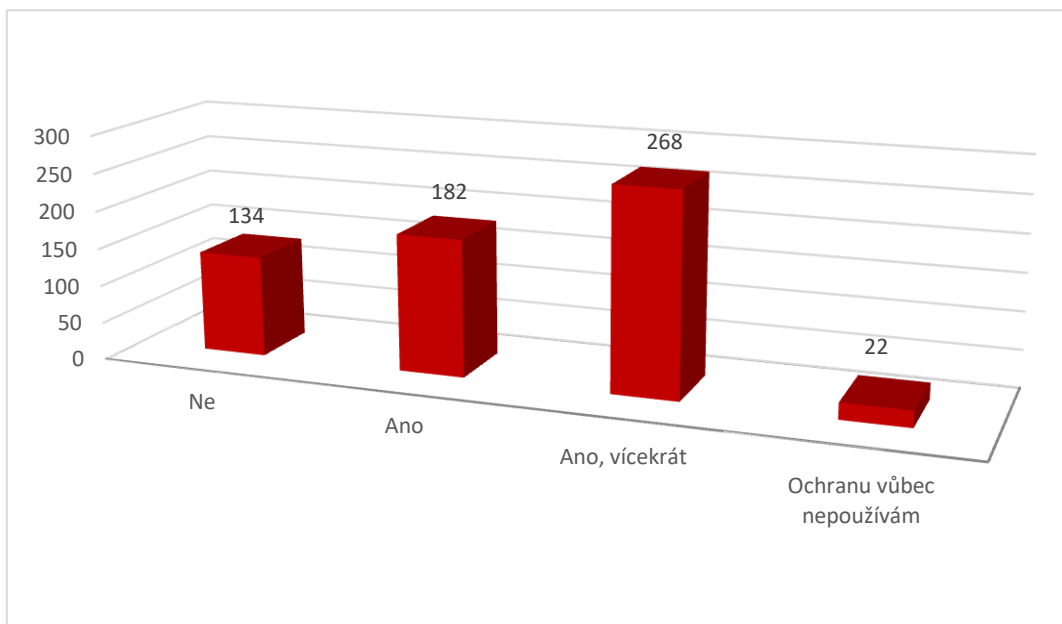
Zdroj: Vlastní 18

Shrnutí:

71,29 % dotázaných má stálého partnera. 24,26 % nemá žádného sexuálního partnera. 2,31 % dotázaných má několik partnerů současně a 2,15 % partnery střídá vícekrát za měsíc.

Otázka č. 19 - Měl/a jste někdy pohlavní styk bez bariérové ochrany?

Graf č. 19 - Pohlavní styk bez bariérové ochrany



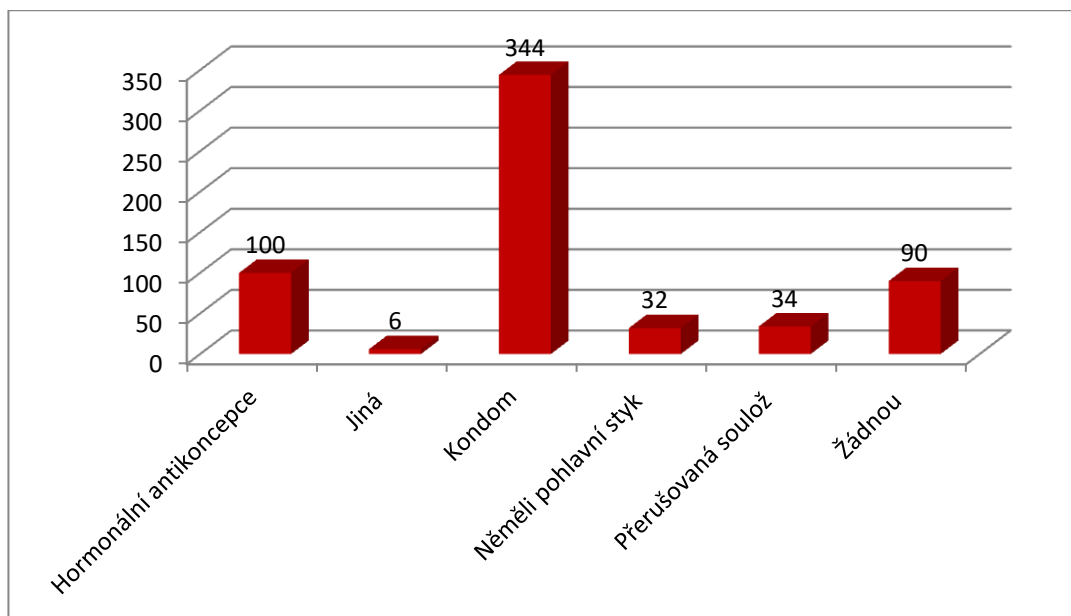
Zdroj: Vlastní 19

Shrnutí:

Pouze 22,11 % dotázaných používá vždy bariérovou ochranu. 3,63 % nepoužívá ochranu vůbec. Sex bez bariérové ochrany mělo 74,26 % dotázaných, 30,03 % pouze jednou.

Otázka č. 21 - Jakou ochranu před sexuálně přenosnou chorobou jste použil/a při prvním pohlavím styku?

Graf č. 22 - Ochrana před sexuálně přenosnou chorobou při prvním pohlavním styku



Zdroj: Vlastní 20

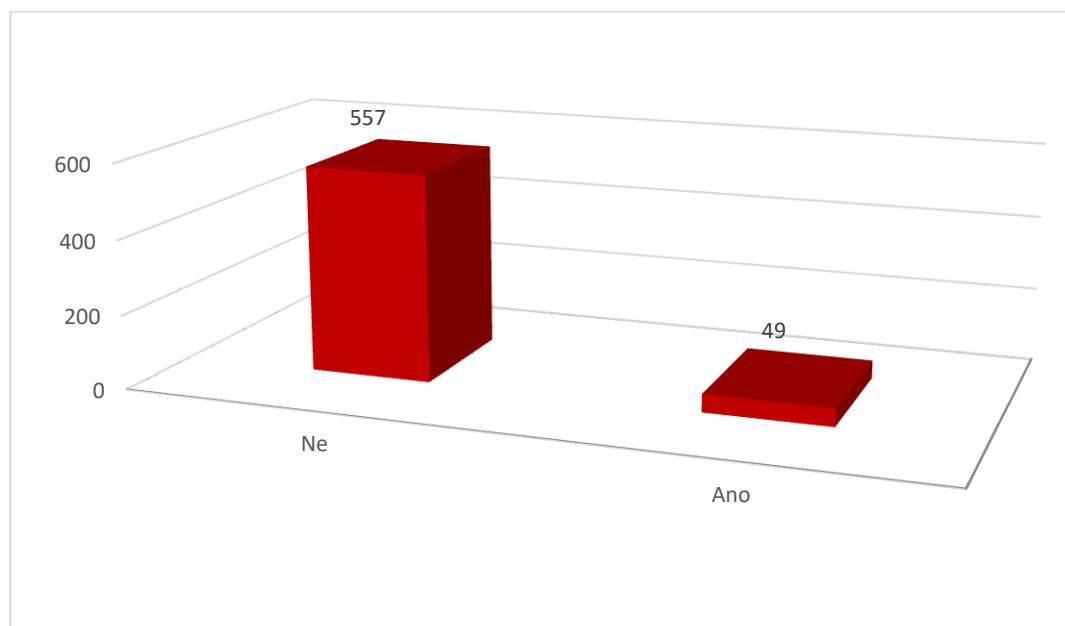
Shrnutí:

Nejčastěji užívanou ochranou při prvním pohlavním styku mezi dotázanými je kondom, a to 56,77 %. Pak je to v sestupném pořadí žádná (19,97 %), hormonální antikoncepce (16,5 %), přerušovaná soulož (5,61 %). Zbytek buď neměl pohlavní styk, nebo odpovědělo jinak.

Doplňující otázky

Otázka č. 20 - Prodělal/a jste někdy sexuálně přenosnou chorobu?

Graf č. 20 - Nákaza sexuálně přenosnou chorobou



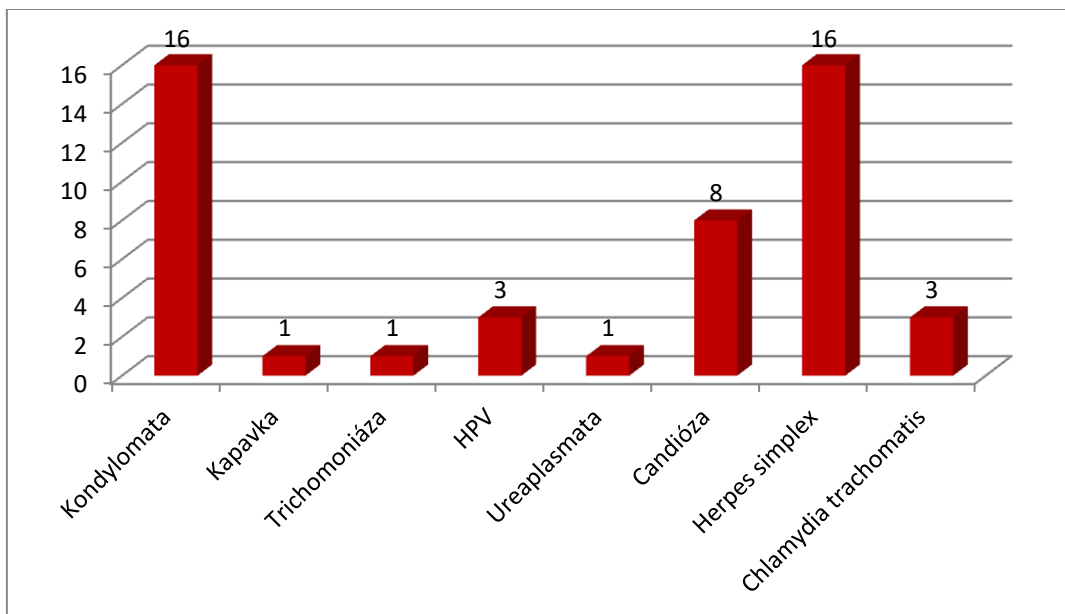
Zdroj: Vlastní 21

Shrnutí:

Většina dotázaných neprodělala sexuálně přenosnou chorobu, a to 91,91 %. Jen malý podíl dotazovaných, a to 8,09 % sexuálně přenosnou chorobu prodělalo.

Doplňující graf k otázce č. 20 - Prodělal/a jste někdy sexuálně přenosnou chorobu?

Graf č. 21 - Nemoci uvedené respondenty



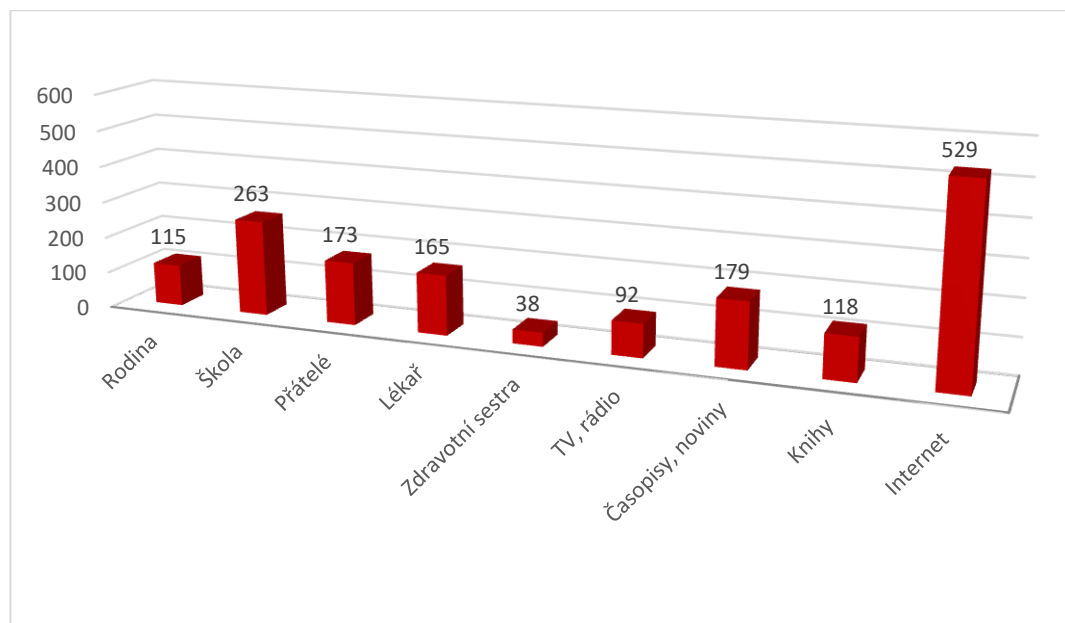
Zdroj: Vlastní 22

Shrnutí:

Nejčastěji respondenty prodělaná sexuálně přenosná choroba byla kondylomata ve 32,65% a herpes simplex se stejným počtem respondentů tedy 32,65%. Candidóza se vyskytla u 16,33%. Ureaplasmata a chlamydia trachomatis se objevily ve stejném zastoupení a to 6,12%. Ostatní nemoci byly zastoupeny v malém počtu a to 2,01% pro každou.

Otázka č. 22 - Z jednotlivých zdrojů označte ty, které pro Vás obsahují nejvíce informací o této problematice?

Graf č. 23 - Informační zdroje



Zdroj: Vlastní 23

Shrnutí:

Nejčastěji využívaný zdroj informací je internet a nejméně využívaný je všeobecná sestra. Podíl využívaných zdrojů vidíme v následující tabulce.

Tabulka č. 1 - Tabulka informačních zdrojů

Zdroj	Četnost	Relativní četnost se základem celkového počtu respondentů	Relativní četnost se základem celkového počtu odpovědí
Rodina	115	6,9%	19,0%
Škola	263	15,7%	43,4%
Přátelé	173	10,3%	28,5%
Lékař	165	9,9%	27,2%
Všeobecná Sestra	38	2,3%	6,3%
TV, rádio	92	5,5%	15,2%
Časopisy, noviny	179	10,7%	29,5%
Knihy	118	7,1%	19,5%
Internet	529	31,6%	87,3%

Tabulka: Zdroj vlastní 1

Shrnutí:

Internet využívá 31,6 % dotázaných. Druhý nejčastější zdroj je škola (15,7 %), pak přátelé a časopisy s novinami (10,7 %). Všeobecná sestra slouží jako zdroj informací pouze u 2,3 % dotázaných.

9.2 Testování hypotéz:

Testování stanovených hypotéz probíhalo pomocí Pearsonova chí-kvadrátu. Tato metoda byla zvolena s přihlédnutím na cíle, které jsou v práci stanoveny. Hypotézy byly testovány na podkladě vyhodnocení informací dotazníku. Ke každé ze zvolených hypotéz byly přiřazeny otázky, které korespondovaly s řešenou problematikou. Následně na to, byl díky Pearsonovu chí-kvadrátu vyhodnocen vztah mezi zvolenými proměnnými. Předmětem zkoumání bylo prokázat statistickou významnost u zkoumaných jevů. Jednalo se o prozkoumání znalostí z dané problematiky a jejich vliv na chování zkoumaného vzorku respondentů.

K výpočtu Pearsonova chí-kvadrátu bylo využito vzorce $cov_{xy} = \frac{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})(y - \bar{y})}{n-1}$ a $r_{xy} = \frac{cov_{xy}}{s_x s_y}$. Korelační koeficient je v rozmezí hodnot -1 až 1 a udává, tak směr závislosti. Pokud hodnoty koeficientu získávají hodnotu 0, pak hodnoty proměnných jsou na sobě nezávislé. V případě, že hodnota koeficientu nabývá kladných hodnot, zvyšuje se i závislost proměnných. Korelace ukazuje vzájemnou sílu vztahu u dvou či více proměnných, u Pearsonova koeficientu je počítán pro 2 proměnné X a Y. Všechny hypotézy byly testovány na hladině významnosti $\alpha = 5\%$, hodnota testovacího kritéria byla pro každou hypotézu stanovena zvlášť.

K určení síly závislosti bylo využito Cramerova koeficientu. Cramerův koeficient je vyjádřen vztahem $K_2 = \sqrt{\frac{x^2}{n \cdot \min(r-1, s-1)}}$. Čím více je číselná hodnota blíže k 1, tím je i závislost mezi zkoumanými znaky těsnější, čím blíže je číselná hodnota blíže k 0, tím je zkoumaná síla závislosti mezi zvolenými znaky volnější. Síla závislosti byla spočtena, pro každou hypotézu. U všech takto testovaných hypotéz vyšla nízká síla závislosti (Hendl, 2017, s. 144 - 148)

1H0 - Úroveň znalostí laické populace o vybraných sexuálně přenosných chorobách není vyšší ve věkové skupině 15 - 19 let.

1H1- Úroveň znalostí laické populace o vybraných sexuálně přenosných chorobách je vyšší ve věkové skupině 15 - 19 let.

Úroveň znalostí byla měřena počtem správných odpovědí na otázky 5 – 15. Počty správných odpovědí nabývaly nejčastěji hodnot 8 – 11. Minimální počet správných odpovědí byl 4 a maximální 11. Průměrný počet správných odpovědí byl 9,23 bodů se směrodatnou odchylkou 1,25.

Tabulka č. 2 - Kategorizace úrovně znalostí

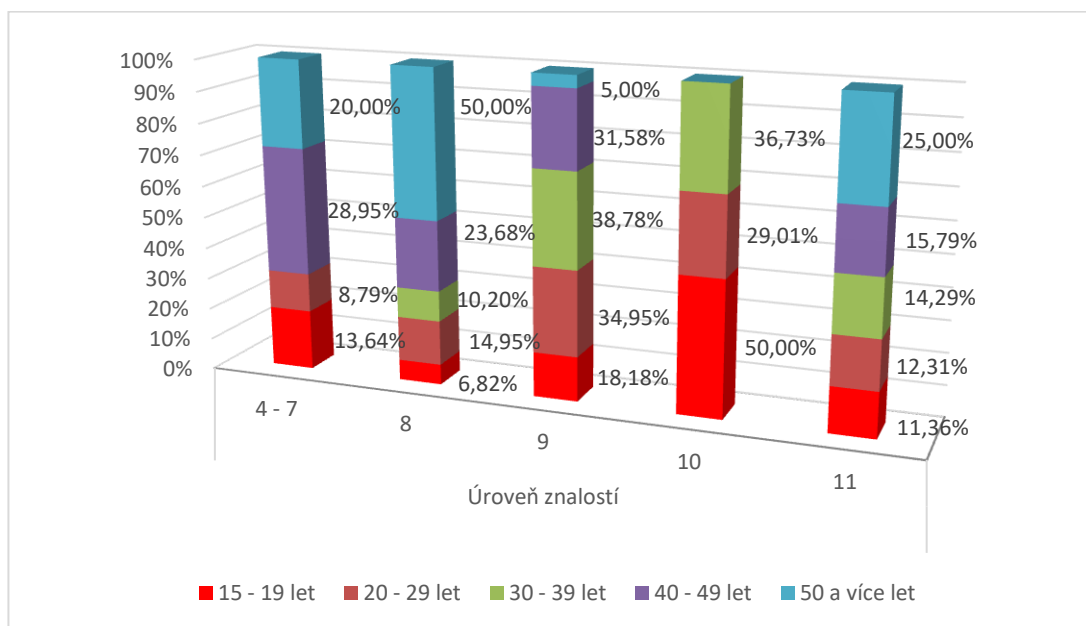
Úroveň znalostí	Četnost	Relativní četnost
4	2	0,43%
6	9	1,93%
7	31	6,65%
8	70	15,02%
9	154	33,05%
10	126	27,04%
11	74	15,88%

Tabulka: Zdroj vlastní 2

Shrnutí:

I když je veličina *úroveň znalostí* intervalová veličina, budeme ji díky nízkému počtu hodnot, kterých v našem souboru nabývá, považovat za kategoriální. První dvě kategorie budeme muset pro testování díky nízkým četnostem, sloučit.

Graf č. 24 - Úroveň znalostí o sexuálně přenosných chorobách



Zdroj: Vlastní 24

Shrnutí:

Plný počet bodů získali nejčastěji dotázaní ve věku 50 a více let. 10 bodů, tedy jednu špatnou odpověď, měli nejčastěji dotázaní ve věku 15 – 19 let. Nejmenší počet správných odpovědí měli dotázaní ve věku 40 – 49 let.

Tabulka č. 3 - Věková kategorie a úroveň znalostí

Věk	Úroveň znalostí					Celkem
	4 - 7	8	9	10	11	
15 - 19 let	6	3	8	22	5	44
Řádková četnost	13,64%	6,82%	18,18%	50,00%	11,36%	100%
20 - 29 let	40	68	159	132	56	455
Řádková četnost	8,79%	14,95%	34,95%	29,01%	12,31%	100%
30 - 39 let	0	5	19	18	7	49
Řádková četnost	0,00%	10,20%	38,78%	36,73%	14,29%	100%
40 - 49 let	11	9	12	0	6	38
Řádková četnost	28,95%	23,68%	31,58%	0,00%	15,79%	100%
50 a více let	4	10	1	0	5	20
Řádková četnost	20,00%	50,00%	5,00%	0,00%	25,00%	100%
Celkem	61	95	199	172	79	606

Tabulka: Zdroj vlastní 3

Shrnutí:

Dotazovaní ve věku 15 – 19 let získali nejčastěji 10 bodů, lidé ve věku 20 – 49 let získali nejčastěji 9 bodů, lidé ve věku nad 50 let získali nejčastěji 8 bodů.

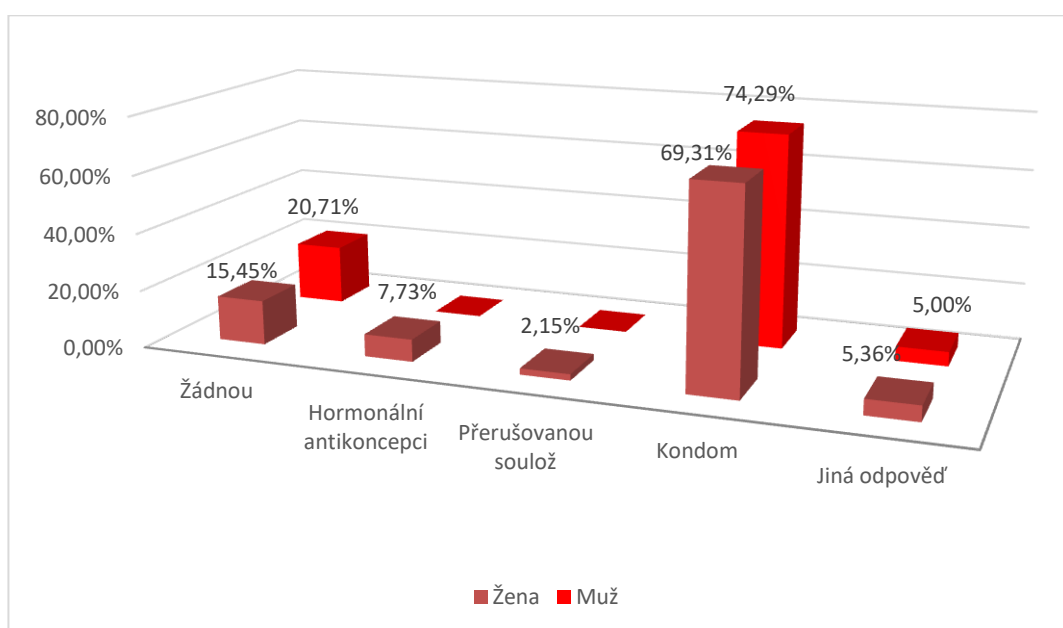
Jelikož sledujeme vztah dvou kategoriálních proměnných, ověříme jejich závislost Pearsonovým chí-kvadrát testem. Test provedeme na hladině významnosti 5 %. Hodnota testovacího kritéria je 78,01. P-hodnota testu vyšla 0,000. P-hodnota je nižší než zvolená hladina významnosti, alternativní hypotézu tedy zamítáme. Platí nulová hypotéza.

2H0 - Neexistuje souvislost mezi pohlavím a metodou ochrany před sexuálně přenosnými chorobami.

2H1 - Existuje souvislost mezi pohlavím a metodou ochrany před sexuálně přenosnými chorobami.

Graf č. 25 - Volba ochrany před sexuálně přenosnými chorobami ve vztahu k pohlaví

Otázka č. 17 - v závislosti na pohlaví



Zdroj: Vlastní 25

Shrnutí:

Mezi sloupci, tedy mezi muži a ženami nevidíme v grafu velké rozdíly. Vypadá to, že se muži a ženy v typu ochrany neliší.

Tabulka č. 4 - Ochrana před sexuálně přenosnými chorobami v souvislosti s pohlavím

Pohlaví	Jakou ochranu před nemocemi při pohlavním styku volíte:					
	Žádnou	Hormonální antikoncepci	Přerušovanou soulož	Kondom	Jiná odpověď	Celkem
Žena	72	36	10	323	25	466
Řádková četnost	15,45%	7,73%	2,15%	69,31%	5,36%	
Muž	29	0	0	104	7	140
Řádková četnost	20,71%	0,00%	0,00%	74,29%	5,00%	
Celkem	101	36	10	427	32	606

Tabulka: Zdroj vlastní 4

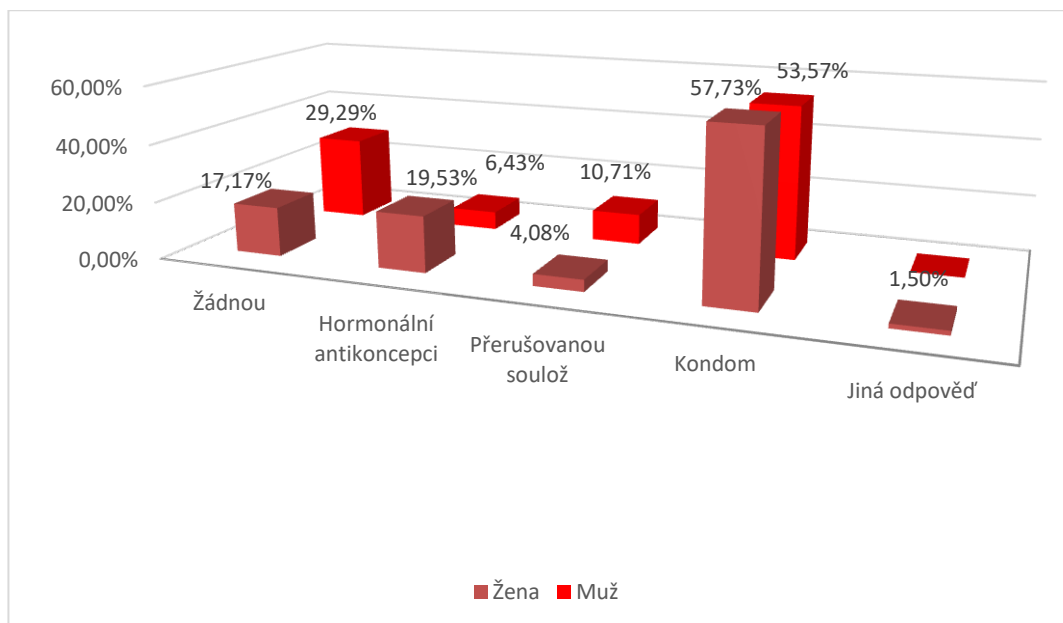
Shrnutí:

Nejčastěji volenou ochranou před nemocemi je kondom. Muži jej používají v 74,29 % a ženy v 69,31 % případů respondentů. Ženy používají jako ochranu před sexuálně přenosnými chorobami hormonální antikoncepci a to v 7,73%.

Jelikož sledujeme vztah dvou kategoriálních proměnných, ověříme jejich závislost Pearsonovým chí-kvadrát testem. Test provedeme na hladině významnosti 5 %. Hodnota testovacího kritéria je 16,01. P-hodnota testu vyšla 0,003. P-hodnota je nižší než zvolená hladina významnosti, nulovou hypotézu tedy zamítáme. Platí hypotéza alternativní.

Graf č. 26 - Volba ochrany před sexuálně přenosnými chorobami při prvním pohlavním styku ve vztahu k pohlaví

Otázka č. 21 - v závislosti na pohlaví



Zdroj: Vlastní 26

Shrnutí:

Mezi muži a ženami vidíme v grafu největší rozdíly u žádné ochrany. Žádnou ochranu při prvním pohlavním styku nepoužili častěji muži než ženy. Použití prezervativu je srovnatelné.

Tabulka č. 5 - Ochrana před sexuálně přenosnými chorobami v souvislosti s pohlavím u prvního sexuálního styku

Pohlaví	Jakou ochranu jste použil/a při prvním pohlavním styku:					
	Žádnou	Hormonální antikoncepci	Přerušovanou soulož	Kondom	Jiná odpověď	Celkem
Žena	80	91	19	269	7	466
Řádková četnost	17,17%	19,53%	4,08%	57,73%	1,50%	100%
Muž	41	9	15	75	0	140
Řádková četnost	29,29%	6,43%	10,71%	53,57%	0,00%	100%
Celkem	121	100	34	344	7	606

Tabulka: Zdroj vlastní 5

Shrnutí:

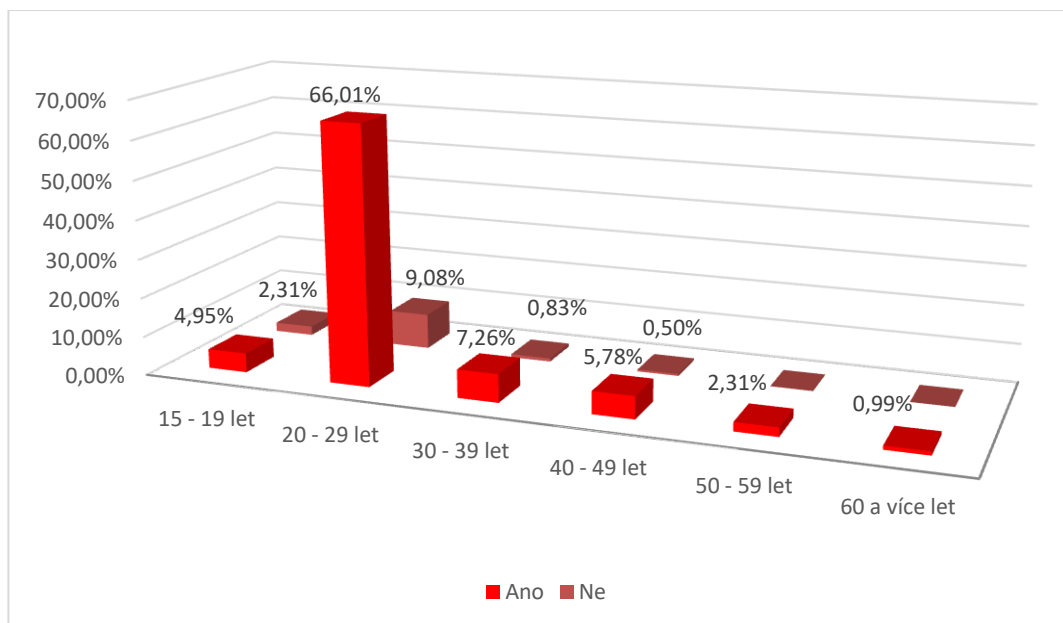
Nejčastěji volenou ochranou při prvním pohlavním styku je kondom. Volí jej více než polovina mužů i žen. Muži jej používají v 53,57 % a ženy v 57,73 % případů respondentů. Ženy ji použily jako ochranu při prvním pohlavním styku hormonální antikoncepci v 19,53 %. Žádnou ochranu nepoužili muži téměř ve 30 % a ženy pouze v 17,17 % případů.

Jelikož sledujeme vztah dvou kategoriálních proměnných, ověříme jejich závislost Pearsonovým chí-kvadrát testem. Test provedeme na hladině významnosti 5 %. Hodnota testovacího kritéria je 29,99. P-hodnota testu vyšla 0,000. P-hodnota je nižší než zvolená hladina významnosti, nulovou hypotézu tedy zamítáme.

3H0 - Neexistuje souvislost mezi věkem a výskytem rizikového sexuálního chování

3H1 - Existuje souvislost mezi věkem a výskytem rizikového sexuálního chování

Graf č. 27 - Zobrazení projevů rizikového chování dle věkových kategorií



Zdroj: Vlastní 27

Shrnutí:

66,01 % dotazovaných se chová rizikově a jsou ve skupině 20 – 29 let. Ze všech dotázaných se nechová rizikově a jsou ve skupině 20 – 29 let 9,08 % dotázaných.

Tabulka č. 6 - Výskyt rizikového chování v souvislosti s věkem

Věk	Rizikové chování		
	Ano	Ne	Celkem
15 - 19 let	30	14	44
Řádková četnost	68,18%	31,82%	100,00%
20 - 29 let	400	55	455
Řádková četnost	87,91%	12,09%	100,00%
30 - 39 let	44	5	49
Řádková četnost	89,80%	10,20%	100,00%
40 - 49 let	35	3	38
Řádková četnost	92,11%	7,89%	100,00%
50 - 59 let	14	0	14
Řádková četnost	100,00%	0,00%	100,00%
60 a více let	6	0	6
Řádková četnost	100,00%	0,00%	100,00%
Celkem	529	77	606

Tabulka: Zdroj vlastní 6

Shrnutí:

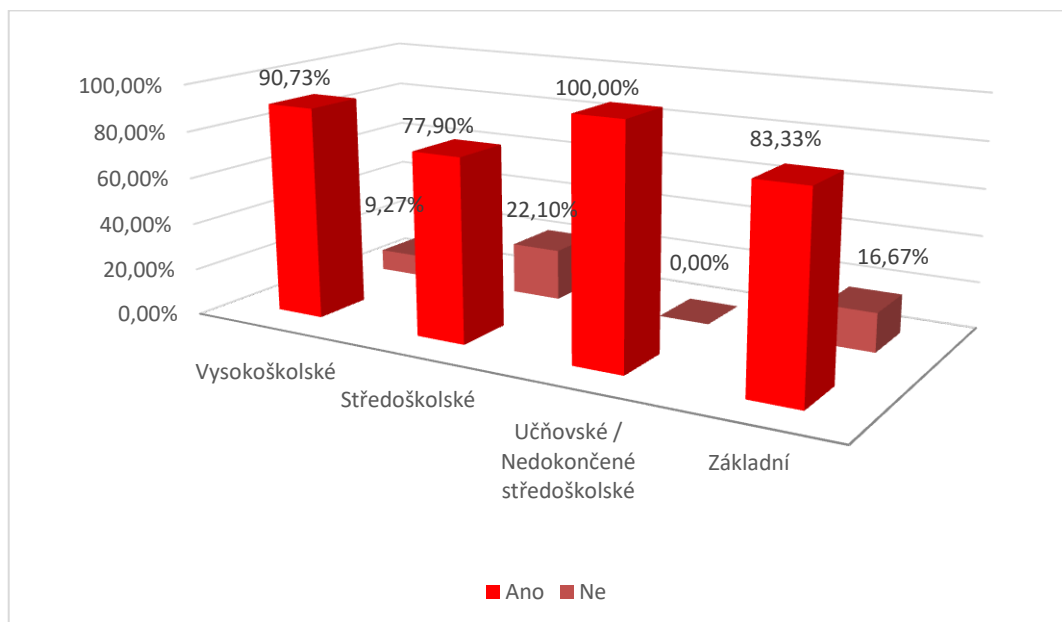
Ve věkové skupině 15 – 19 let se rizikově chová 68,18 % dotazovaných, Ve věkové kategorii 20 - 29 let je to 87,91 %. Nejvyšší podíl rizikově chovajících se dotazovaných je ve skupině 50 – 59 let a 60 a více let. V těchto dvou skupinách však bylo dotazováno velmi málo osob. Díky, nízkému počtu dotazovaných bude nutné tyto dvě skupiny pro testování vzájemné závislosti věku a rizikového chování sloučit.

Jelikož sledujeme vztah dvou kategoriálních proměnných, ověříme jejich závislost Pearsonovým chí-kvadrát testem. Test provedeme na hladině významnosti 5 %. Hodnota testovacího kritéria je 18,63. P-hodnota testu vyšla 0,00093. P-hodnota je nižší než zvolená hladina významnosti, nulovou hypotézu tedy zamítáme. Přijímáme hypotézu alternativní.

4H0 - Neexistuje souvislost mezi rizikovým chováním žen a vzděláním.

4H1 - Existuje souvislost mezi rizikovým chováním žen a vzděláním.

Graf č. 28 - Zobrazení projevů rizikového chování žen dle vzdělání



Zdroj: Vlastní 28

Shrnutí:

Nejmenší podíl rizikově chovajících se osob je ve skupině středoškolsky vzdělaných respondentů. Nejvyšší podíl osob s rizikovým chováním je ve skupině s učňovským či nedokončeným středoškolským vzděláním.

Tabulka č. 7 - Vzdělání a výskyt rizikového chování

Vzdělání	Rizikové chování		
	Ano	Ne	Celkem
Vysokoškolské	235	24	259
Řádková četnost	90,73%	9,27%	100,00%
Středoškolské	141	40	181
Řádková četnost	77,90%	22,10%	100,00%
Učňovské / Nedokončené středoškolské	20	0	20
Řádková četnost	100,00%	0,00%	100,00%
Základní	5	1	6
Řádková četnost	83,33%	16,67%	100,00%
Celkem	401	65	466

Tabulka: Zdroj vlastní 7

Shrnutí:

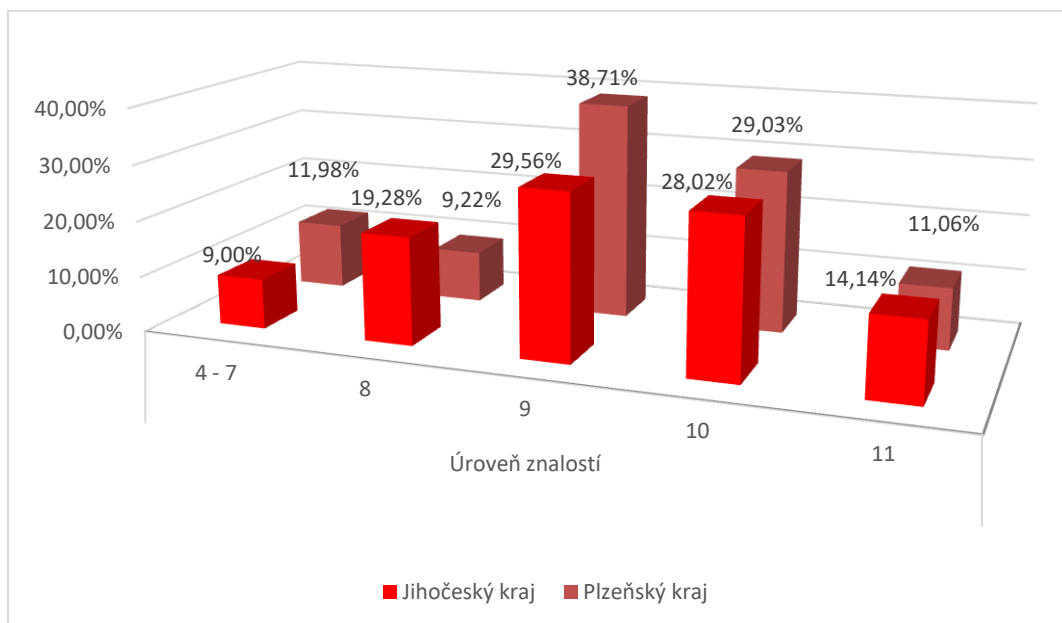
Nejmenší podíl rizikově chovajících se osob ve skupině středoškolsky vzdělaných respondentů tvoří 77,9 %. Všichni s učňovským či nedokončeným středoškolským vzděláním se chovají nebo se někdy zachovali rizikově. Podíl rizikově chovajících se dotazovaných mezi vysokoškoláky je 90,73 % a mezi dotazovanými se základním vzděláním je to 83,33 %. Díky nízkým počtům respondentů ve skupinách se základním a učňovským vzděláním budeme muset tyto dvě kategorie pro testování hypotézy sloučit.

Jelikož sledujeme vztah dvou kategoriálních proměnných, ověříme jejich závislost Pearsonovým chí-kvadrát testem. Test provedeme na hladině významnosti 5 %. Hodnota testovacího kritéria je 16,96. P-hodnota testu vyšla 0,00021. P-hodnota je nižší než zvolená hladina významnosti, nulovou hypotézu tedy zamítáme. Přijímáme hypotézu alternativní.

5H0 - Úroveň znalostí laické populace není v jižních a západních Čechách srovnatelná.

5H1 - Úroveň znalostí laické populace je v jižních a západních Čechách srovnatelná.

Graf č. 29 - Úroveň znalostí o sexuálně přenosných chorobách dle krajů



Zdroj: Vlastní 29

Shrnutí:

Plný počet bodů či jednu špatnou odpověď měl podobný počet respondentů v obou krajích. Dvě špatné odpovědi měli častěji respondenti v Plzeňském kraji. Tři špatné odpovědi měli častěji respondenti v Jihočeském kraji.

Tabulka č. 8 - Porovnání úrovně znalostí krajů

Kraj	Úroveň znalostí					Celkem
	4 - 7	8	9	10	11	
Jihočeský kraj	35	75	115	109	55	389
Řádková četnost	9,00%	19,28%	29,56%	28,02%	14,14%	100%
Plzeňský kraj	26	20	84	63	24	217
Řádková četnost	11,98%	9,22%	38,71%	29,03%	11,06%	100%
Celkem	61	95	199	172	79	606

Tabulka: Zdroj vlastní 8

Shrnutí:

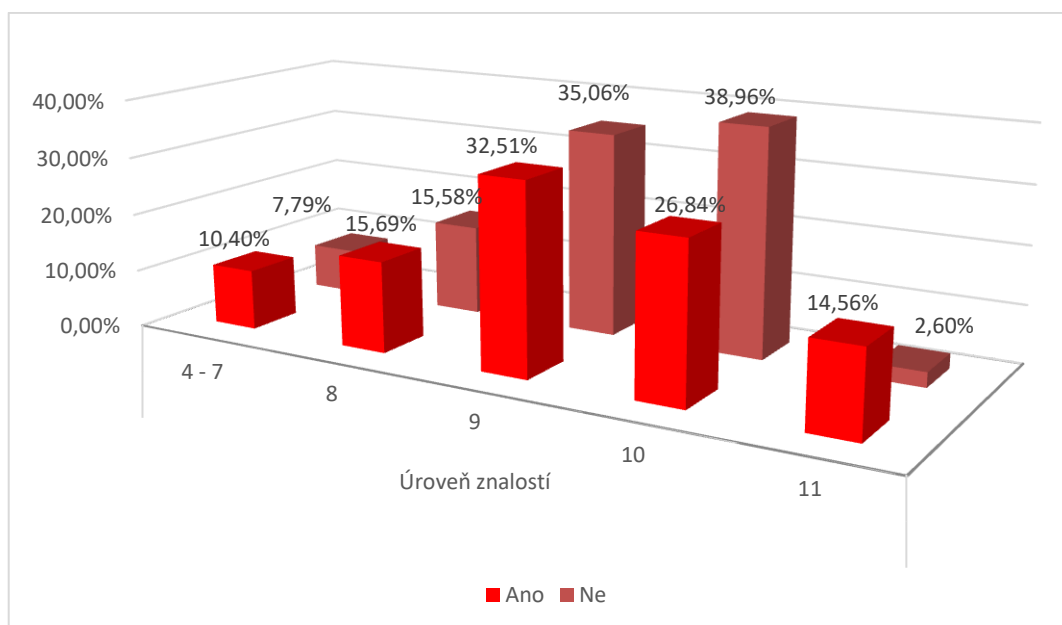
Plný počet bodů získalo 14,14 % respondentů z Jihočeského kraje a 11,06 % respondentů z Plzeňského kraje. Dvě špatné odpovědi mělo 38,71 % respondentů z Plzeňského kraje a 29,56 % respondentů z Jihočeského kraje. Tři špatné odpovědi mělo 9,22 % respondentů z Plzeňského kraje a 19,28 % respondentů z Jihočeského kraje.

Jelikož sledujeme vztah dvou kategoriálních proměnných, ověříme jejich závislost Pearsonovým chí-kvadrát testem. Test provedeme na hladině významnosti 5 %. Hodnota testovacího kritéria je 14,84. P-hodnota testu vyšla 0,005. P-hodnota je nižší než zvolená hladina významnosti, nulovou hypotézu tedy zamítáme. Přijímáme alternativní hypotézu.

6H0- U laické populace neexistuje souvislost mezi rizikovým chováním a úrovní znalostí vybraných sexuálně přenosných chorob.

6H1 - U laické populace existuje souvislost mezi rizikovým chováním a úrovní znalostí vybraných sexuálně přenosných chorob.

Graf č. 30 - Úroveň znalostí dle rizikového chování



Zdroj: Vlastní 30

Shrnutí:

Plný počet bodů získalo více respondentů s rizikovým chováním. Jednu špatnou odpověď měli častěji respondenti, kteří se rizikově nechovají. Ostatní bodové hodnocení je u obou skupin podobné.

Tabulka č. 9 - Úroveň znalostí a výskyt rizikového chování

Rizikové chování	Úroveň znalostí					Celkem
	4 - 7	8	9	10	11	
Ano	55	83	172	142	77	529
Řádková četnost	10,40%	15,69%	32,51%	26,84%	14,56%	100%
Ne	6	12	27	30	2	77
Řádková četnost	7,79%	15,58%	35,06%	38,96%	2,60%	100%
Celkem	61	95	199	172	79	606

Tabulka: Zdroj vlastní 9

Shrnutí:

Jelikož sledujeme vztah dvou kategoriálních proměnných, ověříme jejich závislost Pearsonovým chí-kvadrát testem. Test provedeme na hladině významnosti 5 %. Hodnota testovacího kritéria je 11,44. P-hodnota testu vyšla 0,022. P-hodnota je nižší než zvolená hladina významnosti, nulovou hypotézu tedy zamítáme. Přijímáme alternativní hypotézu.

10 DISKUZE

V dotazníkovém šetření byla oslovena laická populace v jižních a západních Čechách. Kritérium byl věk respondentů vyšší 15 let. Celkem měl tedy průzkum 606 respondentů.

V úvodu dotazníku byly zjišťovány základní demografické údaje. V otázce č. 1 bylo zjišťováno, jaké je genderové rozložení respondentů. Z celkového počtu 606 respondentů bylo 466 žen a 140 mužů. Ženy se celkově snaží pečovat o své zdraví ve větší míře než muži (Addis, Mahalik, 2003), z toho samotného se lze domnívat, i proč se zapojily ve výzkumu více než muži.

Věkovým rozložením respondentů se zabývala otázka č. 2. Nejvíce byla zastoupena věková kategorie 20 - 29 let a to počtem 455 respondentů. Lze se domnívat, že to má souvislost, s tím že je tato věková skupina je jednou ze sexuálně neaktivnějších a současně je nejčastěji ohrožená sexuálně přenosnými chorobami. Zbývající věkové kategorie byly zastoupeny v menší míře.

Hypotéza č. 1

H₀- Úroveň znalostí laické populace o vybraných sexuálně přenosných není vyšší ve věkové skupině 15 - 19 let.

H₁ - Úroveň znalostí laické populace o vybraných sexuálně přenosných chorobách je vyšší ve věkové skupině 15 - 19 let.

Otázky vztahující se k hypotéze: 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15

V hypotéze č. 1 byla objasňována souvislost mezi věkem a úrovní znalostí o vybraných sexuálně přenosných chorobách. Podařilo se nám prokázat, že mezi věkem a úrovní znalostí existuje statisticky významná závislost. Síla závislosti, měřená Cramérovým koeficientem, který nabývá hodnoty 0,179, je slabá. Věková kategorie 15 - 19 let je v literatuře uváděna jako jedna z rizikových pro nákazu sexuálně přenosnou chorobou, zároveň jde o jedince, kteří zahajují svůj sexuální život, dle Weisse a Zvěřiny (2001) je právě sexuální život zahájen průměrně okolo 18 let věku. Proto jsme se domnívali, že právě tito jedinci budou mít nejvíce informací o sexuálně přenosných chorobách. Domnívali jsme se, že věková skupina 15 - 19 let má díky nedávno absolvovanému poznání této problematiky výukou na základní škole nejaktuálnější informace, které je schopná ve svém životě prakticky využívat. Výsledky šetření ukázaly, že nejvíce správných odpovědí, tedy plný počet, měli ale respondenti ve věkové kategorii

50 let a více proto zamítáme alternativní hypotézu a **přijímáme hypotézu nulovou**. Toto zjištění je zajímavé, je možné, že vyšší věková kategorie již zakládá své odpovědi na zkušenostech svých či svého okolí, tudíž dosáhla i nejlepšího výsledku znalostní části výzkumu.

Hypotéza č. 2

H_0 - Neexistuje souvislost mezi pohlavím a metodou ochrany před sexuálně přenosnými chorobami

H_1 - **Existuje souvislost mezi pohlavím a metodou ochrany před sexuálně přenosnými chorobami.**

Otázky vztahující se k hypotéze: 1, 17, 21

Hypotéza č. 2 se věnovala existenci souvislosti mezi pohlavím a zvolenou metodou ochrany před sexuálně přenosnými chorobami. Podařilo se nám prokázat, že mezi pohlavím a druhem ochrany před nemocemi existuje statisticky významná závislost. Síla závislosti, měřená Cramérovým koeficientem, který nabývá hodnoty 0,163, je slabá, proto **přijímáme alternativní hypotézu**. U této hypotézy jsme se domnívali, že ženy budou iniciátorem použití prezervativu více než muži, protože budou dbát více na ochranu svého zdraví. Překvapivým zjištěním bylo, že ženy se chrání hormonální antikoncepcí. Přestože hormonální antikoncepce chrání před nechtěným početím, její vliv na ochranu před sexuálně přenosnými chorobami není žádný. Není jasné, co vede ženy k tomuto názoru, zda se jedná o jejich nevědomost, nedostatečnou edukaci o hormonální antikoncepci či jsou si toho vědomi a dobrovolně hazardují se svým zdravím. Muži obecně více používají jako ochranu před sexuálně přenosnými nemocemi kondom více než ženy.

V případě prvního pohlavního styku se podařilo prokázat, že mezi pohlavím a druhem ochrany, použité při prvním pohlavním styku, existuje statisticky významná závislost. Síla závislosti, měřená Cramérovým koeficientem, který nabývá hodnoty 0,222, je slabá. Zde nejčastěji muži i ženy používají prezervativ a to v průměru přes 50% z dotázaných. V porovnání s výzkumem Weisse a Zvěřiny (2001), kde se v průměru jednalo o 28% z dotázaných, kteří volili jako ochranu při prvním pohlavním styku kondom, je vidět nárůst používání bariérové ochrany. 29% z dotázaných mužů, při prvním pohlavním styku, nepoužilo žádnou ochranu. Ve výzkumu Weisse a Zvěřiny (2001), nepoužilo žádnou ochranu 52% z dotázaných. Je zajímavé, že při prvním pohlavním styku, muži více nepoužívají žádnou ochranu a to 29,29%, ale u dalších sexuálních styků už je toto procento nižší a to 20,71%. Je možné, že to souvisí s věkem a pocitem zodpovědnosti,

navíc se domníváme, že mladí muži mají větší sklon hazardovat a to souvisí s větším procentem prvního sexuálního styku bez ochrany.

Hypotéza č. 3

Otázky vztahující se k hypotéze: 2, 16, 17, 18, 19, 21

H_0 - Neexistuje souvislost mezi věkem a výskytem rizikového sexuálního chování

H_1 - **Existuje souvislost mezi věkem a výskytem rizikového sexuálního chování.**

Hypotéza č. 3 se zabývala existencí souvislosti mezi věkem a výskytem rizikového sexuálního chování. Podařilo se nám prokázat, že mezi věkem a rizikovým chováním existuje statisticky významná závislost. Síla závislosti, měřená Cramérovým koeficientem, který nabývá hodnoty 0,175, je slabá, proto **přijímáme alternativní hypotézu** a nulová hypotéza je zamítnuta. Ve věkové skupině 20 - 29 let vykazuje rizikové chování 66,01% z dotázaných respondentů. Je možné se domnívat, že je to spojené s obdobím největší sexuální aktivity a zároveň prozkoumávání různých oblastí sexu. V případě porovnání všech věkových kategorií zjišťujeme, že nejrizikověji se chovají jedinci ve věku 50 let a více. Domníváme se, že u žen to může mít souvislost s klimakteriem. Ženy po klimakteriu se již nemusí obávat nechtěného těhotenství, tedy nemusí používat ochranu před nechtěným otěhotněním, jako tomu bylo v reprodukčním období a to může souviset s následným rizikem nákazy sexuálně přenosnou chorobou. U mužů by mohl tento fakt souviset s tzv.: druhou mízou, která objevuje právě kolem 50. roku jejich života. Celkově je toto zjištění shledáno za zajímavé i například pro další výzkum. Nejméně rizikově se pak chovají lidé ve věku 15 – 19 let. Paradoxně k hypotéze č. 1, kdy jedinci ve věkové kategorii 15 - 19 nemají nejlepší znalosti, se ve výzkumu chovají nejméně rizikově. Věková skupina 50 a více let dosáhla sice největšího bodového ohodnocení, ale chová se nejrizikověji.

Hypotéza č. 4

H_0 - Neexistuje souvislost mezi rizikovým chováním žen a vzděláním.

H_1 - **Existuje souvislost mezi rizikovým chováním žen a vzděláním.**

Otázky vztahující se k hypotéze: 1, 4, 16, 17, 18, 19, 21

V hypotéze č. 4 jsme se zaměřili na rizikové chování žen a jejich vzdělání. Podařilo se nám prokázat, že mezi vzděláním a rizikovým chováním žen existuje statisticky významná závislost. Síla závislosti, měřená Cramérovým koeficientem, který nabývá hodnoty 0,191, je slabá. Zamítáme tedy nulovou hypotézu a **přijímáme hypotézu**

alternativní. Lze se domnívat, že ženy s vysokoškolským vzděláním se chovají méně rizikově a dbají na své sexuální zdraví. Avšak z tohoto výzkumu vyplývá, že ženy s vysokoškolským vzděláním se chovají rizikově obdobně jako ženy s učňovským či nedokončeným středoškolským vzděláním. Středoškolsky vzdělané ženy se chovají nejméně rizikově. Je zajímavé, že ženy, které mají vyšší vzdělání, se chovají více rizikově. Není jasný důvod jejich chování, na příklad, zda nesouvisí s jejich větší psychickou zátěží, která by se pak mohla projevat rizikovým chováním. Obdobně jako je to u vysokoškolsky vzdělaných lidí, kteří dle Culkové (2014), mají vyšší sklon k alkoholismu.

Hypotéza č. 5

H_0 - Úroveň znalostí laické populace není v jižních a západních Čechách srovnatelná.

H_1 - **Úroveň znalostí laické populace je v jižních a západních Čechách srovnatelná.**

Otázky vztahující se k hypotéze: 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15

V hypotéze č. 5 jsme se zaměřili na porovnání znalostí laické populace jižních a západních Čech. Podařilo se nám prokázat, že mezi krajem a úrovní znalostí existuje statisticky významná závislost. Síla závislosti, měřená Cramérovým koeficientem, který nabývá hodnoty 0,157, je slabá. **Přijímáme alternativní hypotézu** a nulovou hypotézu zamítáme. Lze říci, že znalosti v obou krajích jsou srovnatelné. Jediný výraznější rozdíl, byl patrný v kategorii, kdy respondenti měli ve znalostní části počet 8 bodů. 8 správných odpovědí mělo 19,28% respondentů z jižních Čech a pouze 9,22% respondentů z Plzeňského kraje. Vzhledem k jednotnému školskému systému a stejným učebním osnovám základních škol se domníváme, že informace o sexuálně přenosných chorobách mají stejnou nebo alespoň podobnou podobu. Také se domníváme, že úroveň znalostí je obdobná vzhledem k těsnému demografickému rozložení krajů.

Hypotéza č. 6

H_0 - U laické populace neexistuje souvislost mezi rizikovým chováním a úrovní znalostí u vybraných sexuálně přenosných chorob.

H_1 - **U laické populace existuje souvislost mezi rizikovým chováním a úrovní znalostí u vybraných sexuálně přenosných chorob.**

Otázky vztahující se k hypotéze: 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19

Hypotéza č. 6 zjišťovala, zda existuje souvislost mezi úrovní znalostí laické populace a výskytem rizikového chování. Podařilo se nám prokázat, že mezi úrovní

znalostí a rizikovým chováním existuje statisticky významná závislost. Síla závislosti, měřená Cramérovým koeficientem, který nabývá hodnoty 0,137, je slabá. Díky tomuto zjištění, **přijímáme alternativní hypotézu** a nulovou hypotézu zamítáme. Domnívali jsme se, že jedinci, kteří byli schopni odpovědět, ve znalostní části dotazníku s plným počtem bodů se budou chovat méně rizikově, protože jsou si vědomí rizik souvisejících s nákazou sexuálně přenosných chorob. Překvapivým zjištěním bylo, že právě tito jedinci, se chovají rizikově. Tedy, všechny správně odpovědi mají statisticky významně častěji jedinci s rizikovým chováním. Jendů špatnou odpověď mají častěji respondenti, kteří se chovají bez rizika. I v této hypotéze se objevilo paradoxní chování respondentů, které si zatím neumíme přesněji vyložit. Mohli by se snad respondenti, kteří mají menší přehled v problematice sexuálně přenosných chorob, více chránit právě proto, že jejich informace nejsou komplexní. Lze si to vysvětlovat také tak, že ve výzkumu není udání stálého partnera bráno jako bezpečný sexuální styk. Dotazovaní respondenti se právě často spoléhali, na věrnost svého partnera a to byla příčina takového výsledku.

Dílčí cíl č. 1 - Zjistit úroveň znalostí laické populace o sexuálně přenosných chorobách a jejich prevenci.

Otázky vztahující se k dílčímu cíli č. 1: 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15

Dílčí cíl č. 1 považujeme za splněný. Ve znalostní části dotazníku z 11 otázek, bylo 5 zodpovězeno se správností odpovědi, přes 90%. Pro přehlednost je vše zpracováno níže v tabulce. V tabulce je shrnuto procentuální zpracování správných odpovědí a počty otázek ve kterých se procento objevilo.

Tabulka č. 10 - **Tabulka vyhodnocení znalostí**

Procentuální zastoupení respondentů, kteří správně odpověděli na znalostní otázky	Počet otázek
Více jak 60%	4
Více jak 70%	1
Více jak 90%	5
100%	1

Tabulka: Zdroj vlastní 10

Pro práci se nepodařilo najít pevně stanovené kritérium, které by stanovilo procento říkající, že jedinec má či nemá znalost o problematice sexuálně přenosných chorob a jejich prevenci. Avšak vzhledem k tomu, že u každé otázky minimálně 60% respondentů

odpovědělo správně lze říci, že znalost laické populace má dobrou úroveň. V oblasti prevence chybovali respondenti málo. Častěji se objevovaly chyby v projevech příznaků u jednotlivých onemocnění, kdy je respondenti často zaměňovali.

Dílčí cíl č. 2 - Objasnit vztahy mezi zvolenými demografickými determinantami a rizikovým chováním v oblasti sexuálně přenosných chorob

Otázky vztahující se k dílčímu cíli č. 2: 1, 2, 3, 4, 16, 17, 18, 19, 20, 21

Dílčí cíl č. 2 považujeme za splněný. Vztahy mezi zvolenými demografickými determinantami a rizikovým chováním v oblasti sexuálně přenosných chorob se podařilo objasnit. Bylo možné otestovat všech 6 námi stanovených hypotéz. Některé výsledky jsou překvapivé a bylo by zajímavé je hlouběji prozkoumat, avšak na to by bylo potřeba více času a větší počet respondentů.

Limity práce

Jsme si vědomi limitů, které vyvstali při zpracování této diplomové práce. Za jeden z největších považujeme vzorek respondentů, který by mohl být větší, bohužel se jej nepodařilo získat. Za další limit považujeme nedostatek obdobných prací, které by mohli sloužit k porovnání, bohužel vzhledem k tématu nebylo možné najít korespondující výzkumy, s kterými by bylo možné práci porovnat s naprostou přesností.

11 ZÁVĚR

Hlavním cílem této práce bylo zmapování znalostí veřejnosti o sexuálně přenosných chorobách a jejich prevenci. Ve výzkumné části práce se podařilo přiblížit jaké znalosti laická populace má o této problematice a zároveň nám bylo umožněno nahlédnout do chování jedinců v oblasti sexuální prevence a ochrany zdraví každého z nich. Ze získaných se dá vyvodit závěr, že vědomost o nebezpečí způsobeného sexuálně přenosnou chorobou, u některých respondentů přesto nezabrání jejich rizikovému chování.

Pro práci byl zvolen kvantitativní výzkum, který probíhal online formou dotazníkového šetření. Pro samotné šetření byly zvoleny kraje Jihočeský a Plzeňský, dle počtu výskytu pohlavních chorob, které udával ÚZIS. Bylo stanoveno 6 hypotéz, které se zaměřovaly na znalosti, rizika a prevenci sexuálně přenosných chorob. Otestováním hypotéz jsme zjistili, že mezi věkem a úrovní znalostí existuje statisticky významná závislost a nejvíce vědomostí mají lidé ve věku 50 a více let. Dalším zjištěním bylo, že nejčastější ochranou před pohlavně přenosnými nemocemi je kondom, avšak zároveň s tím to zjištěním se velmi často objevoval i milný dojem, že jedince chrání i použití hormonální antikoncepce u ženy - partnerky. Poměrně paradoxním zjištěním bylo, že nejrizikovější chování se objevuje u věkové skupiny 50 let a více a to i přestože tato skupina měla nejvíce vědomostí o této problematice. Zajímavým zjištěním bylo to, že vysokoškolsky vzdělané ženy ve značné míře inklinují k rizikovému sexuálnímu chování, obdobně jako ženy s učňovským či nedokončeným středoškolským vzděláním. Ve výzkumu jsme také zjistili, že respondenti z Jihočeského a Plzeňského kraje mají srovnatelné znalosti. I v poslední testované hypotéze je zajímavý kontrast, lidé s nejvíce znalostmi mají tendenci chovat se nejrizikověji.

V návaznosti na tato zjištění, by bylo zapotřebí znovu podpořit primární prevenci, zaměřit se při ní nejen na mladistvé, kteří zahajují svůj pohlavní život, ale snahou by mělo být zapojit všechny věkové skupiny tak, aby informovanost o sexuálně přenosných chorobách byla plošná a nedocházelo pouze k podání informací jen při výuce na základních školách. Informace by měli, být předávány srozumitelnou, jednoduchou a přístupnou formou všem jedincům bez rozdílu.

Při výuce na základních školách by bylo zajímavé zvážit roli školní sestry, která by mohla působit jednak jako poradce v oblasti výchovy ke zdraví, řešení krizových situací

společně s pedagogickým týmem, ale její funkcí by mohlo být například i poskytování první pomoci v rámci školních úrazů. Vzhledem k tomu, že problémů v oblasti zdraví narůstá již na základních školách (obezita, závislosti, brzký sexuální život), byla by školní sestra dobrým propagátorem v péči o zdraví.

Naším cílem by měl být vzdělaný jedinec, který zná rizika spojená s nechráněným rizikovým pohlavním stykem a v souvislosti s tím se snaží chránit sebe i své okolí provozováním bezpečného sexu.

Výstup do praxe

Díky získaným údajům a po prozkoumání literárních zdrojů je výstupem práce webová stránka, která se zabývá problematikou sexuálně přenosných chorob a jejich prevencí. Tento výstup je zvolen protože, je internet nejčastější volbou respondentů pro zjištění informací o problematice sexuálně přenosných chorob. Webová stránka je volně dostupná veřejnosti a obsahuje potřebné informace k základní orientaci v této problematice. Je možné nalézt zde i kontakt, na který je možné se obrátit v případě nejasností. Webovou stránku je možné nalézt na tomto odkazu: <https://pohlavne-prenosne-choroby-a-jejich-prevence.webnode.cz/>

LITERATURA A PRAMENY

Bibliografie

1. FAIT, Tomáš, ZIKÁN Michal a Jaromír MAŠATA. *Moderní farmakoterapie v gynekologii a porodnictví*. vyd. 2. Praha: Maxdorf, 2017, s. 624. Jessenius. ISBN 978-80-7345-482-1.
2. FREI, Jiří a Soňa LOUDOVÁ. *Manuál pro zpracování diplomové práce*. V Plzni: Západočeská univerzita, 2013, s. 54. ISBN 978-80-261-0167-3
3. GÖPFERTOVÁ, Dana, PAZDIORA Petr a Jana DÁŇOVÁ. *Epidemiologie: obecná a speciální epidemiologie infekčních nemocí*. vyd. 2. Praha: Karolinum, 2013, s. 223. ISBN 978-80-246-2223-1.
4. HANUŠ, Tomáš. et al. *Urologie*. Lékařské repetitorium. Praha: Triton, 2011, s. 208. ISBN 78-80-7387-387-5.
5. HENDL, Jan a Jiří REMR. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál, 2017, s. 464. ISBN 978-80-262-1192-1.
6. JIRÁSKOVÁ, Milena. *Dermatovenerologie: učební texty pro bakaláře*. Praha: Karolinum, 2003, s. 124. ISBN 80-246-0636-4.
7. KABÍČEK, Pavel, CSÉMY Ladislav a Jana HAMANOVÁ. *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. Praha: Triton, 2014, s. 343. ISBN 978-80-7387-793-4.
8. KAPOUNOVÁ, Jana a Pavel KAPOUN. *Bakalářská a diplomová práce: od zadání po obhajobu*. Praha: Grada, 2017, s. 134. ISBN 978-80-271-0079-8.
9. *Klinicky významné bakterie*. Praha: Triton, 2012, s. 128. ISBN 978-80-7387-588-6.
10. LEHMILLER JUSTIN J. a Harvard UNIVERSITY. *The psychology of human sexuality*. Chichester, West Sussex: Wiley Blackwell, 2014, s. 400. ISBN 9781118351338.
11. MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví*. vyd. 2. Praha: Grada, 2015, s. 312. ISBN 978-80-247-5351-5.
12. MAŠATA, Jaromír. *Infekce v gynekologii*. Farmakoterapie pro praxi, vyd. 3. Praha: Maxdorf, 2017, s. 262. ISBN 978-80-7345-531-6.

13. NIEDNER ROLAND, Yael Adler. *Kožní choroby: obrazový atlas*. vyd. 2. Praha: Triton, 2010, s. 408. ISBN 9788073872069.
14. PIZINGER, Karel. *Dermatovenerologie*. Plzeň: Euroverlag, 2012, s. 100. ISBN 978-80-7177-985-8.
15. PLEVOVÁ, Ilona, et al. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 2011, s. 288, Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3557-3.
16. POVÝŠIL, Ctibor a Ivo ŠTEINER. *Speciální patologie*. vyd. 2., Praha: Galén, 2016, s. 430. ISBN 9788072624942
17. RESL, Vladimír. *Dermatovenerologie: přehled nejdůležitějších znalostí a zkušeností pro bakalářské a magisterské studium nelékařských oborů*. Plzeň: Západočeská univerzita, 2014, s. 350. ISBN: 978-80-261-0387-5.
18. ROZSYPAL, Hanuš. *Základy infekčního lékařství*. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum, 2015, s. 566. ISBN 978-80-246-2932-2.
19. ROZTOČIL, Aleš a BARTOŠ Pavel. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011, s. 528. ISBN 978-80-247-2832-2.
20. STAŇKOVÁ, Marie, MAREŠOVÁ Vilma a Jiří VANIŠTA. *Repetitorium infekčních nemocí*. Praha: Triton, 2008, s. 207. ISBN 978-80-7387-056-0.
21. ŠRÁMKOVÁ, Taťána. *Sexuologie pro zdravotníky*. Praha: Galén, 2015, s. 237. ISBN 978-80-7492-162-9.
22. ŠTORK, Jiří. *Dermatovenerologie*. vyd. 2. Praha: Galén, 2013, s. 502. ISBN 9788072628988.
23. ŠULOVÁ, Lenka, FAIT Tomáš a Petr WEISS. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf, 2011, s. 440. ISBN 978-80-7345-238-4.
24. WEISS, Petr, Zvěřina, Jaroslav. *Sexuální chování v ČR - situace a trendy*. Praha: Portál, 2001, s. 159. ISBN 80-7178558-x.
25. ZÁHUMENSKÝ, Jozef, JILICH David a Daniela VAŇOUSOVÁ. *Základy moderní venerologie: učebnice pro mezioborové postgraduální vzdělávání*. Praha: Maxdorf, 2015, s. 176. ISBN 978-80-7345-429-6.

Články:

26. ADDIS, Michael a MAHALIK James. Men, Masculinity, and the Contexts of Help Seeking. *American Psychologist Association* [online]. 2003, (1), 9 [cit. 2018-03-25]. ISSN 10.1037/0003-066X.58.1.5. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/10822409_Men_Masculinity_and_the_Contexts_of_Help_Seeking
27. AMIRKHANIAN, Yuri A., Kelly, J.A., et al., HIV prevention nongovernmental organizations in central and eastern Europe: Programs, Resources and Challenges. *Central European Journal of Public Health*. 2004, 12 (1), s. 12 - 18. ISSN 1210-7778.
28. JUSTINOVÁ, Jana, WEISS, Petr, UNZEITIG, Vít, et al. Informovanost českých a rumunských žen o problematice pohlavně přenosných nemocí: Výsledky reprezentativních výzkumů. *Česká gynekologie*. 2009, 74(3), s. 240-245. ISSN 1210-7832.
29. KUBICOVÁ, Martina. *Pohlavně přenosné nemoci u dospívajících*. *Pediatric pro praxi*. 2015, 16 (6), s. 404 - 409. ISSN 1213-0494.
30. PÁRALOVÁ, Lenka. *Pohlavní choroby - II. díl*. *Dermatologie pro praxi*. 2008, 2 (3), s. 140 - 143. ISSN 1802-2960.
31. POLÁČKOVÁ, Zora. Přehled pohlavně přenosných onemocnění. *Urologie pro praxi*. 2016, 17 (3), s. 124- 128. ISSN 1213-1768.
32. ROHÁČOVÁ, Hana. Infekce vyvolané herpetickými viry herpes simplex a varicella zoster a jejich léčba. *Interní medicína pro praxi*. 2015, 17 (1), s. 28 - 30. ISSN 1212-7299.
33. ZÁKOUCKÁ, Hana. *Exotické pohlavní choroby u nás?*. Zprávy z centra epidemiologie a mikrobiologie, SZÚ, Praha. 2011, 20 (7), ISSN 1803-6422.

Akademické práce:

34. CULKOVÁ, Jana. *Problematika alkoholismu u vysokoškoláků* [online]. Olomouc, 2014, Diplomová práce. UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI. Vedoucí práce Milada Bezděková. [cit. 2018-03-25]. Dostupné z: https://theses.cz/id/g3pv5g/Diplomov_prce_Jana_Culkov.pdf.
35. FRYNTOVÁ, Kristýna. *Promiskuita jako součást života*. Pardubice, 2015. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Vedoucí práce Říhová Linda.
36. JIRÁNKOVÁ, Adéla. *Rizikové chování adolescentů*. Hradec Králové, 2015. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové. Vedoucí práce Stanislava Hoferková.
37. KOLÁŘOVÁ, Renata. *Znalosti studentů středních škol o sexuálně přenosných chorobách*. Olomouc, 2014. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce Věra Vránová.
38. KUDLÁČKOVÁ, Simona. *Školní sestra a její zařazení do zdravotnického systému ČR* [online]. České Budějovice, 2010, Diplomová. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce Andrea Festová. [cit. 2018-03-25]. Dostupné z: https://theses.cz/id/pcq5hp/Diplomov_prce_-_koln_sestra.pdf.
39. LISOVSKÁ, Petra. *Reprodukční zdraví – problematika koitarché v současnosti*. Zlín, 2014. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati. Vedoucí práce Dagmar Moravčíková.
40. MACHÁČKOVÁ, Elena. *Současný trend ve výskytu sexuálně přenosných nemocí a specifika ošetrovatelské péče u venerologických pacientů*. Olomouc, 2012. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce Hana Pokorná.
41. SCHANZEROVÁ, Klára. *Míra informovanosti adolescentů o sexuálně přenosných chorobách*. Brno, 2014. Bakalářská práce. Masarykova Univerzita. Vedoucí práce Hana Pinkavová.
42. SCHLEGELOVÁ, Michaela. *Nemoci a jejich prevence*. Plzeň, 2014. Bakalářská práce. Západočeská Univerzita. Vedoucí práce Václav Beránek.
43. SKLÁŘOVÁ, Monika. *Postoje studentů a studentek Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci k tematice "promiskuita"*. Olomouc, 2015. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce Martina Cichá.

44. ŠETELOVÁ, Nikola. *Ošetrovatelská péče o klienta HIV pozitivního* [online]. České Budějovice, 2014, Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce Dita Nováková. [cit. 2018-03-25]. Dostupné z: https://theses.cz/id/4goyd9/Oetovatelsk_pe_o_klienta_HIV_pozitivnho_Nikola_etelov.pdf.

Internetové zdroje:

45. ČERMÁK, Pavel. Čeští gayové - nový rekord v šíření HIV. *Homosexualita, pedofilie, AIDS a gay/lesbická problematika* [online]. 2014 [cit. 2018-02-19]. Dostupné z: <http://homosexualita.eu/articles/cesti-gayove-novy-rekord-v-sireni-hiv/>
46. FRASER, Marianne a LENTNEK Arnold. What Do You Know about Sexually Transmitted Diseases?. *University of Rochester: Medical Center* [online]. New York [cit. 2018-03-06]. Dostupné z: <https://www.urmc.rochester.edu/encyclopedia/content.aspx?ContentTypeID=40&ContentID=StdQuiz>
47. Klasifikace a náplň oboru. *Česká dermatovenerologická společnost* [online]. Praha, 1999 [cit. 2018-02-14]. Dostupné z: <https://www.derm.cz/napln/koncepce-oboru-dermatovenerologie/klasifikace-a-napln-oboru/>
48. MIOVSKÝ, Michal. *Příručka k provádění výběru metodou sněhové koule: Snowball Sampling* [online]. 1. Příbram: PBTisk, 2003 [cit. 2018-03-06]. ISBN 80 – 86734 – 08 – 0.
49. NEVORALOVÁ, Monika. Primární prevence. *Klinika adiktologie* [online]. Praha, 2011, 2014 [cit. 2018-02-19]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/70/4538/Prevence-rizikoveho-chovani>
50. Sbírka zákonů ČR: Vyhláška č. 39/2012 Sb. *Zákony pro lidi.cz* [online]. 2012 [cit. 2018-02-14]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-39>
51. Trichomoniáza. *Medixa.org* [online]. Chomutov: Medixa, 2018 [cit. 2018-01-04]. Dostupné z: <http://cs.medixa.org/nemoci/trichomonიაza>
52. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2016* [online]. Praha: Úřad vlády České republiky, 2017 [cit. 2018-02-14]. ISBN 978-80-7440-200-5. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/32732/786/VZ_2016_drogova_situace_v_CR.pdf
53. *Zdravotnická ročenka České republiky 2016: Zdravotnická statistika ČR* [online]. Praha, Translation, ÚZIS ČR, 2017, s. 211, [cit. 2018-03-25]. ISSN 1210-9991. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2016>

SEZNAM ZKRATEK

AIDS - Syndrom získané imunodeficiencie

atd. - a tak dál

et al. - a kolektiv

HIV - Virus lidské imunodeficiencie

HSV1 - Herpes simplex virus 1

HSV2 - Herpes simplex virus 2

např. - na příklad

PCR - polymerázová řetězová reakce

STD - sexuálně přenosné nemoci

STI - sexuálně přenosné infekce

tzv. - tak zvaně

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 - **Tabulka informačních zdrojů**

Tabulka č. 2 - **Kategorizace úrovně znalostí**

Tabulka č. 3 - **Věková kategorie a úroveň znalostí**

Tabulka č. 4 - **Ochrana před sexuálně přenosnými chorobami v souvislosti s pohlavím**

Tabulka č. 5 - **Ochrana před sexuálně přenosnými chorobami v souvislosti s pohlavím
u prvního sexuálního styku**

Tabulka č. 6 - **Výskyt rizikového chování v souvislosti s věkem**

Tabulka č. 7 - **Vzdělání a výskyt rizikového chování**

Tabulka č. 8 - **Porovnání úrovně znalostí krajů**

Tabulka č. 9 - **Úroveň znalostí a výskyt rizikového chování**

Tabulka č. 10 - **Tabulka vyhodnocení znalostí**

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 - **Genderové rozložení respondentů**

Graf č. 2 - **Věkové rozdělení respondentů**

Graf č. 3 - **Místo bydliště**

Graf č. 4 - **Vzdělání respondentů**

Graf č. 5 - **Věková skupina nejčastěji ohrožená sexuálně přenosnými chorobami dle odpovědí respondentů**

Graf č. 6 - **Rizikové chování pro nákazu sexuálně přenosnou chorobou**

Graf č. 7 - **Snížení rizika nákazy sexuálně přenosnou chorobou**

Graf č. 8 - **Přenos sexuálně přenosných onemocnění**

Graf č. 9 - **Projevy nákazy sexuálně přenosnou chorobou**

Graf č. 10 - **Následek neléčené kapavky**

Graf č. 11 - **Neléčitelná sexuálně přenosná choroba**

Graf č. 12 - **Projev genitálního oparu**

Graf č. 13 - **Informovanost o trichomoniáze**

Graf č. 14 - **Hlavní příznak kapavky**

Graf č. 15 - **Neléčená syfilis postihující životně důležitý orgán**

Graf č. 16 - **Pohlavní styk s neznámou osobou**

Graf č. 17 - **Ochrana před pohlavními nemocemi při pohlavním styku**

Graf č. 18 - **Vztah sexuálními partnery**

Graf č. 19 - **Pohlavní styk bez bariérové ochrany**

Graf č. 20 - **Nákaza sexuálně přenosnou chorobou**

Graf č. 21 - **Nemoci uvedené respondenty**

Graf č. 22 - **Ochrana před sexuálně přenosnou chorobou při prvním pohlavním styku**

Graf č. 23 - **Informační zdroje**

Graf č. 24 - **Úroveň znalostí o sexuálně přenosných chorobách**

Graf č. 25 - **Volba ochrany před sexuálně přenosnými chorobami ve vztahu k pohlaví**

Graf č. 26 - Volba ochrany před sexuálně přenosnými chorobami při prvním pohlavním styku ve vztahu k pohlaví

Graf č. 27 - Zobrazení projevů rizikového chování dle věkových kategorií

Graf č. 28 - Zobrazení projevů rizikového chování žen dle vzdělání

Graf č. 29 - Úroveň znalostí o sexuálně přenosných chorobách dle krajů

Graf č. 30 - Úroveň znalostí dle rizikového chování

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Dotazník

Příloha č. 2: Screenshot webová stránka - Pohlavně přenosné choroby a jejich prevence

PŘÍLOHY

Příloha č. 1



Dobrý den,

jsem studentkou Západočeské univerzity, fakulty zdravotnických studií, navazujícího magisterského studia ošetrovatelství v chirurgických oborech. V rámci diplomové práce se zaměřuji na znalost veřejnosti o sexuálně přenosných chorobách a jejich prevenci. Chtěla bych Vás tímto poprosit o vyplnění krátkého dotazníku. Dotazník je zcela anonymní a bude sloužit pouze pro zpracování diplomové práce. V případě dotazu se nebojte obrátit na enovakova93@seznam.cz.

V dotazníku vyberte vždy pouze jednu odpověď.

Předem Vám děkuji za vyplnění.

1) Jste:

- muž
- žena

2) Věk

- 15 - 19 let
- 20 - 29 let
- 30 - 39 let
- 40 - 49 let
- 50 - 59 let
- 60 a více let

3) Místo bydliště

- Středočeský kraj
- Jihočeský kraj
- Plzeňský kraj
- Karlovarský kraj
- Ústecký kraj
- Liberecký kraj
- Královéhradecký kraj
- Pardubický kraj
- Kraj Vysočina
- Jihomoravský kraj
- Olomoucký kraj
- Zlínský kraj
- Moravskoslezský kraj

4) Vzdělání

- základní
- učňovské/ nedokončené středoškolské
- středoškolské
- vysokoškolské

5) Nejčastěji je sexuálně přenosnými chorobami ohrožena věková skupina:

- 15 - 29 let
- 30 - 39 let
- 40 - 49 let
- 50 - 59 let
- nad 60 let
- všechny věkové skupiny

6) Do rizikového chování pro nákazu sexuálně přenosnou chorobou patří:

- pohlavní styk s použitím prezervativu
- časté střídání sexuálních partnerů
- pohlavní styk se stálým partnerem

7) K podstatnému snížení rizika nákazy sexuálně přenosnou chorobou patří:

- užívání hormonální antikoncepce
- přerušovaná soulož
- použití prezervativu

8) Sexuálně přenosné choroby se nepřenášejí:

- kontaktem s krví
- sdílením jehel
- z matky na dítě
- nechráněným pohlavním stykem
- vzduchem

9) Pokud osoba neprojevuje známky nákazy sexuálně přenosnou chorobou:

- nelze se od ní nakazit
- není nakažená
- žádné tvrzení není správně

10) V případě neléčené kapavky je možný následek:

- smrt
- poruchy plodnosti
- změny na pohybovém aparátu
- ztráta zraku

11) Která z následujících sexuálně přenosných chorob je neléčitelná:

- Syfilis
- Chlamydie
- AIDS
- Kapavka

12) Genitální opar se primárně projevuje:

- bolestivým puchýřem v genitální oblasti
- hnisavým výtokem
- zánětem spojivky
- bolestí při styku

13) Trichomoniáza patří mezi sexuálně přenosné choroby:

- Ano
- Ne

14) Hlavním příznakem kapavky je:

- vřed v oblasti genitálu
- výtok z pochvy či penisu, pálení při močení
- trvalé snížení imunity
- zánět dásní

15) Neléčená syfilis postihuje životně důležitý orgán, který:

- srdce
- mozek
- plíce

16) Měl/a jste někdy pohlavní styk s zcela neznámou osobou:

- ano, jen jednou
- ano, víckrát
- ne
- pohlavní styk jsem ještě neměl/a

17) Jakou ochranu před sexuálně přenosnými nemocemi při pohlavním styku volíte:

- žádnou
- hormonální antikoncepci (v případě, že jste muž, chráníte se tak společně s partnerkou)
- přerušovanou soulož
- kondom
- jinou, prosím uveďte jakou:.....

18) Váš vztah se sexuálními partnery:

- mám stálého partnera
- partnery střídám vícekrát za měsíc
- mám několik sexuálních partnerů současně
- momentálně nemám žádného sexuálního partnera

19) Měl/a jste někdy pohlavní styk bez bariérové ochrany

- ano, jednou
- ano vícekrát
- ne
- ochranu vůbec nepoužívám

20) Prodělal/a jste někdy sexuálně přenosnou chorobu

- ne
- ano, jakou

21) Jakou ochranu před sexuálně přenosnou chorobou jste použil/a při prvním pohlavním styku:

- žádnou
- hormonální antikoncepci
- přerušovanou soulož
- kondom
- jinou, prosím uveďte jakou

22) Z jednotlivých zdrojů označte ty, které pro Vás obsahují nejvíce informací o této problematice: (je možné zvolit více odpovědí)

- rodina
- škola
- přátelé
- lékař
- všeobecná sestra
- TV, rádio
- časopisy, noviny
- knihy
- internet

Příloha č. 2: Screenshot webová stránka - Pohlavně přenosné choroby a jejich prevence

