

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

# **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2016**

**Hana Zoubková**



FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

**Hana Zoubková**

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**VÝZNAM A EFEKTIVITA DEPISTÁŽNÍ PRÁCE VE  
VENEROLOGII**

**Bakalářská práce**

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

PLZEŇ 2016

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

Prohlášení:

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

V Plzni dne 22. 3. 2016

.....  
vlastnoruční podpis

Děkuji Prof. MUDr. Vladimíru Reslovi, CSc. za odborné vedení práce, PhDr. Mgr. Jiřímu Freiovi Ph.D. a PhDr. Kristině Janouškové za trpělivé poskytování cenných rad a materiálních podkladů.

## **Anotace**

Příjmení a jméno: Zoubková Hana

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Význam a efektivita depistážní práce ve venerologii

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

Počet stran – číslované: 50

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 16

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 22

Klíčová slova:

dermatovenerologie, depistáž, dispenzarizace, HIV/AIDS, kapavka, pohlavní nemoc, sexuálně přenosná infekce, STD, STI, sexuální orientace, sexuální výchova, syfilis

Souhrn:

Práce se zabývá popisem, klasifikací, historií jednotlivých druhů STI i současným stavem jejich výskytu. Problematika představuje součást vědního oboru dermatovenerologie a patří k jeho hlavním úkolům. Teoretická část také objasňuje základní legislativní předpisy z okruhu venerologie. Práce se dále zabývá vysvětlením některých souvisejících pojmů, jako jsou sexuální orientace, nebo drogová závislost a zejména možnostmi prevence. Vysvětluje pojmy – depistáž a dispenzarizace. Praktická část se věnuje výzkumu se zaměřením na oblast rizikového sexuálního chování i samotného výskytu STI v populaci. Hlavním záměrem je ukázat potřebu a význam depistážní služby.

## **Annotation**

Surname and name: Zoubková Hana

Department: Nursing and midwifery

Title of thesis: Purpose and efficiency of the screening in venerology

Consultant: Prof. MUDr. Vladimír Resl, CSc.

Number of pages – numbered: 50

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 16

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 22

Keywords:

dermavenerology, screening, dispensary, HIV/AIDS, gonorrhoea, venereal disease, sexually transmitted infections, STD, STI, sexual orientation, sexual education, syphilis

Summary:

The work deals with the description and classification of different types of STI. The history and current state of occurrence of these diseases. Characterizes the scientific field of Dermatology and Venereology, including its main tasks. The theoretical part also explains the basic legislative acts of the scope Venereology. The work also deals with the explanation of some related concepts such as sexual orientation or drug dependence, and in particular the possibilities of prevention. Explains concepts - screening and dispensary. The practical part is devoted to research focusing on sexual risk behavior and the actual incidence of STI in the population. The main intention is to show the importance screening services.



# OBSAH

ÚVOD.....	10
1 HISTORIE SEXUÁLNĚ PŘENOSNÝCH ONEMOCNĚNÍ .....	11
2 DERMATOVENEROLOGIE, ČLENĚNÍ A POPIS VYBRANÝCH SEXUÁLNĚ PŘENOSNÝCH INFEKČÍ.....	12
2.1 Dermatovenerologie a základní členění STI.....	12
2.2 Syfilis .....	13
2.2.1 Způsob přenosu .....	13
2.2.2 Klinický obraz jednotlivých druhů a stadií syfilis.....	13
2.2.3 Diagnostické metody .....	15
2.2.4 Terapie .....	16
2.3 Kapavka .....	17
2.3.1 Způsob přenosu .....	17
2.3.2 Klinický obraz kapavky.....	17
2.3.3 Diagnostické metody .....	18
2.3.4 Terapie .....	18
2.4 Měkký vřed, lymfogranuloma inquamale a granuloma inquamale.....	19
2.4.1 Měkký vřed.....	19
2.4.2 Granuloma inquamale .....	19
2.4.3 Lymfogranuloma inquamale .....	20
2.5 Infekce vyvolaná virem lidské imunodeficiency (HIV), AIDS .....	20
2.5.1 Způsob přenosu .....	21
2.5.2 Klinický obraz HIV/AIDS.....	21
2.5.3 Diagnostické metody .....	22
2.5.4 Terapie .....	22
3 SOUČASNÁ SITUACE V OBLASTI STI - LEGISLATIVNÍ HLEDISKO .....	24
3.1 Legislativní opatření .....	24
3.2 Současný výskyt pohlavních chorob a HIV/AIDS na území ČR .....	25
4 SOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA ŠÍŘENÍ STI .....	27
4.1 Sexuální orientace.....	27
3.1.1 Zdravotní aspekty homosexuality.....	27
4.2 Sociálně patologické jevy - prostituce a drogová závislost .....	28
5 SEXUÁLNÍ VÝCHOVA, DEPISTÁŽ A DISPENZARIZACE.....	30
5.1 Primární prevence – sexuální výchova .....	30
5.2 Depistážní služba .....	31
5.2.1 Hlavní zásady práce s venerickými pacienty.....	32

5.3	Dispenzární péče .....	33
6	VÝZNAM A EFEKTIVITA DEPISTÁŽNÍHO ŠETŘENÍ .....	35
	Cíl výzkumu .....	35
	Způsob získávání informací.....	37
6.1	Interpretace výsledků výzkumného šetření – analýza údajů „Hlášení PN a STI“	37
6.2	Interpretace výsledků výzkumného šetření – analýza údajů získaných v rámci vlastního dotazníkového šetření .....	46
7	DISKUZE .....	55
7.1	Vyhodnocení hypotéz .....	57
	ZÁVĚR.....	58
	LITERATURA A PRAMENY.....	60
	SEZNAM ZKRATEK .....	62
	SEZNAM TABULEK A GRAFŮ .....	63
	SEZNAM OBRÁZKŮ .....	65
	SEZNAM PŘÍLOH .....	66

# ÚVOD

V dnešní době představují STI častý a rozšířený zdravotnický problém. Týkají se převážně mladých osob, sexuálně aktivních. STI nemusí postihnout jen pohlavní orgány, o to složitější je pak včasné odhalení choroby a zamezení dalšího šíření. Na důležitosti tak v současné době nabývá prevence, diagnostika i léčba sexuálně přenosných chorob. Hlavním cílem práce je analyzovat současnou situaci v oblasti výskytu venerických chorob a jejich rozložení v populaci a zjistit výtěžnost a efektivitu depistáže. Téma práce je mi profesně velmi blízké, sama pracuji přes 35 let ve zdravotnictví a již řadu let jako depistážní sestra ve fakultní nemocnici na Dermatovenerologické klinice v Plzni. Klinika vznikla při zřízení Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Plzni v roce 1946. V současnosti zajišťuje základní a vysoce specializovanou péči o pacienty s kožními a pohlavními chorobami. Ročně ošetří více než 30 000 pacientů v ambulantní a lůžkové části.

Bakalářská práce je členěna na teoretickou a praktickou část.

## **Teoretická část obsahuje 5 kapitol:**

- Historie sexuálně přenosných onemocnění – tato kapitola nás uvede do historie výskytu sexuálně přenosných chorob a objasní základní pojmy.
- Dermatovenerologie, Členění a popis vybraných sexuálně přenosných infekcí – již z názvu kapitoly je zřejmé, že seznámí čtenáře s definicí a náplní oboru Dermatovenerologie a vybranými druhy STI včetně projevů nemoci, možnosti diagnostiky a terapie.
- Současná situace v oblasti STI - legislativní hledisko – kapitola objasňuje platné legislativní předpisy, které je potřeba ve Venerologii znát a nabízí přehled statisticky významných údajů.
- Sociální problematika šíření STI – tato kapitola zabrousí do citlivého tématu sexuální orientace z pohledu šíření sexuálně přenosných chorob a dotkne se i problematiky drogové závislosti.
- Sexuální výchova, depistáž a dispenzarizace – zabývá se samotnou potřebou depistážní práce s hlavním pohledem na práci depistážní sestry, rozlišuje dispenzarizaci podle druhu nemoci a zdůrazňuje potřebu primární prevence.

**Praktická část** se věnuje výzkumu v oblasti efektivit a přínosu depistážního šetření, nabízí pohled do rizikového sexuálního chování běžné populace a v závěru se snaží vyvodit náměty pro zlepšení stávající praxe.

# TEORETICKÁ ČÁST

# 1 HISTORIE SEXUÁLNĚ PŘENOSNÝCH ONEMOCNĚNÍ

Sexuálně přenosné nemoci, v praxi označované zkratkou STD (sexually transmitted diseases), nověji i označením STI sexuálně přenosné infekce (sexually transmitted infections). Jsou to nemoci, které se většinou šíří pohlavní cestou, popřípadě je tento způsob přenosu epidemiologicky významný. Jako venerické (pohlavní) choroby (PN) se označují ze zákona vyjmenované choroby, které podléhají zvláštním předpisům (podrobněji v následujících kapitolách) (Resl, 2014).

Historie sexuálně přenosných chorob sahá hluboko do minulosti. Přestože lidé v dobách dávno minulých tyto choroby neznali a diagnostika byla stanovena pouze na základě klinických příznaků, můžeme podle dobových popisů najít zmínky o některých nemocech již v literárních pramenech starých i několik tisíc let. Příznaky syfilidy jsou zaznamenány již v bibli. Nejstarší popis nemoci, kterou známe v současnosti pod názvem syfilis (příjice či lues), pochází z čínských sbírek z roku 2637 před naším letopočtem. Nemoci pohlavní však byly v minulosti často zaměňovány i s jinými onemocněními, například s leprou a ve středověku byly zjevné příznaky pohlavních chorob označovány často jako malomocenství. Rovněž dlouhou dobu trvalo, než se podařilo prokázat spojitost sexuálně nezřízeného života s šířením těchto nemocí a vzájemně od sebe tyto nemoci oddělit, příjici a kapavku se například podařilo odlišit dokonce až koncem 18. století. Do té doby probíhal dlouho boj mezi unitaristickou a dualistickou teorií, kterou vyřešil až John Hunter r. 1776 (Resl, 2002; Záhumenský, Jilich a Vaňousová, 2015).

V 19. a zejména 20. století byl zaznamenán velký pokrok v oblasti medicíny, v diagnostice i léčbě nemocí. Hlavně díky léčebnému účinku antibiotik dochází po druhé světové válce i k celkovému poklesu pohlavních chorob na celém světě. Po 2. světové válce byla v Československu provedena světově ojedinělá akce PN v letech 1950-51, kdy bylo vyšetřeno obyvatelstvo od věku 15 do 40 let sérologicky na syfilis. Tak došlo ke zjištění všech případů a k úplné redukci čerstvých onemocnění. Výjimečný pokles syfilis trval do r. 1957. Od té doby však u nás i v ostatních zemích dochází opět k nárůstu počtu osob nakažených některými druhy sexuálně přenosných chorob i k výskytu chorob nových. Velkou výzvou pro lékaře celého světa je od 80. let 20. století řešení šíření a léčba HIV/AIDS (Jirásková, 2003; Resl, 1997).

## 2 DERMATOVENEROLOGIE, ČLENĚNÍ A POPIS VYBRANÝCH SEXUÁLNĚ PŘENOSNÝCH INFEKČÍ

### 2.1 Dermatovenerologie a základní členění STI

Nemocemi sexuálně přenosnými se v současné době zabývá zejména lékařský obor dermatovenerologie, jehož název vznikl spojením venerologie a dermatologie (Liláková, 2014). Jeho náplní je prevence, diagnostika a léčba nemocí kůže a pohlavních chorob. Dermatovenerologie vznikla v průběhu 19. století, kdy se plnily čekárny lékařů především pacienti se syfilis a dalšími nemocemi projevujícími se zejména příznaky na kůži (Pizinger, 2012). Resl et al. (1997, s. 6) uvádí, že: „*Dermatovenerologie je základním medicínským oborem a zároveň i oborem interdisciplinárním.*“ Sexuálně přenosné choroby mají množství kožních, slizničních i *vnitřních* projevů a určení diferenciální diagnostiky vyžaduje často spolupráci více odborníků. Moderní dermatovenerologie proto spolupracuje i s dalšími lékařskými obory, zejména s gynekology, urology, stomatology, chirurgy a dalšími odborníky (Resl et al., 1997). Jak uvádí i Jirásková (2003), je dermatovenerologie denním chlebem také praktických lékařů, kteří se ve svých ordinacích s pacienty trpícími venerickými a kožními chorobami setkávají často jako první. Hlavní náplň venerologické práce tvoří klasické pohlavní nemoci. Kromě těchto klasických pohlavních chorob zaměstnávají venerology i další sexuálně přenosné infekce. Jak se rozšířilo i poznání příčin sexuálně přenosných nákaz, rozšířila se i paleta STD (STI) sledovaných onemocnění.

**Etiologické rozdělení STI** je podle Resla (2014, s. 287) následující:

*Houby* – způsobují infekce u mužů i žen, vzniklé kvasinkami, např. Candidiasis, predispozičním prostředím je těhotenství, diabetes mellitus, imunodeficitní stavy atd.

*Arthropoda* – nakažlivá parazitární onemocnění kůže Scabies – svrab a Pediculosis pubis – muňky, svědivé parazitární onemocnění ochlupené kůže.

*Vermes* – roupi, mohou být přenášeny sexuálním kontaktem a způsobují například Colptis, Pruritus, Proctitis.

*Protozoa* – bičenka poševní způsobuje onemocnění trichomoniasis vaginalis, projevuje se chronickou vulvovaginitidou u žen a chronickou diskretní uretritidou u mužů.

*Spirochety a bakterie* – způsobují onemocnění vyvíjející se v několika postupných stádiích, např. syfilis, kapavku, měkký vřed, granuloma inquinale.

*L-organismy, PPLO* – mikroorganismy bez pevné buněčné stěny, které způsobují některé infekce, do této skupiny řadíme mykoplazmové a ureaplazmové infekce.

*Chlamydie* – (18 sérotypů) L1, L2, L3 způsobují lymfogranuloma inuinale, některé další typy, zapříčiňují další časté urogenitální infekce u žen i mužů.

*Viry* – způsobují například herpes genitalis, hepatitis B (A, C, D, E), HIV/AIDS, Papiloma virus (HPV) atd.

#### **Ke klasickým pohlavně přenosným chorobám v současné době řadíme:**

1. syfilis (příjice, lues, 1. PN),
2. kapavku (gonorrhoea, 2. PN),
3. měkký vřed (ulcus molle, 3. PN),
4. lymfogranuloma inuinale (venerický lymfogranulom, 4. PN),
5. granuloma inuinale (5. PN).

## **2.2 Syfilis**

Syfilis je infekční onemocnění způsobené spirochetou *Treponema pallidum*. *Treponema pallidum* proniká narušeným povrchem kůže a sliznic, zejména v oblasti úst a genitálu (Štork et al., 2008).

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

### **2.2.1 Způsob přenosu**

Jak uvádí Resl et al. (1997), dochází k přenosu téměř výhradně pohlavním stykem. Nevenerický způsob přenosu je velmi vzácný a může k němu dojít krevní cestou – transfúzí, což je v dnešní době téměř vyloučeno, transplacentárním přenosem z matky na dítě, nebo septickým bodnutím. **Příjice může být získaná**, která vzniká přenosem trepomat z nemocného jedince, **nebo vrozená** (syphilis congenita-connata) jenž vzniká infekcí plodu nemocné matky (Jirásková, 2003).

### **2.2.2 Klinický obraz jednotlivých druhů a stadií syfilis**

Příjice má několik stadií a nepostihuje pouze pohlavní orgány. Druhé a třetí stadium se vyskytuje nejen na kůži, ale na všech tkáních, zejména očích, muskuloskeletárním, kardiovaskulárním nebo centrálním nervovém systému (Weiss, 2010).

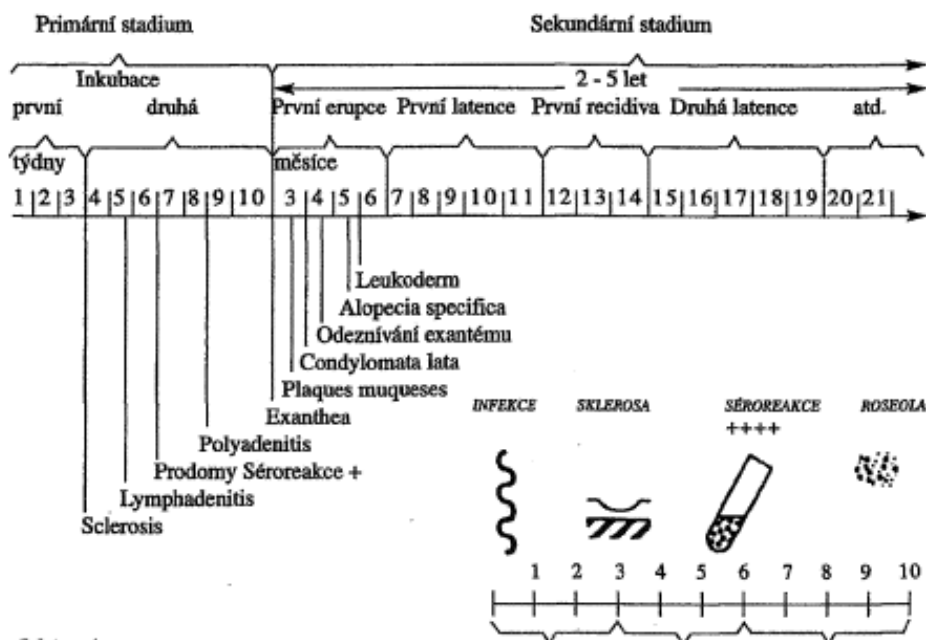
#### **Syfilis získaná:**

**Syphilis primária** se projevuje typickým nebolestivým vředem a zduřením spádových lymfatických uzlin (zejména v genitální oblasti). Inkubační doba primární

syfilis trvá průměrně 3 týdny a probíhá bez klinických příznaků. V tomto stadiu dochází téměř ve 30 % případů k toleranci a podceňování příznaků ze strany nemocného (Štork et al., 2008).

V **sekundárním stadiu**, které přichází zpravidla 9. týden po nákaze, se začínají objevovat tzv. chřipkové příznaky, tj. zvýšená teplota, únava, potíže při polykání. Klinický obraz je již velmi pestrý, objevují se četné nesvědivé, symetrické výsevy. Nejčastější a vysoce infekční formou jsou condylomata lata syphilitica, lokalizovaná většinou perigenitálně a perianálně. Jejich obdobou jsou i slizniční příznaky, až u třetiny nemocných se vyskytuje žlutobílý povlak pokrývající jazyk a tvoří se zduření a zarudnutí tonzil. V této fázi je však potřeba tyto příznaky odlišit od možných projevů jiných chorob. Po dvou letech přechází nemoc do latentního stadia, kdy může dojít k přenosu pouze z matky na plod (Štork et al., 2008).

**Obrázek 1: Klinický průběh vývoje primární a sekundární příjice**



Zdroj: (Resl et al., 2014, s. 290)

**Syphilis terciaria** vzniká s odstupem 3-7 a více let od sekundárního stadia nemoci, projevuje se jako granulomatózní (chronický) zánět, nebo lokalizovaný se vznikem gumat, postižením kůže, sliznic, kostí, svalů, kardiovaskulárního systému, CNS (Štork et al., 2008).



### **Syfilis vrozená:**

**Syphilis congenita** je dnes u nás poměrně vzácná forma syfilis, ke které dochází při přenosu z matky na plod. Pokud je matka během těhotenství léčena, k přenosu nedochází, proto se provádějí testy v průběhu gravidity. Každé těhotné ženě musí být v prenatalní poradně provedené sérologické vyšetření, a to dvakrát – v I. a poté ještě ve III. trimestru. U těhotných žen, které již mají léčenou syfilis v anamnéze, nebo u kterých se objeví pozitivní sérореakce, musí být zajištěna terapie v 1. a v 2. polovině těhotenství. Forma postižení plodu je závislá na době infekce, množství treponemat v krvi matky, stadiu a léčbě příjice. Syfilis je pro plod výrazným rizikem. Infekce může plod postihnout ve všech stádiích nemoci, zrovna tak i v kterémkoli stupni gravidity. Poškození plodu je vážnější, čím dříve v těhotenství k nákaze došlo. Průkaz spirochéty v plodu je možný již od 10. až 12. týdne těhotenství. V případě těžké syfilitické infekce dochází k potratu (Čech et al., 2006).

Pokud je matka ve fázi syphilis secundária latens, je dítě postiženo syphilis congenita recens, v tomto případě se příznaky projevují do dvou let věku. Syphilis congenita recens se projevuje podobně jako sekundární stadium získané syfilidy. Pokud je matka ve fázi syphilis latens, projeví se onemocnění až po dvou letech, nejčastěji však až v období puberty, jako syphilis congenita tarda. Syphilis congenita tarda se vyznačuje tzv. Hutchinsovou triádou (soudkovité zuby, keratitis, hluchota). Příznaky postižení kostí tvoří sedlovitý nos, dopředu vyklenuté čelo. Objevují se i poruchy intelektu a v důsledku postižení 8. hlavového nervu se můžeme u nemocných setkat i s narušením zraku, až slepotou (Weiss et al., 2010).

### **2.2.3 Diagnostické metody**

Používá se mikroskopické vyšetření pomocí zástinového mikroskopu, sérologické metody a nejnověji i imunologické a genetické metody.

Při mikroskopickém vyšetření je materiál odebírán z vředů nebo mokvavých plátů, na kůži či sliznicích. Zásadně nesmí být před vyšetřením projevy ošetřeny žádnými léky (Jirásková, 2003). V současnosti se k potvrzení diagnózy v zástinu využívá i metod imunofluorescenčních. Za určitých okolností se provádí i histologické vyšetření z tkání.

Sérologická diagnostika se snaží o průkaz protilátek na treponema pallidum. V zásadě můžeme rozlišovat dvě skupiny sérореakcí:

1. klasické (nespecifické) – netreponemové,
2. specifické – treponemové.

Netreponemové využívají průkazu nespecifických protilátek (reaginů) k suspenzi fosfolipidů zvířecích tkání. Při této reakci musí být přítomen komplement. Bývala to známá a klasická Bordetova-Wassermanova reakce (BWR), která je dnes nahrazena flokulačními (RRR) nebo mikroflokučními reakcemi (VDRL). Tyto reakce pro mnohé výhody (technické i ekonomické) mají i jiný diagnostický záběr, a proto jsou stále, zejména ve screeningu nemocí, využívány. V pozdním stadiu však reaginy mohou vymizet a vyšetření se stává méně spolehlivé (Jirásková, 2003).

Treponemové reakce zjišťují specifické protilátky přímo proti *Treponema pallidum* a patří sem testy TPHA, FTA-ABS, SPHA-IgM a TPI. TPHA slouží především jako vyhledávací test; FTA-ABS se považuje nyní za hlavní konfirmační test. TPI je přesný, ale velmi nákladný test, je proto využíván jen jako srovnávací standard. Sérologické vyšetření má široké uplatnění i pro sledování výsledků léčby (kvalitativně i kvantitativně) a v praxi je běžná současná kombinace více testů.

V případě podezření na postižení CNS v pokročilém stadiu syfilis a pro případ kontroly po skončení léčby se provádí také vyšetření mozkomíšního moku a to nejen cytologie, ale i proteinů a sérologického vyšetření (Resl et al., 2002).

Stále více se uplatňují další nové metody jako polymerázová řetězová reakce (PCR) a další molekulárně-biologické metody detekce treponemální DNA, které začínají být využitelné i v epidemiologii syfilis.

#### **2.2.4 Terapie**

Pro léčbu syfilis se využívají antibiotika, alespoň po dobu 7-10 dnů a u latentní fáze 15-20 dnů. Vzhledem k výskytu tzv. Jarischovy - Herxheimerovy reakce je vhodné alespoň v počátcích léčby zajistit hospitalizaci a pro zmírnění projevů (bolesti svalů a kostí, zvýšená teplota, pocení) podávat jod a kortikosteroidy (Resl et al., 2002). Lékem první volby je penicilin. V případě alergie se v standardech doporučuje doxycyklin a erytromycin. Terapie v těhotenství se odvíjí od stadia nemoci. Je důležité, aby léčba v graviditě byla zahájena v co nejkratším časovém intervalu. Nejpozději do 20. týdne těhotenství (Čech et al., 2006). Vyšetření a popřípadě léčba je samozřejmě nutná i u ohrožených osob v okolí jedince s nakažou, aby se zamezilo opětovnému výskytu a šíření. S přihlédnutím ke vzniku četných rezistencí je nutné řídit se směrnicemi léčby a pečlivě zvážit dávkování.

## 2.3 Kapavka

Je jednou z nejčastějších pohlavních chorob, se kterou se lékaři v ordinacích setkávají. Jedná se o akutní hnisavý zánět způsobený gonokokem, kromě sliznice v urogenitální oblasti může postihnout i sliznice rekta a vzácně také nosu, úst a hltanu, způsobuje také záněty očí a krevní cestou i onemocnění pohybového aparátu, nebo srdce (Jirásková, 2003, s. 209).

### 2.3.1 Způsob přenosu

Kapavka je vysoce nakažlivé infekční onemocnění s krátkou inkubační dobou 2-6 dnů, přenášené téměř výhradně pohlavním stykem. Ve výjimečných případech může dojít k přenosu při zanedbání hygieny nemocného se silným výtokem, například znečištěným ručníkem (Resl et al., 1997). U novorozenců dochází k přenosu v průběhu porodu při průchodu rodidly infikované matky (Jirásková, 2003).

### 2.3.2 Klinický obraz kapavky

Obraz je odlišný u mužů a u žen a odvíjí se také od místa přenosu. Nemoc se projevuje jako zánět, nejčastěji potížemi při močení a výtokem. V některých případech může být nemoc i asymptomatická (Resl et al., 1997).

#### **Projevy nemoci u žen:**

Symptomatika kapavky u žen je často nevýrazná, projevuje se dysuretickými potížemi, hnisavým výtokem a intermenstruačním krvácením (Záhumenský, Jilich a Vaňousová, 2015).

Při komplikované kapavce může dojít rozšířením infekce na výstelku děložní, vejcovody a vaječníky (adnexitis) s možností rozšíření do oblasti celé malé pánve (pelveoperitonitis). Tuto formu doprovázejí silné bolesti v podbříšku, bolesti hlavy a horečka (Resl et al., 1997).

Neléčená infekce vede až ke chronickým bolestem břicha a může zapříčinit mimoděložní těhotenství či dokonce sterilitu (Záhumenský, Jilich a Vaňousová, 2015).

#### **Projevy nemoci u mužů:**

U mužů jsou projevy nákazy patrnější, projevují se pálením při močení s častějším nutkáním, v moči je přítomen výtok žlutozelené barvy, někdy i s příměsí krve. Výtok postupně ustupuje a projevuje se pouze tzv. ranní kapkou. Infekce v oblasti uretry může postihnout její přední i zadní část (Jirásková, 2003).

Přední kapavka se projevuje od neznatelného šimrání po prudkou bolest, ústí močové trubice je červeně zbarvené a objevuje se hustý žlutozelený hnis, který časem ustupuje a přechází do bělavé až čiré formy. Komplikacemi v případě zánětu přední části močové trubice může být například zánět žaludu, akutní fimóza, zánět žláz a vaziva v okolí močové trubice. Zadní kapavka vzniká při přechodu infekce do zadní části močové trubice, při této formě se může vyskytnout i krvácení a bolesti při erekci. V případě komplikací u zánětů zadní části močové trubice může dojít k zánětům nadvarlat a prostaty, někdy i k postižení chámovodu či celého semenného provazce (Resl, 2014).

Při neléčení infekce přechází kapavka do chronické formy, která postihuje všechny části močového a pohlavního ústrojí a může zapříčinit seterilitu a sexuologické potíže (Resl et al., 1997).

### **2.3.3 Diagnostické metody**

Mezi metody, pomocí kterých se v současné době zjišťuje kapavka, patří především mikroskopické a kultivační vyšetření.

Diagnostikovat kapavku na základě mikroskopického vyšetření lze pouze u akutní mužské formy a vyšetření může provádět jen zkušený lékař.

Všechny ostatní nákazy je potřeba prokázat pomocí kultivačního vyšetření, které se provádí obvykle na modifikovaném krevním nebo čokoládovém agaru. Při mikroskopickém vyšetření je zapotřebí exsudát – zánětlivý výpotek z močové trubice muže, nebo z děložního hrdla ženy, popřípadě z jiného místa, např. z dutiny ústní, rekta, vulvy atd. Tam, kde je exsudátu či obsažených gonokoků málo, například u chronické kapavky, lze využít provokačních metod. U žen lze provokací vyvolat menstruaci, při které je nejspolehlivější vzorek odebraný 3.-4. den menstruace. Odebraný materiál se kultivuje ve vhodných podmínkách při teplotě 37°C v atmosféře oxidu uhelnatého. Kolonie gonokoků zkvašují pouze glukózu a vykazují pozitivní oxidázovou reakci.

V současnosti se využívají také vysoce citlivé metody prokazující jadernou DNA (Gen Probe) a PCR, LCR (ligázová řetězová reakce), přímá imunofluorescence a ELISA (Jirásková, 2003; Resl, 2014).

### **2.3.4 Terapie**

Léčba kapavky se samozřejmě odvíjí od stupňů závažnosti, vždy je u pacientů nezbytné dodržovat sexuální abstinenci a tělesný klid. U některých mírnějších forem je možná léčba ambulantní, u závažnějších případů hospitalizace. Pro léčbu se dříve využívala antibiotika per os nebo lépe v injekční formě. V současné době však rezistence

k antibiotikům prudce narůstá a začíná být značným problémem. Proto se nejčastěji používá jako lék první volby Azitromycin tablety, při rezistenci Ceftriaxon parenterálně. Při léčbě je důležité i vyšetření sexuálních partnerů dotyčného, aby nedocházelo k opětovné nákaze (Resl et al., 1997).

## 2.4 Měkký vřed, lymfogranuloma inquinale a granuloma inquinale

*„Všechny tři infekce uvedené v následující kapitole se v České republice stejně jako v celé Evropě vyskytují poměrně zřídka nebo dokonce raritně. Vzhledem k masivnímu cestování Evropanů do nejrůznějších oblastí celého světa, i vzhledem k migraci obyvatelstva z rozvojových oblastí světa do Evropy nelze zcela vyloučit výskyt některé z těchto nákaz.“* (Záhumenský, Jilich a Vaňousová, 2015, s. 111)

### 2.4.1 Měkký vřed

Měkký vřed je infekční onemocnění způsobené bakterií *Haemophilus ducrei*. V Evropě se vyskytuje velmi zřídka, nejvíce případů nákazy je zaznamenáno v USA. Přenáší se převážně sexuálním stykem a vyskytuje se častěji u mužů (Záhumenský, Jilich a Vaňousová, 2015).

#### **Klinický obraz**

Po krátké inkubační době (3-7 dnů) se u mužů i u žen na genitáliích vytvoří červená papula, která se po několika dnech mění ve vřed s hnisavou sekrecí. Vřed bývá bolestivý (Záhumenský, Jilich a Vaňousová, 2015).

#### **Diagnostické metody**

K diagnostice se nejčastěji využívá kultivační vyšetření. Používá se stěr ze spodiny vředového ložiska. Ke kontrole se využívá obarvení dle Grama (Záhumenský, Jilich a Vaňousová, 2015).

#### **Terapie**

Nejčastějším prostředkem terapie jsou antibiotika. Lékem první volby je ceftriaxon. Prognóza tohoto onemocnění je příznivá, je však samozřejmě potřeba důkladné přeléčení i sexuálních partnerů (Záhumenský, Jilich a Vaňousová, 2015).

### 2.4.2 Granuloma inquinale

Původcem této nemoci je bakterie *Calymmatobacterium granulomatis*. Výskyt této nemoci je spíše sporadický a trvale klesá. Vyskytuje se převážně v Austrálii, Jižní Africe, Indii a Latinské Americe. K nákaze dochází nejčastěji sexuálním přenosem (Záhumenský, Jilich a Vaňousová, 2015).

### **Klinický obraz**

Nákaza se projevuje zhruba po 50 dnech. Na těle se objevují nebolestivé vředovité útvary, nejčastěji v oblasti genitální, které se postupně zvětšují (Resl, 2014).

### **Diagnostické metody**

K diagnostice se využívá přímá mikroskopie. Stěr je vhodné odebrat na spodině léze. K dalším méně praktikovaným metodám patří kultivační a PCR vyšetření (Záhumenský, Jilich a Vaňousová, 2015).

### **Terapie**

Nejčastější metodou léčby jsou antibiotika, popřípadě azithromicin. Nutné je vyšetření a léčba i u sexuálních partnerů (Záhumenský, Jilich a Vaňousová, 2015)

## **2.4.3 Lymfogranuloma inquinale**

Onemocnění je způsobené bakterií Chlamydia trachomatis. Nákaza zachvacuje mizní cesty. Onemocnění se vyskytuje převážně v Africe, Asii a Indii. Nákaza se šíří sexuálním přenosem i sdílením sexuálních pomůcek (Resl, 2014; Záhumenský, Jilich a Vaňousová, 2015). V posledních letech hlásilo několik pracovišť v ČR výskyt onemocnění, včetně kliniky v Plzni (viz další kapitoly).

### **Klinický obraz**

Na genitálu se po 3-30 dnech od nákazy objeví nebolestivá papula, která se rychle zhojí. Po několika dnech až týdnech se zduříjí spádové mizní uzliny. U žen se vyskytují potíže v oblasti konečníku, u mužů otok genitálu (Resl, 2014).

### **Diagnostika**

K vyšetření se využívá odběr z cervixů a u mužů z uretry. Pro průkaz se doporučují metody LCR, PCR (Resl, 2014).

### **Terapie**

K léčbě se využívá Doxycyklin, při postižení uzlin je nutná punkce a dlouhodobé nasazení antibiotik. Pro zajištění prevence opětovné nákazy a jejího šíření následuje depistáž a vyšetření i na ostatní STI (Záhumenský, Jilich a Vaňousová, 2015).

## **2.5 Infekce vyvolaná virem lidské imunodeficiencie (HIV), AIDS**

Jedná se o onemocnění smrtelného průběhu v důsledku selhání imunity, které bylo oficiálně poprvé diagnostikováno v roce 1981 v USA. Nemoc se vyskytuje u zhruba 40 milionů lidí na celém světě, nejvíce je zasažena oblast subsaharské Afriky. Pro chybějící klinické projevy na pohlavním ústrojí nepatří mezi klasické pohlavní choroby, nepochybně jej však lze zařadit do kategorie STI (Štork et al., 2008).

### 2.5.1 Způsob přenosu

HIV lze nalézt v tělních tekutinách v krvi, spermatu, vaginálním sekretu, slinách, slzách, mateřském mléku atd. V současné době jsou však známy pouze přenosy krví, spermatem, vaginálním sekretem a mateřským mlékem. Při běžném styku se HIV nepřenáší, nebezpečné není ani bodnutí hmyzem.

K přenosu HIV dochází obvykle pohlavní cestou (80 % nálezů). Při homosexuálním styku je více ohrožen pasivní partner, přenos je usnadněn narušením sliznice konečníku. V případě heterosexuálního styku je přenos rovněž možný oběma směry, více ohroženy jsou ženy.

Kromě nákazy sexuálním stykem se virus šíří krevní cestou, dříve se virus vyskytoval i v krvi dárců, v současné době je toto riziko minimalizováno vyšetřením dárců krve na HIV protilátky a tepelnou inaktivací virů v krevních derivátech. Virus se může přenášet i z matky transplacentárně a na kojence z mateřského mléka. Mezi ohrožené skupiny jedinců patří toxikomané. Nákaza se u této skupiny jedinců šíří půjčováním jehel a stříkaček i nechráněným pohlavním stykem, často za úplatu (Resl, 2014).

### 2.5.2 Klinický obraz HIV/AIDS

HIV se projevuje řadou kožních projevů s těžkým atypickým průběhem, například infekčních, mezi které patří například virový opar s těžkým průběhem, bakteriálních, parazitárních a mykotických projevů. Objevují se i nádory, nejčastějším je tzv. Kaposiho sarkom, takže se uvádí, že kůže je monitorem HIV/AIDS infekce (Resl, 2014).

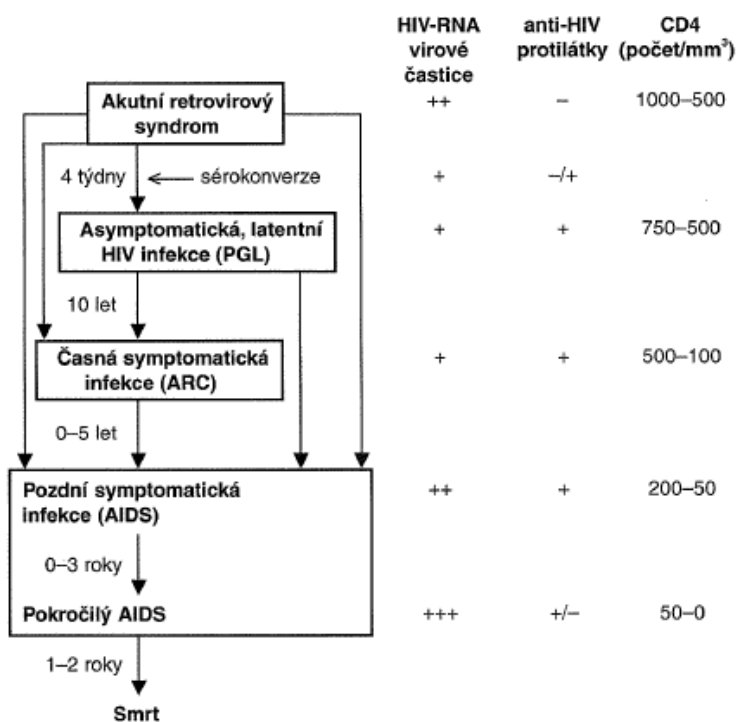
HIV/AIDS má podle WHO a CDC několik stadií. Jak uvádí Resl (2014, s. 314) „V obsáhlém „Hlášení“ každého případu se ještě zaznamenávají také údaje o počtu CD4+ T-buněk, takže je závažnost nemoci rozdělena ještě na podskupiny A, B, C a každá ještě na 1-3.“

Kategorie A: **Akutní retrovirový syndrom** se v 80 % případů začne projevovat po 3-6 týdnech od nákazy. Objevují se příznaky „virózy“, například teplota, noční pocení, únava, malátnost, bolesti v krku atd. Po 1 měsíci přechází infekce do stadia perzistující **generalizované lymfopatie**. V tomto období se u nemocných v 70 % objevují exanémy postihující trup, dlaně a plosky nohy. Mohou být přítomny i genitální vředy. U jedinců s žádnými, nebo mírnějšími příznaky je prognóza příznivější. Nemoc postupně přechází do **asymptomatické fáze**, ve které dochází k postupujícímu úbytku T-lymfocytů na méně než 500, toto období může trvat až 10 let.

Kategorie B: Po té přechází nemoc do **časné symptomatické fáze** s celkovými příznaky (teploty, hubnutí, průjemy, únava atd.) a počty CD4 se snižují na 500-100.

Kategorie C: **Pozdní symptomatická infekce** představuje vlastní AIDS, dochází k dalšímu poklesu lymfocytů (hodnota CD4 je 200 až 50), což zapříčiňuje pokles obranyschopnosti organismu s výskytem řady infekcí. Toto období trvá maximálně 3 roky. Pozdní symptomatická infekce přechází v poslední předsmrtné stadium AIDS. V tomto období dochází k výskytu více infekcí najednou, až k celkovému selhávání organismu s poklesem T-lymfocytů z maximálně 50 na 0 (Resl, 2014; Štork et al., 2008).

**Obrázek 2: Klinický průběh neléčené HIV infekce**



Zdroj: (Štork et al., 2008, s. 453)

### 2.5.3 Diagnostické metody

Mezi metody, pomocí kterých se v současné době zjišťuje přítomnost viru HIV v organismu, patří laboratorní vyšetření metodou ELISA. Anti – HIV protilátky jsou však prokazatelné nejdříve po 3.-4. týdnu od nákazy. Pozitivní vzorky se dále potvrzují metodou Western Blot. Pro kontrolní vyšetření se využívá ještě metoda PCR, která pomáhá detekovat virus v krvi po ustálení hladiny cca 6 měsíců od nákazy.

### 2.5.4 Terapie

Léčba HIV vedoucí k definitivnímu vyléčení neexistuje. Léčí se symptomaticky nebo cíleně doprovodné choroby. V současné době došlo k významnému obratu a



prodloužení přežívání nemocných použitím nových účinných retrovirových preparátů, tzv. HAART terapie, přičemž navíc se užívá kombinace více antivirových léků. Zatím se nepodařilo připravit účinnou vakcínu (Resl, 2014; Štork et al., 2008).

### **3 SOUČASNÁ SITUACE V OBLASTI STI - LEGISLATIVNÍ HLEDISKO**

V dnešní době představují STI častý a rozšířený zdravotnický problém. Týkají se převážně mladých osob, sexuálně aktivních. U mužů je výskyt pohlavních nemocí vyšší než u žen. Jak již bylo zmíněno výše, STI nemusí postihnout jen pohlavní orgány, ale mohou se projevit i v oblasti konečníku, očí a v dutině ústní. O to složitější je pak včasné odhalení choroby a zamezení dalšího šíření. Pro tyto nemoci je rovněž typické sdružování, tj. vznik smíšených infekcí, jejichž rozdílnost se projevuje v délce inkubační doby, v klinickém obraze a každá nemoc také vyžaduje jinou terapii. Na důležitosti tak v současné době nabývá prevence, diagnostika i léčba sexuálně přenosných chorob (Slezáková et al., 2011).

#### **3.1 Legislativní opatření**

Závaznými právními předpisy pro hlášení a evidenci infekčních nemocí jsou:

- zákon o ochraně veřejného zdraví č. 258/2000 Sb., ve znění pozdějších předpisů,
- vyhláška MZ č. 306/2012 Sb. o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče,
- vyhláška MZ č. 473/2008 Sb. o systému epidemiologické bdělosti pro vybrané infekce v novelizovaném znění dle vyhlášek č. 275/2010 Sb. a č. 233/2011 Sb. (ÚZIS, 2014).

Povinnému hlášení podléhá 5 klasických pohlavních nemocí (viz kapitola 2). V případě zjištění některé z těchto nemocí se provádí záznam prostřednictvím formuláře „Hlášení infekční nemoci“, který zahrnuje nejen potvrzené onemocnění, ale i podezření z onemocnění, nosičství i zjištění onemocnění při úmrtí. Na základě nové vyhlášky č. 275/2010 Sb., kterou se mění vyhláška č. 473/2008 Sb., o systému epidemiologické bdělosti pro vybrané infekce, je v současné době nutné hlásit a sledovat i chlamydiové infekce. Tuto povinnost má lékař, který chorobu diagnostikoval. Součástí tohoto formuláře je také epidemiologické hlášení osob, které jsou infekcí ohroženy nebo mohou být zdrojem nemoci. I laboratoř zajišťující diagnostiku je povinná pozitivní nález hlásit. Každé hlášení je zaznamenáno do Registru pohlavních nemocí (RPN) prostřednictvím Krajských hygienických stanic. Zpravodajskou jednotkou je zpravidla každé zdravotnické, dermatovenerologické pracoviště, které nemoc diagnostikovalo. Ministerstvo zdravotnictví

ČR spravuje RPN a prostřednictvím orgánů na ochranu veřejného zdraví také zajišťuje a kontroluje naplnění zákona č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví a vyhlášky MZ ČR č. 306/2012 Sb. o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění. Centrální pracoviště ÚZIS ČR (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR) přejímá k dalšímu zpracování data za uplynulý rok. Statistiky tak obsahují všechny údaje o pohlavních onemocněních hlášených na území ČR za uplynulý rok. Některé případy diagnostikované koncem příslušného roku mohou být zaznamenány v roce dalším. Statistické údaje zahrnují veškerý výskyt onemocnění na našem území a to včetně onemocnění u cizinců. Údaje o ostatních infekcích přenášených převážně sexuálním stykem jsou registrovány jinými informačními systémy. Při zjištění onemocnění HIV/AIDS se hlášení diagnózy odesílá epidemiologovi krajské hygienické služby a poté Národní referenční laboratoři Státního zdravotnického ústavu v Praze, laboratoř vede záznamy od počátku sledování této infekce v roce 1985 v ČR a zpracovává i kumulativní statistiky (ÚZIS, 2013).

### 3.2 Současný výskyt pohlavních chorob a HIV/AIDS na území ČR

**V roce 2003** zahájil svou činnost Národní registr pohlavních nemocí. Podle údajů uvedených v publikaci vydané ÚZIS za tento rok můžeme vyčíst, že z počtu 1 879 hlášení pohlavních nemocí se **v 849 případech jednalo o onemocnění syfilis (A50, A51, A52, A53) a v 1 030 případech o onemocnění gonokokovou infekcí (A54)**, ostatní pohlavní choroby spadající v tomto roce do povinného hlášení zaznamenány nebyly. **Onemocnění HIV/AIDS bylo v roce 2003 nově evidováno u 70 osob** (61 nových případů HIV a 9 případů AIDS).

**Za rok 2012** evidoval RPN celkem 1 856 hlášení. Z tohoto počtu se **696 případů týkalo nemoci syfilis, 1 060 případů onemocnění kapavkou**. Z celkového počtu případů syfilis bylo téměř 90 % případů zjištěno u pacienta poprvé. Převažující počet případů tohoto onemocnění byl zjištěn náhodně. V 60 případech syfilis u žen byla nákaza zjištěna během těhotenství a vrozená syfilis u novorozence byla zaznamenána u 2 případů. V roce 2012 bylo **v Plzeňském kraji zaznamenáno 32 případů onemocnění syfilis a 33 případů kapavky**. Dále bylo nahlášeno 9 případů onemocnění lymphogranuloma venereum. Výskyt venerického lymfogranulomu na území ČR byl tak zaznamenán již třetím rokem a ve srovnání s rokem minulým bylo hlášeno a 3 případy více. Současná infekce s jinými STI byla hlášena celkem ve 332 případech, přičemž 227 případů tvořila kapavka, 98 syfilis a 7 dokonce lymphogranuloma venereum. Z hlediska věkové skupiny je

podle údajů častější výskyt PN u jedinců mladších věkových kategorií. Výskyt je rovněž vyšší u mužů než u žen. **HIV/AIDS se v roce 2012 vyskytla nově u 255 osob.** Podle četnosti výskytu STI na území ČR patří Plzeňský kraj v současnosti mezi místa s nižším výskytem onemocnění. V době před novým administrativním uspořádáním – oddělení Karlovarského kraje od původního Západočeského kraje zaujímal 3. místo ve výskytu. Ke krajům s vyšší mírou výskytu patří Praha, Liberecký a Jihomoravský kraj (ÚZIS, 2013). **V roce 2013** je podle údajů zaznamenaných v publikaci ÚZIS Infekční nemoci 2013 uvedeno **710 hlášení syfilis (A50–A53), 1 421 onemocnění gonokokovou infekcí (A54),** 8 případů lymfogranuloma venereum a 255 nově zjištěných případů HIV pozitivitu (B20–B24) (ÚZIS, 2014). Pokud tedy srovnáme údaje uvedené ve statistice za rok 2012 a 2013 a údaje zhruba 10 let staré z roku 2003, lze zejména u některých infekcí zaznamenat znepokojivý nárůst.

Pro lepší vizuální představu jsou nejdůležitější údaje zaznamenány v následující tabulce, kde je rozpracována statistika výskytu PN a HIV/AIDS v letech 2003-2013, zdrojem těchto informací je Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS, 2004-2014).

**Tabulka 1: Výskyt nových případů vybraných STI na území ČR v letech 2003-2013**

<b>ROK</b>	<b>SYFILIS</b>	<b>KAPAVKA</b>	<b>LYMFOGRANULOMA VENERUM</b>	<b>HIV/AIDS</b>
<b>2003</b>	849	1030	0	70
<b>2004</b>	684	947	0	87
<b>2005</b>	523	854	0	90
<b>2006</b>	502	1082	0	105
<b>2007</b>	822	1149	0	145
<b>2008</b>	850	816	1	170
<b>2009</b>	997	724	0	180
<b>2010</b>	1022	756	1	227
<b>2011</b>	737	709	6	193
<b>2012</b>	696	1060	9	255
<b>2013</b>	710	1421	8	255

Zdroj: ÚZIS, Pohlavní a Infekční nemoci, statistiky za roky 2003-2013

## 4 SOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA ŠÍŘENÍ STI

Těžiště problémů spojených s pohlavními chorobami se dnes přesouvá z roviny lékařské i na úroveň sociální. Výskyt STI je tedy do značné míry ukazatelem morálních, sociálních a psychologických jevů. Mládež se v dnešní době nechá snadno nalákat k promiskuitnímu stylu života, bez většího povědomí o rizicích souvisejících s možností nákazy PN. Svou roli zde sehrává i větší dostupnost antikoncepce, užívání alkoholu a dalších návykových látek a nemalý vliv na šíření nemocí má i stále vzkvétající prostituce (Resl et al., 1997). Kromě výše uvedených příčin se v širším pojetí problematiky uvádí další souvislosti, které ovlivňují sexuální chování. Patří sem konzumace alkoholu a užívání návykových látek, nefunkční rodiny nebo také migrování osob (Machová et al., 2009). Další rizikovou skupinou z hlediska výskytu STI jsou muži s homosexuální orientací.

### 4.1 Sexuální orientace

Sexuální orientace je celoživotní erotická preference osob daného pohlaví. U většiny jedinců se setkáváme s orientací heterosexuální, u 1-10 % je orientace homosexuální. V případě srovnatelných preferencí k oběma pohlavím hovoříme o bisexuální orientaci. Rozhodující pro rozpoznání sexuální orientace jsou fantazie a erotické představy jedince. Sexuální orientace je podmíněna biologicky, lze předpokládat, že za vznikem orientace stojí více bio-psycho-sociálních faktorů. Pojem homosexualita byl poprvé použit v roce 1896, pojem heterosexualita byl užit až v roce 1923 a kladl důraz jména na reprodukční složku. Homosexuální chování bývalo v minulosti spojováno se zvrhlým odsouzením chováním, k dekriminálnímu chování na území našeho státu došlo v roce 1961 úpravou trestního zákona. I v současné době se však setkávají gayové a lesbické ženy s diskriminačním chováním (Weiss et al., 2010).

#### 3.1.1 Zdravotní aspekty homosexuality

U homosexuálních osob je z hlediska zdravotnického přístupu patrná větší prevalence sexuálně přenosných chorob. Především u mužů provozujících nechráněný anální styk je výskyt STI vyšší, než u heterosexuálních jedinců. Homosexuální orientace bývá často zmiňována zejména v souvislosti s výskytem HIV/AIDS. Homosexuální přenos HIV je daleko snadnější než přenos heterosexuální. Styk homosexuální je zejména styk anální. Střevní sliznice je bohatá na buňky k infekci HIV náchylné, navíc tento styk bývá často krvavý. Riziko přenosu viru HIV je tedy opravdu vysoké (SZÚ, 2012).

Podle nejnovějšího vyjádření Státního zdravotního ústavu tvoří výskyt nových případů HIV u homosexuálních mužů 78,4 % z celkového počtu 213 nových případů (údaje za leden-říjen 2015), v roce 2014 tvořil počet gayů 73,3 % z celkového počtu 232 infikovaných (SZÚ, 2015). U homosexuálních mužů je podle tvrzení Weisse (Weiss et al., 2010) zvýšené riziko i při přenosu syfilis, častěji se objevují i uretrální, rektální a faryngeální infekce. U homosexuálních mužů je rovněž doporučováno častější screeningové vyšetření jedenkrát ročně, u jedinců s vyšším počtem partnerů a u uživatelů drog každých 3-6 měsíců.

Riziko přenosu STI u lesbických žen je závislé na druhu infekce a sexuálních praktikách, zpravidla se častěji, než u žen heterosexuálních vyskytuje genitální infekce HSV-1, způsobená častým orogenitálním sexem (Weiss et al., 2010). Homosexuální ženy velmi málo používají bariérovou ochranu. Podle americké studie používá latexové ochranné rukavice při manuálním styku jen 11 % žen, 34 % žen používá bariérovou ochranu při využívání sexuálních pomůcek a membránovou ochranu při orálním sexu využívá pravidelně jen něco kolem 2 % dotázaných (Záhumenský, Jilich a Vaňousová, 2015).

## 4.2 Sociálně patologické jevy - prostituce a drogová závislost

Sociálně patologické jevy jsou velmi závažnou společenskou poruchou jedince nebo skupiny proti celé společnosti. Daly by se charakterizovat špatným životním stylem, vědomým přestupováním norem, nařízení, předpisů i etických hodnot. Je to porušování, které má své negativní důsledky nejenom pro jednotlivce, ale i pro celou společnost (Pokorný et al., 2001).

Veřejná prostituce se v našich zemích rozvíjí ve 13. a 14. století, kdy vzniká řada nových měst. Ruku v ruce s počátky prostituce přicházejí i tresty, v roce 1532 začíná platit na území habsburské říše útrpný soudní řád, podle něhož se kuplířství a cizoložství trestá vypovězením ze země, pranýřováním, nebo vymrskáním. Proti prostituci bojuje i Marie Terezie, která lehké ženy posílá na nucené práce. Pokud se prokáže, že prostitutka nakazila zákazníka pohlavní chorobou, jsou tresty ještě přísnější, k nejčastějším patří potupné vystavování nahých dívek na pranýři (History revue, 2015).

V současné době nejstarší řemeslo světa sice není povoleno, ale není ani komplexně zakázáno. V souvislosti s prostitucí je trestným činem kuplířství, pokud má z takového jednání zisk jiná osoba a vědomé přenášení nemocí. Prostituce představuje závažný společenský i zdravotní problém. Nemocnost u těchto osob je 50-100krát vyšší

než u ostatní společnosti. K problematice prostituce lze přistupovat trojím způsobem: policejním, živnostenským, zdravotnickým. Z pohledu venerologického je nejdůležitější hledisko zdravotnické. Prostitutky by měly být podporovány v možnosti podstoupit pravidelná vyšetření bez rizika kriminalizace. Dalším nebezpečným jevem často souvisejícím i s prostitucí je drogová závislost.

Mezi jedinci drogově závislími je rovněž vyšší procento jedinců se sexuálně přenosným onemocněním. Nejvíce se tyto nemoci šíří při nitrožilní aplikaci drog. Závažným problémem spojeným s užíváním drog a šířením sexuálně přenosných chorob je i problematika získávání peněz, kterou řada uživatelů řeší krádežemi a již výše zmíněnou prostitucí. V prevenci STI se velmi vyplácí informovanost o riziku přenosu HIV a dalších chorob, pacienti jsou pak ochotnější k častějším návštěvám lékaře. U uživatelů drog je třeba zmínit i velké riziko přenosu hepatitidy typu B a C. Pokud hovoříme o problematice drogové závislosti, ve spojení se zvýšeným rizikem nákazy STI, nesmíme opomenout i riziko nadměrného užívání alkoholu. Intoxikace alkoholovými i nealkoholovými drogami výrazně snižuje bdělost jedince v otázkách bezpečného sexu (Weiss et al., 2010). Ze sociálního pohledu se jedná o tzv. začarovaný kruh a řešení závislostí na návykových látkách je běh na dlouhou trať, který za sebou často nechává rozvrácené životy jedinců i celých rodin. Z pohledu zdravotního se však nabízí alespoň určitá řešení přispívající ke zmírnění problematiky – vytvořit podmínky motivující k péči o vlastní zdraví. Nejdůležitější je samozřejmě rozšíření primární prevence a společenské osvěty mezi všechny skupiny obyvatel a zejména mezi mládež. **Kombinace případné rozumné represe a vhodných omezení s výchovou, systematickou edukací a prevencí** (Resl et al., 2007).

## 5 SEXUÁLNÍ VÝCHOVA, DEPISTÁŽ A DISPENZARIZACE

### 5.1 Primární prevence – sexuální výchova

Základním předpokladem pro omezení šíření STI je dodržování zásad bezpečného sexu. Vyhýbání se promiskuitnímu chování a omezení počtu sexuálních partnerů. Nejlepším prostředkem je udržování stálých sexuálních svazků. Jako další účinná metoda v boji proti šíření pohlavních a sexuálních nemocí se osvědčila bariérová ochrana – prezervativ. Jeho používání může při správné technice zabránit přenosu řady chorob včetně AIDS. Efekt chemických a antiseptických prostředků a lubrikačních gelů se z hlediska prevence šíření, pohlavních a sexuálních nemocí jeví jako méně spolehlivý (Resl, 2014).

Jak již bylo řečeno výše, venerické choroby jsou problematikou nejen lékařů, ale i celé společnosti. Vedou k mnoha ekonomickým, medicínským i sociálním problémům. V boji proti šíření těchto chorob je potřeba funkční sexuální výchova a osvěta, která není jen záležitostí zdravotníků, ale i pedagogů a v neposlední řadě rodičů. Při sexuální výchově by se kromě prevence měl klást důraz i na řešení možných důsledků, jako zdůraznění vyhledání včasné lékařské pomoci. V osvětě pomáhá i šíření informací formou článků, letáčků, nebo odborných přednášek pro veřejnost (Resl, 2014).

**Sexuální výchova** od školního věku tvoří nedílnou součást rámcových programů pro základní a střední školy. Odborníci z řad pedagogické veřejnosti si uvědomují, že ruku v ruce s rozrůstající se mírou integrace jedinců s postižením do běžného života, se rozrůstá i potřeba osvěty v oblasti sexu. *„Zdravotně postižení adolescenti, nebo dospělý při začleňování do méně omezujícího prostředí musí být informováni o nebezpečí pohlavních nemocí, zejména AIDS.“* (Reynolds, Janzen, 2007, s. 491) Sexuální výchova a osvěta v oblasti prevence STI tak čím dál tím více zasahuje i do speciálního školství. Sexuální výchova je v základních školách realizována zejména prostřednictvím vzdělávacích oblastí Člověk a jeho svět na 1. stupni ZŠ a Člověk a zdraví na 2. stupni ZŠ, tyto vzdělávací oblasti jsou dále tematicky propojeny se vzdělávacími oblastmi Člověk a společnost, Člověk a příroda a s průřezovými tématy Osobnostní a sociální výchova, Mediální výchova. Výuka v oblasti sexuální výchovy směřuje k tomu, aby si žáci osvojili a kultivovali odpovědné chování, rozhodování a komunikaci v situacích souvisejících s **reprodukčním zdravím**, partnerskými vztahy, rodinným životem a rodičovstvím a aby jejich vstup do dospělosti byl provázen



odpovědným přístupem ke zdraví a založení rodiny. Na realizaci sexuální výchovy ve škole se podílí celý tým pedagogických pracovníků. Důležitou roli sehrává koordinační činnost vedení školy, koordinátora ŠVP, výchovného poradce, školního metodika prevence, případně školního speciálního pedagoga a školního psychologa (RVP ZV, 2007; Shaffer, 1999). Nutno však podotknout, že úroveň výuky a její rozsah se na různých školách velmi liší, svoji roli zde sehrává zejména erudovanost pedagogů v této oblasti, ale například i zaměření jednotlivých škol související i s výběrem a náplní „volitelných hodin“.

## 5.2 Depistážní služba

V případě prevence cílené na již ohrožené skupiny obyvatel cílené na minimalizaci nárůstu nakažených a ohrožených osob je důležité především zajištění dobré úrovně léčby, diagnostiky a laboratorních služeb. Epidemiologická a depistážní práce předpokládá odborný a individuální přístup ke každému jedinci. Depistážní činnost je velmi zodpovědná práce, a přestože nad celkovým procesem vede dohled odborný lékař, vysoké nároky jsou kladeny i na depistážní sestry. Kromě evidence, kontrol nemocných a dispenzarizace je hlavním úkolem epidemiologické šetření. Jak uvádí Res et al. (2007) na straně 135, patří mezi hlavní povinnosti depistážních sester:

- *Hlavní činností je epidemiologické zjišťování zdrojů, kontaktů, ohrožených osob,*
- *návštěvní služba nemocných, hledaných osob,*
- *kontrola úplnosti hlášení v regionu,*
- *evidence nově zjištěných osob, sběr statistických dat a předání statistickým oddělením,*
- *spolupráce s epidemiologií, urologií, gynekologií a porodnictvím, transfuzní službou, mikrobiologií, patologií,*
- *dispenzarizace osob, registrace změn pobytu, předávání dokumentace,*
- *aktivní spolupráce mezi venerologickými pracovišti po celé ČR, příp. i hlášení závažných případů do zahraničí,*
- *perspektivně ev. zdravotnická evidence osob provozujících sexuálně výdělečnou činnost.*

Po zjištění diagnózy je nemocný seznámen se svojí diagnózou, léčbou, prevencí, kontrolami a se svými právy a povinnostmi. Je mu zdůrazněn nejen zdravotní, ale zejména sociální a morální důvod pro zjištění údajů o ohrožených osobách. Pacient je vyzván, aby sám přivedl nebo poslal podezřelé osoby na vyšetření, což pro něho bývá většinou nejpříjemnější. Často se také nechce s kontakty nebo zdroji onemocnění setkat a rád

využije pomoci depistážní sestry, aby vyšetření zajistila. Sestra se ale setká i s negativním přístupem a nespoluprací nemocného, pak mu musí vysvětlit, že při neuposlechnutí hrozí nakaženému sankce (Resl et al. 2007). Podle současné legislativy je povinností pacientů s diagnostikovanou sexuálně přenosnou nemocí absolvovat léčení, podrobit se všem nezbytným vyšetřením a dodržovat veškerá doporučená opatření. Pokud tento příkaz pacient nedodržuje, považuje se jeho jednání za trestný čin. Pokud je nakaženému znám zdroj a kontakt (y) nákazy, má povinnost vše uvést. Ohrožení infekcí jiné osoby je hodnoceno rovněž jako trestný čin (Weiss et al., 2010). Důležité místo má i poradenství, neboli counselling. Jedná se o řízený rozhovor, který se ve venerologii uplatňuje zejména při vyšetření krve na vyšetření HIV protilátek a syfilis. Před vlastním odběrem krve je nejprve potřeba získat (v případě HIV) svolení vyšetřovaného, který je seznámen s tím, co může od vyšetření očekávat. Tuto informaci získává formou tzv. pre test counsellingu. Při předávání výsledků pacientovi uplatňujeme tzv. post test counselling. K základním principům poradenství ve venerologii patří dodržování individuálního a vstřícného přístupu, motivace, dostatek času, nemocného při jeho sdělení jej (ex) nepřerušujeme, ujistíme ho o důvěrnosti, popř. anonymitě vyšetření a uplatníme techniku aktivního poslechu (Resl et al., 2007). Kromě znalostí čistě odborných musí mít depistážní sestry znalosti i z oblasti psychologie. Jednání s některými pacienty může být obzvláště náročné. Většina jedinců, kteří vyhledají odbornou lékařskou pomoc, jsou lidé, kterým záleží na rychlém uzdravení. Někdy se však můžeme v praxi setkat i s lidmi lehkomyšlnými, někdy až agresivními. I s těmito lidmi je však v zájmu celé společnosti potřeba jednat co nejvstřícněji. Určité procento, Resl (2014) uvádí 3-5 %, tvoří jedinci zoufalí, kteří nevěří v možnost uzdravení (venerofobie) a často vyžadují i opakovaná vyšetření. U těchto jedinců přichází v úvahu i riziko sebevraždy, proto je nutná i spolupráce s psychiatry.

### **5.2.1 Hlavní zásady práce s venerickými pacienty**

Při práci s pacienty je potřeba mít na paměti následující zásady, jasně formulovány například Reslem (2014, s. 342).

- 1. Lékař je povinen vyšetřit a léčit,*
- 2. Hlásit onemocnění PN, podezření, ohrožení a úmrtí na předepsaných tiskopisech. (Chlamydia trachomatis se hlásí na běžných infekčních hlášenkách na příslušnou epidemiologii).*
- 3. Lékař je povinen poučit nemocného o podstatě nemoci a poučení si nechat podepsat.*
- 4. Lékař je povinen provést depistážní šetření, zjistit všechny kontakty a zdroje a pacient je*

*povinen je sdělit.*

5. *Nemocným je poskytována dispenzární péče, přičemž jsou povinni uvědomit ošetřujícího lékaře o změně bydliště.*
6. *Nemocný je povinen se podrobit léčení a kontrolám a teprve na základě negativních výsledků je vyřazován z evidence.*
7. *Nemocný nesmí ohrozit nákazou jiné osoby, což může být kvalifikováno jako trestný čin.*
8. *O všech údajích je povinný zachovávat lékařské tajemství a veškerá dokumentace je řádně zabezpečena.*

Dále obecně platí nutnost vyšetřit každého pacienta i na ostatní PPN a STI, zejména na HIV a syfilis, sérologicky vyšetřovat dárce krve, kostní dřeně, spermatu i orgánů na HIV a syfilis.

### 5.3 Dispenzární péče

Dispenzární péče se liší podle druhu STI.

**Nemocné kapavkou** vedeme v evidenci po dobu léčení a kontrol 3-4 měsíce. U mužů se kontroly provádějí 3x po léčbě, v týdenních intervalech. U gravidních žen je postup podobný. Negravidní ženy se vyšetří po léčbě 3x, z toho 1x intra menses. Nemocný se vyšetřuje sérologicky i na syfilis a HIV. Při negativních výsledcích může být pacient vyřazen z evidence.

**Nemocní se zjištěnou získanou i kongenitální syfilis** se kontrolují v prvním pololetí 1x za 2 měsíce, ve druhém pololetí 2x, ve druhém roce 2x do roka, dále pak v pětiletých intervalech. Osoby s přetrvávající pozitivitou sérologických reakcí zůstávají v aktivních kontrolách do 65 let věku, z evidence se vyřazují po úmrtí. Při negativních výsledcích testů se vyřazují po dvou letech z evidence. Osoby označené jako zdroj nebo ohrožené, jsou sledovány po dobu 1/2 roku.

**Nemocní s AIDS** musí být rovněž dispenzarizováni. V počátečních i konečných stadiích mívají mnoho kožních příznaků a chorob a častý je i výskyt jiných STD infekcí. Péče o HIV pacienty se vzhledem k povaze onemocnění od ostatních chorob liší. Hlášení diagnózy se odesílá epidemiologovi krajské hygienické služby a Národní referenční laboratoři pro AIDS. Vlastní „Hlášenku HIV/AIDS“ vyplní příslušné AIDS centrum. Na speciální ošetření dochází pacient do AIDS center, která jsou zřízena ve všech krajích. Při běžných onemocněních navštěvuje pacient praktického lékaře. Nemocný musí udržovat chráněný styk, může vykonávat zaměstnání, navštěvovat školu, vést běžný normální společenský život. Nesmí být dárce krve, orgánů, tkání, spermatu. Odběry u jeho

sexuálních kontaktů se opakují po 6 měsících, u rodinných mimosexuálních kontaktů po 12 měsících. Hlavním cílem depistážní a dispenzarizační péče je pomoc nemocnému, minimalizace dopadů na okolí jedince s nemocí a zamezení dalšího šíření (Resl, 2014).

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 6 VÝZNAM A EFEKTIVITA DEPISTÁŽNÍHO ŠETŘENÍ

Záměrem tohoto výzkumného šetření je zmapování současné situace v oblasti problematiky **venerických chorob** vzhledem k rozložení těchto nemocí v populaci a přínosu depistážního šetření.

V 19. a zejména 20. století byl zaznamenán velký pokrok v oblasti medicíny v diagnostice i léčbě nemocí, v období po druhé světové válce lze zaznamenat i celkový (přechodný) úbytek těchto chorob v populaci. Hlavně díky léčebnému účinku antibiotik. Přesto se však v současné době opět potýkáme s výskytem celé řady klasických pohlavních i ostatních sexuálně přenosných chorob. K redukci jejich výskytu ve společnosti pomáhá především preventivní osvěta a depistážní šetření, jehož záměrem je vyhledávání ohrožených a včasné podchycení osob nemocných.

Empirická část práce vychází z odborných údajů uvedených v části teoretické, které doplňuje o další poznatky v oblasti zkoumané problematiky. Důraz je kladen na to, jaké choroby se u nás vyskytují nejvíce, jaké jsou výsledky depistážní péče a jaké skupiny obyvatelstva jsou sexuálně přenosnými infekcemi ohroženy nejčastěji.

### Cíl výzkumu

- 1) Analyzovat současnou situaci v oblasti výskytu venerických chorob a jejich rozložení v populaci a zjistit výtěžnost a efektivitu depistáže.

### Dílčí cíle související s realizovaným výzkumem:

- 1) Zjistit, jaké choroby se vyskytují u venerických pacientů nejčastěji.
- 2) Určit, jaká věková skupina obyvatel je nejvíce ohrožena nákazou sexuálně přenosnými chorobami.
- 3) Zjistit u laické veřejnosti názor na problematiku STD, úroveň informovanosti v této oblasti.

### Výzkumné hypotézy:

- H1: Sexuálně přenosné choroby se výrazně častěji objevují u jedinců mladších 30 let, než u starších věkových skupin.
- H2: Venerické choroby se vyskytují častěji u mužů, než u žen.
- H3: Nákazou jsou výrazně častěji ohroženi obyvatelé s nižším dosaženým vzděláním, než osoby s min. středoškolským vzděláním s maturitou.

- H4: Sexuálně přenosné choroby se vyskytují ve větší míře u jedinců, kteří nežijí ve stálém partnerském svazku, než u osob ženatých/vdaných.
- H5: Mezi jedinci s nějakým druhem STI je výrazně větší počet těch, kteří neznají svůj zdroj nákazy, než těch, kteří jej znají.
- H6: V rámci depistážního vyhledávání jedinců s STI je větší procento osob, které se podaří vyhledat, než osob nedohledaných.

### **Metodika výzkumného projektu**

Metodika výzkumného projektu vychází z principů kvantitativního výzkumu, v rámci kterého lze sledovat několik cílů a stanovit příslušné hypotézy.

### **Použité metody**

Hlavní použité metody:

- dotazníkové šetření  
(dotazník koncipovaný pro laickou veřejnost)
- analýza interních odborných dokumentů (hlášenek PN a ostatních STI)

Ostatní použité metody:

- analýza veřejných odborných dokumentů

### **Charakteristika místa výzkumu**

Realizovaný výzkum k bakalářské práci probíhal na depistážním pracovišti venerologické ambulance Dermatovenerologické kliniky FN v Plzni. Plzeň je statutární město na západě Čech a metropole Plzeňského kraje. V roce 2013 zde žilo téměř 170 000 obyvatel a bylo tak čtvrtým největším městem v republice a druhým největším v Čechách. Toto depistážní pracoviště venerologické ambulance Dermatovenerologické kliniky FN v Plzni je vrcholným odborným pracovištěm v regionu. Ve venerologické ambulanci se vyšetřují nemocní s PN (klasické pohlavní nemoci) a ostatní STD (sexually transmitted diseases), tj. i další sexuální nemoci přenášené převážně pohlavním stykem.

### **Charakteristika základního souboru a výzkumného vzorku**

Základní výzkumný soubor je tvořen pacienty depistážního pracoviště Dermatovenerologické kliniky FN Plzeň, kteří navštívili toto pracoviště v roce 2014. V rámci výzkumného šetření byly použity (anonymní) údaje všech pacientů, kteří byli na

tomto pracovišti v roce 2014 vyšetřeni. Pro vlastní dotazníkové šetření byli osloveni návštěvníci Fakultní nemocnice v Plzni, studenti ZČU a náhodně vybraní respondenti z mého okruhu.

### **Způsob získávání informací**

Pro zjištění potřebných údajů metodou analýzy odborných dokumentů bylo využito údajů z databáze Fakultní nemocnice v Plzni a dat uvedených v hlášení klasických PN a ostatních STD za rok 2014 u pacientů kliniky FN v Plzni. Pro účely této bakalářské práce však nebylo, vzhledem k rozsahu, použito všech dostupných údajů. V rámci výzkumné části bakalářské práce bylo rovněž realizováno dotazníkové šetření u laické veřejnosti se zaměřením na danou problematiku. Dotazník obsahuje celkem 17 otázek (8 uzavřených, 6 polouzavřených a 3 otevřené otázky) viz příloha 1. Metoda analýzy veřejných dokumentů byla v praktické části práce použita jako podklad pro sestavení dotazníkového šetření.

### **Časový harmonogram výzkumné části práce:**

- stanovení cílů práce, formulace hypotéz – únor 2015
- analýza statistických údajů uvedených v hlášení PN a STI – březen-červenec 2015
- sestavení dotazníků pro laickou veřejnost – srpen 2015
- pilotážní výzkum, korekce dotazníků – září 2015
- realizace vlastního šetření – říjen-listopad 2015
- interpretace a závěry výzkumu – listopad 2015 – leden 2016

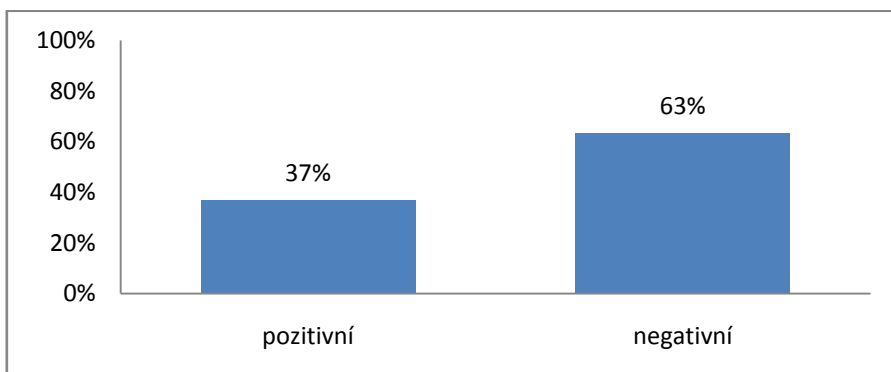
## **6.1 Interpretace výsledků výzkumného šetření – analýza údajů „Hlášení PN a STI“**

Pro zjištění potřebných údajů metodou analýzy odborných dokumentů bylo využito údajů z databáze Fakultní nemocnice v Plzni a údajů uvedených v hlášení klasických PN a ostatních STD za rok 2014 u pacientů kliniky FN v Plzni. V rámci výzkumu byly vyhodnoceny záznamy všech návštěvníků venerologické ambulance za rok 2014, tj. 1 606 osob. Výsledky jsou zpracovány vizuálně v následujících grafech.



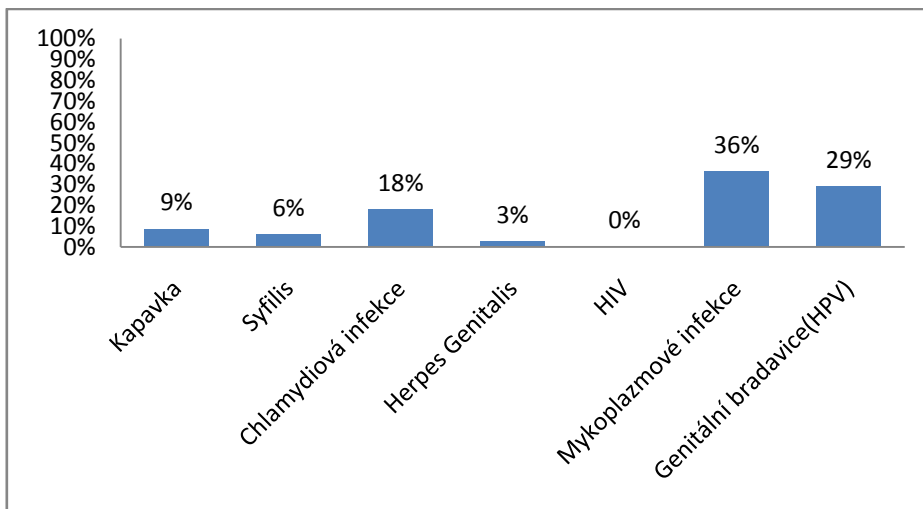
### Graf 1. Výskyt nákazy nějakým druhem PN/STI u osob vyšetřených v roce 2014 ve FN Plzeň

V rámci vyšetření bylo z celkem 1 606 osob shledáno 590 pozitivních nálezů.



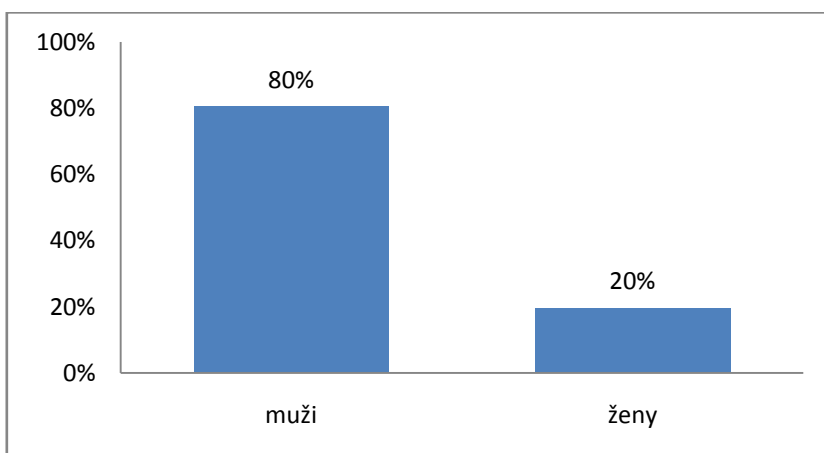
Zdroj: vlastní

### Graf 2. Výskyt jednotlivých druhů PN/STI



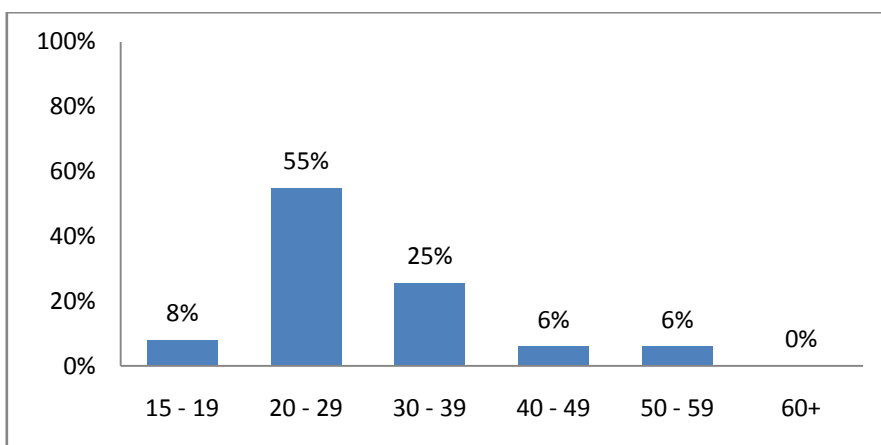
Zdroj: vlastní

**Graf 3. Počet jedinců nakažených kapavkou**



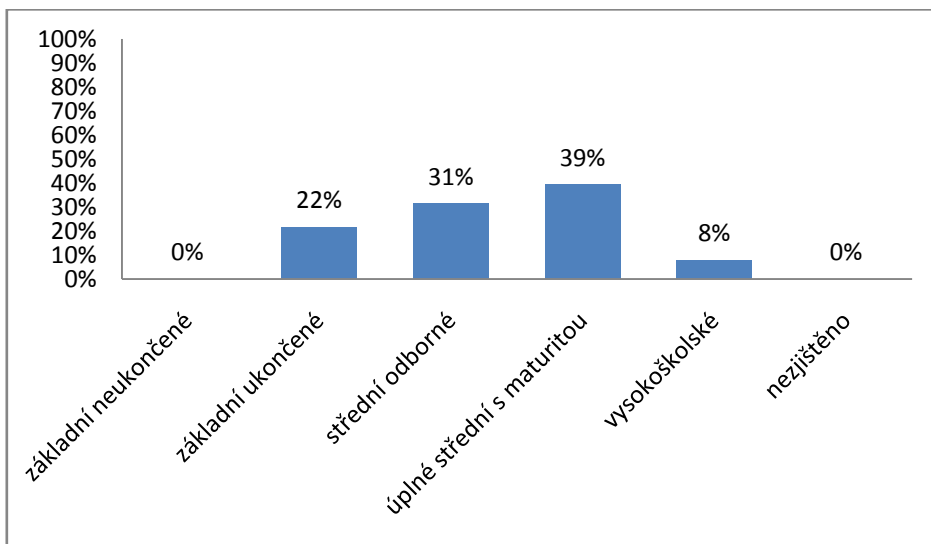
Zdroj: vlastní

**Graf 4. Výskyt kapavky v jednotlivých věkových skupinách**



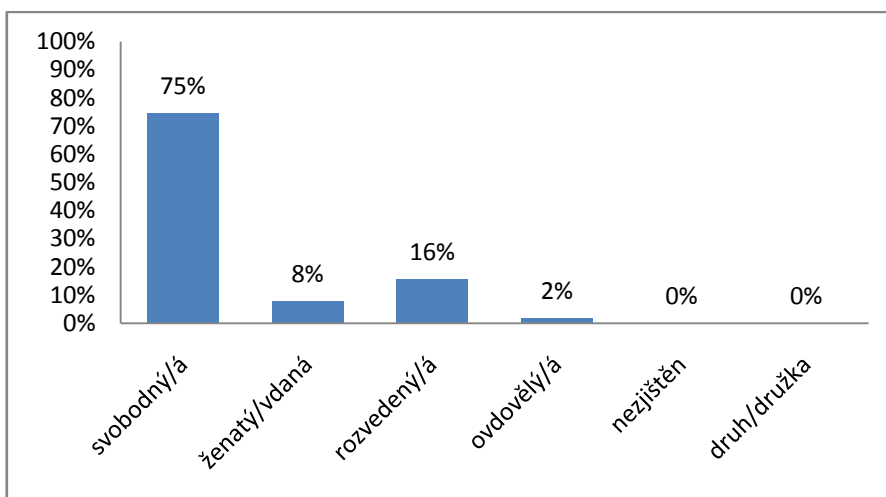
Zdroj: vlastní

**Graf 5. Vzdělání u osob s dg. kapavka**



Zdroj: vlastní

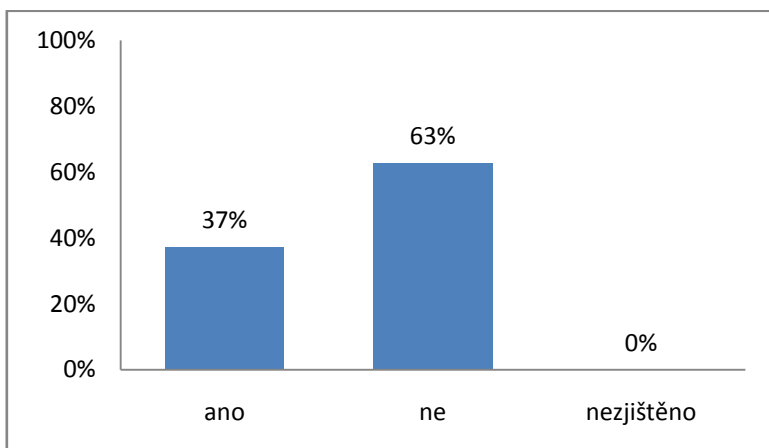
**Graf 6. Rodinný stav jedinců s diagnózou kapavka**



Zdroj: vlastní

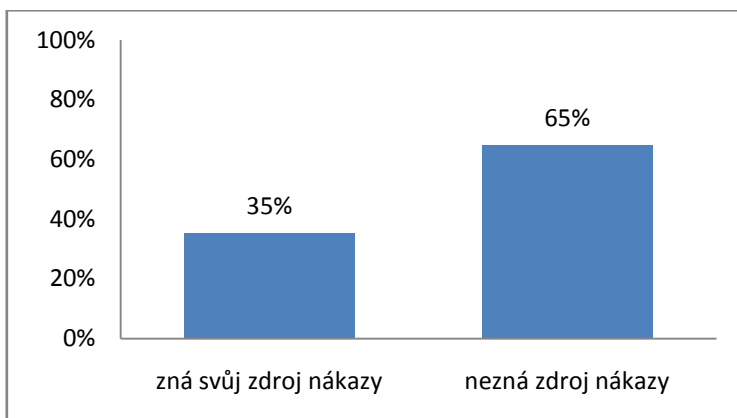
### Graf 7. Kombinace s ostatními druhy STD

V 11 případech se jednalo o kombinaci s mykoplazmovou infekcí, v 7 s chlamydiovou infekcí a v 1 případě s HIV infekcí.



Zdroj: vlastní

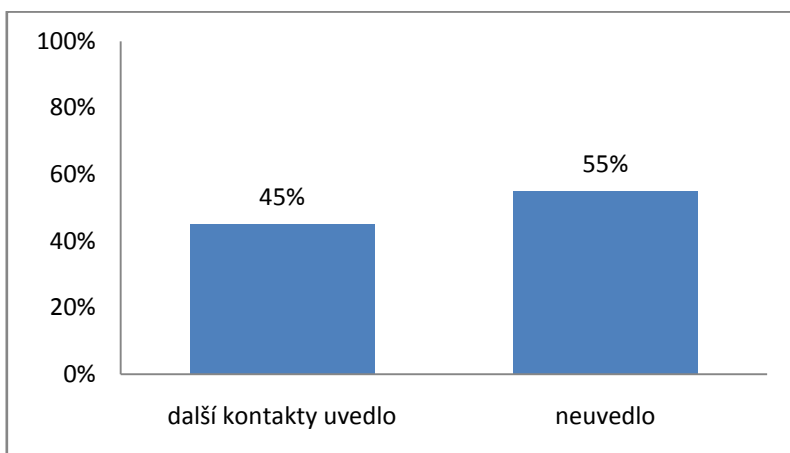
### Graf 8. Zdroj nákazy u jedinců nakažených kapavkou



Zdroj: vlastní

### Graf 9. Počet uvedených kontaktů u jedinců s kapavkou

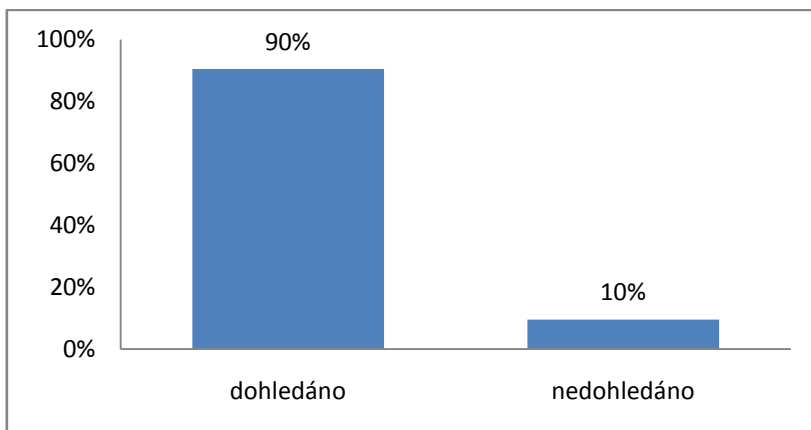
Z celkem 51 osob uvedlo další kontakty 23 lidí.



Zdroj: vlastní

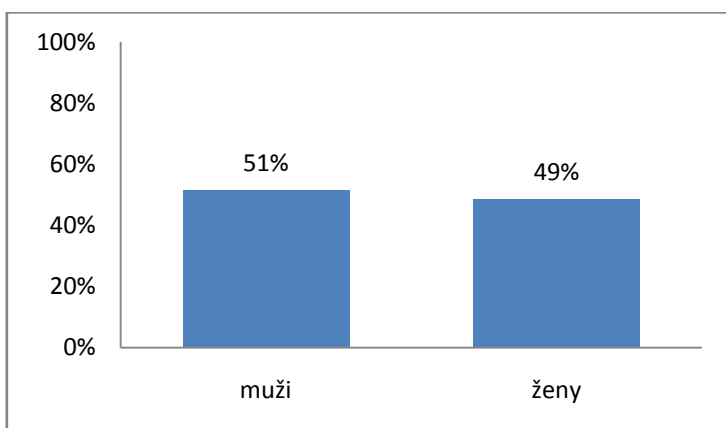
### Graf 10. Výtěžnost depistáže u osob s kapavkou

Z celkem 42 kontaktů se podařilo 38 ohrožených osob dohledat.



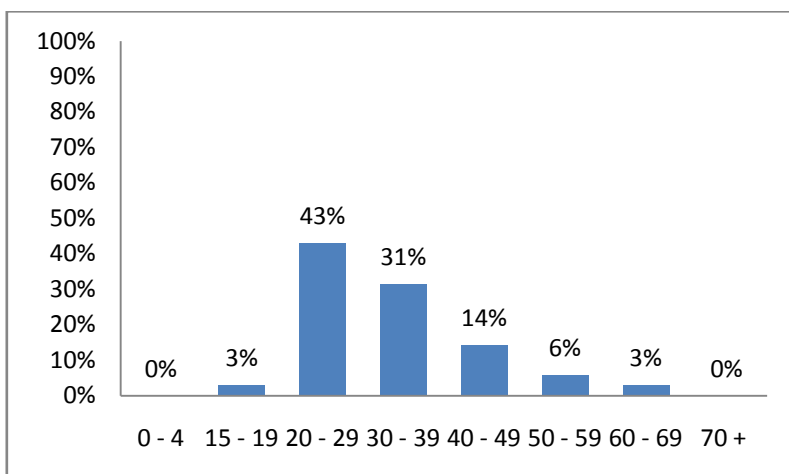
Zdroj: vlastní

**Graf 11. Počet jedinců nakažených onemocněním syfilis**



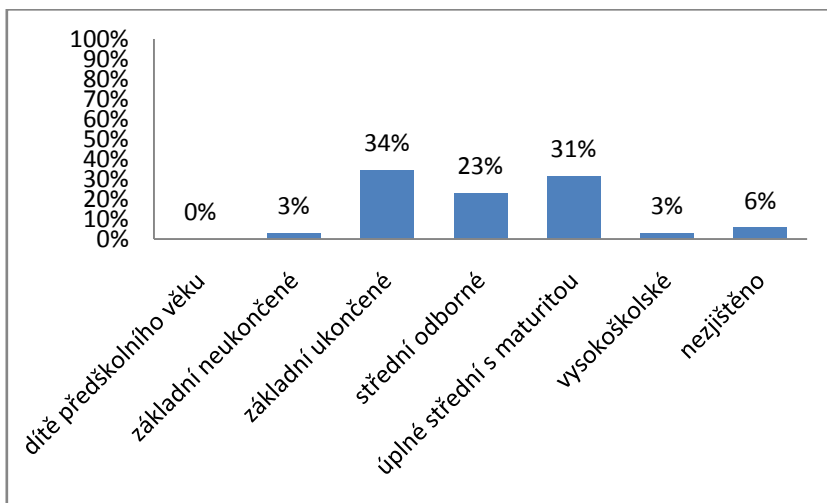
Zdroj: vlastní

**Graf 12. Výskyt syfilis v jednotlivých věkových skupinách**



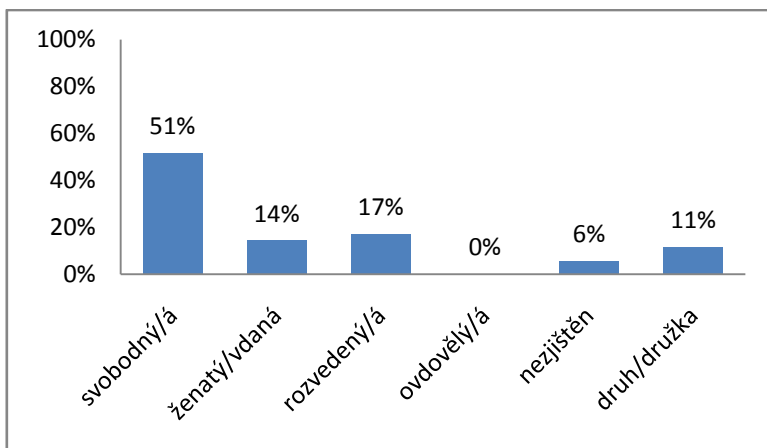
Zdroj: vlastní

**Graf 13. Vzdělání u osob s dg. syfilis**



Zdroj: vlastní

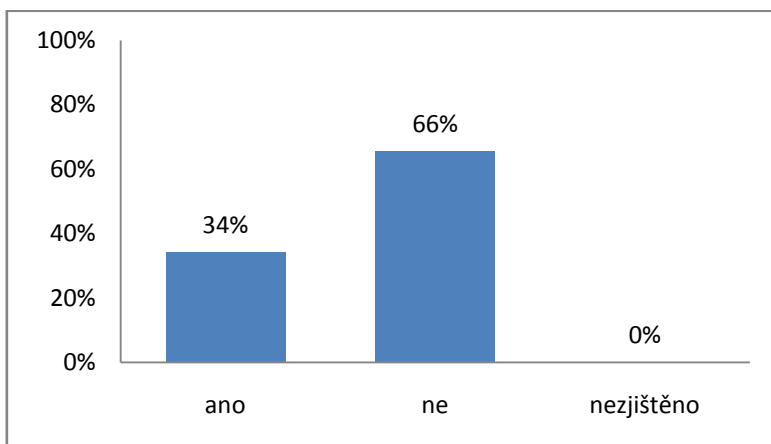
**Graf 14. Rodinný stav jedinců s diagnózou syfilis**



Zdroj: vlastní

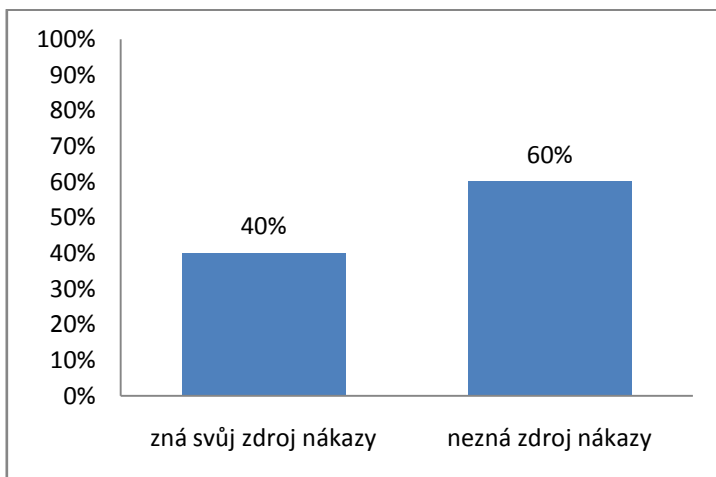
### Graf 15. Kombinace s ostatními druhy STD

V 8 případech se jedná o kombinaci s mykoplazmovou infekcí, v 1 případě o kombinaci s chlamydiovou infekcí a ve 3 s infekcí HIV.



Zdroj: vlastní

### Graf 16. Zdroj nákazy u jedinců nakažených syfilis

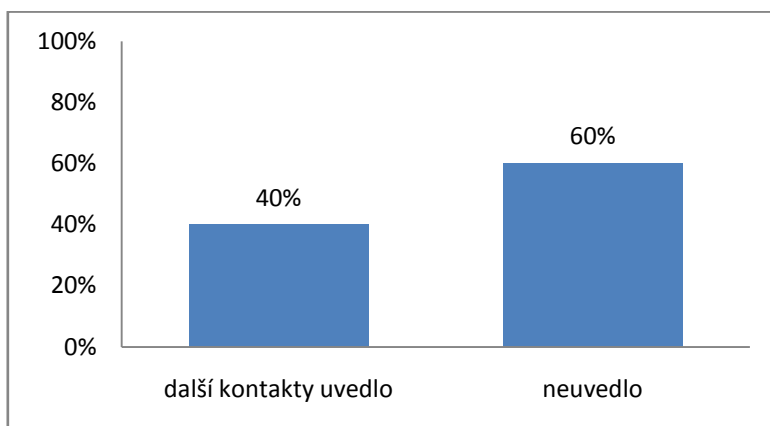


Zdroj: vlastní



### Graf 17. Počet uvedených kontaktů u jedinců se syfilis

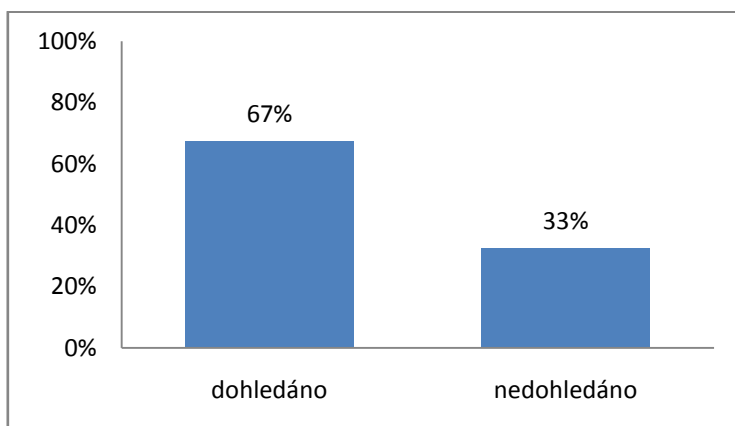
Z celkem 35 osob uvedlo další kontakty 14 jedinců, celkem 46 sexuálních partnerů.



Zdroj: vlastní

### Graf 18. Výtěžnost depistáže u osob s diagnózou syfilis

Ze 46 ohrožených osob se podařilo 31 dohledat.

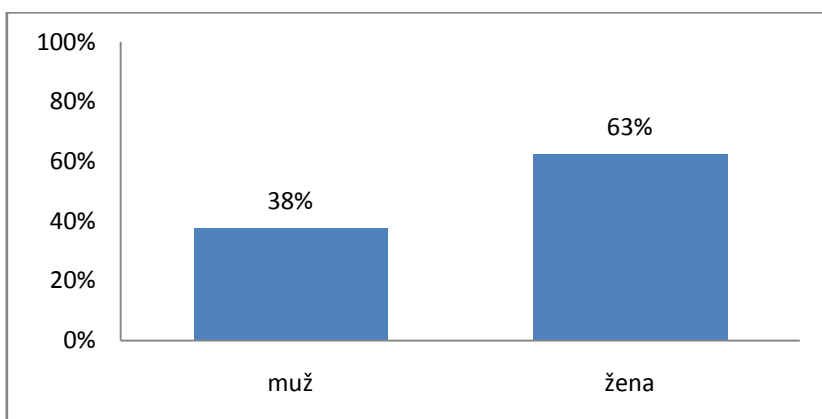


Zdroj: vlastní

## 6.2 Interpretace výsledků výzkumného šetření – analýza údajů získaných v rámci vlastního dotazníkového šetření

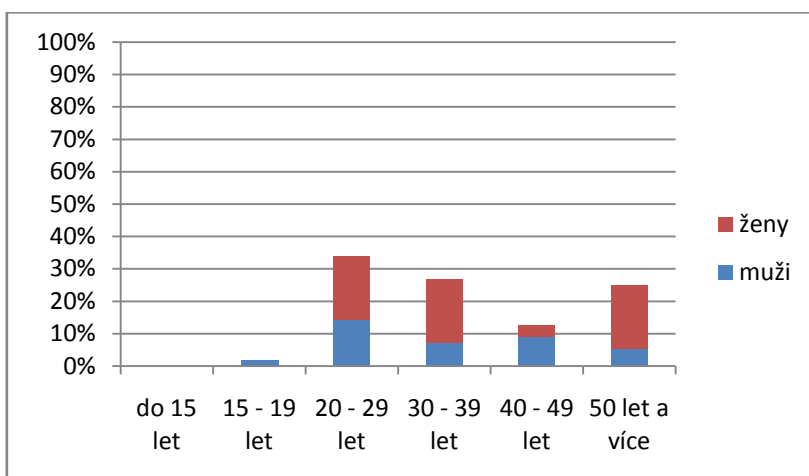
Pro následující údaje bylo využito vlastního dotazníkového šetření, které obsahuje 17 otázek (8 uzavřených, 6 polouzavřených a 3 otevřené otázky). Data byla získána u celkem 56 náhodně vybraných osob. Někteří respondenti však nezodpověděli všechny otázky. Výsledky získané z dotazníkového šetření jsou vizuálně zpracovány v níže uvedených grafech.

**Graf 19. Pohlaví respondentů**



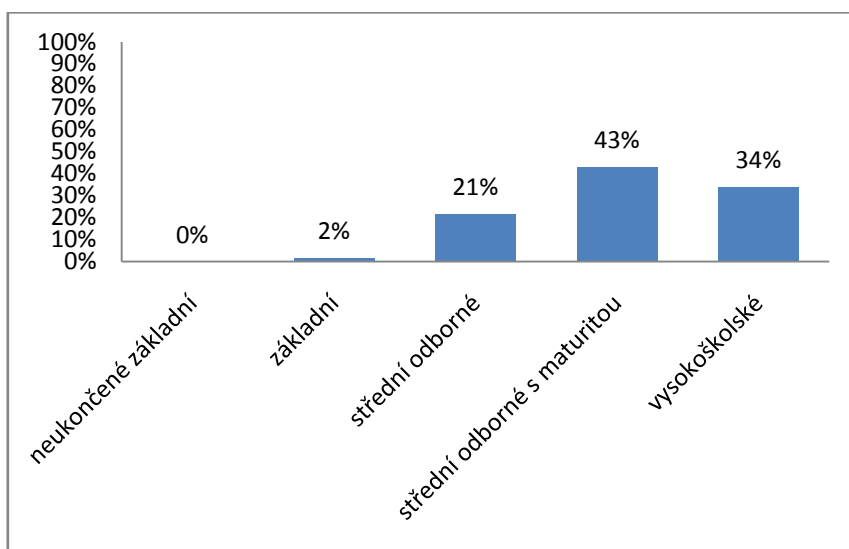
Zdroj: vlastní

**Graf 20. Věkové složení respondentů**



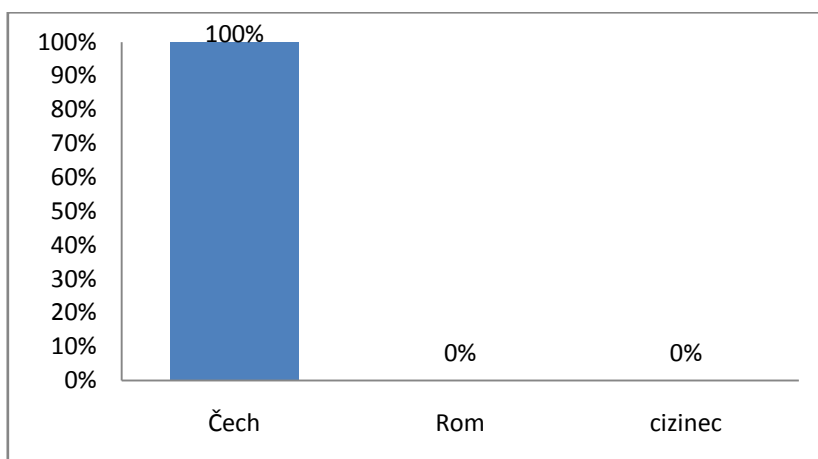
Zdroj: vlastní

**Graf 21. Vzdělání respondentů**



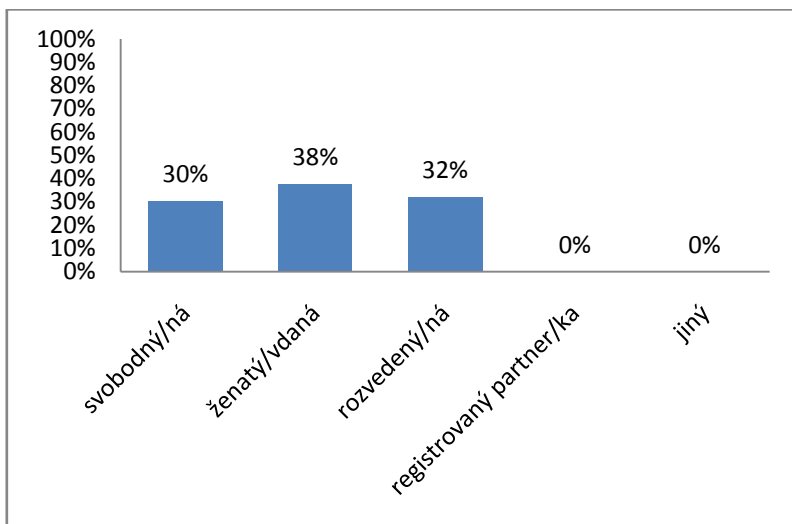
Zdroj: vlastní

**Graf 22. Státní/etnická příslušnost**



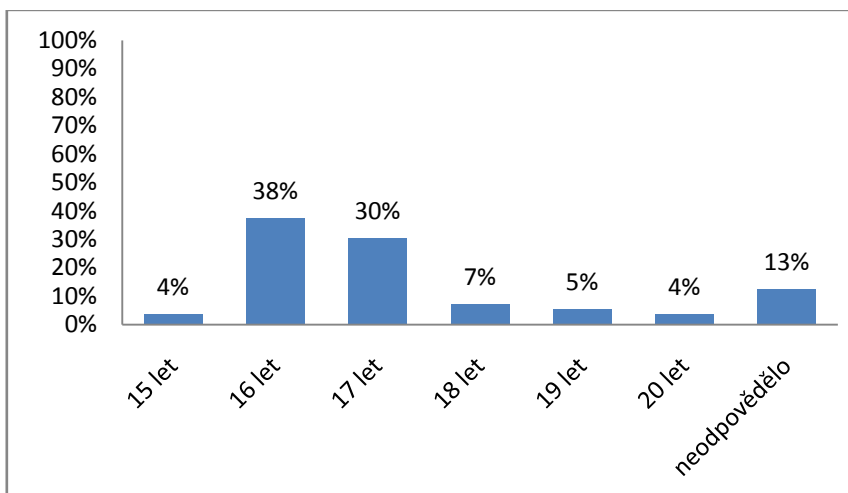
Zdroj: vlastní

**Graf 23. Rodinný stav**



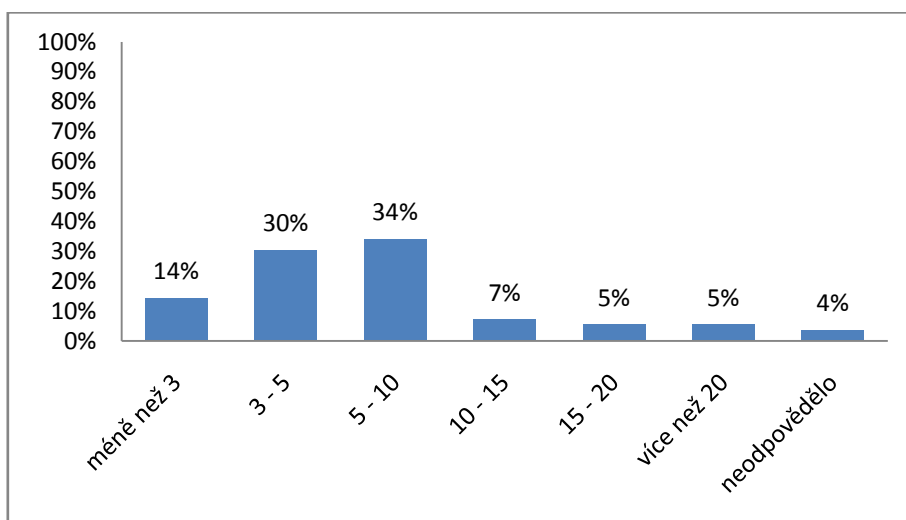
Zdroj: vlastní

**Graf 24. Věk prvního pohlavního styku respondentů**



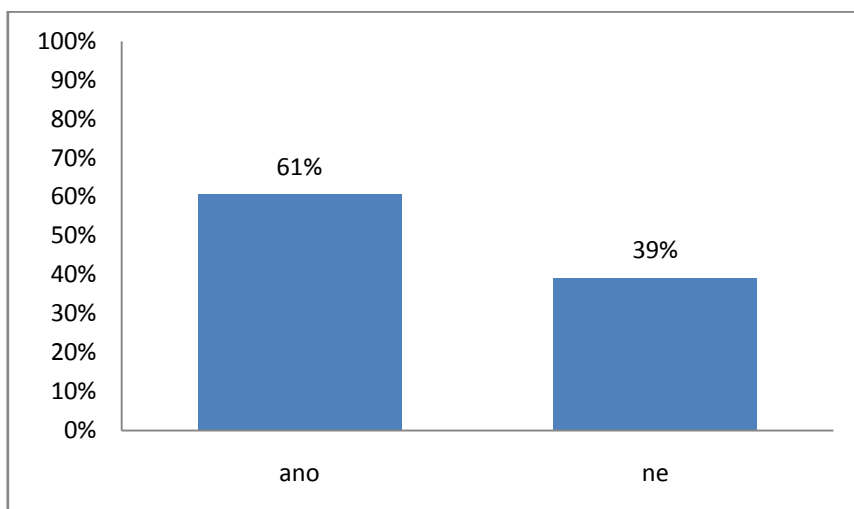
Zdroj: vlastní

**Graf 25. Celkový počet sexuálních partnerů**



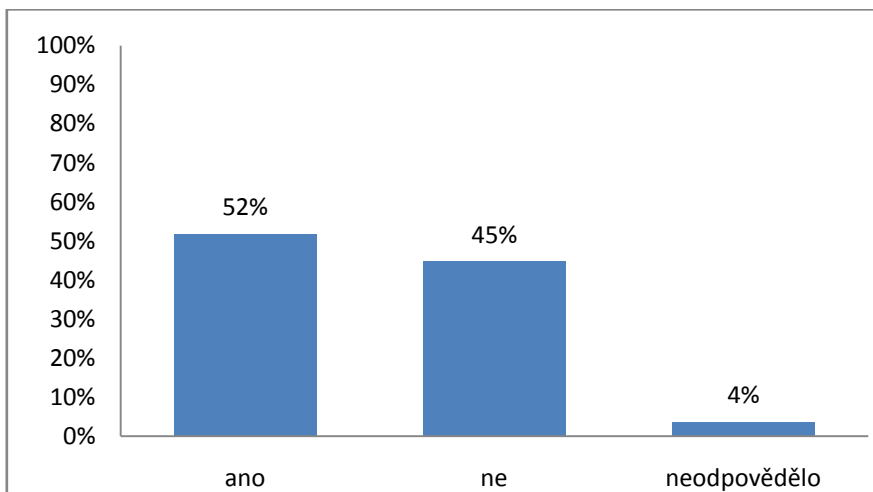
Zdroj: vlastní

**Graf 26. Nechráněný/rizikový sexuální styk v posledních 3 letech**



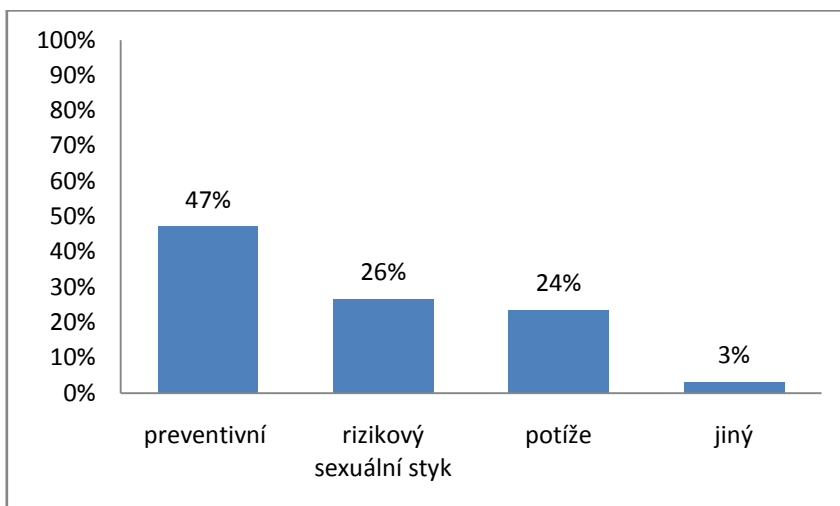
Zdroj: vlastní

**Graf 26.1** Vyšetření na výskyt PN/STI v průběhu života



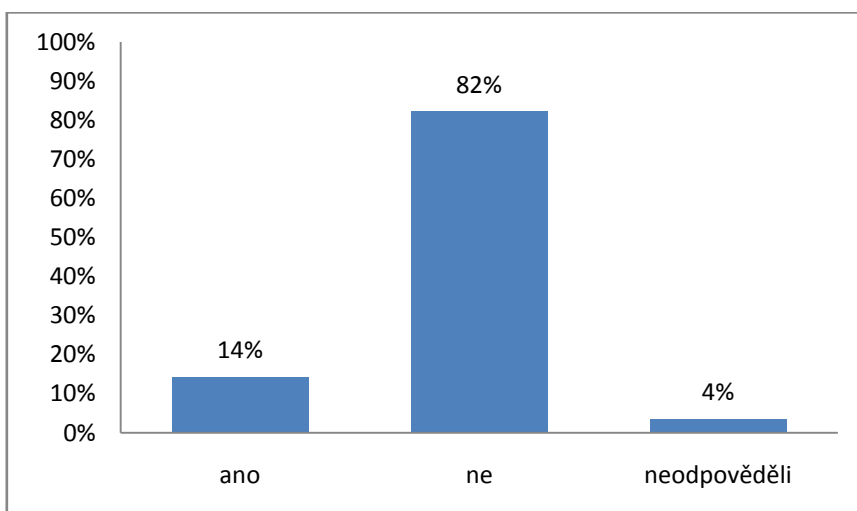
Zdroj: vlastní

**Graf 27.** Důvod vyšetření



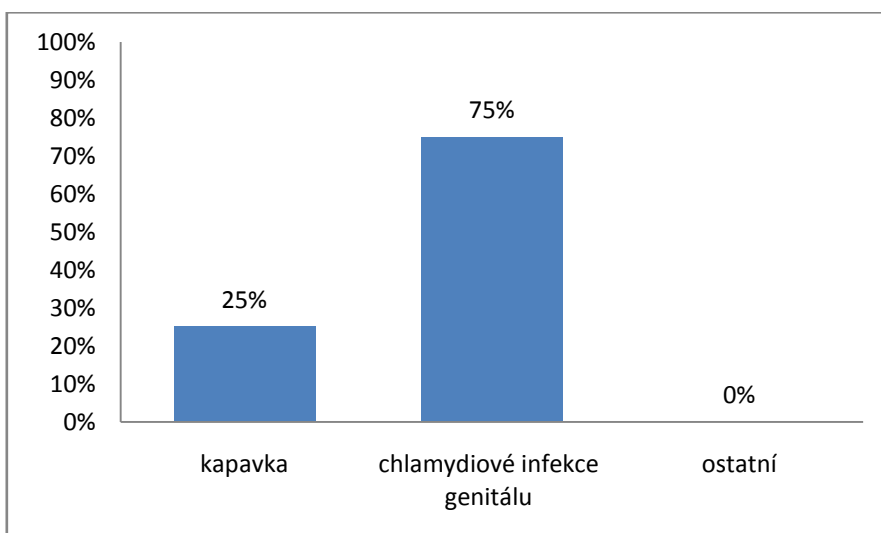
Zdroj: vlastní

**Graf 28. Výskyt PN/STI v průběhu života**



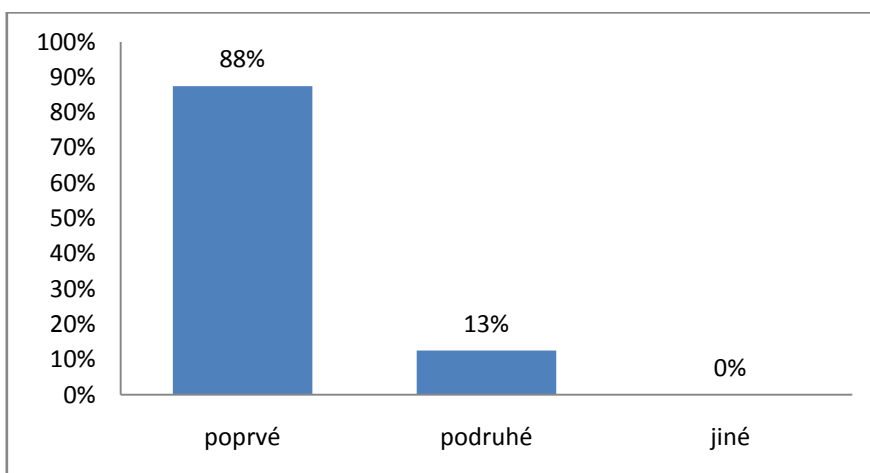
Zdroj: vlastní

**Graf 29. Druh PN/STI**



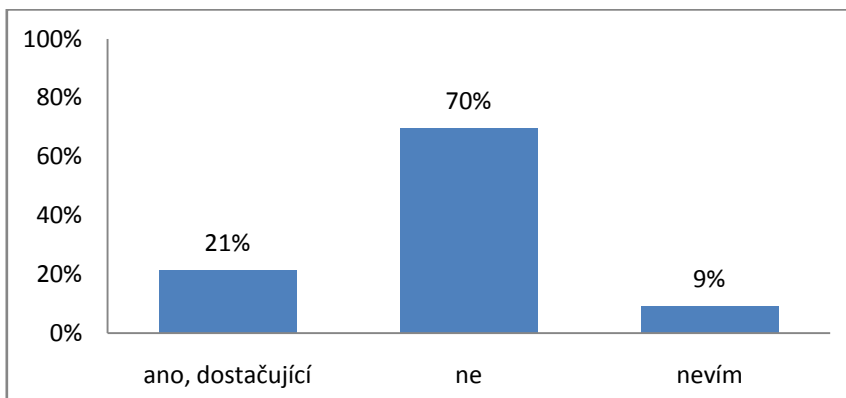
Zdroj: vlastní

**Graf 30. Četnost výskytu PN/STI**



Zdroj: vlastní

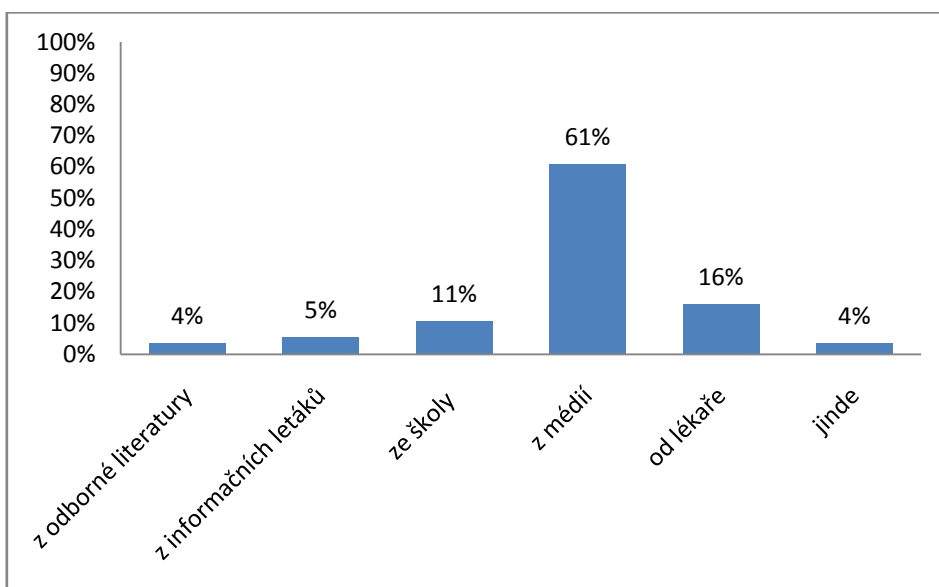
**Graf 31. Úroveň osvěty v oblasti prevence STI**



Zdroj: vlastní

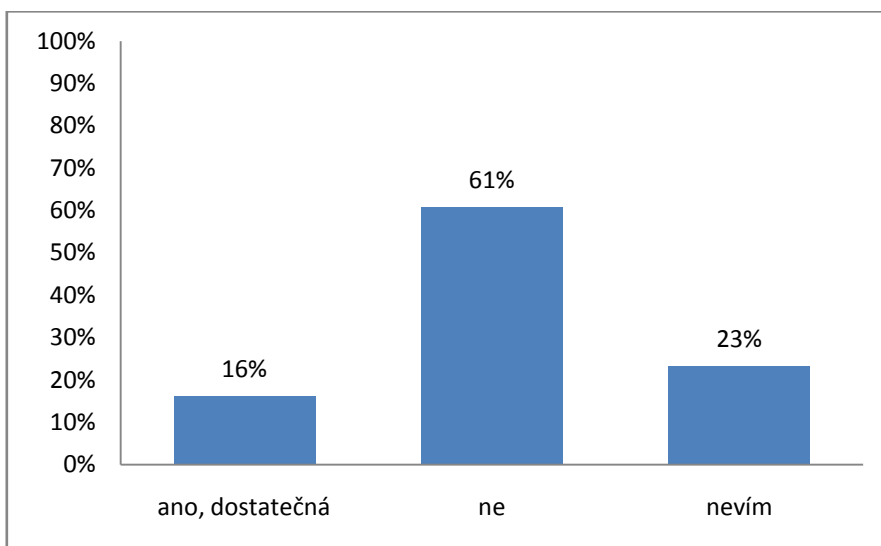


**Graf 32. Zdroj informací z oblasti sexuálně přenosných chorob**



Zdroj: vlastní

**Graf 33. Úroveň informovanosti žáků (ZŠ a SŠ) prostřednictvím školy**



Zdroj: vlastní

## 7 DISKUZE

V rámci výzkumné části práce se podařilo naplnit všechny stanovené cíle:

- 1) *Analyzovat současnou situaci v oblasti výskytu venerických chorob a jejich rozložení v populaci a zjistit výtěžnost a efektivitu depistáže.*
- 2) *Zjistit, jaké choroby se vyskytují u venerických pacientů nejčastěji.*
- 3) *Určit, jaká věková skupina obyvatel je nejvíce ohrožena nákazou sexuálně přenosnými chorobami.*
- 4) *Zjistit u laické veřejnosti názor na problematiku STD, úroveň informovanosti v této oblasti.*

V rámci výzkumného šetření realizovaného pomocí údajů z hlášení PN/STI v roce 2014 ve FN v Plzni, lze vyčíst řadu zajímavých údajů. **Nejrozšířenějšími infekcemi jsou mykoplazmové a ureaplazmové infekce spolu s chlamydiovými infekcemi.** Mezi STI s nejnižším výskytem lze v roce 2014 zařadit infekci virem HIV.

**Z klasických pohlavních chorob bylo v roce 2014 ve FN v Plzni diagnostikováno 51 případů onemocnění kapavkou a 35 případů nákazou nemocí syfilis.** Zajímavostí je, že ve více než 90 % se jednalo o první nákazu v životě jedince. Z údajů uvedených v grafech lze vyčíst následující informace. **Z hlediska věku je podle hlášení PN/STI 63 % nemocných kapavkou do 29 let, ale v případě diagnózy syfilis se onemocnění vyskytuje u 16 jedinců do 29 let (z celkového počtu 35), tj. více než 50 % nakažených se ocitá ve vyšší věkové kategorii, tj. nad 30+. Vzhledem k pohlaví u diagnózy syfilis výrazně převyšují muži,** naproti tomu u dg. kapavka je výskyt u mužů a žen celkem vyrovnaný. Sexuálně přenosnými chorobami jsou podle dostupných údajů více ohroženi svobodní muži a svobodné ženy.

**V rámci depistážního šetření bylo zjištěno 51 případů nemocných kapavkou.** Svůj zdroj nákazy zná 23 osob, tj. 35 %. Způsob vyhledávání osob s diagnózou kapavka byl ve 38 případech pro typické potíže, v 11 případech **depistáží** a ve dvou náhodně. Celkem 51 nemocných uvedlo 42 sexuálních kontaktů, díky čemuž mohlo být **dohledáno** a vyšetřeno 38 sexuálních partnerů, tj. **90 %** ohrožených onemocněním kapavkou. Z počtu 38 vyšetřovaných byla u 21 osob zjištěna nákaza kapavky.

**V rámci depistážního šetření bylo zjištěno 35 případů syfilis.** Svůj zdroj nákazy zná 14 osob, tj. 40 %. Způsob vyhledávání osob s diagnózou syfilis byl v 15 případech pro typické potíže, ve 14 případech **depistáží** a v ostatních 6 případech náhodně. Celkem 35

nemocných uvedlo 46 sexuálních kontaktů, ze kterých se 31 kontaktů podařilo vyhledat, tj. **67 %** ohrožených onemocněním syfilis. Z počtu 31 vyšetřovaných u 23 lidí zjištěna nákaza syfilis.

Z výše uvedených údajů je patrný velký přínos a efektivita depistážního šetření.

V rámci vyhodnocení údajů zjišťovaných pomocí vlastního dotazníkového šetření lze vyčíst některé prvky sexuálního chování vedoucí k možnému ohrožení nákazou sexuálně přenosnou chorobou. **První pohlavní styk** měla dle dostupných informací většina respondentů **ve věku 16/17 let**. V 15 letech pouze 2 respondenti (1 z věkové skupiny 15-19 let, 2. ve věku 20-29 let, oba muži). **Průměrný počet sexuálních partnerů** se pohybuje **od 3 do 10**. U tří respondentů se však objevily odpovědi s poměrně vyšším počtem sexuálních partnerů (50, více než 100, 300), všichni tito respondenti jsou muži (1 z věkové skupiny 20-29, 2 z věkové skupiny 30-39 let). **16 % (9) respondentů uvedlo v posledních třech letech nechráněný (rizikový/náhodný) sexuální styk**. Poměrně velký počet jedinců se setkal někdy v životě s vyšetřením na přítomnost STI, celkem 52 % dotázaných, téměř polovina z preventivních důvodů, 24 % pro typické potíže, 26 % z důvodu rizikového sexuálního styku a 3 % uvedli jako důvod například dárcovství krve, popřípadě vyšetření v rámci asistované reprodukce. **U 14 % respondentů**, tj. u 8 jedinců se potvrdilo **onemocnění**. **V 6 případech** se jednalo o výskyt **chlamydiové infekce** (2 ženy, 4 muži - 1 muž ve věku 20-29 let, ostatní respondenti 30-39 let, všichni mají střední odborné vzdělání, nebo střední odborné vzdělání s maturitou, 1 žena je vdaná, ostatní svobodní) a **ve dvou o onemocnění kapavkou** (2 muži 30-39 let). V jednom případě se jednalo o opakovanou nákazu kapavkou (muž 30-39 let, střední odborné vzdělání, svobodný, počet sexuálních partnerů více než 100, v posledních 3 letech rizikový sexuální styk, vyšetření pro typické příznaky).

**70 % dotázaných vnímá informovanost populace v oblasti STI za nedostatečnou**, převážná část 61 % vnímá **jako hlavní zdroj informací média** (jen 16 % lékaře a 11 % školu, někteří respondenti uvedli jako zdroj informací i rodinu, literaturu a informační letáčky). 61 % považuje za nízkou i úroveň informovanosti dnešních žáků základních a středních škol. Prostor pro volné vyjádření nikdo z respondentů nevyužil.

## 7.1 Vyhodnocení hypotéz

- *H1: Sexuálně přenosné choroby se výrazně častěji objevují u jedinců mladších 30 let, než u starších věkových skupin.*

Tato hypotéza nebyla úplně potvrzena v rámci údajů vyhodnocených pomocí analýzy hlášení PN/STI je sice 63 % nemocných kapavkou do 29 let, ale v případě diagnózy syfilis se onemocnění vyskytuje u 16 jedinců do 29 let (z celkového počtu 35), tj. více než 50 % nakažených se ocitá ve vyšší věkové kategorii. Tento údaj je potvrzen i vlastním šetřením, kdy podle respondentů s nějakým druhem sexuálně přenosné choroby je jejich věk v 7 případech mezi 30 a 39 lety, pouze jeden ve věku 20-29 let.

- *H2: Venerické choroby se vyskytují častěji u mužů, než u žen.*

Tato hypotéza byla potvrzena oběma výzkumy. Podle hlášení PN se syfilis objevil u 17 žen a 18 mužů, kapavka u 10 žen a 41 mužů. Podle vlastního výzkumu byly z 8 osob s nějakým druhem STI pouze 2 ženy.

- *H3: Nákazou jsou výrazně častěji ohroženi obyvatelé s nižším dosaženým vzděláním, než osoby s min. středoškolským vzděláním s maturitou.*

Z výsledků analýzy hlášení PN můžeme konstatovat, že se tato hypotéza spíše potvrdila, u osob s dg. kapavka i syfilis převažují jedinci bez maturity. V rámci vlastního šetření však bylo 7 z 8 osob s úplným středoškolským vzděláním s maturitou.

- *H4: Sexuálně přenosné choroby se vyskytují ve větší míře u jedinců, kteří nežijí ve stálém partnerském svazku, než u osob ženatých/vdaných.*

Tato hypotéza se zcela potvrdila v obou výzkumech. V rámci analýzy údajů v hlášení PN je svobodných 75 % s diagnózou kapavka a 51 % s dg. syfilis. V rámci vlastního šetření bylo svobodných osob s výskytem STI 7 z 8.

- *H5: Mezi jedinci s nějakým druhem STI je výrazně větší počet těch, kteří neznají svůj zdroj nákazy, než těch, kteří jej znají.*

Tato hypotéza se potvrdila, z 35 jedinců s dg. syfilis uvedlo zdroj jen 14 osob a s dg. kapavka jen 18 z 51 nemocných.

- *H6: V rámci depistážního vyhledávání jedinců s STI je větší procento osob, které se podaří vyhledat, než osob nedohledaných.*

Tato hypotéza se potvrdila, úspěšnost depistáže v roce 2014 byla na pracovišti Fakultní nemocnice v Plzni v případě syfilis 67 % a v případě kapavky dokonce 90 %.

## ZÁVĚR

Vzhledem k realizovanému výzkumnému šetření i důkladnému studiu teoretických údajů lze na závěr konstatovat, že nárůst obzvláště některých druhů STI je značný, HIV/AIDS bylo v roce 2003 nově evidováno u 70 osob (61 nových případů HIV a 9 případů AIDS). V roce 2012 se infekce vyskytla nově u 255 osob. Zájem o toto téma je tak více než na místě, a to i přestože Plzeňský kraj nepatří mezi ty s nejvyšší mírou výskytu. Možná i díky fungující depistážní službě pracoviště Dermatovenerologické kliniky FN Plzeň. Počet dohledaných osob v rámci depistážního šetření činil za rok 2014 v případě syfilis 67 % a v případě kapavky dokonce 90 %.

Vzhledem k výsledkům výzkumu u laické veřejnosti (i názorům některých odborníků z praxe) je patrné, že je potřeba stále zvyšovat úroveň především v oblasti primární prevence. Úroveň informovanosti žáků prostřednictvím základních a středních škol není možná tak vysoká, jak by bylo v této problematice potřeba. Svoji roli zde sehrává zejména erudovanost pedagogů v této oblasti, ale například i zaměření jednotlivých škol související i s výběrem a náplní „volitelných hodin“. Jak bylo popsáno výše, sexuální výchova Výuka v oblasti sexuální výchovy směřuje k tomu, aby si žáci osvojili a kultivovali odpovědné chování, rozhodování a komunikaci v situacích souvisejících s reprodukčním zdravím, partnerskými vztahy, rodinným životem a rodičovstvím a aby jejich vstup do dospělosti byl provázen odpovědným přístupem ke zdraví a založení rodiny. Nutno však podotknout, že úroveň výuky a její rozsah se na různých školách velmi liší, často bývá více zaměřen na prevenci nechtěného těhotenství a tím se výrazně více přibližuje dívkám, ačkoliv z praxe víme, že problematika STI je více patrná u mužů.

V této oblasti by tedy bylo vhodné zaměřit se více na propojení školství a zdravotnictví, například formou distribuce odborných letáčků do škol, popřípadě pořádání besed pro žáky pod vedením odborníka, který je v oblasti venerologie dostatečně kvalifikovaný. Důležité je, aby edukace postihla pravidelně a systematicky každou novou generaci.

Dále je potřeba uvědomit si, vzhledem k současné tendenci zvyšujícího se výskytu cizinců na území ČR, že si i tato oblast zaslouží více pozornosti. Jako preventivní opatření se opět nabízí zvýšená distribuce informačních materiálů a to ve vícejazyčném provedení, včetně kontaktů na odbornou pomoc.

Závěrem nezbyvá než dodat, že problematika snižování výskytu STI je běh na dlouhou trať pro mnoho odborníků, nejen lékařů. Depistážní sestra je pacientům nápomocná s vyhledáváním sexuálních kontaktů, k pacientům udržuje individuální a vstřícný přístup, snaží se motivovat jedince k léčbě, udělá si na nemocného dostatek času pro jeho sdělení a

celkově se mu snaží být oporou. Jak už to ale u práce s lidmi bývá, ne vždy odpovídá výsledek vynaloženému úsilí. Někdy se i přes velkou snahu můžeme v praxi setkat s lidmi lehkomyšlnými, někdy až agresivními, ale i jednání s nimi je v rámci ochrany společnosti více než nutné. I přes veškerá úskalí však alespoň ze statistických údajů vidíme, jak velký přínos depistážní služba má a to dává naší práci smysl.

## LITERATURA A PRAMENY

1. ČECH, Evžen et al. *Porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1303-8.
2. GÖPFERTO VÁ, D., P. PAZDIORA a J. DÁŇOVÁ. *Epidemiologie infekčních nemocí: Učebnice pro lékařské fakulty*. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0452-3.
3. JIRÁSKOVÁ, M. *Dermatovenerologie: učební texty pro bakaláře*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0636-4.
4. LILÁKOVÁ, D. *Dermatovenerologie – kožní*. Abeceda lékařů online. 2014. Dostupné z <http://abecedalekaru.cz/obor/dermatovenerologie/>
5. MACHOVÁ, J. et al. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2715-8.
6. POKORNÝ, V., TELCOVÁ a J., TOMKO, A.: *Prevence sociálně patologických jevů*. 1. vyd. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2001. ISBN 80-86568-00-8
7. PIZINGER, K. *Dermatovenerologie*. Plzeň: Euroverlag, 2012. ISBN 978-80-7177-985-8.
8. RESL, V. a kol. *Dermatovenerologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-395-4.
9. RESL, V. a kol. *Dermatovenerologie: učební texty pro bakalářské studium*. 2. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0456-6.
10. RESL, V. *Dermatovenerologie: učebnice pro bakalářské a magisterské studium nelékařských oborů*. 1. vyd. Plzeň: ZČU v Plzni, 2014. ISBN 978-80-261-0387-5.
11. REYNOLDS, R.; C., FLATCHER – JANZEN, E. *Encyclopedia of a special education*. 1st ed. New Jersey: John Wiley & Sons. 2007. ISBN-13: 978-0-471-67802-1.
12. SLEZÁKOVÁ, L. et al. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80247-3373-9.

13. STEJSKALOVÁ, H. *Lehké holky stávají na pranýři*. History revue. Říjen 2015, s. 24.
14. SHAFFER, D., R. *Developmental psychology: childhood and adolescence*. 5th ed. Pacific Grove: Brooks/Cole Publishing Company, 1999. ISBN 0-534-35592-7.
15. ŠTORK, J. *Dermatovenerologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-371-6.
16. SZU. *Zpráva o výskytu a šíření HIV/AIDS*. [online] 2012. Dostupné z <http://www.szu.cz/tema/prevence/zprava-o-vyskytu-a-sireni-hiv-aids-za-rok-2012/>
17. SZU. *Zpráva o výskytu a šíření HIV/AIDS*. [online] 2015. Dostupné z <http://www.szu.cz/tema/prevence/zprava-o-vyskytu-a-sireni-hiv-aids-za-rok-2015/>
18. ÚZIS. *Pohlavní nemoci, statistiky*. [online] 2004 - 2014. Dostupné z <http://www.uzis.cz/category/edice/publikace/zdravotnicka-statistika>
19. ÚZIS. *Infekční nemoci, statistiky*. [online] 2004 - 2014. Dostupné z <http://www.uzis.cz/category/edice/publikace/zdravotnicka-statistika>
20. VÚP. *Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání*. [online] 2007. Dostupné z <http://www.msmt.cz/vzdelavani/zakladni-vzdelavani/ramcovy-vzdelavaci-program-pro-zakladni-vzdelavani/>
21. WEISS, P. a kol. *Sexuologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-8-247-2492-8.
22. ZÁHUMENSKÝ, J., D. JILICH a D. VAŇOUSOVÁ. *Základy moderní venerologie*. Praha: Maxdorf, 2015. ISBN 978-80-7345-429-6.



## SEZNAM ZKRATEK

AIDS.....	Acquired Immune Deficiency
CDC.....	Centers for Disease Control
CNS .....	Centrální nervová soustava
DNA .....	Deoxyribonukleová kyselina
HIV .....	Human Immunodeficiency Virus
MZ.....	Ministerstvo zdravotnictví
PN.....	Pohlavní nemoc
RPN.....	Registr pohlavních nemocí
STD.....	Sexually transmitted diseases
STI .....	Sexually transmitted infection
ÚZIS.....	Ústav zdravotnických informací a statistiky
WHO.....	World Health Organization

## SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka 1: Výskyt nových případů vybraných STI na území ČR v letech 2003-2013.....	26
Graf 1: Výskyt nákazy nějakým druhem PN/STI u osob vyšetřených v roce 2014 ve FN Plzeň.....	38
Graf 2: Výskyt jednotlivých druhů PN/STI.....	38
Graf 3: Počet jedinců nakažených kapavkou.....	39
Graf 4: Výskyt kapavky v jednotlivých věkových skupinách.....	39
Graf 5: Vzdělání u osob s dg. kapavka.....	40
Graf 6: Rodinný stav jedinců s diagnózou kapavka.....	40
Graf 7: Kombinace s ostatními druhy STD.....	41
Graf 8: Zdroj nákazy u jedinců nakažených kapavkou.....	41
Graf 9: Počet uvedených kontaktů u jedinců s kapavkou.....	42
Graf 10: Výtěžnost depistáže u osob s kapavkou.....	42
Graf 11: Počet jedinců nakažených onemocněním syfilis.....	43
Graf 12: Výskyt syfilis v jednotlivých věkových skupinách.....	43
Graf 13: Vzdělání u osob s dg. syfilis.....	44
Graf 14: Rodinný stav jedinců s diagnózou syfilis.....	44
Graf 15: Kombinace s ostatními druhy STD.....	45
Graf 16: Zdroj nákazy u jedinců nakažených syfilis.....	45
Graf 17: Počet uvedených kontaktů u jedinců se syfilis.....	46
Graf 18: Výtěžnost depistáže u osob s diagnózou syfilis.....	46
Graf 19: Pohlaví respondentů.....	47
Graf 20: Věkové složení respondentů.....	47
Graf 21: Vzdělání respondentů.....	48
Graf 22: Státní/etnická příslušnost.....	48
Graf 23: Rodinný stav.....	49
Graf 24: Věk prvního pohlavního styku respondentů.....	49
Graf 25: Celkový počet sexuálních partnerů.....	50
Graf 26: Nechráněný/rizikový sexuální styk v posledních 3 letech.....	50
Graf 26.1: Vyšetření na výskyt PN/STI v průběhu života.....	51
Graf 27: Důvod vyšetření.....	51

Graf 28: Výskyt PN/STI v průběhu života.....	52
Graf 29: Druh PN/STI.....	52
Graf 30: Četnost výskytu PN/STI.....	53
Graf 31: Úroveň osvěty v oblasti prevence STI.....	53
Graf 32: Zdroj informací z oblasti sexuálně přenosných chorob.....	54
Graf 33: Úroveň informovanosti žáků (ZŠ a SŠ) prostřednictvím školy.....	54

## **SEZNAM OBRÁZKŮ**

Obrázek 1: Klinický průběh vývoje primární a sekundární příjice ..... 14

Obrázek 2: Klinický průběh neléčené HIV infekce..... 22

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha A - DOTAZNÍK URČENÝ LAICKÉ VEŘEJNOSTI

Příloha B - FORMULÁŘ HLÁŠENÍ PN/ PŮVODNÍ

Příloha C - FORMULÁŘ HLÁŠENÍ PN/ NOVÝ

Příloha D - INFORMAČNÍ LETÁK

## **PŘÍLOHA A – Dotazník určený laické veřejnosti**

Dobrý den,

jmenuji se Hana Zoubková a jsem studentkou bakalářského oboru Všeobecná sestra na Západočeské univerzitě v Plzni. V současnosti připravuji svou bakalářskou práci s názvem **Význam a efektivita depistážní práce ve venerologii**. Ráda bych Vás tímto poprosila o spolupráci při získávání potřebných informací, formou vyplnění krátkého dotazníku. Údaje získané pomocí tohoto dotazníku budou zveřejněny pouze pro účely bakalářské práce a při jejich publikaci bude zachována anonymita respondentů. U uzavřených otázek, prosím, označte vždy jednu možnost, pokud nebude u otázky uvedeno jinak. Předem Vám děkuji za Váš čas a cenné informace.

1. Uveďte, jaké je Vaše pohlaví.

a) muž

b) žena

2. Uveďte Váš věk.

a) do 15 let

b) 15-19 let

c) 20-29 let

d) 30-39 let

e) 40-49 let

f) 50 a více

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

a) neukončené základní vzdělání

b) základní vzdělání

c) střední odborné

d) střední odborné s maturitou

e) vysokoškolské

4. Jaká je Vaše státní/etnická příslušnost?

a) Čech

b) Rom

c) cizinec – upřesněte prosím.....

5. Uveďte Váš rodinný stav.

a) svobodný/á

b) ženatý/vdaná

c) rozvedený/á

d) registrovaný partner/ka

e) jiný – upřesněte prosím.....

6. V kolika letech jste měl/la první pohlavní styk?

7. Uveďte celkový počet Vašich sexuálních partnerů.

8. Měl/měla jste v posledních třech letech nechráněný (rizikový/náhodný) sexuální styk?

a) ano

b) ne

9. Prodělal/la jste někdy vyšetření na výskyt pohlavní (sexuálně přenosné) nemoci? (pokud odpovíte za b), přejděte k otázce č. 14)

a) ano

b) ne

10. Uveďte důvod vyšetření.

a) preventivní

b) rizikový sexuální styk

c) potíže

d) jiný – prosím

upřesněte.....

11. Vyskytla se u Vás pohlavní choroba? (pokud odpovíte za b), přejděte k otázce č. 14)

a) ano

b) ne



12. Uved'te Vaši (venerickou) diagnózu/diagnózy.

- a) syfilis
- b) kapavka
- c) ulcus molle
- d) lymphogranuloma venereum
- e) granuloma inguinale
- f) chlamydiové infekce genitálu
- g) hepatitidy
- h) HIV/AIDS
- i) herpes genitalis
- j) jiné - prosím upřesněte.....

13. Uved'te, prosím, pokudikáté se s uvedenou chorobou/chorobami léčíte.

- a) poprvé
- b) podruhé
- c) jiný počet – prosím upřesněte .....

14. Je podle Vás osvěta v oblasti rizik pohlavních chorob dostatečná?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

15. Z jakého zdroje podle Vás čerpají lidé nejčastěji informace z oblasti sexuálně přenosných chorob? (seřadte – označte čísla př. 1 nejčastěji, 6 nejméně často)

a) z odborné literatury

b) z informačních letáků

c) ze školy

d) z médií

e) od lékaře

f) jinde – prosím upřesněte.....

16. Je podle Vašeho názoru informovanost žáků prostřednictvím školy (základní, střední) dostatečná?

a) ano

b) ne

c) nevím

17. Zde je prostor pro Váš názor k dané problematice.

## **PŘÍLOHA B – formulář hlášení PN/původní**

## **PŘÍLOHA C - formulář hlášení PN/nový**

## **PŘÍLOHA D – informační leták**