

**UNIVERZITA KARLOVA
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ**

**VLIV INFORMOVANOSTI O POHLAVNĚ PŘENOSNÝCH
ONEMOCNĚNÍCH NA SEXUÁLNÍ CHOVÁNÍ
STŘEDOŠKOLSKÉ MLÁDEŽE**

Bakalářská práce

Autor práce: **Jana Žalská**

Vedoucí práce: **Mgr. Eva Vachková, Ph.D.**

2018

CHARLES UNIVERSITY
FAKULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRALOVE
INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING

**THE INFLUENCE OF AWARENESS ABOUT SEXUALLY
TRANSMITTED DISEASES, SEXUAL BEHAVIOR OF HIGH
SCHOOL STUDENTS**

Bachelor's Thesis

Author: **Jana Žalská**

Supervisor: **Mgr. Eva Vachková, Ph.D.**

2018

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové dne

.....

Jana Žalská

Poděkování

Ráda bych poděkovala své vedoucí bakalářské práce Mgr. Evě Vachkové, Ph.D., za odbornou pomoc, trpělivost a cenné rady. Poděkování patří také pedagogům a studentům středních škol v Trutnově za umožnění průzkumu a spolupráci při sběru dat. Díky patří také mé rodině za trpělivost a podporu během mého studia.

OBSAH

ÚVOD.....	7
TEORETICKÁ ČÁST	8
1 POHLAVNĚ PŘENOSNÁ ONEMOCNĚNÍ	8
1.1 Historie	8
1.2 Rozdělení pohlavně přenosných nemocí	9
1.3 Klasické pohlavní nemoci	9
1.3.1 Syfilis	9
1.3.2 Gonorrhoea – kapavka	11
1.3.3 Ulcus molle – měkký vřed	12
1.3.4 Lymfogranuloma venereum.....	13
1.3.5 Granuloma inguinale.....	13
1.4 Sexuálně přenosné nemoci (STD)	14
1.4.1 Infekce virové	14
1.4.1.1 AIDS – Acquired Immune Deficiency Syndrome (syndrom získaného imunodeficitu).....	14
1.4.1.2 Herpes genitalis.....	16
1.4.1.3 Cytomegaloviróza	17
1.4.1.4 Virové hepatitidy	17
1.4.1.5 HPV – Human papillomavirus.....	18
1.4.2 Infekce bakteriální	19
1.4.2.1 Chlamydiové infekce	19
1.4.2.2 Urogenitální infekce	19
1.4.3 Prvokové infekce	20
1.4.4 Mykotické infekce	20
1.4.5 Ektoparazitální infekce	21
2 ADOLESCENCE – DOSPÍVÁNÍ.....	22
2.1 Tělesná proměna a její význam	22

2.1.1	Biologické změny u dívek	23
2.1.2	Biologické změny u chlapců	23
2.2	Genderová identita.....	24
2.3	Zahájení sexuálního života	26
3	ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST MLÁDEŽE.....	28
3.1	Definice pojmu zdravotní gramotnost	28
3.2	Zdravotní gramotnost u dospívajících	29
3.3	Výchova ke zdraví	30
3.4	Sexuální výchova.....	31
	EMPIRICKÁ ČÁST	33
4	VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	33
4.1	Metodika výzkumu	33
4.2	Charakteristika výzkumného souboru	34
4.3	Průběh empirického výzkumu	34
4.4	Výsledky empirického výzkumu	35
5	DISKUZE.....	61
	ZÁVĚR	65
	ABSTRAKT	66
	ABSTRACT.....	67
	POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY	68
	SEZNAM ZKRATEK	71
	SEZNAM OBRÁZKŮ.....	72
	SEZNAM TABULEK	73
	SEZNAM GRAFŮ	75
	SEZNAM PŘÍLOH.....	76

ÚVOD

„Vliv informovanosti o pohlavně přenosných onemocněních na sexuální chování středoškolské mládeže“ jsem si zvolila z toho důvodu, že bych ráda zjistila, zda dnešní středoškolská mládež je dostatečně informována o pohlavně přenosných onemocněních a hlavně zda tyto informace ovlivňují jejich sexuální chování. O tomto tématu se ve společnosti mnoho nemluví a domnívám se, že je stále tak trochu tabuizováno. Pohlavní nemoci nás provázejí od dávných dob. Bohužel i v dnešní době, kdy by měla být dostatečná osvěta, mají některé z nich vzestupnou tendenci. Období dospívání je obdobím začátku pohlavního života. Je velmi důležité, aby mládež měla dostatek srozumitelných informací o rizikovém chování, uměla a chtěla je aplikovat do praxe. Mládež by si měla být vědoma, že rizikové chování v oblasti sexu může ohrozit celý její další život. Práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část.

Teoretická část je rozdělena do tří kapitol. První kapitola seznamuje s pohlavně přenosnými nemocemi. Jsou zde popsány klasické pohlavní choroby, ale také mnoho dalších, které se mohou přenášet pohlavním stykem. Bohužel tyto nemoci jsou často podceňovány, neboť se o nich příliš často nehovoří. Mnohdy laická společnost netuší, že se přenášejí i touto cestou. Druhá kapitola je věnována období dospívání, tělesným a psychickým změnám, které musí každý adolescent prodělat a vyrovnat se s nimi. Je zde nastíněna genderová problematika, jaké chování a postoje společnost očekává od chlapců a děvčat. Třetí kapitola seznamuje s výchovou mládeže ke zdraví. V tomto období je třeba, aby měla mládež dostatek správných informací a mohla předcházet rizikovému chování. O výchovu by se měla podělit rodina, škola a společnost, jejich působení by mělo být v rovnováze. Mnohdy narazíme na nefungující komunikaci v rodině, kde se na téma sexu vůbec nehovoří. Bohužel ani škola nemusí dospívajícímu předat dostatek informací, chybí kvalifikovaní pedagogové, kteří by se chtěli této problematice věnovat. Mládež se pak dostává do situace, kdy si jako zdroj informací volí internet nebo své kamarády, kde je velké riziko nepravdivých a zkreslených údajů. Nevědomky tak mohou ublížit sobě i svým blízkým. Proto je důležité věnovat sexuální výchově v tomto období patřičnou pozornost.

Hlavním cílem předloženého empirického výzkumu je ověřit znalosti o pohlavních chorobách a ochraně před rozšiřováním pohlavních chorob a zmapovat přístup mládeže k bezpečnému sexu. Výzkum probíhal pomocí vytvořeného dotazníku, který byl předložen studentům 3. ročníku středních škol v Trutnově.

TEORETICKÁ ČÁST

1 POHLAVNĚ PŘENOSNÁ ONEMOCNĚNÍ

1.1 Historie

První zmínky o pohlavně přenosných onemocněních sahají hluboko do minulosti, dle některých pramenů pocházejí z období před pěti tisíci lety. Nejstarší záznam, který popisuje onemocnění syfilis, byl nalezen v čínských sbírkách z doby 2637 před naším letopočtem. Nemoci byly diagnostikovány pouze na základě příznaků, proto byly syfilis a kapavka považovány za jednu nemoc pouze s rozdílnými symptomy. Syfilis se rychle rozšiřuje koncem 15. století, kdy roku 1472 začala epidemie v Evropě, která velmi rychle přerostla v pandemii. Představovala onemocnění s velkou úmrtností. Název této nemoci je odvozen od řeckého slova syphlos – zmrzačený, znetvořený. „Průvodce syfilis, bakterii *Treponema pallidum*, objevil v roce 1905 F. Schaudin. Testy k průkazu treponemat popsal v následujícím roce 1906 August von Wassermann, jednalo se o tzv. Wassermannův test“ (Záhumenský, 2015, s. 11). Historie léčby syfilidy je velmi pestrá, zpočátku se léčila pomocí mastí, zábalů a různých koupelí. Číňané léčili pomocí rtuť, v roce 1908 se začalo léčit salvarsanem s obsahem arsenu. Od 40. let až do současné doby se léčí pomocí antibiotik (penicilinu). První zmínky o onemocnění kapavkou (gonorrhoea) jsou nejasné. Zpočátku byly její příznaky považovány za příznak syfilidy. Jako samostatné onemocnění byla definována v roce 1838 francouzským lékařem Philipem Ricaordem. Původce této choroby objevil v roce 1879 Albert Neisser, po kterém byla pojmenována – *neisseria gonorrhoeae*. Léčba se prováděla zpočátku rtutí, později stříbrem. Postupně docházelo k objevům dalších nemocí. V roce 1889 objevil Durcey v Římě původce měkkého vředu, ve stejném roce byl též nalezen původce další pohlavní nemoci, a to granuloma inguinale. V průběhu dalších let byly objevovány nové nemoci přenosné pohlavním stykem. V roce 1983 byl objeven virus lidské imunodeficiencie (Záhumenský, 2015, s. 20–25).

1.2 Rozdělení pohlavně přenosných nemocí

Mnoho let se venerologie zabývala pěti základními pohlavními nemocemi, postupně se však prokázalo, že pohlavním stykem se jich přenáší větší množství. Z této skutečnosti vyplývá i současné členění těchto nemocí.

Klasické pohlavní nemoci – jsou definovány zákonem, spadají pod povinné hlášení a patří mezi ně:

1. Syphilis(lues) – příjice.
2. Gonorrhoea – kapavka.
3. Ulcus molle – měkký vřed.
4. Lymfogranuloma venereum.
5. Granuloma inguinale.

Sexuálně přenosné nemoci (STD) – přenos se děje převážně pohlavním stykem, rozdělují se podle původce vyvolávajícího onemocnění:

- virové – AIDS, virové hepatitidy, cytomegalovirus, herpetický virus, HPV virus,
- bakteriální – urogenitální chlamydiové infekce (chlamydia trachomatis),
- urogenitální infekce (ureoplasmata, mykoplasmata),
- prvokové infekce – Trichomonas vaginalis, Cryptosporium, Giardia lamblia,
- mykotické infekce – urogenitální kandidózy,
- ektoparazitární infekce – Sarcoptes scabieie, pediculus pubis (Resl, Voltr, Pizinger, 1997, s. 17–18).

1.3 Klasické pohlavní nemoci

1.3.1 Syfilis

Je celosvětově vyskytující se infekční onemocnění. Postihuje více orgánů kůže, kardiovaskulární, muskuloskeletální a centrální nervový systém. Výskyt nemoci se snížil po zavedení penicilinu do léčby. Nejčastěji se vyskytuje u osob mezi 15–30 lety. Rizikovými faktory jsou prostituce, promiskuita, nechráněný styk, drogová závislost. Onemocnění způsobuje bakterie spirocheta Treponema pallidum. Proniká narušeným

místem sliznice a vytváří primární projev a dále se dostává do spádových mízních uzlin, kde se pomnoží a dochází k hematogennímu rozsevu a dalším klinickým projevům. Přenáší se většinou pohlavním stykem. Spirocheta je velmi náchylná ke změnám teploty, pH, vyschnutí. Dalším typem přenosu je transplacentární a krevní transfúzí. Při tomto typu přenosu chybí primární stádium. V dnešní době je ale forma tohoto přenosu takřka vyloučená. Klinicky onemocnění probíhá ve třech stádiích.

První stádium se nazývá syphilis primaria. Jeho inkubační doba je zpravidla 3 týdny. Typickým projevem je vznik nebolestivého vředu, ke kterému se později přidá jednostranné zvětšení spádových uzlin. Až u 30 % nakažených zůstává vřed nepovšimnut. „*Typický ulcus durum (tvrdý vřed) je jakoby vyseknutý okrouhlý vřed do 2 cm v průměru s přisedlými (tj. nepodminovanými – na rozdíl od ulcus molle) indurovanými okraji a tuhou červenou spodinou s typickou serózní exudací při kompresi*“ (Štork, 2013, s. 431). Může také probíhat pod různými atypickými obrazy.

Druhé stádium nazývané syphilis secundaria – začíná obvykle 9. týden po infekci. Dochází k hematogennímu rozsevu infekce. Z počátku mohou být přítomny chřipkové příznaky (únava, zvýšená teplota, bolesti hlavy, bolesti svalů a kloubů, nebolestivé zvětšení uzlin). Typické je celkové postižení kůže a sliznic pod obrazem exantému, který je nesvědlivý, symetrický. Diagnostika je obtížná, protože je nutno vyloučit jiná kožní onemocnění. Vyskytují se systémové příznaky jako nechutenství, únavnost meningeální příznaky (bolesti hlavy, ztuhlost šíje) a glomerulonefritidy. Po 2 letech od primární infekce nastává latentní období (syphilis latens), nemocný již není infekční, ale má pozitivní testy. K přenosu onemocnění může dojít pouze transplacentární cestou. Jen u jedné třetiny nemocných se objeví příznaky třetího stádia (terciální syphilis).

Syphilis terciaria se objevuje po 3 až 7 letech od sekundárního stádia jako granulomatózní zánět. Ve tkáních se vytvářejí granulomy – gumata (uzlovité pružné útvary). Na kůži vznikají ložiska a plochy tvořené shlukem papul nodulů (syphilis gummosa). Tyto podkožní noduly uprostřed měknou a ulcerují, vytéká z nich hmota podobná arabské gumě. Ke zhojení dojde během několika měsíců (Pizinger, 2012, s. 86). Kardiovaskulární syphilis postihuje většinou aortu vznikem aneuryzmat. Parenchymatózní syphilis se objevuje 15–20 let od sekundární syphilis, má dvě formy: paralysis progresiva a tabes dorsalis. Paralysis progresiva se projevuje psychiatrickými příznaky, dochází ke změně osobnosti, vzniká demence a psychotické projevy. Dále se projevuje neurologickými příznaky, kdy dochází k postupné paralýze, která končí smrtí nemocného.

Tabes dorsalis vzniká poškozením zadních provazců a kořenů míšních. Nemocný trpí bolestmi a parestézií, později dochází k projevům typické chůze a ztrátě stability.

Syphilis congenita (vrozená syphilis) vzniká transplacentárním přenosem. V současnosti je velmi vzácná, protože všechny těhotné ženy jsou v průběhu těhotenství testovány. Postižení plodu závisí na tom, ve kterém stádiu syfilitidy se matka nachází.

Diagnostika syphilis se u primárního stádia provádí odběrem z ložiska vředu a následně mikroskopickým průkazem treponemat. Sekundární stádium se prokazuje pomocí sérologických testů, které se dělí na specifické a nespecifické. Specifické testy stanovují protilátky proti antigenům *Treponema pallidum*, jsou pozitivní okolo 3.–4. týdne infekce. Nespecifické – netreponemové testy jsou především VDRL (Venereal Disease Research Laboratory test) a RRR (rychlá reaginová reakce). Testy dále dělíme na screeningové, ty se uplatňují jako první konfirmační a potvrzují zjištěnou pozitivitu a monitorační, ty sledují účinnost léčby. U testů se může vyskytnout falešná pozitivita, kterou mohou vyvolat autoimunní onemocnění, HIV infekce, infekční mononukleóza, malárie a jiné spirochetové infekce. Při pokročilých stádiích se k diagnostice používá i vyšetření mozkomíšního moku.

U syfility je lékem první volby podávání perorálního penicilinu. Důležité je správné dávkování a délka užívání. Všichni nemocní se musí dispenzarizovat a provádějí se u nich konfirmační testy. Z evidence se vyřazují po 2 letech při negativních testech. Součástí léčebných opatření je depistáž, která se zaměřuje na zjištění kontaktů v době před onemocněním (u primární syphilidy po dobu 3 měsíců, sekundární 8–12 měsíců, u latentních forem – 24 měsíců). Náhodně zjištěné pozdní latentní a terciální stadia mají zdroj nezjistitelný, depistáž se zaměřuje na ohrožené osoby v okolí infikovaného člověka (Štokr, 2013, s. 431–438).

1.3.2 Gonorrhoea – kapavka

Jde o nejčastěji se vyskytující pohlavně přenosnou nemoc. Největší výskyt je u lidí mezi 15–30 lety. Jedná se o bakteriální infekci, která postihuje epitel urogenitálního ústrojí, vzácně může způsobit i zánět oční spojivky, někdy může dojít až k hematogenní diseminaci. Původcem onemocnění je gramnegativní diplokok *Neisseria gonorrhoeae*. Přenáší se přímým kontaktem s poškozenou sliznicí.

Nákaza kapavkou u muže se projeví za 3–5 dní pálením, řezáním při močení a hnisavým žlutým výtokem z močové trubice. V některých případech se objeví pouze

menším výtokem z trubice po ránu tzv. ranní kapka. Při neléčení akutní stádium odezní do 2–3 týdnů a přechází do chronického stádia, kdy může vyvolat komplikace. Bakterie gonokoky se šíří ascendentní cestou a postihují zejména pohlavní cesty. Jednou z komplikací je akutní zánět prostaty s teplotami a bolestmi břicha, další komplikací může být zánět nadvarlete, který může vést k neprůchodnosti kanálku a následně vzniku neplodnosti.

Kapavka u ženy se méně často projevuje pálením a řezáním při močení, ale jedná se spíše o zánět děložního hrdla. Cervix je zarudlý s hnisavým výtokem. Pokud infekce postupuje ascendentní cestou, vyvolává zánět děložní sliznice, vejcovodů a vaječnicků. Tato komplikace může vést až k infertilitě i sterilitě. Další komplikací je vniknutí infekce do bartholinských žláz, kde způsobí zánět, žláza bolestivě zduří.

Extragenitální/rektální kapavka postihuje sliznici konečníku, kde se nachází hnisavý povlak. Při defekaci dochází k výtoku a bolestem. Faryngeální kapavka bývá většinou asymptomatická. A novorozenecká gonoroická konjunktivitida, u které hrozilo oslepnutí novorozence, se po zavedení profylaktické kredeizace (vykapávání spojivkového vaku Ophthalmo-septonexem) dnes téměř nevyskytuje.

Diseminovaná infekce, která se rozšiřuje krevní cestou, se projevuje bolestmi kloubů, svalů. Nemocný má kožní projevy, na akrech vznikají drobné pustuly s krustami. Diseminovaná infekce je velmi vzácná.

Diagnostika se provádí mikroskopickým a kultivačním vyšetřením z výtěru z močové trubice a z endocervixu. Při kultivačním vyšetření se musí materiál ihned vložit do kultivační půdy, gonokok je velmi citlivý na změnu zevního prostředí.

Onemocnění se dříve se léčilo antibiotiky penicilinové řady, bohužel se tak gonokok stává rezistentním. V současné době se upřednostňují cefalosporiny, azitromycin a doxycyklin. Po ukončení léčby se provádí kontrolní testy, které se opakují ještě 2krát vždy po týdnu. Jakmile se stanoví diagnóza, provádí se depistáž, kdy se zjišťuje zdroj infekce a možné ohrožené osoby infekcí (Pizinger, 2012, s. 87–89).

1.3.3 Ulcus molle – měkký vřed

Patří mezi pohlavně přenosné vředové choroby. U nás se nevyskytuje, nejčastěji se nachází v tropech a subtropích. Původcem je *Haemophilus ducreyi* gramnegativní tyčka. Inkubační doba je 3–7 dnů. Po této době vzniká měkká papula s erytémem, která se rychle mění v bolestivý vřed s erytémem, navalitymi okraji a žlutou spodinou. Za 1–2 týdny od

infekce vznikne bolestivý zánět lymfadenitida s erytémem, který většinou pokračuje tvorbou píštělí s hemoragickým výpotkem.

Diagnóza se provádí mikroskopicky a kultivačně. Terapie spočívá v podávání účinných antibiotik – azitomycin erytromycin, ciprofloxacin. Prognóza při včasné léčbě je dobrá, pokud se ale neléčí, vznikají deformity genitálu (Štork, 2013, s. 443).

1.3.4 Lymfogranuloma venereum

„Jde o pohlavně přenosnou chlamydiovou infekci projevující se vředem s výraznou lymfadenopatií, která je endemická v tropech a subtropích (Asie, Afrika, Jižní Amerika)“ (Štork, 2013, s. 443).

Původcem je *Chlamydia trachomatis*, která proniká poškozenou sliznicí. Inkubační doba je zpravidla 14 dnů. V prvním stádiu vzniká drobný vřídek, ve druhém stádiu dochází ke zduření spádových mízních uzlin, vytvářejí se píštěle, ze kterých vytéká hnis. Píštěle se hojí vtaženou jizvou. U žen mohou být zduřeny i perirektální, abdominální, paraaortální uzliny. Ve třetím stádiu dochází k poruše lymfatického systému, anogenitálnímu lymfedému.

Diagnóza se provádí sérologicky stanovením protilátek. Terapie spočívá v podávání antibiotik – doxycyklin, erytromycin (Štork, 2013, s. 443).

1.3.5 Granuloma inguinale

Je to onemocnění postihující genitál. Původcem je *Calymmatobacterium granulomatis*. Vyskytuje se v tropech a subtropích. Projevuje se vznikem papuly, která se dále mění ve vřed, ten se nehojí a dále se rozšiřuje. Postižená tkáň má sklon k rozpadu, následkem toho dochází ke znetvoření genitálu.

Diagnostika se provádí mikroskopicky. Podávají se antibiotika – doxycyklin, erytromycin (Štork, 2013, s. 443).

1.4 Sexuálně přenosné nemoci (STD)

1.4.1 Infekce virové

1.4.1.1 AIDS – Acquired Immune Deficiency Syndrome (syndrom získaného imunodeficitu)

Virové onemocnění způsobené retrovirem HIV (Human Immunodeficiency Virus). Byly izolovány dva typy viru, které způsobují onemocnění HIV 1 a HIV 2. Onemocnění bylo poprvé popsáno v roce 1981 v USA. Inkubační doba je 3–8 týdnů, kdy se objeví chřipkové symptomy, ty vymizí a nastupuje období latence, které je různě dlouhé (10–15 let). V této době dochází v organismu nemocného k rozvoji AIDS. Onemocnění je přenosné krví a sekrety pohlavního ústrojí. K přenosu dochází zpravidla čtyřmi způsoby:

1. pohlavním stykem,
2. sdílením kontaminovaných stříkaček a jehel,
3. podáním krevních transfúzí a injekční podání krevních derivátů,
4. přenosem z matky na plod.

Izolovaný virus je velmi malý 1/10 000 mm. Je tvořen jádrem, které je kryto proteinovým obalem. V obalu je ukryta molekula RNA, která je nositelem genetického kódu viru. Proteiny v obalu jsou důležité k přilnutí viru k T4 lymfocytům a jeho proniknutí do buněk (Montagnier a kol., 1993, s. 8).

Projevy onemocnění rozdělujeme do několika fází:

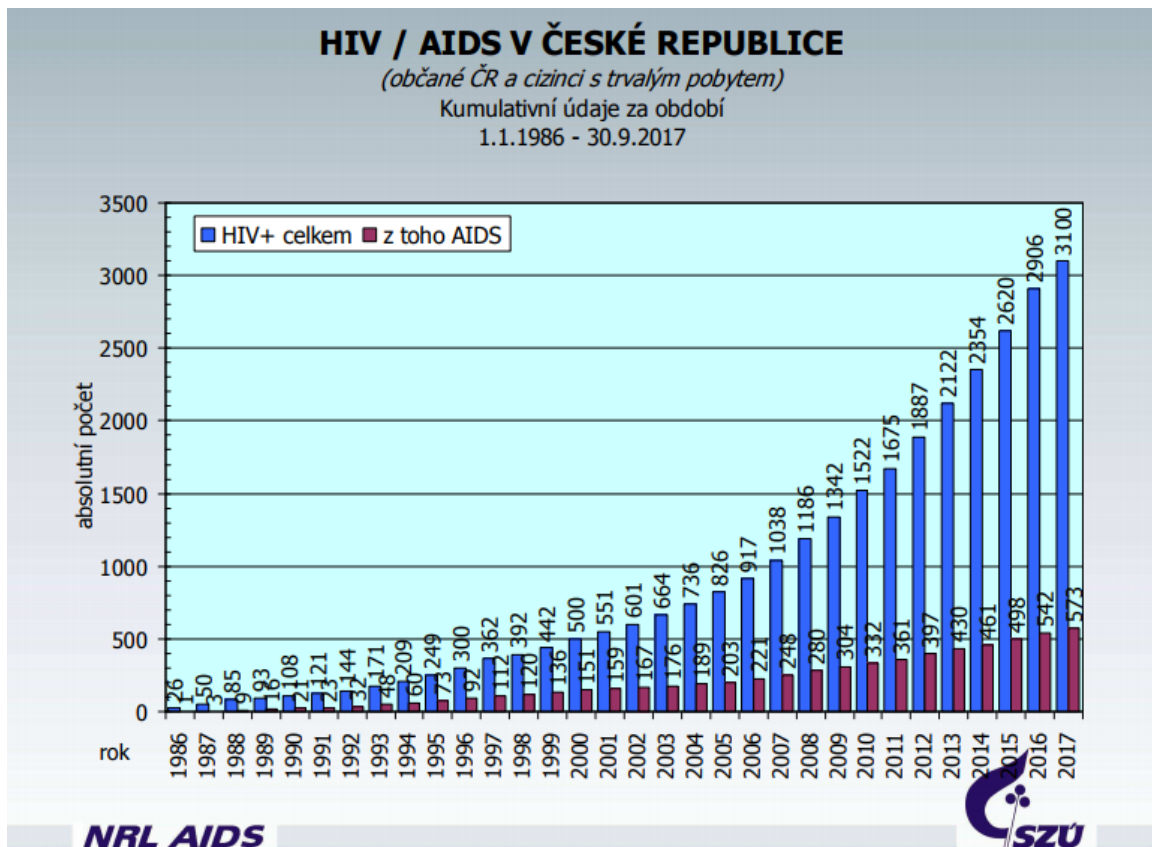
- **Akutní retrovirový syndrom** vzniká zhruba za 3–6 týdnů od nakažení. Projevuje se celkovými příznaky virózy – teploty, bolesti svalů a kloubů, bolesti hlavy, nauzea, průjem, bolesti v krku, může se objevit i generalizovaná lymfadenopatie. Tyto příznaky většinou do 1 měsíce vymizí.
- **Asymptomatické období** – nemocný nepocítuje žádné příznaky nemoci, ale virus se v těle dále množí a napadá další buňky. V tomto období dochází často k nevědomému šíření nemoci. Může trvat různě dlouhou dobu od několika měsíců až po několik let.

- **Časná symptomatická fáze** – projevuje se celkovými příznaky – bolest hlavy, teploty, únava, hubnutí, opakující se průjmy, kvasinkové infekce, časté herpetické infekce. Časové rozmezí bývá 0–5 let.
- **Pozdní symptomatická infekce** – v této fázi je už rozvinuta těžká imunoprese, v jejímž důsledku vznikají rozsáhlé oportunní infekce a neoplazie. Výrazné jsou kožní projevy – ulcerace, Kaposiho sarkom, agresivní typy spinaliomu a bazaliomu. Virové infekce – herpes simplex, herpes zoster, HPV infekce. Rozvíjejí se houbové infekce – kandidózy, aspergilózy. Přítomny jsou také těžké bakteriální infekce – pneumonie. Většina infekcí má těžký průběh a špatně reaguje na léčbu (Štork, 2013, s. 452–454).

Nemoc diagnostikujeme stanovením protilátek anti-HIV metodou ELISA. Protilátky jsou přítomny zhruba 3–6 týdnů po nákaze. Tomuto období říkáme „serologické okénko“. K testu musí dát nemocný souhlas.

Terapie je zaměřena na podávání antiretrovirových léčiv. Působí na infekci HIV na různých úrovních. Dále je léčba zaměřená na přidružené infekce podle původce. Přestože výzkumu onemocnění HIV je věnována velká pozornost, nebyl stále vynalezen lék, který by onemocnění vyléčil, ani vakcína, která by zabránila šíření. I přes osvětu, která v populaci probíhá ohledně prevence onemocnění, počty nemocných stoupají, viz obrázek č. 1.

Obrázek 1 – Vývoj HIV v ČR



Zdroj: Státní zdravotní ústav

1.4.1.2 Herpes genitalis

Původcem onemocnění je herpes simplex virus typu 2 (HSV 2). K přenosu dochází pohlavním stykem s infikovaným nemocným v akutní fázi.

U nakaženého dochází po krátké fázi svědění k pozdějšímu výsevu puchýřků, které se často strhnou a vznikají drobné vřídky. Ty se mohou infikovat bakteriemi. Onemocnění provází velká bolestivost, mohou být přítomny i celkové příznaky jako horečka, zvětšení a bolestivost regionálních uzlin.

Diagnostika se provádí sérologicky, nebo izolací viru na tkáňových kulturách. K léčbě se podává lék acyklovir. I když je nemocný léčen, nezabrání se latentní infekci v nervových gangliích. Může dojít k reaktivaci viru a znovu ke vzplanutí infekce. Vyvolávajícími činiteli může být např. stres, viróza, horečka a u žen menstruace (Tachezy, 2000, s. 66).

1.4.1.3 Cytomegaloviróza

Patří mezi herpetické viry. Nachází se ve slinách, moči, poševním sekretu, mateřském mléce, může dojít i k transplacentárnímu přenosu. Po vstupu do buňky produkuje proteiny, které mění buněčný metabolismus. Na základě toho se infikované buňky mnohonásobně zvětšují, odtud pochází název onemocnění (cytomegalie).

Příznaky u zdravého jedince nebývají většinou vážné. Objevuje se horečka, bolest hlavy, chřipkové projevy, zvětšení uzlin. Výjimečně může cytomegalovirus (dále jen CMV) vyvolat pneumonii nebo meningoencefalitidu. Závažný průběh je u jedinců s imunodeficitem (po transplantaci, s onemocněním AIDS). CMV dále snižuje imunitu a dochází ke vzniku oportunních infekcí bakteriologických, virových, mykotických. Pokud dojde k nákaze novorozence transplacentární cestou, vznikají neonatální infekce s trvalými následky – mentální retardace, hluchota, slepota.

Diagnostika se provádí sérologicky stanovením hladiny protilátek, které se začínají tvořit zhruba 3–4 týdny po primární infekci.

Specifická léčba u zdravých jedinců není nutná, postačí klid na lůžku. U oslabených jedinců se podávají antivirotika (Vosmík, 1999, s. 396).

1.4.1.4 Virové hepatitidy

Virová hepatitida typu B se přenáší krví, pohlavním stykem a z matky na plod. Původcem je hepatitis B virus (HBV), který napadá jaterní buňky a může vyústit až v hepatocelulární karcinom.

Inkubační doba je od 4 týdnů až do 6 měsíců. Počáteční příznaky jsou únava, slabost, nechutenství, nevolnost, icterus, kožní vyrážka, tmavá moč a světlá stolice. Onemocnění může přejít do chronické fáze, virus zůstává v organismu a nemocný šíří onemocnění. Může se vyvinout jaterní cirhóza nebo hepatocelulární karcinom.

Diagnostika se provádí podle klinických příznaků a krevních testů. Dochází ke zvýšení jaterních enzymů a bilirubinu. Sérologicky se provádí průkaz protilátek.

Terapií je dodržování režimových opatření, tzn. klid na lůžku, dietní opatření, absence alkoholu a užívání hepatoprotektivních léků. Při chronické formě se podávají injekčně interferony a antivirotika (Vosmík, 1999, s. 397).

Proti virové hepatitidě typu B byla zavedena v roce 2001 v ČR plošná vakcinace.

1.4.1.5 HPV – Human papillomavirus

Původce tohoto onemocnění je lidský papillomavirus, který patří mezi DNA viry. Je známo zhruba okolo 100 typů tohoto viru. Způsobují různé formy onemocnění, jakými jsou např. klasické bradavice, genitální bradavice, nádorová onemocnění. Dělí se na kožní a slizniční typy. Virům chybí lipoproteinový obal, což má za následek jejich vyšší odolnost (Freitag, 1998). Nákaza lidským papillomavirem je v současné době nejrozšířenější pohlavní infekcí na světě. Dále viry dělíme podle jejich schopnosti vytvářet v buňkách nádorové změny do dvou skupin – low-risk (LR) HPV (nízkorizikové HPV) a high – risk (HR) HPV (vysokorizikové HPV). Nejčastěji způsobují u lidí nádorové změny HPV typu 16, 18, 31, 33, 35 (Mašata, 2004, s. 102–103).

K nákaze dochází průnikem viru skrz drobná zranění na kůži a sliznicích. Nej náchylnější oblast pro vstup infekce je přechod dlaždicového a cylindrického epitelu (děložní hrdlo, anus, epiglottis). K přenosu dochází většinou při pohlavním styku. Inkubační doba je 1,5–8 měsíců. Ve vlhkém prostředí HPV virus přežívá dlouhou dobu (několik týdnů) a zachovává si i svou infekčnost (Fait, 2009).

Mezi viditelné příznaky infekce HPV patří klasické bradavice (verruca vulgaris), která se mohou vyskytovat kdekoliv na těle, dále genitální bradavice (condylomata accuminata), které se vyskytují v celé oblasti řitního otvoru a v oblasti zevních pohlavních orgánů.

Genitální bradavice mají svůj specifický vzhled, proto není potřeba žádná další vyšetření. Pouze v případě nejasností nebo podezření na nádor se provádí biopsie. Při preventivním gynekologickém vyšetření se provádí cytologické vyšetření stěru z hrdla děložního. Pokud se při cytologii odhalí změny na buňkách, je třeba provést biopsii a specifikovat onemocnění.

Genitální bradavice lze léčit tekutým dusíkem, kdy dojde k jejich zmrazení. Zákrok je třeba několikrát zopakovat, aby byla léčba účinná. Další formou je odstranění laserem nebo elektrokauterem. Bohužel v mnoha případech dochází k relapsu onemocnění. Při nádorových změnách je léčba individuální dle rozsahu onemocnění (Gross, Gerd, Tyring, 2011, s. 88).

Důležitou roli hraje prevence proti HPV infekci. V první řadě je třeba eliminovat rizikové faktory, což je zahájení sexuálního života před 16. rokem, promiskuitní chování. Dalším preventivním opatřením je očkování proti HPV infekci. V současné době existují na trhu tři vakcíny určené pro dívky i chlapce. Nejvhodnější je aplikace vakcín před

začátkem pohlavního života. Typy vakcín – Cervarix (chrání před typy 16 a 18), Silgard (ochrana před typy 16, 18, 6, 11), Gardasil 9 (ochrana před typy 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58, 6, 11). Bohužel od očkování mnohé odrazují jednak cena vakcíny (nejsou propláceny zdravotními pojišťovkami) a také obavy z jejich možných vedlejších účinků (Gross, Gerd, Tyring, 2011, s. 90).

1.4.2 Infekce bakteriální

1.4.2.1 Chlamydiové infekce

Původcem onemocnění chlamydia trachomatis je intracelulární parazitující bakterie, která tvoří vlastní třídu i rod. Rozlišujeme sérotypy D – K. Inkubační doba je 10–20 dní.

Mezi příznaky onemocnění u žen patří zánět močové trubice, zánětlivé onemocnění malé pánve, zánět děložního hrdla a děložní sliznice. U mužů chlamydiová infekce probíhá většinou pod obrazem mukopurulentní uretritidy. Diagnóza se stanovuje stěrem na kultivaci a citlivost z postižených sliznic.

Léčba spočívá v podání antibiotik, např. doxyciklinu, azitromycinu. Při zahájení včasné léčby je prognóza dobrá, při neléčení nebo přechodu do chronické formy nemoci hrozí infertilita (Štork, 2013, s. 446–447).

1.4.2.2 Urogenitální infekce

Původcem je ureoplasma urolyticum, která způsobuje záněty močové trubice s pálením a svěděním při močení, může se vyskytnout i bělavý výtok.

Dalším původcem způsobujícím zánětlivé onemocnění pánve je mycoplasma hominis.

U obou onemocnění se diagnostika provádí a potvrdí kultivací. Léčba je obdobná jako u chlamydiové infekce (Štork, 2013, s. 448).

1.4.3 Prvokové infekce

Trichomonas vaginalis

Původcem onemocnění je prvok trichomonas vaginalis se 4–5 bičíky a undulující membránou. Pokud má vlhké prostředí, přežívá zhruba 90 minut. Inkubační doba je 4 dny až 4 týdny. U žen se vyskytuje zhruba 20× častěji než u mužů.

U žen je postižena nejvíce vagína a uretra. Projevuje se charakteristickým žlutobělavým pěnivým výtokem doprovázeným specifickým zápachem a pálením při močení. Dochází k otoku labií a na děložním hrdle vznikají tečkovité hemoragie. U mužů probíhá infekce latentně, anebo jen se známkami mírné uretritidy.

Diagnostika se provádí mikroskopicky z nativního preparátu anebo kultivačně. Léčí se antibiotiky metronidazolem (Štokr, 2013, s. 449).

1.4.4 Mykotické infekce

Onemocnění způsobují kvasinky rodu candida (candida albicans – nejčastěji tropicalis). Jsou známy faktory, které podporují rozvoj onemocnění. Jedná se zejména o nadměrnou hygienu zejména u žen (poševní výplachy, používání nevhodných mycích prostředků), dále nošení těsného prádla ze syntetických materiálů, opakovaný pohlavní styk, narušení fyziologické poševní mikroflóry (užívání ATB, lokální antikoncepce), zvýšenou hladinu estrogenů (těhotenství), potlačení imunitních mechanismů (podávání kortikosteroidů, u diabetiků).

Typickými příznaky u žen jsou zejména svědění vulvy, pálení v pochvě. Je přítomen hojný hustý bílý výtok (konzistence tvarohu). Sliznice pochvy je zarudlá, může být i edematózní a na jejím povrchu se nacházejí bělavé granulace. Infekce může přejít do chronické vulvovaginitidy, kdy se střídá období akutní fáze s obdobím klidu. U mužů jsou příznaky mírnější, patří mezi ně zejména svědění a pálení. Diagnostika probíhá mikroskopickým nebo kultivačním průkazem.

Při prvotní infekci i recidivě se podává lokální terapie, u těžkých infekcí a u častých recidiv probíhá léčba celková. Lokální antimykotika existují v různých formách jako poševní čípky a masti, nejčastěji se aplikují azolová antimykotika (clotrimazol, miconazol), celkově se podává flukonazol, ketoconazol (Mašata, 2014, s. 50–58).

1.4.5 Ektoparazitální infekce

Pediculus pubis

Jde o onemocnění ochlupené části genitálu. Způsobuje ho parazit pediculus pubis (veš ohanbí, muňka), který je velký asi 1,5–2 mm. Přenos probíhá tělesným kontaktem, nejčastěji při pohlavním styku. K přenosu může dojít i použitím infikovaného ručníku nebo ložního prádla.

Příznaky onemocnění je lokální svědění, zanícení, mohou se objevit malé hemoragické skvrny vznikající jako reakce na kousnutí vši. V ochlupené části se vyskytují hnidy – vajíčka vši, která jsou viditelná okem nebo pod lupou. Veš se usídí nejčastěji v pubickém ochlupení, méně často v análním či axilárním ochlupení, u zarostlých mužů se může vyskytovat po celém těle.

K léčbě používáme od všivovací prostředky – permethrin, d-phenotrin, malathion a carbaryl (Resl, Voltr, Pizinger, 1994, s. 152).

2 ADOLESCENCE – DOSPÍVÁNÍ

Dospívání je složité období, kdy dochází k přechodu od dětství k dospělosti. Období adolescence trvá zhruba od 10 do 20 let. V této době dochází k celkové proměně osobnosti. Změny nastávají v somatické, psychické i sociální oblasti. Změny, které probíhají, jsou nejvíce ovlivněny biologicky, ale velký vliv mají i sociální, kulturní a společenské podmínky, ve kterých dospívající vyrůstá. Období adolescence rozdělujeme do dvou fází – rané a pozdní. Raná adolescence je datována zhruba mezi 11. a 15. rokem. Nejvýznamnější roli zde má tělesné dospívání, které mění zevnějšek dospívajícího. Celkový vývoj zahrnuje i změnu způsobu myšlení a zároveň velké hormonální změny evokují i proměny emočního prožívání. Adolescent se začíná odpoutávat od rodičů, velkou roli v jeho životě hrají vrstevníci. Podstatný význam má pro něj přátelství, v tomto období vznikají první lásky, začíná se experimentovat s partnerskými vztahy. Významným předělem je ukončení povinné školní docházky a výběr budoucí profese. Dochází ke ztrátě dřívějších jistot a vzniká nutnost orientovat se v nových situacích. Pozdní adolescence je období trvající zhruba od 15–20 let. V této fázi je ukončeno biologické pohlavní dozrávání a často právě v tomto období dochází k prvnímu pohlavnímu styku. Nastává objevování a vývoj vlastní identity jedince, který vede ke snaze o důkladné sebepoznání. Někteří jedinci se obávají převzetí plné odpovědnosti za své rozhodování, zdá se jim příliš náročné vstoupit do dospělosti, proto mají tendenci si toto období prodlužovat např. studiem další školy (Vágnerová, 2012, s. 255–284).

2.1 Tělesná proměna a její význam

Dospívání je obdobím, kdy se z dítěte stává jedinec schopný reprodukce. Tato proměna má mnoho viditelných aspektů – růst postavy, sekundární pohlavní znaky, přeměna tělesných proporcí na základě funkce pohlavních orgánů. Tyto všechny změny musí jedinec přijmout a vyrovnat se s nimi. U dívek začíná dospívání dříve než u chlapců. Změny, které probíhají v období tělesného zrání, velmi ovlivňují celkovou identitu jedince. V tomto období dochází ke zvýraznění rozdílů mezi chlapci a dívkami, ke srovnávání s vrstevníky a aktuálními ideály. Tělesný vzhled je v tomto období pro jedince velmi důležitý. Pokud vzhled dospívajícího odpovídá jeho ideálům, roste jeho sebevědomí a pocit, že bude sociálně akceptován. V případě, že zevnějšek neodpovídá normám nebo je v nějakých oblastech znevýhodněn, může dospívající pociťovat nejistotu, zklamání, úzkost,

napětí, popřípadě i vztek a zlost. Tyto pocity může ventilovat vůči svému okolí různými způsoby, v ojedinělých případech se může obrátit i proti sobě samému formou autoagrese (Vágnerová, 2012, s. 211). Okamžik zahájení dospívání je uložen v genetické výbavě. Některé faktory ho mohou urychlit, nebo naopak oddálit. Jedná se například o sociální podmínky nebo úroveň výživy. Biologickým změnám, ke kterým v pubertě dochází, předchází zvýšená produkce pohlavních hormonů, která spouští veškeré tělesné proměny (Janošová, 2008, s. 197).

2.1.1 Biologické změny u dívek

Na podkladě zvýšené produkce estrogenu, který produkují vaječníky, dochází k růstu prsů a zrání dělohy. Mění se tvar boků a pánve, v těchto partiích dochází ke zvýšenému ukládání tuků. Působením androgenů roste ochlupení v podbřišku a podpaží. V tomto období dochází k rychlému růstu postavy až o několik centimetrů za rok. Důležitým okamžikem v dospívání je příchod menarche (první menstruace). Dívky si tím uvědomují, že nastal konec dětství a začíná období ženské role. Průměrný věk dívek při začátku menarche je u nás 12–14 let. U prvních menstruačních cyklů většinou ještě není přítomna ovulace. Vlivem zvýšené produkce progesteronu postupně nastupuje ovulační fáze menstruačního cyklu, která je podstatná pro budoucí těhotenství. Nadále pokračuje formování ženských tvarů postavy, tuk se více ukládá do oblasti hýždí, stehen a břicha. Mnohé dívky toto období vnímají jako traumatizující, mají pocit dyskomfortu, při menstruaci vnímají jistá omezení při sportu a různých činnostech. Často se vyskytuje premenstruační syndrom projevující se zejména bolestmi v podbřišku, nespavostí, výkyvy nálad, potížemi se soustředěním. V tomto období hraje důležitou roli rodina, která by měla zajistit včasné a dostatečné informace o tomto období, usnadnit dívce přijmout nastalou situaci a vyrovnat se s ní. Mnohé dívky nechtějí přijmout své ženské tvary, hrozí jim poruchy příjmu potravy a další psychické problémy (Janošová, 2008, s. 199–202).

2.1.2 Biologické změny u chlapců

Na základě zvýšené produkce mužského pohlavního hormonu probíhají tělesné změny. Vlivem testosteronu narůstá svalová hmota a tělesné ochlupení. Zrání u chlapců začíná zvětšením varlat, penisu a skrota. Stejně jako u dívek dochází k růstu postavy. Charakteristickým pro toto období je růst hrtanu, což má za následek přeměnu hlasu,

projevující se mutací a následně prohloubením hlasu. Chlapcům v tomto období začínají růst vousy. Zásadním projevem tělesné dospělosti je spermiogeneze a příchod první ejakulace. Chlapci své dospívání obvykle prožívají lépe než dívky. Je to dáno i tím, že chlapci dospívají zhruba o dva až tři roky později, mají tedy delší dobu na přijetí své dospělosti (Janošová, 2008, s. 205–207).

Tabulka 1 - Přehled pubertálních změn u chlapců a dívek

Věk	Dívky	Chlapci
10–11	Začátek vývoje prsu (stadium poupěte), začátek vývoje pubického ochlupení	První růst varlat a penisu
11–12	Zvětšování zevních a vnitřních pohlavních orgánů	Růst hrtanu
12–13	Vznik poupětovitého prsu, pigmentace prsní bradavky, menarche	Značný růst varlat a penisu, pubické ochlupení ženského typu
13–14	Axilární ochlupení, nepravidelná menstruace	Nápadný růst varlat a penisu, začínající hlasová mutace
14–15	Nápadné změny pánve a hýždí	Axilární ochlupení, pokračuj mutace hlasu, začínají růst vousy, pokračuje růst varlat, pigmentace šourku, první poluce
15–16	Akné, hlubší hlas, pravidelná menstruace	Zrání spermatozoí, sílení svalstva
16–17	Dokončování růstu kostry	Pubické ochlupení mužského typu, ochlupení celého těla, vousy, akné
17–19		Dokončení růstu kostry a svalstva

Zdroj: Machová, 2002, s. 227

2.2 Genderová identita

Genderové role jsou socio-kulturně vymezené soubory vlastností a projevů chování, které jsou považovány za typické pro jedince daného pohlaví.

„Genderová identita je subjektivně akceptovaná představa o svých genderových vlastnostech, s níž se jedinec v různé míře ztotožňuje, nebo ji odmítá“ (Vránová, 2012,

s. 23). Stereotypy pohlavních rolí v naší společnosti určují naše očekávání vůči jednotlivým ženským a mužským jedincům i naše chování k nim v konkrétních sociálních situacích. Stereotypy mohou jedincům usnadnit nebo ztížit přístup k povolání. Dodnes se ženy uplatňují spíše v sociální sféře, zatímco muži v technických oborech.

Charakteristika ženské pohlavní role – ženy jsou: bezmocné, citově založené, emocionální, empatické, jemné, parádivé, milují děti, mírné, náladové, nelogické, nerozhodné, nesamostatné, něžné, ohleduplné, pasivní, pečlivé a opatrné, poslušné příjemné, slabé, soucitné, šarmantní, taktní, toužící po jistotě, vyžadující ochranu, zaměřené na rodinu, upovídané, úzkostné.

Charakteristika mužské pohlavní role – muži jsou: agresivní, aktivní, autoritativní, bojovní, ctižádostiví, dobrodruzi, dominantní, neohrožení, nezávislí, objektivní a věcní, odolní, odvážní, podnikaví, přímí, racionální, rozhodní, rozvážní, sebejistí, sebevědomí, silní a energičtí, soutěživí, stateční, velcí a silní, zodpovědní a muži nepláčou (Karsten, 2006, s. 24–25).

Na rozvoji identity se podílejí biologické a sociální faktory. Základy se utvářejí ve správně fungující rodině, kde jsou zastoupeny obě role – mužská i ženská. Dítě si osvojí určité normy chování, které jsou dané pro chlapce a dívky a začíná je napodobovat. Pro rozvoj je podstatné nejen to, jak se matka a otec chovají k dítěti, ale i vzájemné chování rodičů k sobě. Významnou roli pro rozvoj identity hraje též společnost. Požadavky a normy chování určují, co je v dané společnosti chápáno za přiměřené. V současné době již není kladen tak velký tlak na genderové role, jako tomu bylo v minulosti (Vránová, 2012, s. 322).

Již od dětství je přístup k dívkám a chlapcům odlišný. Děvčátka jsou připravována na mateřskou roli, tomu odpovídá i výběr hraček, pořizují se jim panenky, hračky související s domácností a domácími pracemi, hudební a výtvarné hračky. Díky zažitým stereotypům se k děvčatům přistupuje, jako by byla citlivější, jemnější a křehčí. Od chlapců se očekává, že jsou divočejší, mají dobrodružné a objevitelské sklony. Při výběru hraček jsou upřednostňovány auta, stavebnice, technické hračky, stroje a hry rozvíjející tvůrčí schopnosti. Vyžaduje se od nich větší tvrdost (kluci nebrečí), odolnost a statečnost (Karsten, 2006, s. 64–65).

V adolescenci dochází k většímu vyhranění genderové identity, i v tomto období je odlišný přístup k pohlaví. V tomto období začíná proces odpoutávání se od rodičů, vytváření vlastní identity a nezávislosti. Chlapcům je dáována větší svoboda a nezávislost.

Dívky jsou více střeženy a kontrolovány, požaduje se od nich i větší pomoc s domácími pracemi (Karsten, 2006, s. 88–89)

Genderové rozdíly se projevují i v emočních projevech. Dívky mají silnější citové prožitky, více vše prožívají a ventilují to navenek. U chlapců se takové chování neočekává, proto si své pocity nechávají pro sebe. Někteří chlapci ventilují své emoce prostřednictvím agrese. Rozdílný je i přístup ke vztahům s vrstevníky. Pro dívky má přátelství hlubší význam, tvoří menší skupinky a dbají na soudržnost a věrnost. Mnoho aktivit podnikají pouze společně. Navzájem se se vším svěřují a podporují se. U chlapců má přátelství více kolektivní charakter. Navzájem spolu soupeří, neprobírají společně citové prožitky a problémy (Vránová, 2012, s. 325).

2.3 Zahájení sexuálního života

V období adolescence dochází i k postupnému uvědomování si vlastní sexuality. Dospívající začínají experimentovat s prvními intenzivnějšími sexuálními prožitky. Zpočátku zkoušejí různé nekoitální aktivity – líbání, necking, petting. Později přistupují k prvnímu pohlavnímu styku, který má velký vliv na další sexuální život. Má i sociální význam, většinou dochází k posílení jeho pozice ve skupině vrstevníků (Vránová, 2012).

„Podle mnohých zjištění patří první sexuální styk k těm faktorům, které často i podstatně ovlivňují další příběh pohlavního života“ (Weiss a kol., 2011, s. 139).

Zde se genderové rozdíly projeví jak v samotném prožívání, tak interpretaci zážitků. Je to ovlivněno biologickými rozdíly i odlišnou psychikou. Velkou roli hrají rozdíly ve vzrušivosti a dosažení vyvrcholení. Chlapci vlivem zvýšeného množství testosteronu jsou snadněji vzrušiví a rychle dosahují vyvrcholení. U dívek se vše odehrává pomaleji, schopnost vrcholného prožitku se rozvíjí později. Obvykle bývají z prvního sexuálního zážitku zklamány, obávají se následků styku. Rozdíl bývá i v psychickém prožívání a hodnocení sexuálních zážitků. Dívky vnímají pohlavní styk jako vyvrcholení partnerského vztahu, pro chlapce nemusí být styk nutně spojen s citovým vztahem, často ho mohou vnímat jako pouhé dosažení sexuálního uspokojení. Vlivem rozdílného vnímání významu pohlavního styku se stává, že dívka podlehne nátlaku chlapce, přestože není na styk připravena v domnění, že tím si udrží vztah s chlapcem (Vránová, 2012, s. 313).

V ČR probíhal projekt týkající se změn v sexuálním chování populace, výzkum probíhal vždy v pětiletých intervalech. Odborným garantem byl Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN pod vedením prof. PhDr. Petra Weisse, Ph.D., a doc. MUDr. Jaroslava

Zvěřiny, CSc., terénním výzkumem byla pověřena demoskopická agentura DEMA a. s. Výzkumu se zúčastnilo v roce 1993 celkem 1719 osob, v roce 1998 to bylo 2003 osob, v roce 2003 a 2008 to bylo 2000 osob. Všechny osoby byly starší 15 let. Výsledky výzkumu prokázaly, že se začátek partnerské sexuality neurčuje. K první zamilovanosti, prvním schůzkám a polibkům dochází kolem 15. roku. Zahájení nekoitálních aktivit ve formě neckingu se objevovalo okolo 16. roku, k pettingu přistupovali dotazovaní zhruba okolo 17. roku. Studie prokázala, že delší partnerské vztahy se navazují okolo 18. roku. Průměrný věk prvního pohlavního styku se dlouhodobě pohybuje okolo 18. roku (Weiss, 2011, s. 147).

3 ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST MLÁDEŽE

3.1 Definice pojmu zdravotní gramotnost

Podle světové zdravotnické organizace (WHO) je zdravotní gramotnost soubor kognitivních a sociálních schopností určujících motivaci a způsobilost jednotlivců získat si přístup k informacím, porozumět jim a využívat je k podpoře a udržení dobrého zdraví. Zdraví je utvářeno působením různých vnitřních a vnějších faktorů, jež obecně nazýváme determinanty zdraví. Jsou uváděny čtyři základní determinanty. Prvním je životní styl jedince, který ovlivňuje zdraví zhruba ze 40 %. Druhým je životní prostředí, jehož vliv na zdraví je zhruba 30 %, třetím determinantem jsou zdravotnické služby mající vliv 20 % na zdraví jedince. Čtvrtým determinantem je genetický základ, jenž ovlivňuje zdraví z 10 % (Holčík, 2010, s. 58). Jednotlivé faktory nepůsobí na člověka izolovaně, ale ve vzájemné interakci. Nejvýznamnější determinantou zdraví je sám člověk, který je schopen jak své zdraví udržovat a posilovat, tak ho naopak poškozovat, anebo dokonce ničit (Holčík, 2010, s. 58).

Rozlišují se tři typy zdravotní gramotnosti:

1. Funkční zdravotní gramotnost – je to zdravotní výchova spočívající v poskytování informací o zdravotních rizicích, cílem je prohloubit znalosti o rizikových faktorech a prevenci onemocnění. Úlohou zdravotnických pracovníků je tvorba edukačního materiálu a zdravotní výchova pacientů.
2. Interaktivní zdravotní gramotnost – zde je záměr rozvíjet schopnost jedinců jednat samostatně, posilovat motivaci a odpovědnost za své zdraví.
3. Kritická zdravotní gramotnost – rozvíjí individuální chování jedinců tak, aby se podíleli na vytváření zdravotně příznivého sociálního prostředí (Holčík, 2015, s. 59).

Samotný zdravotnický sektor není schopen zajistit veškeré podmínky pro zdraví lidí. K posílení a rozvoji zdraví je nutná součinnost všech složek: řídicích orgánů, zdravotnického, sociálního a ekonomického sektoru, společenských a zájmových organizací, místních orgánů, průmyslu i sdělovacích prostředků. Jsou utvářeny různé strategie a programy k posílení a rozvoji zdraví, které jsou přizpůsobeny potřebám a možnostem v jednotlivých zemích (Holčík, 2015, s. 59).

Ministerstvo zdravotnictví ČR v rámci programu „Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí“ vytvořilo akční plán č. 12: Rozvoj zdravotní gramotnosti na období 2015–2020. Potřebné informace se v průběhu života mění, obsah i forma se musí přizpůsobit cílené věkové skupině, proto byly v plánu vymezeny čtyři věkové kategorie. Akční plán č. 12: Rozvoj zdravotní gramotnosti na období 2015–2020:

1. Dítě na počátku školní docházky (cca 7 let) – zde je zaměření na přebírání odpovědnosti za sebeobsluhu, hygienickou péči, denní režim.
2. Dospívající (cca 15–25 let) – je to věk osamostatňování a přejímání plné zodpovědnosti za svou osobu i své zdraví.
3. Dospělý – je to věk plné odpovědnosti za svou osobu, ale toto období bývá obdobím, kdy člověk přejímá odpovědnost i za blízké osoby – děti, rodiče.
4. Člověk na prahu stáří – senior (cca 65 let) – je to období snahy o udržení přiměřeného zdraví, dobrého funkčního stavu a soběstačnosti (www.nspz.cz).

3.2 Zdravotní gramotnost u dospívajících

V akčním plánu č. 12 je pro rozvoj zdravotní gramotnosti edukace rozdělena do tří oblastí:

1. Oblast podpory zdraví – mladý člověk zná správný životní styl, dodržuje správnou životosprávu, nevyhledává a nepožívá návykové látky, je si vědom rizik s nimi spojených, věnuje se přiměřené pohybové aktivitě, zná její přínos k udržení zdraví a duševní pohody.
2. Oblast prevence nemocí – dospívající si je vědom udržování základních hygienických návyků, je obeznámen s očkováním proti infekčním nemocem, je si vědom rizika pohlavně přenosných onemocnění a ví, jak se chovat v rámci prevence, chodí na pravidelné preventivní prohlídky, zná samovyšetřovací postupy a provádí je, v případě zdravotních obtíží ví, na koho se obrátit.
3. Oblast zdravotní péče – dospívající dokáže posoudit příznaky nemoci, má informace o skupinách volně prodejných léků. V případě onemocnění vyhledá odborníka a dodržuje léčebný režim. Je si vědom rizik vzniku úrazu v každodenním životě a při ohrožení zdraví a života dokáže poskytnout první pomoc.

Ke správnému užití zdravotní gramotnosti v běžném životě lze aplikovat algoritmus „Chci – Umím – Mohu“.

1. Chci – je to vnitřní motivace jedince.
2. Umím – nestačí pouze motivace jedinec, musí mít dostatek znalostí úměrných jeho věku. Informace by měl umět zjistit, vnímat je, přijímat a následně se podle nich chovat.
3. Mohu – uplatnění znalostí závisí na vytvoření vhodných podmínek, mnoho z nich ovšem jedinec sám nemůže ovlivnit.

Je důležité, aby si mladý člověk uvědomil, že zdraví není samozřejmost a je třeba o něj pečovat. Má znalosti, že může mnoha nemocem zabránit včasnou prevencí. Je si vědom, že rozhodnutí, která udělá a bude v budoucnu dělat, ovlivní pozitivně, nebo negativně zdraví a tím i další život (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2014).

3.3 Výchova ke zdraví

Cílem výchovy ke zdraví je motivovat jednotlivce bez ohledu na věk, aby pečoval o své zdraví, zajistit dostačující vědomosti a znalosti, jak dbát o své zdraví. Může mít formy individuální, komunitní a celospolečenské. Dobré efektivity se dosáhne, pokud je výchova soustavná a systematická, konkrétní a srozumitelná. Je vhodné doložit nové poznatky v konkrétní oblasti. Je vhodné začít s výchovou již od nejnižší věkové skupiny (děti, mládež), jelikož zdravý životní styl se nejlépe buduje a ovlivňuje od raného dětství. Neměla by být doménou pouze zdravotnických pracovníků, účastnit by se měli všichni, kdo ovlivňují chování lidí (učitelé, rodiče, umělci, novináři). Při výchově se využívají různé metody podle obsahu sdělení a podle toho, komu ho chceme sdělit, např. doporučení, kurzy, výstavy, brožury, přednášky, knihy, letáky, besedy, publikace v časopisech, reklama. Výchova ke zdraví je nezbytná jak pro jednotlivce, tak i pro celou společnost. Zdraví je nejdůležitější hodnota života, nemělo by ale tvořit jeho cíl. Na zdraví by se mělo pohlížet jako na jednu z podmínek pro kvalitní a smysluplný život. Pod pojmem zdraví si nepředstavíme jen nepřítomnost nemoci. Existuje mnoho definic pojmu zdraví. Definice zdraví dle WHO z roku 1948 říká: „Health is a state of complete physical, mental and social well – being and not merely the absence of disease and infirmity“ – v překladu „Zdraví je stav, kdy je člověku naprosto dobře, a to jak fyzicky, tak psychicky i sociálně (Čeledová, Čevela, 2010).

3.4 Sexuální výchova

Definice sexuální výchovy vypracovaná WHO: „*Podstatu a cíle sexuální výchovy tvoří vše, co přispívá k výchově celistvé osobnosti, schopné poznávat a chápat sociální, mravní, psychologické a fyziologické zvláštnosti jedinců podle pohlaví a díky tomu zformovat optimální mezilidské vztahy s lidmi svého i opačného pohlaví*“ (Rašková, 2008, s. 21).

Sexuální výchova by měla naučit zdravému způsobu života, plánovanému rodičovství a připravit na manželství. Mládež, která byla včas a správně poučena, zahajuje svůj sexuální život později, přistupuje zodpovědněji k výběru partnera, vyskytuje se u ní méně nežádoucích otěhotnění a předčasných sňatků. Nejzákladnějším prvkem správné sexuální výchovy by měla být správně fungující rodina. Mnoho rodičů na to není bohužel připraveno nebo ji z nějakého přesvědčení nechce provádět. Další velkou roli při sexuální výchově hraje škola. Ideální je, pokud rodina a škola spolupracují a vzájemně se doplňují. Vliv na chování adolescenta má také společnost, ve které vyrůstá. „Hlavní cíle otevřené sexuální výchovy jsou předat dětem znalosti o anatomii, fyziologii a psychologii a etice sexuality v sociálních vztazích tak, aby jedinec pak mohl být ve své sexuální praxi veden racionálními motivy a aby byl ochráněn před škodlivým vlivem mýtů a předsudků“ (Vránová, 2010, s. 31).

Dílčí cíle výchovy jsou přizpůsobeny věkovým kategoriím dětí a dospívajících. K hlavním cílům patří:

- pochopit rozmanitost projevů a rozvoje sexuality,
- umět se správně vyjadřovat a překonávat škodlivá tabu,
- využívat všechny výchovné podněty k utváření žákovy individuality,
- pěstovat vztah k mravním normám, k úctě k lidem a životu,
- připravovat na život v partnerství, manželství a rodičovství,
- poskytovat poučení v oblasti zdraví (např. zneužívání alkoholu a drog, nákaza pohlavními chorobami, prevence sexuálního zneužívání),
- pomoci pochopit zvláštnosti pohlavní identity a naučit je respektovat,
- odstraňovat bariéry mezi představami a běžným životem.

Sexuální výchova by neměla být omezena pouze na oblast medicíny, ale měla by zahrnovat i další oblasti:

- medicínská sexuologie – anatomie a fyziologie pohlavních orgánů, rozmnořovací proces, sexuální dysfunkce a deviace, manželské soužití, metody plánovaného rodičovství,
- sexuální filozofie – smysl, pojetí a hodnocení lidské sexuality,
- psychologie a psychopatologie – lidská sexualita v různých dobách a kulturách,
- sexuální politiky – politika rodinná, populační, postoje k menšinám,
- práva – právo rodinné a trestní,
- etika – sexuálně morální systémy (Vránová, 2010, s. 32).

V roce 2010 Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT) vydalo Doporučení k realizaci sexuální výchovy na základních školách. Materiál je dostupný na webových stránkách MŠMT, je to soubor témat sexuální výchovy vypracovaný různými autory. Příručka slouží pouze jako doporučení k výuce sexuální výchovy a materiály jsou nezávazné. Záleží pouze na vyučujícím pedagogovi, jak výuku povede. Základní informace v oblasti sexuální výchovy by měly být předány na základní škole, na střední škole by se měly už jen dále rozvíjet. Pokud informace nejsou včas podány, je nebezpečí, že si je žák bude shánět jinde, to může být zdrojem různých mýtů a nepravd v oblasti sexuality (www.mšmt.cz).

Motto: „*Nebezpečí nespočívá v tom, že řekneme příliš mnoho příliš brzy, ale spíše příliš málo, příliš pozdě*“ (Trojan, 1994, s. 6).

EMPIRICKÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

4.1 Metodika výzkumu

K zjištění požadovaných dat jsem zvolila kvantitativní metodu, použit byl nestandardizovaný dotazník, který byl zcela anonymní. Dotazník byl jednotný pro všechny tři oslovené střední odborné školy a byl rovněž jednotný pro skupinu chlapců i dívek. Shodný byl rovněž pro všechny věkové skupiny. Dotazník obsahoval celkem 25 otázek (viz příloha č. 1).

Celý dotazník je pomyslně rozdělen do několika částí.

Otázky č. 1–3 slouží k zjištění demografických údajů o respondentech (pohlaví, věk, škola).

Otázky č. 4–6 se týkají informovanosti o sexu, pohlavních chorobách a frekvenci preventivních lékařských prohlídek.

Otázky č. 7–9 se týkají problematiky ochrany před pohlavními nemocemi a přenosu a rozšíření pohlavních nemocí.

Otázky č. 10–11 se týkají problematiky infekcí HIV.

Otázky č. 12–15 se týkají problematiky HPV infekcí.

Otázky č. 16–17 jsou zaměřeny na trestněprávní problematiku v souvislosti s rozšiřováním pohlavních nemocí.

Otázky č. 18–23 se zaměřují na vlastní sexuální život jednotlivých respondentů.

Otázky č. 24–25 zjišťují úroveň komunikace a získávání informací o sexualitě a pohlavních chorobách.

V dotazníku jsou otázky, kdy je pravdivá pouze jedna uvedená odpověď, ale zároveň jsou v dotazníku otázky, na něž existuje více správných odpovědí, a respondenti na tuto skutečnost byli upozorněni před zahájením vyplňování. Je v něm i otázka, kdy je nutno písemně doplnit svoji odpověď a uvést svoje osobní postřehy a hodnocení.

4.2 Charakteristika výzkumného souboru

Dotazníkový průzkum byl proveden v období měsíce ledna 2017 u studentů 3. ročníků středních odborných škol sídlících v Trutnově. Výzkum byl schválen vedením všech škol.

V rámci výzkumu byli osloveni studenti středních odborných škol:

1. Obchodní akademie Trutnov.
2. Střední průmyslová škola Trutnov.
3. Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední zdravotnická škola v Trutnově.

V každé střední škole se výzkumu účastnila jedna vybraná školní třída.

Dotazníkového průzkumu se celkem ze tří vybraných středních škol účastnilo 95 studentů, pro výzkum bylo plnohodnotných 88 dotazníků. Jednalo se o 57 dívek, což je 64,77 % zkoumaného empirického vzorku, a 31 chlapců, což je 35,23 % zkoumaného empirického vzorku. Všichni oslovení studenti středních škol souhlasili s vyplněním výzkumného dotazníku.

Cílovou zkoumanou skupinou byla záměrně zvolena skupina 3. ročníků ve věku mezi 17 až 21 lety, kdy existuje reálný předpoklad, že oslovení mají za sebou již první sexuální zkušenosti. Zároveň je zde nebezpečí onemocnění přenosnou pohlavní nemocí, pramenící z neznalosti, nezkušenosti, ale i například z podcenění problematiky přenosu pohlavních nemocí. Ve zkoumané skupině je 66 respondentů, kteří již zahájili svůj sexuální život, tj. 77,27 % z empirického vzorku. Celkem 21 respondentů ještě sexuálně nežije, tj. 21,59 % z empirického vzorku, neodpovědělo 1,14 % respondentů.

4.3 Průběh empirického výzkumu

Dotazníky byly rozdány ve vyučovacích hodinách přírodních věd anebo základů společenských věd. Všichni přítomní žáci – respondenti výzkumu byli poučeni o tom, že vyplnění dotazníku je dobrovolné. Rovněž byli ujištěni, že dotazník je zcela anonymní, a všem bylo podrobně vysvětleno, k čemu získaná data z dotazníku slouží a k čemu poslouží získané výstupy. Vyplňování dotazníků proběhlo vždy za mé přítomnosti a přítomnosti pedagogického dozoru – učitele příslušného odborného předmětu. Všichni respondenti byli poučeni i o tom, že v případě nejasností v jednotlivých otázkách předloženého dotazníku se mohou na cokoliv dotázat a případná sporná místa jim budou

dodatečně vysvětlena. V průběhu empirického šetření nebyly ze strany respondentů položeny žádné doplňující dotazy.

Srozumitelnost dotazníku a jednotlivých otázek byla pilotně ověřena u 10 studentek a na základě toho byl dotazník u některých otázek poupraven. Tyto dotazníky nebyly použity pro výzkum, rozdána byla až upravená verze.

Všem respondentům byl ponechán dostatečný časový prostor na vyplnění celého dotazníku. Ve většině případů stačilo přibližně 20 minut.

Získaná data z dotazníků byla zpracována v programu Excel, uspořádána do jednotlivých tabulek a grafů, které ukazují zjištěnou četnost.

4.4 Výsledky empirického výzkumu

Dotazníková otázka č. 1

Otázka č. 1 se dotazuje na pohlaví respondentů. Bylo rozdáno celkem 88 dotazníků a z tabulky vyplývá, že do výzkumu bylo zapojeno celkem 35,23 % chlapců a celkem 64,77 % dívek z 88 účastníků výzkumu (viz tabulka 2).

Tabulka 2 – Rozdělení respondentů podle pohlaví

Rozdělení respondentů podle pohlaví		
Pohlaví	Absolutní hodnoty	Relativní hodnoty
Chlapci	31	35,23 %
Dívky	57	64,77 %
Celkem	88	100,00 %

Dotazníková otázka č. 2

Otázka č. 2 se dotazuje na věk respondentů. Jak již bylo uvedeno, bylo rozdáno celkem 88 dotazníků a z tabulky vyplývá, že se do výzkumu zapojilo 3,41 % respondentů ve věku 15 let, 4,55 % respondentů ve věku 16 let, 22,73 % respondentů ve věku 17 let, 48,86 % respondentů ve věku 18 let a 20,45 % respondentů, kterým je 19 a více let. Z tabulky rovněž jasně vyplývá, že nejvíce respondentů bylo ve věku 18 let a další silnou skupinou byla skupina sedmnáctiletých. To skutečně odpovídá předpokladu, že se jedná o studenty 3. ročníků středních škol (viz tabulka 3).

Tabulka 3 – Rozdělení respondentů podle věku (celkem – všechny školy)

Rozdělení respondentů podle věku (celkem – všechny školy)		
Věk respondentů	Absolutní četnosti	Relativní četnosti
15	3	3,41 %
16	4	4,55 %
17	20	22,73 %
18	43	48,86 %
19 let a více	18	20,45 %
Celkem	88	100,00 %

Dotazníková otázka č. 3

V tabulce 3 je uvedeno rozdělení respondentů podle vzdělávacího zařízení. Výzkumu se tedy účastnilo z průmyslové školy 30,68 %, z obchodní akademie se zúčastnilo 35,23 % respondentů a ze zdravotní školy se zúčastnilo 34,09 % respondentů z celkového počtu 88 účastníků výzkumu (viz tabulka 4).

Tabulka 4 – Rozdělení respondentů podle oboru vzdělávacího zařízení

Rozdělení respondentů podle oboru vzdělávacího zařízení		
Škola	Absolutní četnosti	Relativní četnosti
Průmyslová škola	27	30,68 %
Obchodní akademie	31	35,23 %
Zdravotní škola	30	34,09 %
Celkem	88	100 %

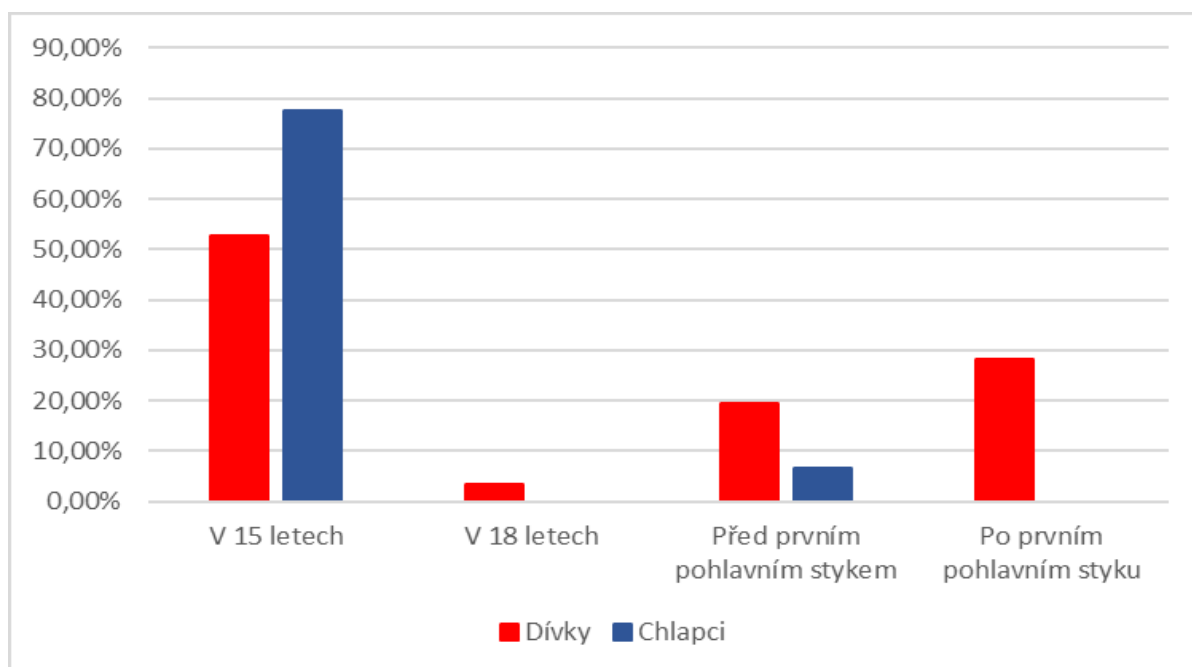
Dotazníková otázka č. 4

Tato otázka je určena ke zjištění dat z oblasti znalostí o zdravotních preventivních prohlídkách. Zjišťuje se skutečnost, zda respondenti vědí, kdy se dívky mají dostavit k první lékařské zdravotní prohlídce. Odpověď v 15 letech zvolilo 61,36 % studentů, tj. 52,63 % dívek a 77,42 % chlapců. 18 let uvádí 3,51 % studentů, tj. 0,00 % chlapců a 2,27 % dívek. Před prvním pohlavním stykem uvedlo 19,30 % respondentů, tj. 6,45 % dívek a 14,77 % chlapců. Možnost prohlídky po prvním pohlavním styku zvolilo 18,18 % respondentů, tj. 28,07 % dívek a 0,00 % chlapců. Ze zjištěných dat vyplývá zjištění, že mladé dívky první gynekologické prohlídky nepodceňují a již od svých 15 let pravidelně navštěvují gynekologa (viz tabulka 5 a graf 1).

Tabulka 5 – Kdy se má dívka poprvé dostavit na první preventivní gynekologickou prohlídku? (více možných odpovědí)

Kdy se má dívka poprvé dostavit na první preventivní gynekologickou prohlídku?			
	Dívky (n = 57)	Chlapci (n = 31)	Celkem (n = 88)
V 15 letech	52,63 %	77,42 %	61,36 %
V 18 letech	3,51 %	0,00 %	2,27 %
Před prvním pohlavním stykem	19,30 %	6,45 %	14,77 %
Po prvním pohlavním styku	28,07 %	0,00 %	18,18 %

Graf 1 – Kdy se má dívka poprvé dostavit na první preventivní gynekologickou prohlídku? (více možných odpovědí)



Dotazníková otázka č. 5

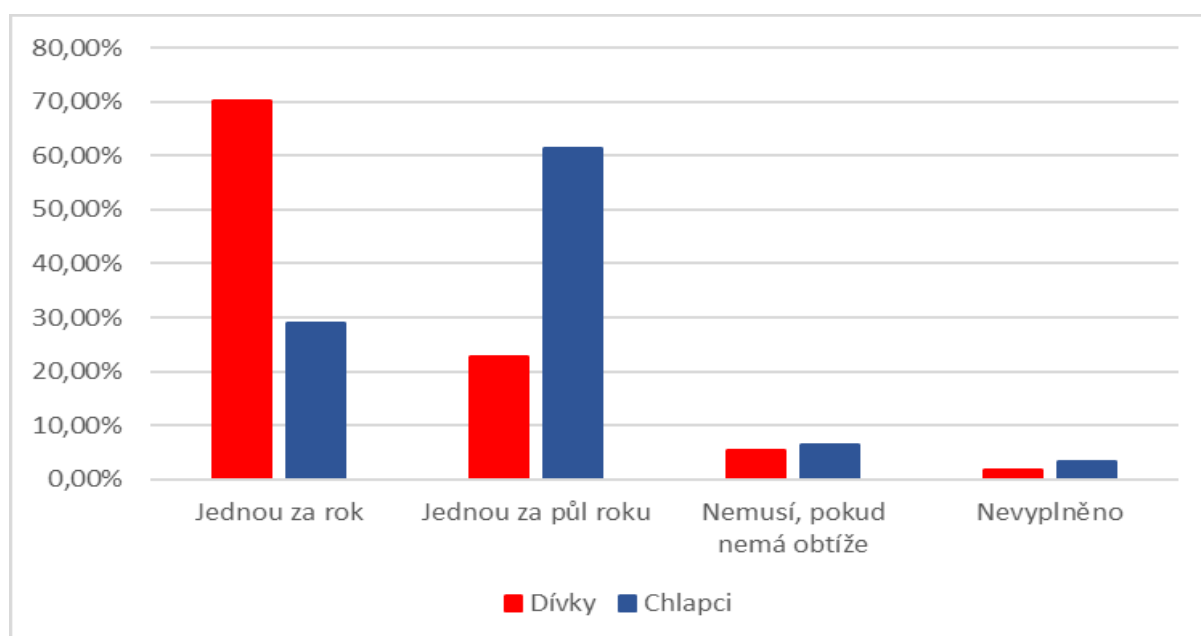
Otázka č. 5 zjišťuje, jak často mají ženy navštívit lékaře a absolvovat preventivní lékařskou prohlídku. Ze získaných dat je zřejmé, že respondenti lékařskou prevenci nepodceňují – 55,68 % respondentů, tj. 70,18 % dívek a 29,03 % chlapců si je vědomo, že by ženy svého gynekologického lékaře měly navštívit nejméně jednou za rok. Část respondentů, přesněji 36,36 %, tj. 22,81 % dívek a 61,29 % chlapců tuto povinnost vnímají ještě naléhavěji a doporučují návštěvu svého gynekologa jednou za půl roku. Pouze 5,68 % respondentů, tj. 5,26 % dívek a 6,45 % chlapců uvedlo, že nemusí k lékaři, pokud se neobjevují žádné obtíže. Odpověď nevyplnilo 2,27 % respondentů, tj. 1,75 % dívek a 3,23 % chlapců. Skutečnost, že ženy pravidelně navštěvují svého lékaře a podrobují se

pravidelným lékařským prohlídkám, je důležitým faktorem v prevenci a ochraně před pohlavními nemocemi (viz tabulka 6 a graf 2).

Tabulka 6 – Jak často má chodit žena na preventivní prohlídky na gynekologii?

Jak často má chodit žena na preventivní prohlídky na gynekologii?			
	Dívky (n = 57)	Chlapci (n = 31)	Celkem (n = 88)
Jednou za rok	70,18 %	29,03 %	55,68 %
Jednou za půl roku	22,81 %	61,29 %	36,36 %
Nemusí, pokud nemá obtíže	5,26 %	6,45 %	5,68 %
Nevyplněno	1,75 %	3,23 %	2,27 %
Celkem	100 %	100 %	100 %

Graf 2 – Jak často má chodit žena na preventivní prohlídky na gynekologii?



Dotazníková otázka č. 6

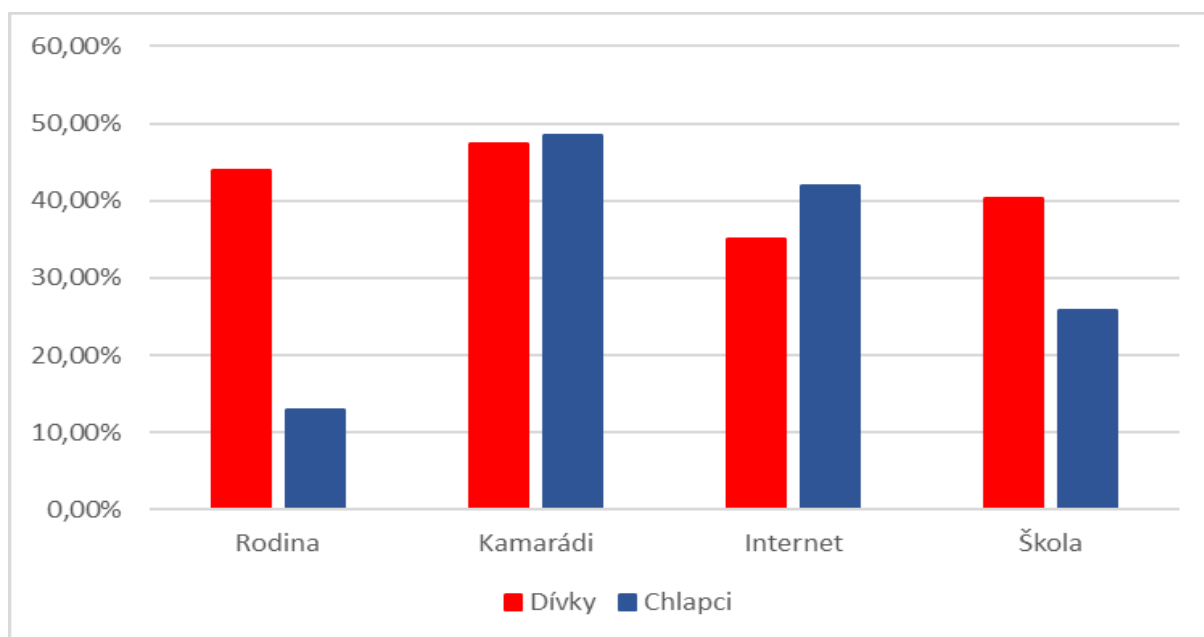
Tato otázka zjišťuje informace o tom, kde respondenti získali první informace o sexu. Studenti měli možnost vybrat si více odpovědí. Ze zpracovaných dat je zřejmé, že nejvíce respondentů zvolilo jako své odpovědi, že první informace o sexu převzali od svých kamarádů, resp. od svých vrstevníků. Konkrétně podle výsledků je to 47,73 % všech respondentů, tj. 47,37 % dívek a 48,39 % chlapců. Nejméně respondentů uvedlo jako jednu z odpovědí rodinu – 35,09 %, tj. 43,86 % dívek a 12,90 % chlapců. Odpověď internet uvedlo 37,50 % respondentů, tj. 35,09 % dívek a 41,94 % chlapců. Je tedy zřejmé, že rodiče se svými dětmi o těchto otázkách málo komunikují. Zkoumání příčin tohoto sociálního problému by si jistě zasloužilo svoji pozornost. K těmto získaným výsledkům je

rovněž nutno uvést, že respondenti v odpovědích mohli uvést více možností (viz tabulka 7 a graf 3).

*Tabulka 7 – Kde jsi získal/a první informace o sexu, ochraně a pohlavních chorobách?
(více možných odpovědí)*

Kde jsi získal/a první informace o sexu, ochraně a pohlavních chorobách?			
	Dívky (n = 57)	Chlapci (n = 31)	Celkem (n = 88)
Rodina	43,86 %	12,90 %	32,95 %
Kamarádi	47,37 %	48,39 %	47,73 %
Internet	35,09 %	41,94 %	37,50 %
Škola	40,35 %	25,81 %	35,23 %

Graf 3 – Kde jsi získal/a první informace o sexu, ochraně a pohlavních chorobách? (více možných odpovědí)



Dotazníková otázka č. 7

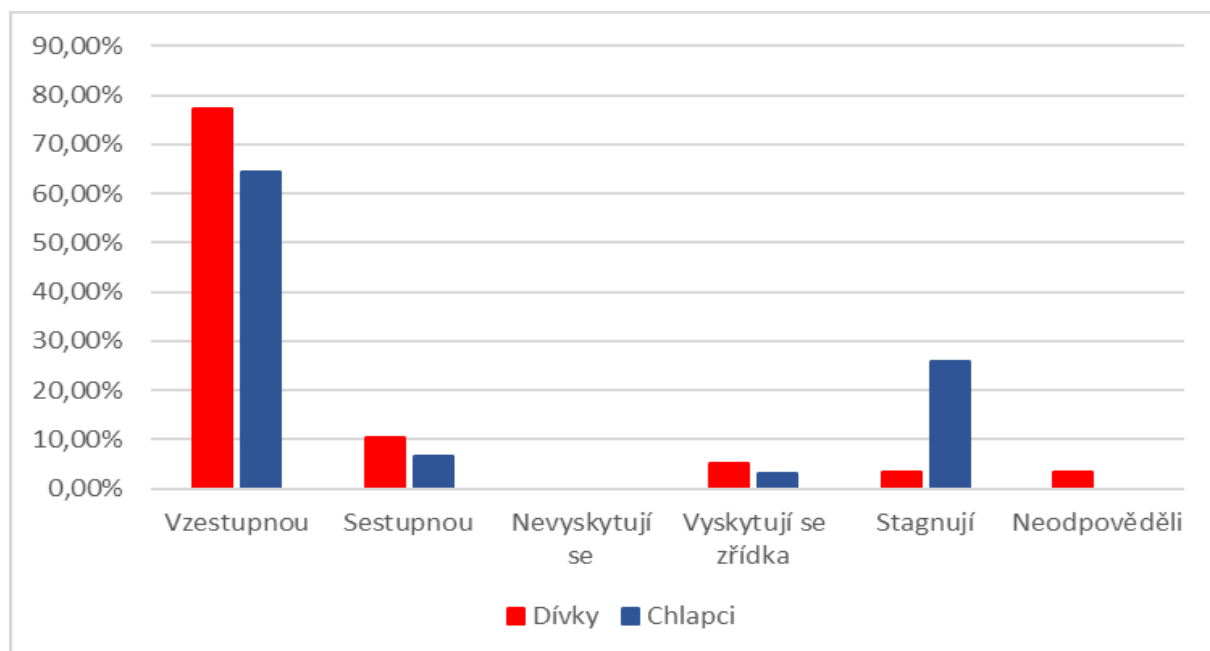
Otázka č. 7 je zaměřena na zjištění názoru respondentů na to, jaké jsou tendence rozšiřování pohlavních nemocí ve společnosti. Nejvíce respondentů si myslí, že je tendence vzestupná, a to 72,73 %, tj. 77,19 % dívek a 64,52 % chlapců. Odpověď, že je tendence sestupná, zvolilo 9,09 % respondentů, tj. 10,53 % dívek a 6,45 % chlapců. Odpověď „Nevyskytují se“ nezvolil nikdo. Odpověď, že se vyskytují zřídka, zvolilo 4,55 % respondentů, tj. 5,26 % dívek a 3,23 % chlapců. O stagnaci je přesvědčeno

11,36 % respondentů, tj. 3,51 % dívek a 25,81 % chlapců. Neodpovědělo 2,27 % studentů, tj. 3,51 % dívek a 0,00 % chlapců (viz tabulka 8 a graf 4).

Tabulka 89 - Jakou tendenci mají podle tebe pohlavní choroby v populaci?

<i>Jakou tendenci mají podle Tebe pohlavní choroby v populaci?</i>			
	Dívky (n = 57)	Chlapci (n = 31)	Celkem (n = 88)
Vzestupnou	77,19 %	64,52 %	72,73 %
Sestupnou	10,53 %	6,45 %	9,09 %
Nevyskytují se	0,00 %	0,00 %	0,00 %
Vyskytují se zřídka	5,26 %	3,23 %	4,55 %
Stagnují	3,51 %	25,81 %	11,36 %
Neodpověděli	3,51 %	0,00 %	2,27 %
Celkem	100 %	100 %	100 %

Graf 4 – Jakou tendenci mají podle tebe pohlavní choroby v populaci?



Dotazníková otázka č. 8

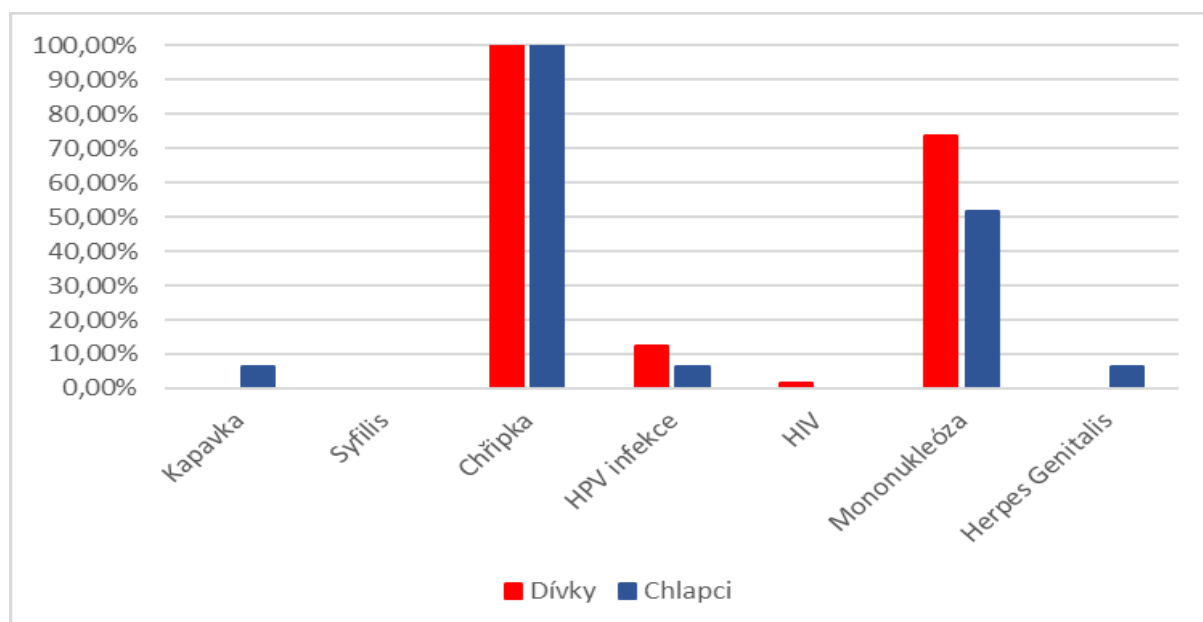
Otázka č. 8 zjišťuje skutečnosti, jak se respondenti orientují v oblasti druhu pohlavních nemocí. V otázce je uvedeno celkem 7 druhů onemocnění a respondenti mají uvést všechna onemocnění, která nepatří mezi pohlavní nemoci. Na tuto otázku bylo více odpovědí správných. 100 % respondentů správně uvedlo, že chřipka nepatří mezi pohlavní nemoci. Pouze 65,91 % respondentů, tj. 73,68 % dívek a 51,61 % chlapců uvedlo správně, že mononukleóza rovněž nepatří mezi pohlavní nemoci. Pouze 2,27 % respondentů,

tj. 0,00 % dívek a 6,45 % chlapců uvedlo, že kapavka nepatří mezi pohlavní nemoci. Že HIV nepatří mezi pohlavní choroby, uvedla 1,14 % respondentů, tj. 1,75 % dívek a 0,00 % chlapců. Celkem 10,23 % respondentů, tj. 12,28 % dívek a 6,45 % chlapců uvedlo, že HPV infekce nepatří do pohlavních onemocnění a 2,27 % respondentů, tj. 0,00 % dívek a 6,45 % chlapců uvedlo, že genitální opar nepatří mezi pohlavní nemoci. Nikdo neuvedl jako správnou odpověď syfilis (viz tabulka 9 a graf 5).

Tabulka 910 - Která onemocnění NEPATŘÍ mezi pohlavní nemoci? (více možných odpovědí)

Která onemocnění NEPATŘÍ mezi pohlavní nemoci?			
	Dívky (n = 57)	Chlapci (n = 31)	Celkem (n = 88)
Kapavka	0,00 %	6,45 %	2,27 %
Syfilis	0,00 %	0,00 %	0,00 %
Chřipka	100,00 %	100,00 %	100,00 %
HPV infekce	12,28 %	6,45 %	10,23 %
HIV	1,75 %	0,00 %	1,14 %
Mononukleóza	73,68 %	51,61 %	65,91 %
Herpes genitális	0,00 %	6,45 %	2,27 %

Graf 5 – Která onemocnění NEPATŘÍ mezi pohlavní nemoci? (více možných odpovědí)



Dotazníková otázka č. 9

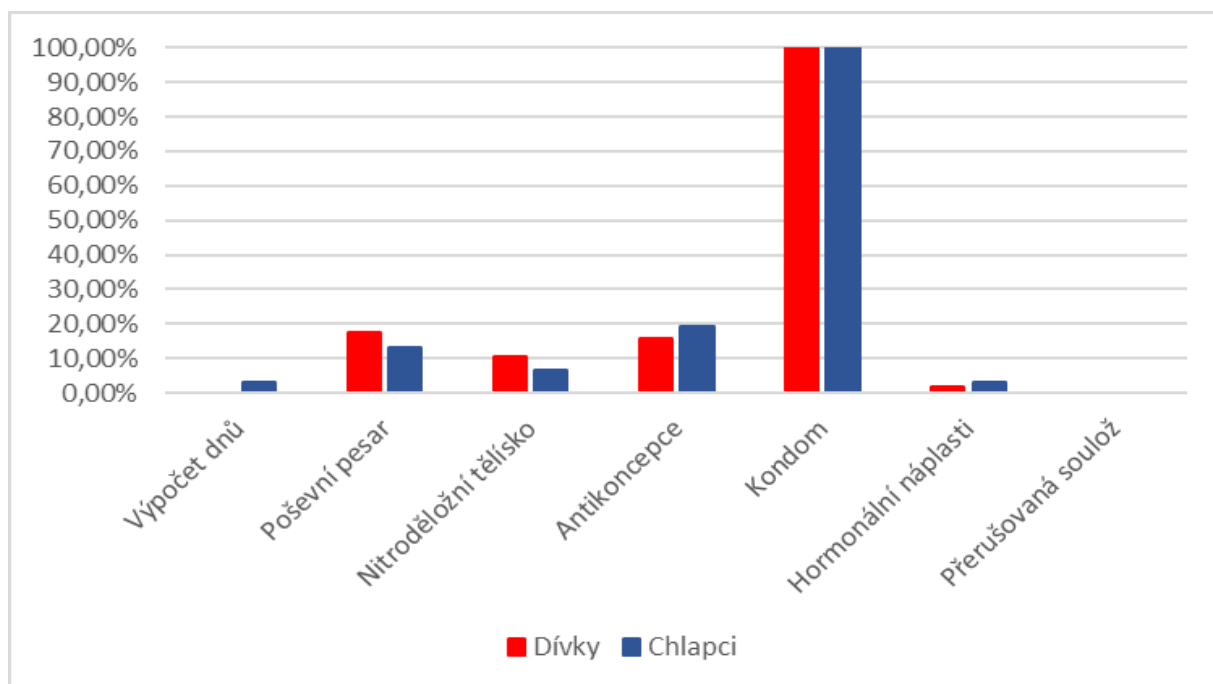
Tato otázka zjišťuje, zda studenti vědí, jestli některá z metod ochrany před neplánovaným otěhotněním může zároveň být ochranou před pohlavními chorobami.

Výpočet plodných a neplodných dní považuje 1,14 % respondentů, tj. 0,00 % dívek a 3,23 % chlapců za ochranu před pohlavními chorobami. Poševní pesar považuje za ochranu 15,91 % respondentů, tj. 17,53 % dívek a 12,90 % chlapců. Nitroděložní tělísko uvedlo 9,09 % respondentů, tj. 10,53 % dívek a 6,45 % chlapců, antikoncepci považuje za ochranu před pohlavními chorobami 17,05 % respondentů, tj. 15,79 % dívek a 19,35 % chlapců. Kondom vnímá všech 100,00 % dotazovaných jako ochranu. Hormonální náplast uvedlo 2,27 % dotazovaných, tj. 1,75 % dívek a 3,23 % chlapců a přerušovanou soulož nevolil ani jeden z dotazovaných. Podle výsledků je zřejmé, že dospívající nemají dostatek informací o prevenci pohlavních chorob (viz tabulka 10 a graf 6).

Tabulka 1101213 – Je některá z těchto metod ochrany před neplánovaným otěhotněním i ochranou proti pohlavním chorobám? (více možných odpovědí)

<i>Je některá z těchto metod ochrany před neplánovaným otěhotněním i ochranou proti pohlavním chorobám?</i>			
	Dívky (n = 57)	Chlapci (n = 31)	Celkem (n = 88)
Výpočet plodných a neplodných dnů	0,00 %	3,23 %	1,14 %
Poševní pesar	17,54 %	12,90 %	15,91 %
Nitroděložní tělísko	10,53 %	6,45 %	9,09 %
Antikoncepce	15,79 %	19,35 %	17,05 %
Kondom	100,00 %	100,00 %	100,00 %
Hormonální náplasti	1,75 %	3,23 %	2,27 %
Přerušovaná soulož	0,00 %	0,00 %	0,00 %

Graf 614 – Je některá z těchto metod ochrany před neplánovaným otěhotněním i ochranou proti pohlavním chorobám? (více možných odpovědí)



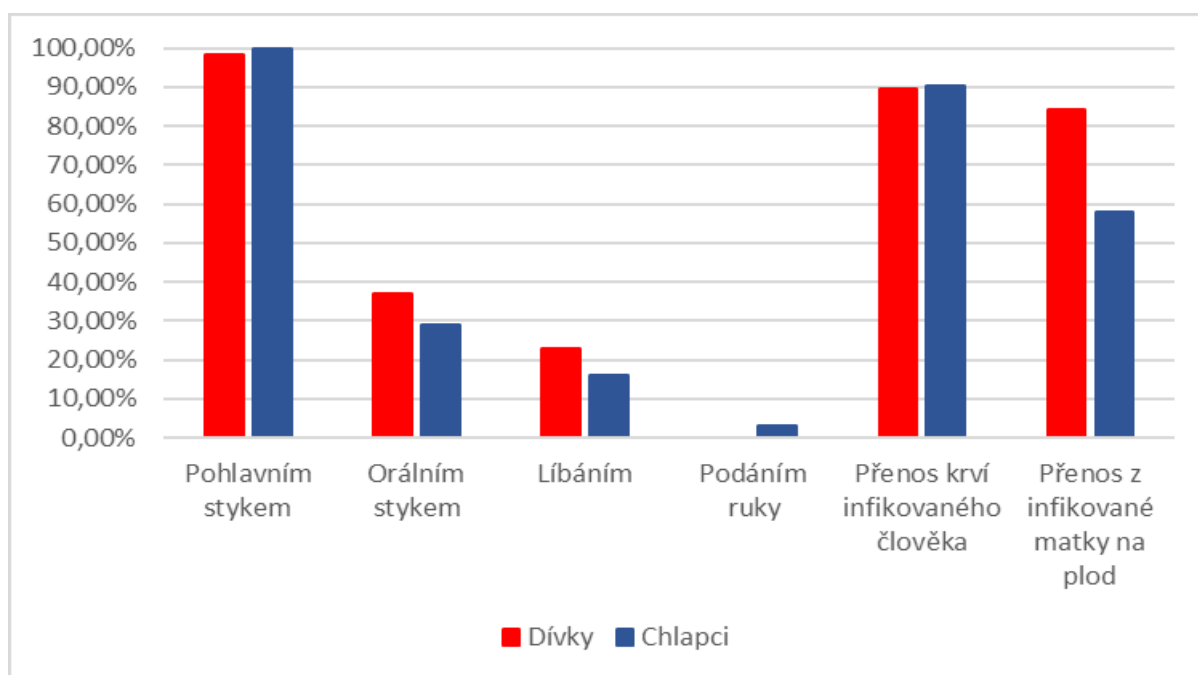
Dotazníková otázka č. 10

Otázka č. 10 se respondentů dotazuje, zda mají informace o tom, jak je možné se nakazit infekcí HIV. Při vyhodnocení odpovědí na tuto otázku je nutno brát zřetel na to, že odpovídající měli možnost uvést více správných odpovědí. Možnost nakazit se infekcí HIV pohlavním stykem uvedlo 98,86 % respondentů, tj. 98,25 % dívek a 100,00 % chlapců, orálním stykem uvedlo 34,09 % respondentů, tj. 36,84 % dívek a 29,03 % chlapců. Líbání jako možnost nákazy HIV zvolilo 22,81 % respondentů, tj. 16,13 % dívek a 20,45 % chlapců. Podání ruky zvolilo 1,14 % respondentů, tj. 0,00 % dívek a 3,23 % chlapců. Nákazu HIV infekce cestou přenosu z krve infikovaného uvedlo 89,77 % respondentů, tj. 89,47 % dívek a 90,32 % chlapců. Přenos z infikované matky na plod zvolilo 75,00 % studentů, tj. 84,21 % dívek a 58,06 % chlapců (viz tabulka 11 a graf 7).

Tabulka 1516 – Jakým způsobem je možné se nakazit infekcí HIV? (více možných odpovědí)

Jakým způsobem je možné se nakazit infekcí HIV?			
	Dívky (n = 57)	Chlapci (n = 31)	Celkem (n = 88)
Pohlavním stykem	98,25 %	100,00 %	98,86 %
Orálním stykem	36,84 %	29,03 %	34,09 %
Líbáním	22,81 %	16,13 %	20,45 %
Podáním ruky	0,00 %	3,23 %	1,14 %
Přenos krví infikovaného člověka	89,47 %	90,32 %	89,77 %
Přenos z infikované matky na plod	84,21 %	58,06 %	75,00 %

Graf 7 – Jakým způsobem je možné se nakazit infekcí HIV? (více možných odpovědí)



Dotazníková otázka č. 11

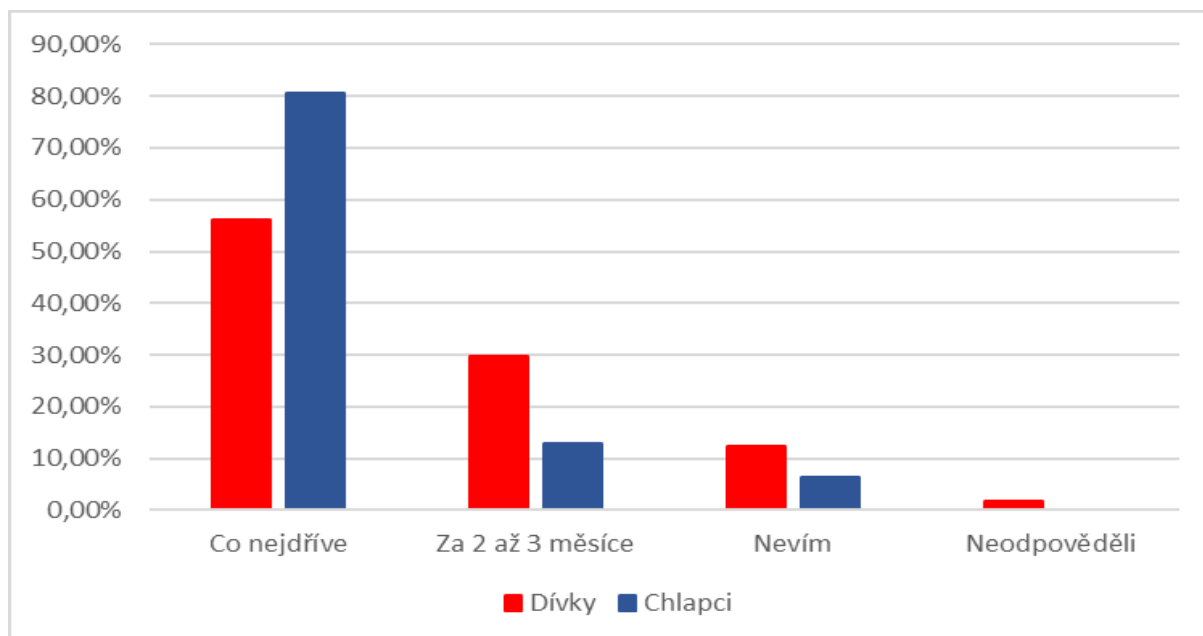
Otázka č. 11 zjišťuje, zda respondenti vědí, kdy mají vyhledat lékařské vyšetření a podrobit se testům HIV po styku s rizikovým partnerem. Možnost co nejdříve po kontaktu s rizikovým partnerem volilo 64,77 % respondentů, tj. 56,14 % dívek a 80,65 % chlapců. Za 2 až 3 měsíce uvedlo 23,86 % respondentů, tj. 29,82 % dívek a 12,90 % chlapců. Odpověď „Nevím“ zvolilo 10,23 % respondentů, tj. 12,28 % dívek a 6,45 % chlapců. Neodpovědělo 1,14 % respondentů, tj. 1,75 % dívek a 0,00 % chlapců. Z odpovědí je patrné, že dotázaní nemají v problematice onemocnění virem HIV dostatek

správných informací. Přitom jde o velmi závažné onemocnění, které postihne nejen samotného jedince, ale i jeho okolí (viz tabulka 12 a graf 8).

Tabulka 12 – Kdy jít na testy HIV po styku s rizikovým partnerem?

Kdy jít na testy HIV po styku s rizikovým partnerem?			
	Dívky (n = 57)	Chlapci (n = 31)	Celkem (n = 88)
Co nejdříve	56,14 %	80,65 %	64,77 %
Za 2 až 3 měsíce	29,82 %	12,90 %	23,86 %
Nevím	12,28 %	6,45 %	10,23 %
Neodpověděli	1,75 %	0,00 %	1,14 %
Celkem	100 %	100 %	100 %

Graf 8 – Kdy jít na testy HIV po styku s rizikovým partnerem?



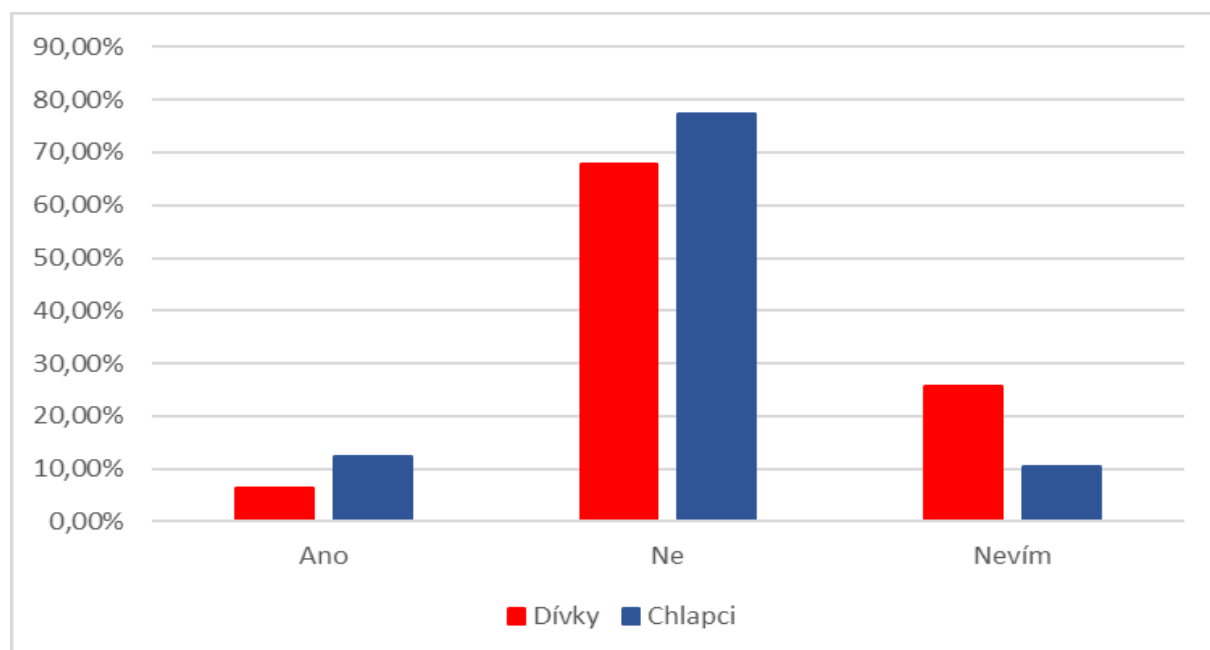
Dotazníková otázka č. 12

Otázka č. 12 zjišťuje, zda dospívající vědí, že HPV infekcí se mohou nakazit i muži. S otázkou souhlasilo pouze 10,23 % respondentů, tj. 6,45 % dívek a 12,28 % chlapců. Nesouhlasilo 73,86 % respondentů, tj. 67,74 % dívek a 77,19 % chlapců. Odpověď neznalo 15,91 % respondentů, tj. 25,81 % dívek a 10,53 % chlapců. I v této otázce je znát nedostatek správných informací o problematice (viz tabulka 13 a graf 9).

Tabulka 13 – Může se HPV infekcí nakazit i muž?

Může se HPV infekcí nakazit i muž?			
	Dívky (n = 57)	Chlapci (n = 31)	Celkem (n = 88)
Ano	6,45 %	12,28 %	10,23 %
Ne	67,74 %	77,19 %	73,86 %
Nevím	25,81 %	10,53 %	15,91 %
Celkem	100 %	100 %	100 %

Graf 9 – Může se HPV infekcí nakazit i muž?



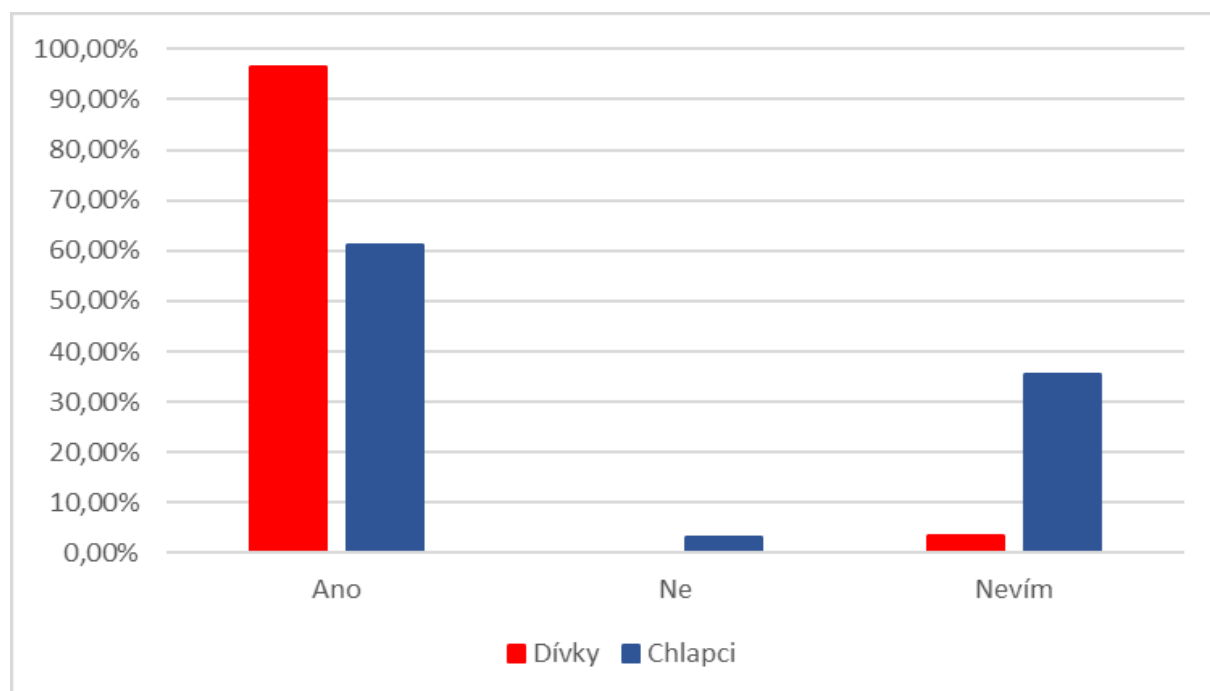
Dotazníková otázka č. 13

Otázka č. 13 se dotazuje na skutečnost, zda respondenti vědí, či nevědí o očkování proti HPV infekci. O očkování ví 84,09 % respondentů, tj. 96,49 % dívek a 61,29 % chlapců. Neví o něm 1,14 % respondentů, tj. 0,00 % dívek a 3,23 % chlapců. Možnost „Nevím“ zvolilo 14,77 % respondentů, tj. 3,51 % dívek a 35,48 % chlapců (viz tabulka 14 a graf 10).

Tabulka 14 – Existuje očkování proti HPV infekci?

Existuje očkování proti HPV infekci?			
	Dívky (n = 57)	Chlapci (n = 31)	Celkem (n = 88)
Ano	96,49 %	61,29 %	84,09 %
Ne	0,00 %	3,23 %	1,14 %
Nevím	3,51 %	35,48 %	14,77 %
Celkem	100 %	100 %	100 %

Graf 10 – Existuje očkování proti HPV infekci?



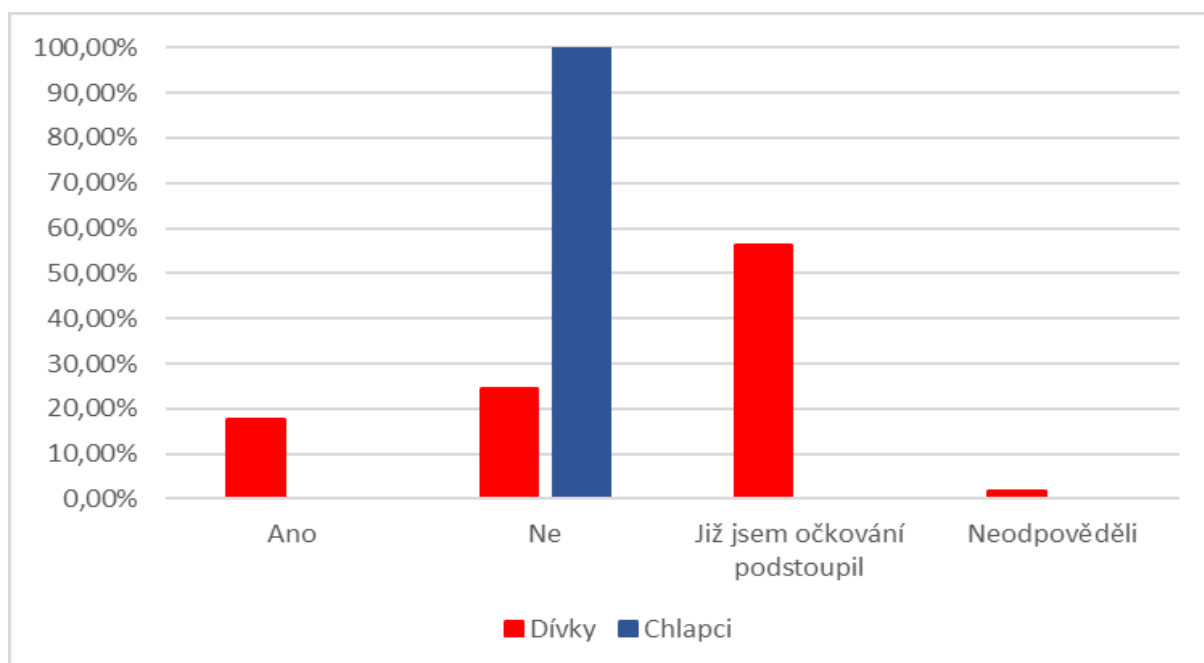
Dotazníková otázka č. 14

Otázka č. 14 se zabývá postojem respondentů k prevenci nákazy HPV infekcí formou očkování. Celkem 11,36 % respondentů, tj. 17,54 % dívek a 0,00 % chlapců uvažuje o očkování proti HPV infekci. O očkování nemá zájem 51,14 % respondentů, tj. 24,56 % dívek a 100,00 % chlapců. Očkování proti HPV infekci již podstoupilo 36,36 % respondentů, tj. 56,14 % dívek a 0,00 % chlapců. Neodpovědělo 1,14 % respondentů, tj. 1,75 % dívek a 0,00 % chlapců. Přestože informace o očkování dospívající mají, velké procento dotazovaných nemá zájem využít tuto formu prevence (viz tabulka 15 a graf 11).

Tabulka 15 – Uvažoval /a jsi o tom, že podstoupíš očkování proti HPV infekci?

Uvažoval /a jsi o tom, že podstoupíš očkování proti HPV infekci?			
	Dívky (n = 57)	Chlapci (n = 31)	Celkem (n = 88)
Ano	17,54 %	0,00 %	11,36 %
Ne	24,56 %	100,00 %	51,14 %
Již jsem očkování podstoupil	56,14 %	0,00 %	36,36 %
Neodpověděli	1,75 %	0,00 %	1,14 %
Celkem	100 %	100 %	100 %

Graf 11 – Uvažoval /a jsi o tom, že podstoupíš očkování proti HPV infekci?



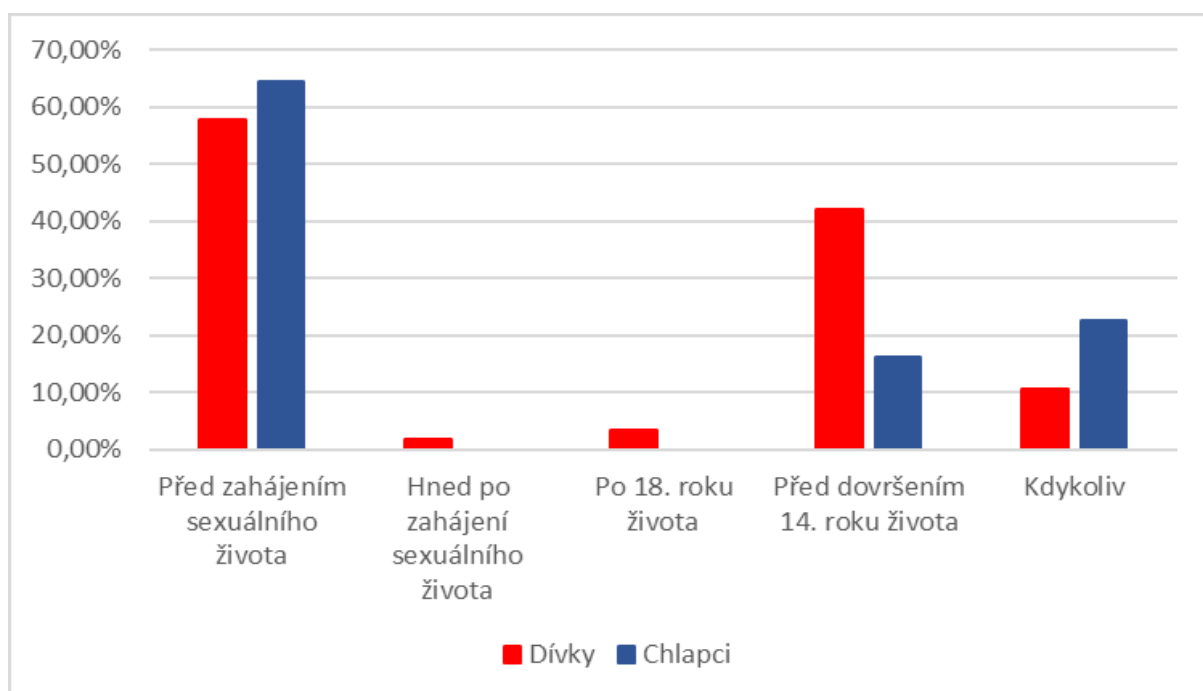
Dotazníková otázka č. 15

Otázka č. 15 se zabývá zjišťováním, zda dospívající mají znalosti o tom, kdy je nejvhodnější doba pro aplikaci očkování proti HPV infekci. Možnost před zahájením sexuálního života zvolilo 60,23 % respondentů, tj. 57,89 % dívek a 64,52 % chlapců. Po zahájení sexuálního života uvedlo pouze 1,14 % respondentů, tj. 1,75 % dívek a 0,00 % chlapců. Variantu po 18. roce života zvolilo 2,27 % respondentů, tj. 3,51 % dívek a 0,00 % chlapců. Před dovršením 14. roku života uvádí 32,95 % respondentů, tj. 42,11 % dívek a 16,13 % chlapců. Možnost, že je vhodné se nechat očkovat kdykoliv, zvolilo 14,77 % respondentů, tj. 10,53 % dívek a 22,58 % chlapců (viz tabulka 16 a graf 12).

Tabulka 16 – Kdy je nejvhodnější doba dát se očkovat proti HVP infekci? (více možných odpovědí)

Kdy je nejvhodnější doba dát se očkovat proti HVP infekci?			
	Dívky (n = 57)	Chlapci (n = 31)	Celkem (n = 88)
Před zahájením sexuálního života	57,89 %	64,52 %	60,23 %
Hned po zahájení sexuálního života	1,75 %	0,00 %	1,14 %
Po 18. roku života	3,51 %	0,00 %	2,27 %
Před dovršením 14. roku života	42,11 %	16,13 %	32,95 %
Kdykoliv	10,53 %	22,58 %	14,77 %

Graf 12 – Kdy je nejvhodnější doba dát se očkovat proti HVP infekci? (více možných odpovědí)



Dotazníková otázka č. 16

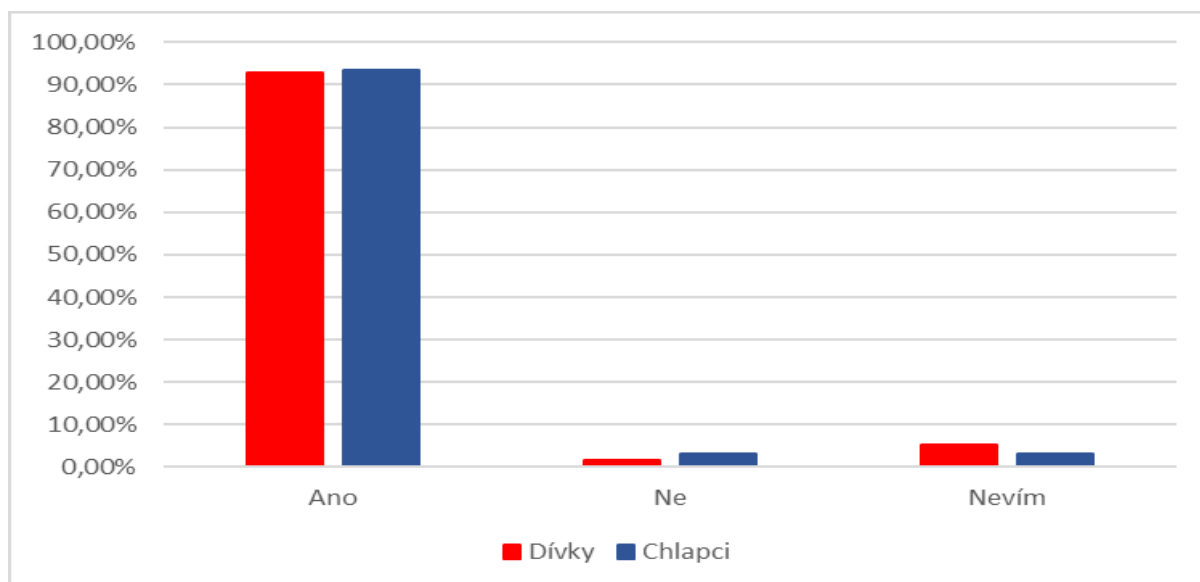
Tato otázka se dotazuje na to, zda si respondenti jsou vědomi skutečnosti, že pokud úmyslně budou šířit pohlavní nemoc, jsou za toto jednání trestně odpovědní a tímto svým jednáním naplňují skutkovou podstatu několika úmyslných trestných činů. Ze zjištěných dat je zřejmé a velice pozitivní zjištění, že i v tomto mladém věku jsou si respondenti plně vědomi případných následků svého nezodpovědného chování. Jsou si plně vědomi trestní odpovědnosti, což uvádí 93,18 % respondentů, tj. 92,98 % dívek a 93,55 % chlapců. Pouze 2,27 % respondentů, tj. 1,75 % dívek a 3,23 % chlapců, uvedlo, že za výše uvedené jednání

nejdou trestně odpovědní. Zbýlých 4,55 % respondentů, tj. 5,26 % dívek a 3,23 % uvedlo, že se v této oblasti neorientují a neumí na tuto otázku odpovědět (viz tabulka 17 a graf 13).

Tabulka 17 – Může být stíhán člověk, který úmyslně šíří pohlavní nemoc?

Může být stíhán člověk, který úmyslně šíří pohlavní nemoc?			
	Dívky (n = 57)	Chlapci (n = 31)	Celkem (n = 88)
Ano	92,98 %	93,55 %	93,18 %
Ne	1,75 %	3,23 %	2,27 %
Nevím	5,26 %	3,23 %	4,55 %
Celkem	100 %	100 %	100 %

Graf 13 – Může být stíhán člověk, který úmyslně šíří pohlavní nemoc?



Dotazníková otázka č. 17

V otázce č. 17 je cílem zjistit, zda si respondenti jsou vědomi toho, že v případě nakažení pohlavní nemocí jsou povinni oznámit všechny sexuální partnery. I zde z vyhodnocených výsledků je zřejmé, že informovanost respondentů je na velice dobré úrovni. Jako povinnost tuto skutečnost vnímá 76 respondentů, tj. 87,10 % všech chlapců a 85,96 % všech dívek z celkového počtu 88. Pouze 2 respondenti (jedna dívka a jeden chlapec) tuto povinnost nevnímají jako povinnost a volili odpověď „ne“. Z celkového počtu 88 respondentů 11, tj. 9,68 % chlapců a 12,28 % dívek nebylo schopno odpovědět a volilo odpověď „nevím“. Z odpovědí je zřejmá pozitivní skutečnost, že se respondenti v této problematice orientují a svojí povinnosti jsou si vědomi. Můžeme tedy předpokládat,

že se na základě těchto skutečností chovají tak, aby se nemuseli zodpovídat z protiprávního jednání a z porušení zákonů (viz tabulka 18 a graf 14).

Tabulka 18 – Je povinnost nahlásit všechny své sexuální partnery v případě zjištění nákazy pohlavní chorobou?

<i>Je povinnost nahlásit všechny své sexuální partnery v případě zjištění nákazy pohlavní chorobou?</i>			
	Dívky (n = 57)	Chlapci (n = 31)	Celkem (n = 88)
Ano	85,96 %	87,10 %	86,36 %
Ne	1,75 %	3,23 %	2,27 %
Nevím	12,28 %	9,68 %	11,36 %
Celkem	100 %	100 %	100 %

Graf 14 – Je povinnost nahlásit všechny své sexuální partnery v případě zjištění nákazy pohlavní chorobou?



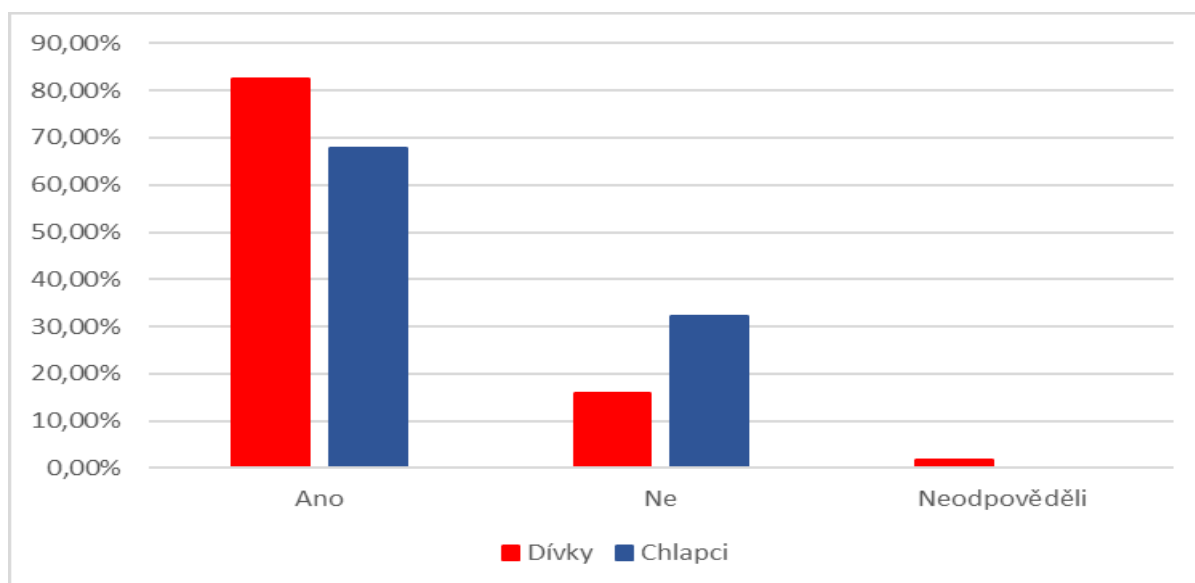
Dotazníková otázka č. 18

Otázka č. 18 se dotazuje respondentů, zda již měli pohlavní styk. Pohlavní styk mělo 77,27 % respondentů, tj. 82,46 % dívek a 67,74 % chlapců. Nemělo ho 21,59 % respondentů, tj. 15,79 % dívek a 32,26 % chlapců. Neodpovědělo 1,14 % respondentů, tj. 1,75 % dívek a 0,00 % chlapců. Z odpovědí vyplývá, že většina dotazovaných již žije aktivním sexuálním životem (viz tabulka 19 a graf 15).

Tabulka 19 – Měl/a jsi už pohlavní styk?

<i>Měl/a jsi už pohlavní styk?</i>			
	Dívky (n = 57)	Chlapci (n = 31)	Celkem (n = 88)
Ano	82,46 %	67,74 %	77,27 %
Ne	15,79 %	32,26 %	21,59 %
Neodpověděli	1,75 %	0,00 %	1,14 %
Celkem	100 %	100 %	100 %

Graf 15 – Měl/a jsi už pohlavní styk?



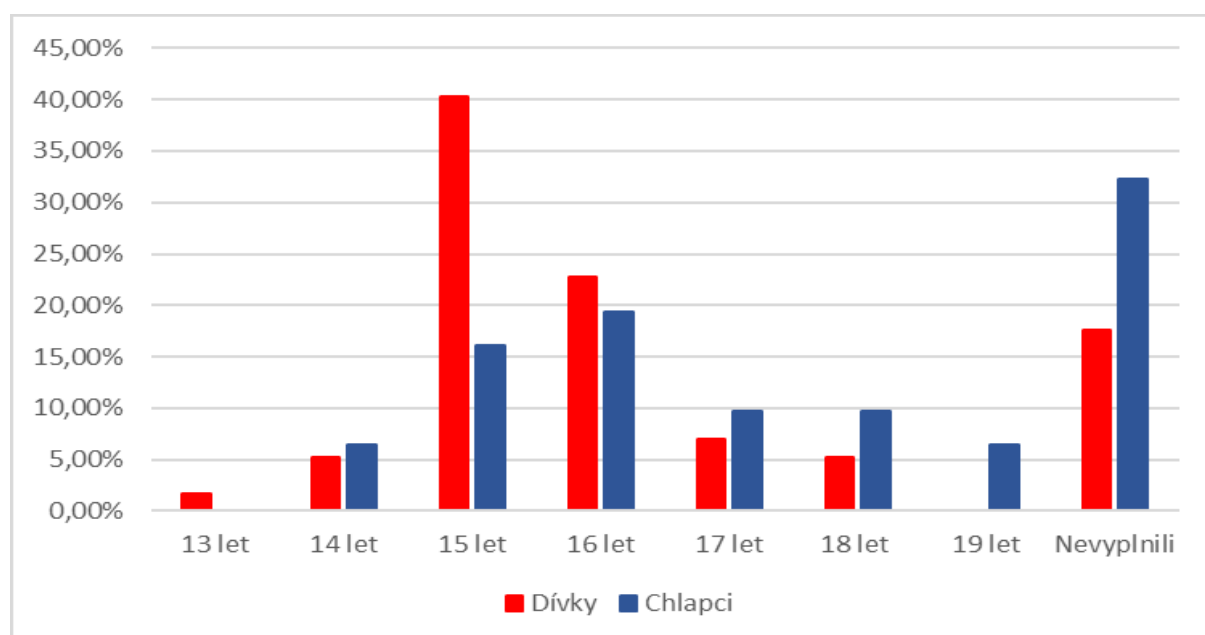
Dotazníková otázka č. 19

Tato otázka se dotazuje na věk, kdy respondenti zahájili sexuální život. 13 let uvedlo 1,14 % respondentů, tj. 1,75 % dívek a 0,00 % chlapců. Ve 14 zahájilo sexuální život 5,68 % respondentů, tj. 5,26 % dívek a 6,45 % chlapců, v 15 letech 31,82 % respondentů, tj. 40,35 % dívek a 16,13 % chlapců, v 16 letech 21,59 % respondentů, tj. 22,81 % dívek a 19,35 % chlapců, v 17 letech 7,95 % respondentů, tj. 7,02 % dívek a 9,68 % chlapců, v 18 letech 6,82 % respondentů, tj. 5,26 % dívek a 9,68 % chlapců a v 19 letech 2,27 % respondentů, tj. 0,00 % dívek a 6,45 % chlapců. Věk neuvedlo 22,73 % respondentů, tj. 17,54 % dívek a 32,26 % chlapců. Ze získaných dat je zřejmé, že mládež zahajuje sexuální život nejčastěji okolo 15. až 17. Roku věku, což je poměrně brzy vzhledem k nedostatečné informovanosti v této oblasti (viz tabulka 20 a graf 16).

Tabulka 20 – Rozdělení respondentů podle věku zahájení sexuálního života

Rozdělení respondentů výzkumu podle věku zahájení sexuálního života.			
	Dívky (n = 57)	Chlapci (n = 31)	Celkem (n = 88)
13 let	1,75 %	0,00 %	1,14 %
14 let	5,26 %	6,45 %	5,68 %
15 let	40,35 %	16,13 %	31,82 %
16 let	22,81 %	19,35 %	21,59 %
17 let	7,02 %	9,68 %	7,95 %
18 let	5,26 %	9,68 %	6,82 %
19 let	0,00 %	6,45 %	2,27 %
Nevyplnili	17,54 %	32,26 %	22,73 %
Celkem	100 %	100 %	100 %

Graf 16 – Rozdělení respondentů podle věku zahájení sexuálního života



Dotazníková otázka č. 20

Otázka č. 20 zjišťuje, kolik sexuálních partnerů dotazovaní měli od začátku jejich sexuálního života. Na odpověď neodpovědělo 18 dotázaných. Přestože věk dotazovaných je relativně nízký, většina již přiznala více jak jednoho sexuálního partnera. Dívky uvedly v průměru 3,6 partnerů a chlapci uvedli 3,1 sexuálních partnerek.

Tabulka 21 – Rozdělení respondentů podle počtu sexuálních partnerů

Rozdělení respondentů výzkumu podle počtu sexuálních partnerů				
	Chlapci	Dívky	Chlapci (n=31)	Dívky (n=57)
0	1	1	3,23 %	1,75 %
1	6	15	19,35 %	26,32 %
2	3	7	9,68 %	12,28 %
3	6	6	19,35 %	10,53 %
4	1	6	3,23 %	10,53 %
5	1	4	3,23 %	7,02 %
6	1	3	3,23 %	5,26 %
7	0	1	0,00 %	1,75 %
8	1	1	3,23 %	1,75 %
9	0	1	0,00 %	1,75 %
10	0	1	0,00 %	1,75 %
12	1	1	3,23 %	1,75 %
18	0	1	0,00 %	1,75 %
30	1	0	3,23 %	0,00 %
Neodpověděli	9	9	29,03 %	15,79 %
Celkem	31	57	100 %	100 %
Průměr	3,095	3,604	x	x

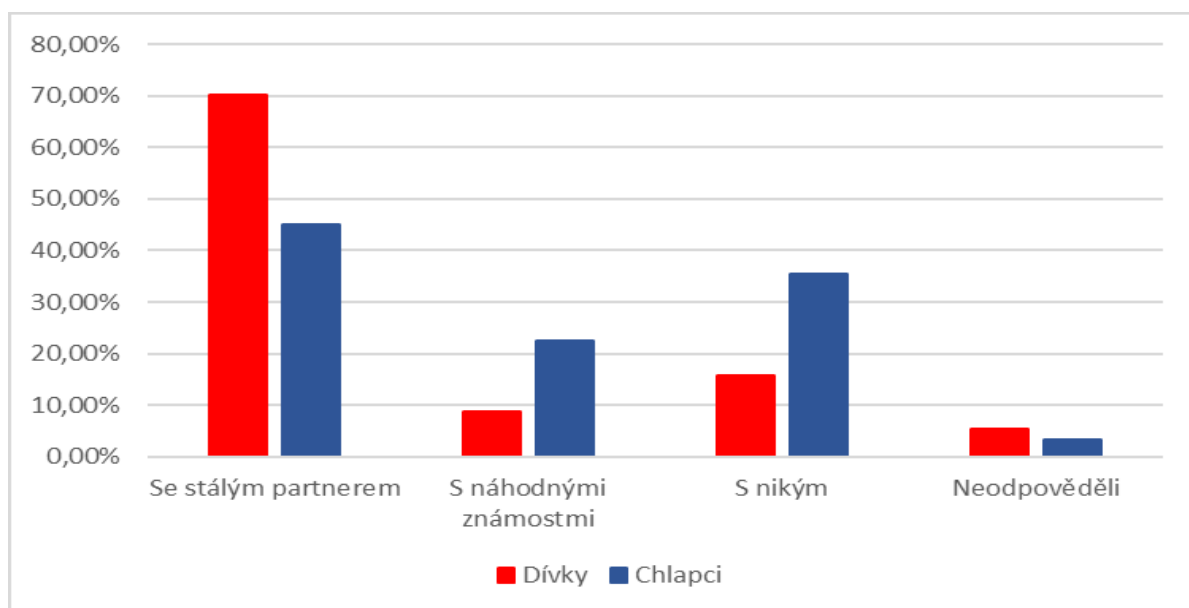
Dotazníková otázka č. 21

Otázka č. 21 zjišťuje, zda respondenti prožili pohlavní styk se stálým partnerem, nebo s někým, s kým se náhodně seznámili. Existovala možnost zvolit více odpovědí. Sexuální styk se stálým partnerem uvedlo 61,36 % respondentů, tj. 70,18 % dívek a 45,16 % chlapců, zatímco s náhodnými známostmi 13,64 % respondentů, tj. 8,77 % dívek a 22,58 % chlapců. Pohlavní styk nemělo s nikým 22,73 % respondentů, tj. 15,79 % dívek a 35,48 % chlapců. Neodpovědělo 4,55 % respondentů, tj. 5,26 % dívek a 3,23 % chlapců (viz tabulka 22 a graf 17).

Tabulka 22 – Pohlavní styk jsi měl/a?

Pohlavní styk jsi měl/a?			
	Dívky (n = 57)	Chlapci (n = 31)	Celkem (n = 88)
Se stálým partnerem	70,18 %	45,16 %	61,36 %
S náhodnými známostmi	8,77 %	22,58 %	13,64 %
S nikým	15,79 %	35,48 %	22,73 %
Neodpověděli	5,26 %	3,23 %	4,55 %
Celkem	100 %	100 %	100 %

Graf 17 – Pohlavní styk jsi měl/a?



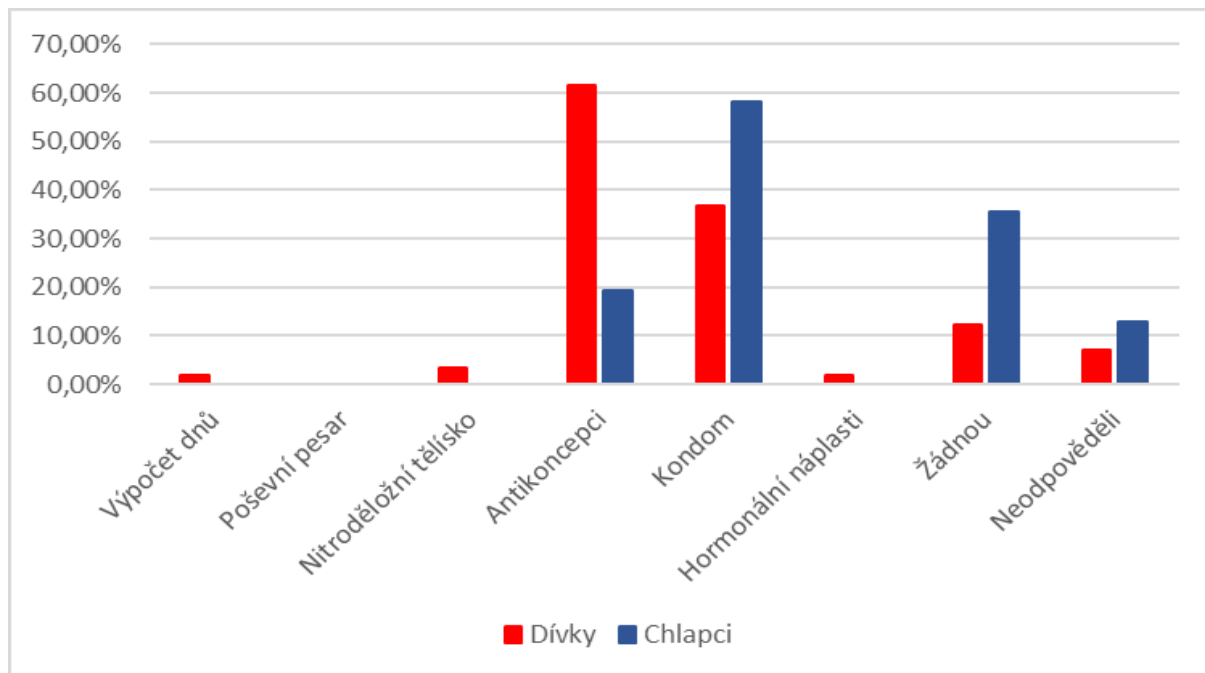
Dotazníková otázka č. 22

Otázka č. 22 zjišťuje, jaký druh ochrany při pohlavním styku dotazovaní používají. Na tuto otázku bylo možné zvolit více odpovědí. Výpočet plodných a neplodných dní uvedlo 1,14 % respondentů, tj. 1,75 % dívek a 0,00 % chlapců, poševní pesar nepoužívá nikdo, nitroděložní tělísko mají jako formu ochrany 2,27 % respondentů, tj. 3,51 % dívek a 0,00 % chlapců. Perorální antikoncepci užívá 46,59 % respondentů, tj. 61,40 % dívek a 19,35 % chlapců. Kondom jako druh ochrany při styku používá 44,32 % respondentů, tj. 36,84 % dívek a 58,06 % chlapců. Hormonální náplast zvolilo 1,14 % respondentů, tj. 1,75 % dívek a 0,00 % chlapců. Žádnou formu ochrany nepoužívá 20,45 % respondentů, tj. 12,28 % dívek a 35,48 % chlapců. Na otázku neodpovědělo 9,09 % respondentů, tj. 7,02 % dívek a 12,90 % chlapců. Z odpovědí je zřejmé, že se dospívající chrání především před nežádoucím otěhotněním (viz tabulka 23 a graf 18).

Tabulka 23 – Jaký druh ochrany při pohlavním styku používáš? (více možných odpovědí)

Jaký druh ochrany při pohlavním styku používáš?			
	Dívky (n = 57)	Chlapci (n = 31)	Celkem (n = 88)
Výpočet plodných a neplodných dnů	1,75 %	0,00 %	1,14 %
Poševní pesar	0,00 %	0,00 %	0,00 %
Nitroděložní tělísko	3,51 %	0,00 %	2,27 %
Antikoncepci	61,40 %	19,35 %	46,59 %
Kondom	36,84 %	58,06 %	44,32 %
Hormonální náplasti	1,75 %	0,00 %	1,14 %
Žádnou	12,28 %	35,48 %	20,45 %
Neodpověděli	7,02 %	12,90 %	9,09 %

Graf 18 – Jaký druh ochrany při pohlavním styku používáš? (více možných odpovědí)



Dotazníková otázka č. 23

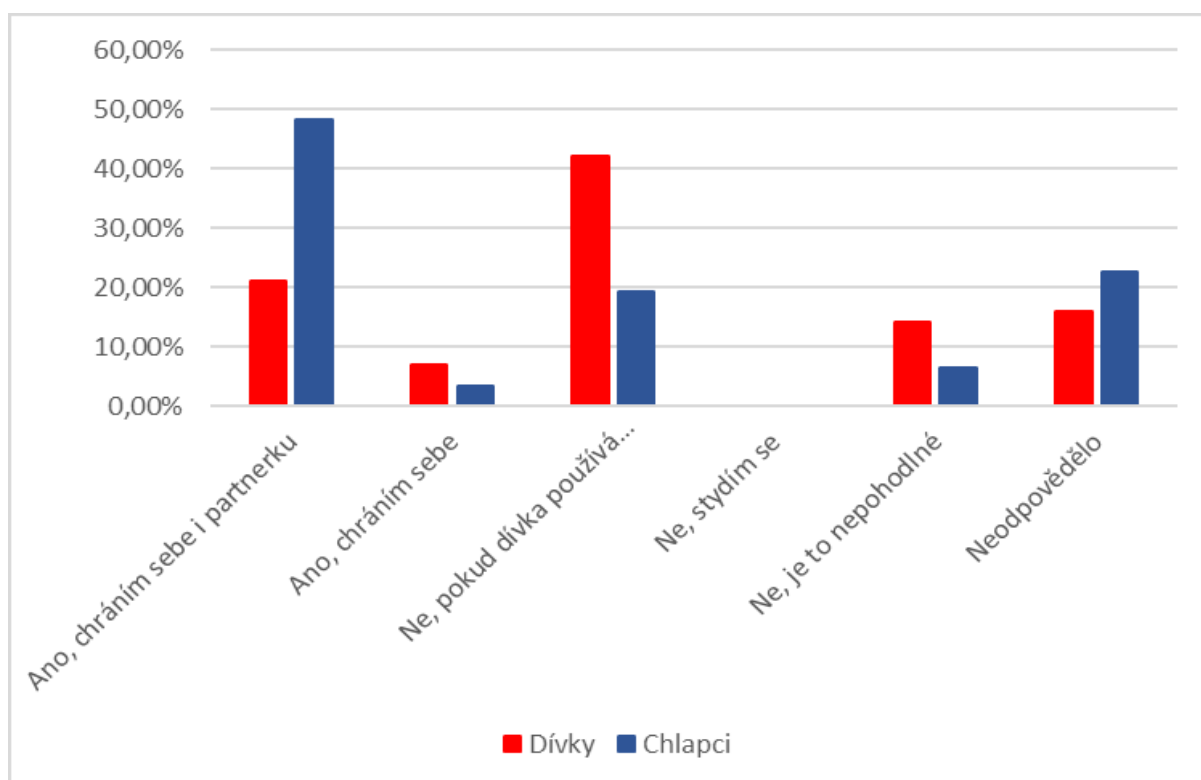
Otázka č. 23 zjišťuje, zda respondenti při pohlavním styku používají kondom. Odpověď má vždy podotázku, z jakého důvodu ho používají, nebo nepoužívají. Celkem 30,68 % respondentů, tj. 21,05 % dívek a 48,39 % chlapců kondom používá a chrání sebe i partnerku. Jen sebe chrání 5,68 % respondentů, tj. 7,02 % dívek a 3,23 % chlapců. Kondom při styku nepoužívá z důvodu pocitu zbytečnosti, pokud partnerka používá antikoncepci, 34,09 % respondentů, tj. 42,11 % dívek a 19,35 % chlapců. Za nepohodlný považuje kondom 11,36 % respondentů, tj. 14,04 % dívek a 6,45 % chlapců. Z výsledků

vyplývá, že prvotním je pro skupinu mladých lidí především ochrana před neplánovaným otěhotněním, riziko přenosu pohlavních chorob si mnohdy neuvědomují. Otázkou je, zda je to z nedostatku informací, nebo z mladické nerozvážnosti (viz tabulka 24 a graf 19).

Tabulka 24 – Používáš kondom při pohlavním styku?

Používáš kondom při pohlavním styku?			
	Dívky (n = 57)	Chlapci (n = 31)	Celkem (n = 88)
Ano, chráním sebe i partnerku	21,05 %	48,39 %	30,68 %
Ano, chráním sebe	7,02 %	3,23 %	5,68 %
Ne, pokud dívka používá antikoncepci, je to zbytečné	42,11 %	19,35 %	34,09 %
Ne, stydím se	0,00 %	0,00 %	0,00 %
Ne, je to nepohodlné	14,04 %	6,45 %	11,36 %
Neodpovědělo	15,79 %	22,58 %	18,18 %
Celkem	100 %	100 %	100 %

Graf 19 – Používáš kondom při pohlavním styku?



Dotazníková otázka č. 24

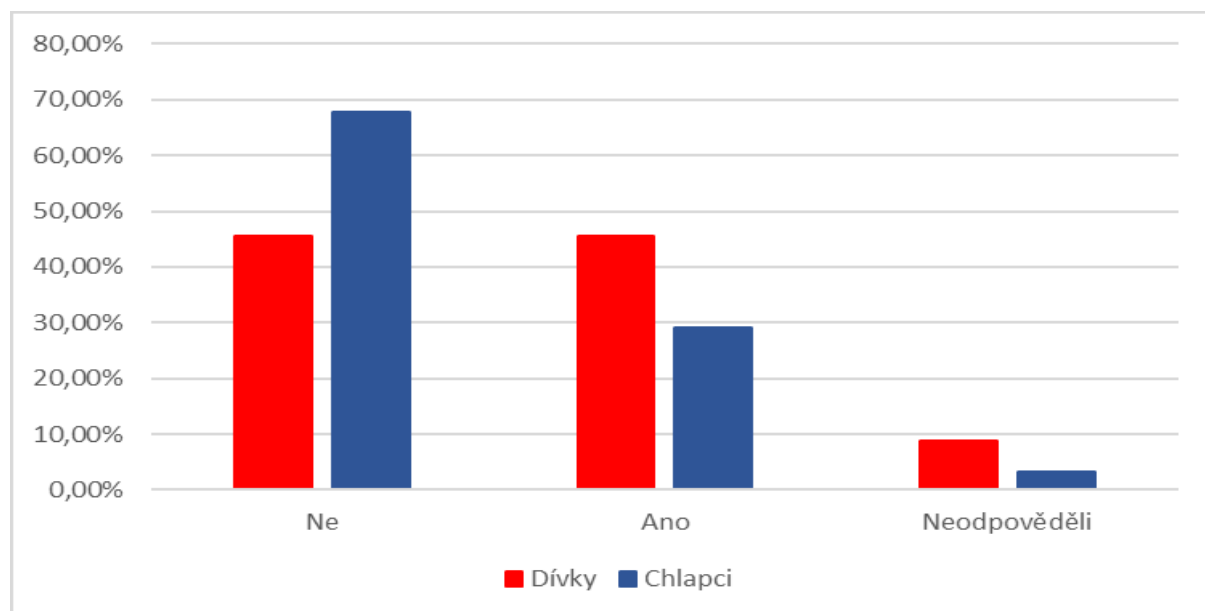
Dotazníková otázka č. 24 zjišťuje, jak funguje komunikace o sexu v rodině. Byla zde možnost odpovědi, „ano, hovoříme“, a „ne, nehovoříme“. Odpověď „Ne“ zvolilo 53,41 % respondentů, tj. 45,61 % dívek a 67,74 % chlapců. Kladnou odpověď vybralo

39,77 % respondentů, tj. 45,61 % dívek a 29,03 % chlapců. Neodpovědělo 6,82 % respondentů, tj. 8,77 % dívek a 3,23 % chlapců. Dotazovaní měli možnost doplnit svou odpověď a upřesnit, o jakých tématech s rodiči hovoří, nebo z jakého důvodu v rodině o tomto tématu nekomunikují. Většina možnosti písemného doplnění využila. Pokud v rodině funguje správná komunikace, je zaměřena především na ochranu před neplánovaným těhotenstvím, na téma výskytu pohlavních chorob a jejich prevenci se diskutuje minimálně. Pokud dotazovaní se svými rodiči o otázkách sexu nehovoří, je to především otázka studu, anebo je toto téma v rodině naprosté tabu. Z výsledků vyplývá, že mnoho rodin neposkytuje dostatečné informace svým dospívajícím dětem, které potom vyhledávají informace z nespolehlivých zdrojů (viz tabulka 25 a graf 20).

Tabulka 25 – Hovoříte v rodině o sexu?

Hovoříte v rodině o sexu?			
	Dívky (n = 57)	Chlapci (n = 31)	Celkem (n = 88)
Ne	45,61 %	67,74 %	53,41 %
Ano	45,61 %	29,03 %	39,77 %
Neodpověděli	8,77 %	3,23 %	6,82 %
Celkem	100 %	100 %	100 %

Graf 20 – Hovoříte v rodině o sexu?



Dotazníková otázka č. 25

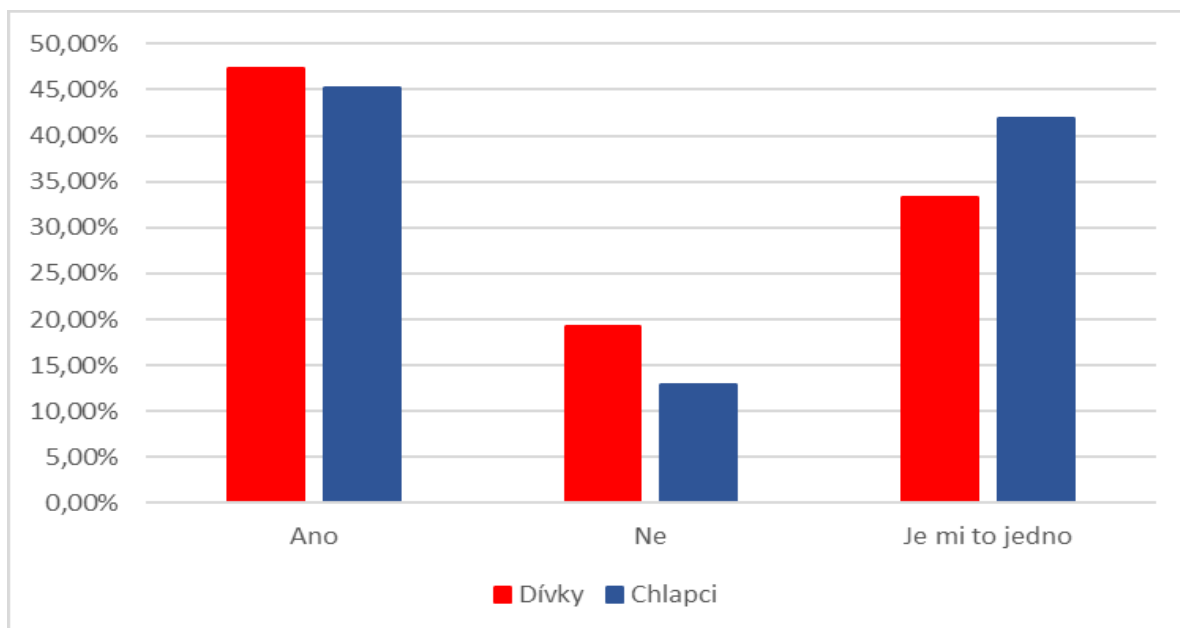
Cílem závěrečné otázky dotazníku bylo zjistit zájem respondentů o další informace v oblasti sexuality a ochrany před pohlavními nemocemi. Respondentům, kteří jsou v tomto mladém věku na počátku svého sexuálního života a mají relativně málo informací a především málo životních zkušeností, byla nabídnuta odborná přednáška na dané téma přímo v prostorách školy.

Z vyhodnocení odpovědí vyplývá, že 46,59 % respondentů, tj. 47,37 % dívek a 45,16 % chlapců má zájem o další informace, vzdělávání a souhlasí s odbornou přednáškou. Nemá zájem 17,05 % respondentů, tj. 19,30 % dívek a 12,90 % chlapců. Vyhraněný názor nemá 36,36 % respondentů, tj. 33,33 % dívek a 41,94 % chlapců. Postoj mládeže k této problematice je zřejmě odrazem výchovy jednotlivých respondentů, z níž vyplývá nejen odmítání komunikace v rodinném i jiném prostředí, vlastní nezájem či podceňování nebezpečí a ohrožení onemocněním pohlavní chorobou. Výsledky zároveň ukazují to, že mladí lidé získávají informace z jiných zdrojů, od kamarádů, z internetu, kde však je nebezpečí, že nebudou pravdivé nebo přesné (viz tabulka 26 a graf 21).

Tabulka 26 – Uvítal/a bys besedu o pohlavních nemocech a ochraně při pohlavním styku na tvé škole?

<i>Uvítal bys besedu o pohlavních nemocech a ochraně při pohlavním styku na tvé škole?</i>			
	Dívky (n = 57)	Chlapci (n = 31)	Celkem (n = 88)
Ano	47,37 %	45,16 %	46,59 %
Ne	19,30 %	12,90 %	17,05 %
Je mi to jedno	33,33 %	41,94 %	36,36 %
Celkem	100 %	100 %	100 %

Graf 21 – Uvítal/a bys besedu o pohlavních nemocech a ochraně při pohlavním styku na tvé škole?



5 DISKUZE

Výzkum probíhal na třech vybraných středních školách v Trutnově. Zúčastnili se ho studenti 3. ročníků ve věkovém rozpětí od 16 do 21 let. Celkem bylo dotázáno 88 studentů, z toho 57 dívek a 31 chlapců. Z výzkumného šetření vyplynulo, že 77,27 % dotazovaných již zahájilo sexuální život, celkem 21,59 % ještě nemělo pohlavní styk.

V bakalářské práci byly vytyčeny dva hlavní cíle. Prvním cílem bylo zjistit informovanost středoškolské mládeže o pohlavních chorobách. Druhým cílem bylo zjistit, zda mládež ví, jak předcházet pohlavním chorobám. Dále byly stanoveny dva dílčí cíle. Prvním dílčím cílem bylo zjistit, zda načerpané informace používají ve svém intimním životě, a druhý se zaměřil na zdroj jejich informací.

Cíl 1: Zjistit informovanost středoškolské mládeže o pohlavních chorobách.

K tomuto cíli se vztahovaly otázky č. 7, 8, 10, 12, 16 a 17. Ze zjištěných výsledků vyplývá, že studenti mají přehled o pohlavních nemocech. Pouze na otázku č. 12, která se týkala infekce HPV a toho, zda se tímto onemocněním může nakazit i muž, odpovědělo správně pouhých 10,23 % dotazovaných, celkem 77,19 % chlapců uvádí, že muži se nakazit nemohou. Zde je patrná nedostatečná informovanost o přenosu onemocnění. Studenti mají dostatečný přehled i o právní problematice spojené s pohlavními nemocemi. V roce 2013 byl proveden výzkum, který byl součástí bakalářské práce, o informovanosti adolescentů o pohlavně přenosných chorobách. Závěr tohoto výzkumu byl, že mládež nemá dostatečné informace, dívky měly větší znalosti než chlapci (J. Picková, 2013). V mém výzkumném vzorku byla znalost o pohlavně přenosných chorobách dostatečná, pouze u otázek týkajících se HPV infekce chyběly informace o možnosti nákazy chlapců, což korespondovalo s výzkumem z roku 2013, kdy tyto informace též chyběly. Současná mládež se lépe orientuje v pohlavních chorobách, ale stále to není dostatečné pro jejich další sexuální život.

Cíl 2: Znalost prevence pohlavních nemocí.

K tomuto cíli se vztahovaly otázky č. 4, 5, 9, 11, 13, 14, 15. Otázky č. 4, 5 se vztahovaly k pravidelným preventivním gynekologickým prohlídkám. Většina studentů je správně informována o tom, kdy poprvé navštívit gynekologa i jak často mají dívky navštěvovat svého gynekologa. Otázka č. 9 zkoumala, zda některá z metod ochrany před neplánovaným těhotenstvím zároveň chrání před pohlavními nemocemi. Správnou odpověď uvedlo 88 dotázaných, tj. 100 %. Někteří dotazovaní zvolili i další odpovědi, které byly chybné. V otázce č. 11 jsem se dotazovala studentů, jestli vědí, kdy si nechat

udělat test na HIV, pokud by měli styk s rizikovým partnerem. Správnou odpověď zvolilo pouhých 23,86 % studentů. Otázky č. 13, 14, 15 zjišťují znalost preventivního očkování proti infekci HPV. Celkem 84,09 % ví, že očkování existuje, celkem 36,36 % dotazovaných již očkování podstoupilo a 11,36 % přemýšlí, že se nechá očkovat. Z odpovědí vyplývá, že dívky jsou o této problematice více informované, je to zřejmě tím, že většina chlapců se domnívá, že HPV infekcí se nemohou nakazit, což se potvrdilo u otázky č. 14, kde 100 % chlapců uvedlo, že neuvažují o preventivním očkování. Chlapci mají informace o výskytu HPV infekce, znají i prevenci formou očkování, ale už jim chybí informace, že toto očkování je vhodné i pro ně. Od ledna 2018 došlo ke změnám v očkování a pojišťovny ho proplácejí chlapcům od 13 let (www.cervix.cz). V této oblasti je nedostatečná informovanost o možnosti nákazy i její prevenci. Správnou odpověď, kdy je nejvhodnější doba pro aplikaci očkování, zvolilo 60,23 % dotazovaných. Ze zjištěných výsledků vyplývá, že informovanost o prevenci proti pohlavním nemocím není dostatečná. Vzhledem ke stále stoupajícímu počtu onemocnění pohlavně přenosnými nemocemi, např. nárůst HIV, kdy v roce 2010 bylo evidováno v ČR 1522 nakažených, v roce 2017 to již bylo 3100 nakažených (www.szú.cz), je alarmující, že mládež přistupuje k prevenci proti nim lehkovážně a nepovažuje za důležité se před tímto nebezpečím chránit.

Cíl 3: Vliv znalostí o pohlavních chorobách a jejich prevenci na sexuální chování středoškolské mládeže.

K tomuto cíli se vztahovaly otázky č. 18, 19, 20, 21, 22, 23. Z celkového počtu 88 dotazovaných zahájilo 77,27 % respondentů sexuální život, zatímco 21,59 % ho ještě nezahájilo. Neodpovědělo 1,14 % dotázaných. Otázka č. 19 zkoumala věk prvního pohlavního styku. Ve 13 letech ho zahájilo 1,14 %, ve 14 letech 5,68 % dotázaných, v 15 letech 31,82 % dotázaných, v 16 letech 21,59 % dotázaných, v 17 letech 7,59 % dotázaných, v 18 letech 6,82 % dotázaných, v 19 letech 2,27 % dotázaných. V porovnání s výzkumem, který prováděl Weiss a Zvěřina v letech 1993, 1998, 2003 a 2008 se výsledky rozcházejí. Z jejich výzkumů vyplývá, že první pohlavní styk se uskutečňuje zhruba okolo 18. roku věku. V mém zkoumaném vzorku mládeže se toto nepotvrdilo. Jako nejčastější se ukázal věk zahájení sexuálního života mezi 15–16 lety. Otázka č. 21 se dotazuje na počet sexuálních partnerů, přičemž žádného a jednoho partnera uvedlo 23 dotázaných, dva až pět partnerů uvádí 34 dotázaných, šest až deset uvádí 9 dotázaných, deset a více partnerů uvedli 4 dotázaní. I přes nízký věk dotazovaných někteří z těch, kteří již zahájili sexuální život, měli už více partnerů. Otázka č. 21 zjišťuje, zda pohlavní styk mají se stálým partnerem nebo s někým, s kým se náhodně seznámili. Z celkového počtu

uvedlo 61,36 % dotázaných styk se stálým partnerem, 13,64 % dotázaných uvádí pohlavní styk s náhodným partnerem. Otázka č. 23 zjišťuje, jakou ochranu při pohlavním styku mládež používá. Výpočet plodných a neplodných dní zvolilo 1,14 % dotazovaných, nitroděložní tělíčko 2,27 %, hormonální antikoncepci v tabletách 46,59 % dotazovaných, kondom 44,32 %, hormonální náplast 1,14 %, žádnou ochranu nepoužívá 20,45 % dotázaných. Otázka č. 25 byla zaměřena na používání kondomu jako ochrany před neplánovaným otěhotněním a přenosu pohlavních chorob, dotazovaní měli dále možnost zvolenou možnost zdůvodnit. Celkem 36,36 % dotázaných používá kondom, z toho 30,68 % uvádí jako důvod ochranu sebe i partnerky před pohlavními nemocemi a 5,68 % jako ochranu sebe před pohlavními nemocemi. Celkem 45,45 % dotázaných kondom nepoužívá, 34,09 % uvádí, že pokud dívka užívá hormonální antikoncepci, je zbytečný, pro 11,36 % dotázaných je použití kondomu nepohodlné. Z vyhodnocených odpovědí vyplývá, že mládež má informace o pohlavních chorobách, ale nepovažují za důležité se před nimi chránit. Jako větší hrozbu vnímají nežádoucí těhotenství. Svoji roli zde hraje i nedostatečná edukace o problematice. Bylo by vhodné propojení školy se zdravotníky a provádět na školách edukaci, vytvořit kvalitní edukační materiál, ze kterého by mohli mladí čerpat.

Cíl 4: Odkud mládež čerpá informace o problematice.

K tomuto cíli se vztahovaly otázky č. 6, 24, 25. Otázka č. 6 zjišťovala, kde získali dotázaní první informace o sexu, pohlavních chorobách a ochraně před nimi, přičemž měli možnost zvolit více odpovědí. Informace od rodiny uvedlo 32,95 % dotázaných, od kamarádů 47,73 %, z internetu 37,50 %, informace ve škole získalo 35,23 % dotázaných. Z těchto odpovědí je patrné, že rodina i škola v této oblasti selhávají. Otázka č. 24 se dotazuje na komunikaci v rodině na téma sexuality a ochrany před pohlavními nemocemi a respondenti měli možnost slovně odůvodnit zvolenou odpověď. Celkem 53,41 % dotázaných uvádí nefungující komunikaci v rodině. Nejčastěji uvedli, že se v rodině o sexu nehovoří nebo že se stydí. Fungující komunikaci uvádí 39,77 % dotázaných, ale bohužel je zaměřena většinou na ochranu před nežádoucím těhotenstvím. Z uvedených dat je zřejmé, že mládež nedostává plnohodnotné informace o problematice sexuálního života v rodině. Myslím, že by bylo vhodné v rámci zdravotní gramotnosti edukovat rodiče o tom, jak a o čem s dětmi hovořit. Je to velmi citlivé téma, kterým by měli v první řadě mládež provést jejich vlastní rodiče. Vytvořením vhodných edukačních materiálů a pořádáním kvalitních seminářů je třeba zvýšit gramotnost v této oblasti. Otázka č. 25 zjišťuje zájem dotazovaných o besedu o pohlavních chorobách a ochraně před nimi, která by probíhala na jejich škole. Celkem 46,59 % dotázaných by uvítalo besedu na škole,

celkem 17,05 % nemá o to zájem a 36,36 % dotázaných nemá vyhraněný názor na tuto problematiku. Z odpovědí je patrné, že většina respondentů nechce získávat nové informace. I zde je patrné, že si neuvědomují závažnost této problematiky. Výsledky výzkumu byly konzultovány s pedagogickými pracovníky všech škol, kteří byli zaskočeni nedostatky ve znalostech, ale i nezájmem studentů získávat informace. Bohužel ve výukovém rozvrhu není moc prostoru k zařazení této problematiky. Další možností je vytvoření vhodného edukačního materiálu a uspořádání besedy ve škole.

Z provedeného výzkumu je zřejmé, že mládež má informace o existenci pohlavních chorob, ale v otázkách přenosu a prevence už není dostatečná. Bylo by třeba s tímto tématem začít již v dřívějším věku, tj. na základních školách, a dále již jen rozšiřovat vědomosti. Důležité je správně motivovat rodiče i děti a o těchto tématech hovořit. Bylo by vhodné zařadit do škol besedy s erudovanými pracovníky v rámci výuky. Pro rodiče by bylo vhodné pořádat kurzy o komunikaci s dětmi na důležitá a citlivá témata, připravit pro ně hodnotné a aktuální edukační materiály o prevenci pohlavních chorob, aby mohli své znalosti předávat dále.

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala informovaností středoškolské mládeže o pohlavních chorobách a jejím vlivu na sexuální chování mládeže. V teoretické části jsou popsány pohlavně přenosné choroby, které jsou rozděleny na klasické pohlavní nemoci a další nemoci, které jsou přenosné pohlavním stykem. V další kapitole je popsáno období dospívání a jeho problematika. Třetí kapitola rozebírá téma zdravotní gramotnosti mládeže a sexuální výchovy v naší populaci.

V empirické části jsem pomocí sestaveného dotazníku zjišťovala znalosti studentů týkající se pohlavních chorob a sexuálně přenosných nemocí a možnostem ochrany před nimi. Dalším okruhem výzkumu byl věk zahájení sexuálního života získávání informací o sexu. Dotazník byl sestaven podle předem určených cílů.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že mládež nemá dostatečné informace o dané problematice. Nejvíce vědomostí mají o infekci HPV a vakcinaci jako ochraně před ní. Je možné, že to je i vlivem médií, kde je často toto onemocnění zmiňováno. Informace získávají dotazovaní od kamarádů nebo z internetu, rodina a škola v procesu informování selhávají. Mládež začíná sexuální život poměrně v nízkém věku a chrání se hlavně před nežádoucím těhotenstvím. Riziko přenosu pohlavních nemocí vzhledem ke způsobu používané ochrany si plně neuvědomují. Zde je patrna obzvláště nedostatečná edukace, mládež si není vědoma důsledků svého neuváženého chování, které může ovlivnit nejen její další život, ale i život jejího blízkého okolí.

Myslím, že rozvíjení zdravotní gramotnosti v této oblasti by mělo začít u rodičů, kteří by měli mít dostatečné znalosti a dovednosti hovořit o tématu a předávat správné informace svým dětem. Edukace by měli provádět zdravotníci, kteří mohou předávat odborné poznatky a orientují se v problematice. Škola by měla pořádat vhodné aktuální přednášky vedené odborníky, které by byly součástí výuky. Jen při vzájemné spolupráci rodiny, školy a společnosti se dostane dostatečné množství správných informací k mládeži, zamezí se šíření pohlavních chorob, z čehož bude profitovat do budoucna celá společnost.

ABSTRAKT

Autor:	Jana Žalská
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetrovatelství
Název práce:	Vliv informovanosti o pohlavně přenosných onemocněních na sexuální chování středoškolské mládeže
Vedoucí práce:	Mgr. Eva Vachková, Ph.D.
Počet stran:	83
Počet příloh:	4
Rok obhajoby:	2018
Klíčová slova:	adolescence, pohlavně přenosné nemoci, sex, sexuální výchova, zdravotní gramotnost, genderová identita

Bakalářská práce je napsaná na téma „Vliv informovanosti o pohlavně přenosných onemocněních na sexuální chování středoškolské mládeže“.

Teoretická část se zabývá pohlavními chorobami a pohlavně přenosnými nemocemi. Je zde popsáno období adolescence, tělesné proměny a genderové rozdíly v období dospívání. Dále se zabývá zdravotní gramotností u mládeže, výchovou ke zdraví, sexuální výchovou.

Empirická část zjišťuje informovanost středoškolské mládeže o pohlavních chorobách a jejich prevenci a způsobu ochrany před pohlavními nemocemi, zkoumá zdroje, odkud mladí získávají informace. Dále zjišťuje, zda jejich znalosti o této problematice mají vliv na sexuální chování.

Byla použita metoda kvantitativního výzkumu pomocí nestandardizovaného dotazníku. Výsledná data jsou zpracována do tabulek a grafů.

ABSTRACT

Author:	Jana Žalská
Institution:	Department of Social Medicine LF UK in Hradec Kralove Department of Nursing
Title of the work:	The influence of awareness about sexually transmitted diseases, sexual behavior of high school students
Academic advisor:	Mgr. Eva Vachková, Ph.D.
Number of pages:	83
Number of attachments:	4
Defended in:	2018
Key words:	adolescence, sexually transmitted diseases, sex, sexual education, health literacy, gender identity

The bachelor thesis is on the topic "Influence of awareness of sexually transmitted diseases on the sexual behaviour of high school youth".

The theoretical part deals with sexual diseases and sexually transmitted diseases. It describes the period of adolescence, physical transformation and gender differences in adolescence. It also deals with health literacy in youth, health education, and sexual education.

The empirical part looks into the knowledge of secondary school youth about sexual diseases and their prevention and the way of protection against sexually transmitted diseases, next this part looks into the sources from which they receive information. It also investigates whether their knowledge of this issue has an effect on sexual behaviour.

Quantitative research was applied by a non-standardized questionnaire. The resulting data is processed into tables and graphs.

POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY

ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3213-8.

Česká televize. *Očkování proti HPV viru pro chlapce* [online]. 2018 [cit. 2017-10-22]. Dostupné z: <https://www.cervix.cz/index.php?pg=aktuality&aid=278>

FAIT, T. *Očkování proti lidským papilomavirům: kvadrivalentní HPV vakcína Silgard tři roky v klinické praxi*. Praha: Maxdorf, 2009. 118 s. ISBN 9788073452049.

FREITAG, Pavel. *Papillomaviry: papillomavirové infekce v gynekologii*. Praha: Triton, 1998. 88 s. ISBN 80-85875-93-4.

GROSS, G., TYRING, S.K. *Sexually transmitted infections and sexually transmitted diseases*. Berlin: Springer, 2011. 925 s. ISBN 978-3-642-14662-6.

HOLČÍK, J. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2010. 293 s. ISBN 978-80 -210-5239-0.

HOLČÍK, J., KÁŇOVÁ, P., PRUDIL, L. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví: východiska, základní pojmy a perspektivy*. 2., upr. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2015. 186 s. ISBN 978-80-7013-575-4.

JANOŠOVÁ, P. *Dívčí a chlapecká identita: vývoj a úskalí*. Praha: Grada, 2008. 288 s. ISBN 978-80-247-2284-9.

KARSTEN, H. *Ženy – muži: [genderové role, jejich původ a vývoj]*. Praha: Portál, 2006. 184 s. ISBN 80-7367-145-x.

MACHOVÁ, J. *Biologie člověka pro učitele*. Praha: Karolinum, 2002. 270 s. ISBN 80-7184-867-0.

MAŠATA, J. *Infekce v gynekologii*. 2., rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 2014. 154 s. ISBN 978-80-7345-380-0.

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. *Archiv tiskových zpráv: Základním školám pomůže interaktivní průvodce upraveným RVP* [online]. 2013 [cit. 2017-11-04]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/ministerstvo/novinar/zakladnim-skolam-pomuze-interaktivni-pruvodce-upravenym-rvp?highlightWords=sexu%C3%A1ln%C3%AD+v%C3%BDchova>

Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Zdraví 2020: národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky ve spolupráci se Státním zdravotním ústavem, 2014. 118 s. ISBN 978-80-85047-47-9.

MONTAGNIER, L. *AIDS: fakta a naděje*. 2. čes. vyd. Praha: Nadace pro život, 1996. 64 s.

Národní síť podpory zdraví. *Zdravotní gramotnost pro veřejnost* [online]. 2016. 20 s. [cit. 2017-10-22]. Dostupné z: http://nspz.cz/wordpress/wp-content/uploads/2016/10/gramotnost_A5_dosp%C3%ADvaj%C3%ADc%C3%AD.pdf

PICKOVÁ, J. *Informovanost adolescentů o pohlavně přenosných chorobách*. Bakalářská práce obhájená na 1. LF UK v Praze v r. 2013. 141 s. Depon in: Archiv Ústav teorie a praxe ošetrovatelství 1. LF UK v Praze

PIZINGER, K. *Dermatovenerologie*. Plzeň: EUROVERLAG, 2012. 87 s. ISBN 987-80-7177-985-8.

RAŠKOVÁ, M. *Připravenost učitele k sexuální výchově v kontextu pedagogické teorie a praxe v české primární škole*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. 190 s. ISBN 978-80244-2077-6.

RESL, V., VOLTR, J., PIZINGER, K. *Venerologie: sexuálně přenosné infekce: nevenerické choroby genitálu: diferenciální diagnostika*. Dot. Praha: Karolinum, 1997. 112 s. ISBN 80-7066-828-8.

Státní zdravotní ústav. *Zpráva o výskytu a šíření HIV/AIDS za rok 2017* [online]. 2017 [cit. 2017-11-04]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/CeM/HIV_AIDS/rocnizpravy/2017/HIV_AIDS_09_2017.pdf

ŠTORK, J. *Dermatovenerologie*. 2. vyd. Praha: Galén, 2013. 502 s. ISBN 978-80-7262-898-8.

ŠULOVÁ, L., FAIT, L., WEISS, P. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf, 2011. 439 s. ISBN 978-80-7345-238-4.

TROJAN, S. *Lékařská fyziologie*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada, 1996. 489 s. ISBN 80-7169-311-1.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Karolinum, 2012. 536 s. ISBN 9788024621531.

VOSMÍK, F. *Dermatovenerologie*. Praha: Karolinum, 1999. 396 s. ISBN 8071846333.

VRÁNOVÁ, V. *Výchova k reprodukčnímu zdraví*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. 107 s. ISBN 978-80-244-2629-7.

ZÁHUMENSKÝ, J., JILICH, D., VAŇOUSOVÁ, D. *Základy moderní venerologie: učebnice pro mezioborové postgraduální vzdělávání*. Praha: Maxdorf, 2015. 176 s. ISBN 978-80-7345-429-6.

SEZNAM ZKRATEK

AIDS – Acquired Immune Deficiency Syndrome (syndrom získaného imunodeficitu)

ATB – Antibiotika

CMV – Cytomegalovirus

ČR – Česká republika

DNA – Deoxyribonukleová kyselina

ELISA – Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay

HBV – Hepatitis B virus

HIV – Human Immunodeficiency Virus

HPV – Humann papillomavirus (lidský papillomavirus)

HR HPV – High risk humann papillomavirus (vysoce rizikový HPV)

HSV – Herpes simplex virus

LR HPV – Low risk humann papillomavirus (nízkorizikový HPV)

MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

RRR – Rychlá reaginová reakce

STD – Sexually transmitted diseases (sexuálně přenosné nemoci)

SZÚ – Státní zdravotní ústav

VDRL – Veneral Disease Research Laboratory test

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 – Vývoj HIV v ČR	16
----------------------------------	----

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – Přehled pubertálních změn u chlapců a dívek	24
Tabulka 2 – Rozdělení respondentů podle pohlaví.....	35
Tabulka 3 – Rozdělení respondentů podle věku (celkem – všechny školy).....	36
Tabulka 4 – Rozdělení respondentů podle oboru vzdělávacího zařízení.....	36
Tabulka 5 – Kdy se má dívka poprvé dostavit na první preventivní gynekologickou prohlídku? (více možných odpovědí)	37
Tabulka 6 – Jak často má chodit žena na preventivní prohlídky na gynekologii?	38
Tabulka 7 – Kde jsi získal/a první informace o sexu, ochraně a pohlavních chorobách? (více možných odpovědí).....	39
Tabulka 8 - Jakou tendenci mají podle tebe pohlavní choroby v populaci?.....	40
Tabulka 9 - Která onemocnění NEPATŘÍ mezi pohlavní nemoci? (více možných odpovědí)	41
Tabulka 10 – Je některá z těchto metod ochrany před neplánovaným otěhotněním i ochranou proti pohlavním chorobám? (více možných odpovědí)	42
Tabulka 11 – Jakým způsobem je možné se nakazit infekcí HIV? (více možných odpovědí)	44
Tabulka 12 – Kdy jít na testy HIV po styku s rizikovým partnerem?	45
Tabulka 13 – Může se HPV infekcí nakazit i muž?	46
Tabulka 14 – Existuje očkování proti HPV infekci?	47
Tabulka 15 – Uvažoval /a jsi o tom, že podstoupíš očkování proti HPV infekci?	48
Tabulka 16 – Kdy je nejvhodnější doba dát se očkovat proti HVP infekci? (více možných odpovědí)	49
Tabulka 17 – Může být stíhán člověk, který úmyslně šíří pohlavní nemoc?.....	50
Tabulka 18 – Je povinnost nahlásit všechny své sexuální partnery v případě zjištění nákazy pohlavní chorobou?.....	51
Tabulka 19 – Měl/a jsi už pohlavní styk?	52
Tabulka 20 – Rozdělení respondentů podle věku zahájení sexuálního života.....	53
Tabulka 21 – Rozdělení respondentů podle počtu sexuálních partnerů	54
Tabulka 22 – Pohlavní styk jsi měl/a?	54
Tabulka 23 – Jaký druh ochrany při pohlavním styku používáš? (více možných odpovědí)	56
Tabulka 24 – Používáš kondom při pohlavním styku?.....	57

Tabulka 25 – Hovoříte v rodině o sexu?.....	58
Tabulka 26 – Uvítal/a bys besedu o pohlavních nemocech a ochraně při pohlavním styku na tvé škole?.....	59

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 – Kdy se má dívka poprvé dostavit na první preventivní gynekologickou prohlídku? (více možných odpovědí).....	37
Graf 2 – Jak často má chodit žena na preventivní prohlídky na gynekologii?	38
Graf 3 – Kde jsi získal/a první informace o sexu, ochraně a pohlavních chorobách? (více možných odpovědí).....	39
Graf 4 – Jakou tendenci mají podle tebe pohlavní choroby v populaci?	40
Graf 5 – Která onemocnění NEPATŘÍ mezi pohlavní nemoci? (více možných odpovědí)	41
Graf 6 – Je některá z těchto metod ochrany před neplánovaným otěhotněním i ochranou proti pohlavním chorobám? (více možných odpovědí)	43
Graf 7 – Jakým způsobem je možné se nakazit infekcí HIV? (více možných odpovědí) ...	44
Graf 8 – Kdy jít na testy HIV po styku s rizikovým partnerem?	45
Graf 9 – Může se HPV infekcí nakazit i muž?	46
Graf 10 – Existuje očkování proti HPV infekci?	47
Graf 11 – Uvažoval /a jsi o tom, že podstoupíš očkování proti HPV infekci?	48
Graf 12 – Kdy je nejvhodnější doba dát se očkovat proti HVP infekci? (více možných odpovědí)	49
Graf 13 – Může být stíhán člověk, který úmyslně šíří pohlavní nemoc?	50
Graf 14 – Je povinnost nahlásit všechny své sexuální partnery v případě zjištění nákazy pohlavní chorobou?.....	51
Graf 15 – Měl/a jsi už pohlavní styk?	52
Graf 16 – Rozdělení respondentů podle věku zahájení sexuálního života	53
Graf 17 – Pohlavní styk jsi měl/a?	55
Graf 18 – Jaký druh ochrany při pohlavním styku používáš? (více možných odpovědí) ...	56
Graf 19 – Používáš kondom při pohlavním styku?.....	57
Graf 20 – Hovoříte v rodině o sexu?.....	58
Graf 21 – Uvítal/a bys besedu o pohlavních nemocech a ochraně při pohlavním styku na tvé škole?	60

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Dotazník	77
Příloha 2 – Povolení k výzkumnému šetření na SPŠ Trutnov	Chyba! Záložka není definována.
Příloha 3 – Povolení k výzkumnému šetření na VOŠZ a SZŠ Trutnov	Chyba! Záložka není definována.
Příloha 4 – Povolení k výzkumnému šetření na Obchodní akademii v Trutnově	Chyba! Záložka není definována.

Příloha 1 – Dotazník

Dotazník

Dobrý den,

studuji 3. ročník na Lékařské fakultě v Hradci Králové obor všeobecná sestra. Téma mé bakalářské práce je „Vliv informovanosti o pohlavně přenosných onemocněních na sexuální chování středoškolské mládeže“. Prosím Vás o spolupráci tím, že vyplníte tento dotazník. Je zcela anonymní a slouží pouze pro účely mé bakalářské práce. Moc děkuji za spolupráci.

Odpovědi zakroužkujte, nebo slovně doplňte. Některé otázky mohou mít více než jednu správnou odpověď.

1. Jsem

- a) Žena
- b) Muž

2. Kolik je ti let?

3. Kde jsi získal/a první informace o sexu, ochraně a pohlavních chorobách?

- a) Rodina
- b) Kamarádi
- c) Internet
- d) Škola

4. Měl/a jsi už pohlavní styk?

- a) Ano
- b) Ne

5. V kolika letech jsi měl/a pohlavní styk?

6. Kolik sexuálních partnerů jsi měl/a?

7. Pohlavní styk máš:

- a) se stálým partnerem
- b) s náhodnými známosti
- c) s nikým

8. Jaký druh ochrany při pohlavním styku používáš?

- a) Výpočet plodných a neplodných dnů
- b) Poševní pesar
- c) Nitroděložní tělísko
- d) Antikoncepci
- e) Kondom
- f) Hormonální náplasti
- g) Přerušovaná soulož

9. Praktikuješ orální sex?

- a) Ano
- b) Ne

10. Používáš při orálním sexu ochranu?

- a) Ano
- b) Ne

11. Uvítal by si besedu o pohlavních nemocech a ochraně při pohlavním styku ve tvé škole?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Je mi to jedno

12. Jakou tendenci mají podle tebe pohlavní choroby?

- a) Vzestupnou
- b) Sestupnou
- c) Nevyskytují se
- d) Vyskytují se zřídka
- e) Stagnují

13. Mezi pohlavní nemoci nepatří:

- a) Kapavka
- b) Syfilis
- c) Chřipka
- d) HPV infekce
- e) HIV
- f) Mononukleóza
- g) Trichomonáza

14. Jaká je podle tebe nejspolehlivější ochrana proti pohlavním nemocem?
- a) Výpočet plodných a neplodných dnů
 - b) Poševní pesar
 - c) Vnitroděložní tělísko
 - d) Antikoncepci
 - e) Kondom
 - f) Hormonální náplasti
 - g) Přerušovaná soulož
15. Jakým způsobem se můžeš nakazit pohlavní chorobou?
- a) Pohlavním stykem
 - b) Orálním stykem
 - c) Líbáním
 - d) Podání ruky
 - e) Mazlením bez pohlavního styku
 - f) Krví
 - g) Ze sedátka WC
16. Může se HPV infekcí (virus způsobující rakovinu děložního čípku) nakazit i muž?
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím
17. Existuje očkování proti HPV infekci?
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím
18. Kdy jít na testy HIV po styku s rizikovým partnerem?
- a) Co nejdříve
 - b) Za 2–3 měsíce
 - c) Nevím
19. Může být stíhán člověk, který úmyslně šíří pohlavní nemoc?
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím

20. Je povinnost nahlásit všechny své sexuální partnery, v případě zjištění nákazy pohlavní chorobou?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

Moc Vám děkuji za Váš čas věnovaný vyplnění dotazníku a přeji mnoho studijních a životních úspěchů.

Příloha 2 – Povolení k výzkumnému šetření na SPŠ Trutnov

Vážený pan/paní

Ing. Sauer Ladislav
ředitel
Školní 101, Trutnov

v Trutnově 16.6.2016

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na SPŠ Trutnov

Vážený pane,

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na Vaší škole, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studentky Jany Žalské, narozené 20.7.1974, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, kombinované formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem této práce je: Průzkum sexuálního chování mládeže

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Evy Vachkové, Ph.D., vedoucí oddělení ošetrovatelství Lékařské fakulty v Hradci Králové.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí

S pozdravem

Jana Žalská
Úpská 546
Trutnov 2

Mgr. Eva Vachková, Ph.D.
Vedoucí oddělení ošetrovatelství

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
Ústav sociálního lékařství
Oddělení ošetrovatelství
Šimkova 870, 500 38 Hradec Králové

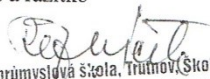
Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Datum:

13.6.2016

Podpis a razítko


Střední průmyslová škola, Trutnov, Školní 101
Školní 101, 541 01 TRUTNOV
IČO: 691 74 415, DIČ CZ69174415
ústředna 499 813 071, ředitel tel./fax 499 814 729
(2)

Příloha 3 – Povolení k výzkumnému šetření na VOŠZ a SZŠ Trutnov

Vážený pan/paní

Mgr. Hásek Roman
ředitel
Procházkova 303, Trutnov

v Trutnově 16.6.2016

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na VOŠZ a SZŠ Trutnov

Vážený pane,

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na Vaší škole, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studentky Jany Žalské, narozené 20.7.1974, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, kombinované formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem této práce je: Průzkum sexuálního chování mládeže

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Evy Vachkové, Ph.D., vedoucí oddělení ošetrovatelství Lékařské fakulty v Hradci Králové.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí

S pozdravem

Jana Žalská
Úpská 546
Trutnov 2

Mgr. Eva Vachková, Ph.D.
Vedoucí oddělení ošetrovatelství


UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

Ústav sociálního lékařství
Oddělení ošetrovatelství
Šimkova 870, 500 38 Hradec Králové

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Datum:


Podpis a razítko

Vyšší odborná škola zdravotnická
a Střední zdravotnická škola,
Trutnov, Procházkova 303
541 01 Trutnov
Tel.: 499 840 092 

Příloha 4 – Povolení k výzkumnému šetření na Obchodní akademii v Trutnově

Vážený pan/paní

Ing. Albrecht Miroslav
ředitel
Malé náměstí 158, Trutnov

v Trutnově 16.6.2016

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na Obchodní akademii Trutnov

Vážený pane,

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na Vaší škole, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studentky Jany Žalské, narozené 20.7.1974, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, kombinované formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem této práce je: Průzkum sexuálního chování mládeže

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Evy Vachkové, Ph.D., vedoucí oddělení ošetrovatelství Lékařské fakulty v Hradci Králové.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí

S pozdravem

Jana Žalská
Úpská 546
Trutnov 2

Mgr. Eva Vachková, Ph.D.
Vedoucí oddělení ošetrovatelství

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
Ústav sociálního lékařství
Oddělení ošetrovatelství
Šimkova 870, 500 38 Hradec Králové

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Datum:

17.6.2016

Podpis a razítko

Obchodní akademie, Trutnov, Malé náměstí 158
Malé náměstí 158, 541 01 Trutnov
IČ: 601 53 334
Tel.: 499 599 300