

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Primární prevence sexuality a pohlavně přenosných  
chorob v regionu Příbramska**

bakalářská práce

Autor práce: Andrea Hromířová  
Studijní program: Rehabilitace  
Studijní obor: Prevence a rehabilitace sociální patologie  
Vedoucí práce: Mgr. Pavel Vácha

Datum odevzdání práce: 17. 8. 2012

## **Abstrakt**

Název mé bakalářské práce zní „Primární prevence sexuality a pohlavně přenosných chorob v regionu Příbramska“. Cílem primární prevence je předcházet nežádoucím jevům nebo první zkušenosti s nimi a snaží se oddálit první styk s nimi na co nejpozdější dobu. Tato prevence je na základních školách zajišťována školními metodiky prevence, kteří zajišťují vhodné aktivity pro své žáky. V současné době je velkým problémem předčasně zahájení sexuálního života. Dospívající jedinci se cítí mnohdy fyzicky dosti vyzrálí, ale z psychického hlediska tomu tak není. Dospívající si hledají známosti, které často střídají a tím zvyšují riziko nechtěného těhotenství a s ním spojené umělé přerušování těhotenství, nákazy některou pohlavně přenosnou chorobou a dalšími riziky.

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zmapovat primární prevenci sexuální výchovy a prevence pohlavně přenosných chorob v regionu Příbramska. V části bakalářské práce, která je nazvána Současný stav, charakterizují historický vývoj problematiky, současná paradigmatata, obecné pojetí prevence sexuality, cílovou skupinu primární prevence a její vývoj, sexualitu v dospívání, možnosti antikoncepce a pohlavně přenosné choroby.

Data pro moji bakalářskou práci byla zajištěna prostřednictvím kvantitativního výzkumu, metodou dotazování, pomocí anonymního dotazníku. Výzkumný soubor byl vybrán na základních školách, a to 2 základní devítileté školy v Příbrami a 2 venkovské základní devítileté školy v regionu Příbramska. Respondenti z devátých tříd byli dotazováni na základních školách v období výuky, za mé přítomnosti. To mi zajistilo 100 % návratnost rozdaných anonymních dotazníků.

Za stěžejní výsledky považuji fakt, že sexuální výchova, jako předmět vyučovaný na základních školách, je více realizována na základních školách v Příbrami, na venkově téměř vůbec. Oproti tomu fakt, že účast žáků na některém preventivním programu, který je realizován mimo předmět sexuální výchova, a je zaměřen na problematiku rizikového sexuálního chování, se na ZŠ Příbram vyskytuje v menším počtu než na základních školách na venkově v regionu Příbramska.

Výsledky mé bakalářské práce je možné využít pro další výzkumné šetření, pro realizaci efektivnější primární prevence.

## **Abstract**

This bachelor thesis is called “Primary Prevention of Sexuality and Sexually Transmitted Diseases in the Region of Příbram.” The aim of primary prevention is to prevent undesirable phenomena or first experience with them and to delay the first contact with them as late as possible. This prevention in primary schools is provided by school prevention methodologists who ensure appropriate activities for their pupils. Early initiation of sexual life is a major problem at present. Adolescents often feel physically mature, however, from the psychological point of view, they are not. They seek acquaintances and change them very often and thus, increase the risk of unwanted pregnancies and related abortions, the risk of infection by a sexually transmitted disease and other risks.

The main objective of my thesis was to map primary prevention of sexual education and prevention of sexually transmitted diseases in the region of Příbram. In the part of the thesis called “The Current State“ historical development of this issue, current paradigms, the general concept of prevention of sexuality, the target group of primary prevention, possibilities of contraception and sexually transmitted diseases are characterized.

The data for my thesis were collected by quantitative research, by the method of questioning and by means of an anonymous questionnaire. The research sample was selected in two primary schools – in a primary school in Příbram and in a rural primary school in the region of Příbram. The respondents were pupils from the ninth grade and were approached during their lessons and in my presence. Thus, the return of 100 % of questionnaires was ensured.

The key fact, revealed by the research, is that the subject of sexual education is realized more in primary schools in the town of Příbram and it is not realized almost at all in the rural primary schools. In contrast, the fact that the participation of pupils in a prevention program that is realized outside the scope of the subject of sexual education and is focused on risky sexual behaviour is lower in the primary school of Příbram, compared to the rural primary schools of the region of Příbram.

The results of my bachelor thesis can be used for further research and also for implementation of more effective primary prevention.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 1. 8. 2012

.....

Andrea Hromířová

## **Poděkování**

Chtěla bych touto cestou poděkovat Mgr. Pavlu Váchovi, mému vedoucímu práce, za odborné vedení, cenné rady, věnovaný čas a pomoc při psaní této práce. Dále bych chtěla poděkovat ředitelům základních škol, kteří mi umožnili můj výzkum realizovat.

## **OBSAH**

<b>ÚVOD.....</b>	<b>10</b>
<b>1 SOUČASNÝ STAV.....</b>	<b>12</b>
1.1 Sexualita a pohlavně přenosné choroby.....	12
1.1.1 Historický vývoj problematiky .....	12
1.1.2 Současná paradigmata.....	12
1.1.3 Školní metodik, minimální preventivní program, volnočasové aktivity....	14
1.2 Primární prevence sexuality.....	15
1.2.1 Obecné pojetí prevence sexuality .....	15
1.3 Cílová skupina primární prevence, její vývoj.....	20
1.3.1 Vývojové a psychické změny .....	20
1.3.2 Gramotnost.....	21
1.4 Sexualita v dospívání .....	22
1.4.1 Předčasné zahájení sexuálního života.....	23
1.4.2 Znalost ochrany.....	24
1.4.3 Informovanost o dostatečné ochraně – druhy antikoncepce .....	25
1.5 Pohlavně přenosné choroby .....	28
1.5.1 Popis vybraných pohlavně přenosných onemocnění .....	28
<b>2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY.....</b>	<b>34</b>
2.1 Cíle práce .....	34
2.2 Hypotézy .....	34
<b>3 METODIKA.....</b>	<b>35</b>
3.1 POUŽITÁ METODA SBĚRU DAT A TECHNIKA SBĚRU DAT.....	35
3.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU .....	35
<b>4 VÝSLEDKY .....</b>	<b>37</b>
<b>5 DISKUZE .....</b>	<b>58</b>
<b>6 ZÁVĚR .....</b>	<b>64</b>
<b>7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....</b>	<b>65</b>
<b>8 KLÍČOVÁ SLOVA.....</b>	<b>71</b>



<b>9 PŘÍLOHY</b> .....	<b>72</b>
------------------------	-----------

## ÚVOD

Téma mé bakalářské práce zní „Primární prevence sexuality a pohlavně přenosných chorob v regionu Příbramska“. Tímto tématem jsem se rozhodla zabývat z důvodu získání informací o tom, jaký přehled mají dospívající jedinci o sexu a s ním spojená rizika přenosu pohlavně přenosných chorob. Zda znají druhy pohlavně přenosných chorob, způsob přenosu. Mají-li povědomí o tom, jak se před těmito pohlavně přenosnými chorobami chránit v případě, že sexuální život zahájí. Zajímala mě úroveň znalostí o ochraně před těmito nemocemi, antikoncepčních metodách a chráněném sexu.

Ačkoliv se zdá, že je téma pohlavně přenosných nemocí dosti známé, dle statistických údajů je zřejmé, že je stále značný nárůst těchto nemocí. Důležitým aspektem je vést primární prevenci ve společnosti. Cílem by měla být dostatečná a kvalitní informovanost jednotlivců. Ti by si z toho měli vzít poučení a dostatečně se chránit. Na primární prevenci je nejdůležitější, aby byla uplatněna včas (před zahájením sexuálního života) a působila na jednotlivce dlouhodobě. Důležitou roli v této problematice hraje rodina. Rodiče jsou nejbližšími osobami dospívajících jedinců, a proto by se právě oni měli podílet na podání dostatečných a nezkreslených informací (které se mj. týkají sexu, sexuálního chování a s tím spojených rizik). Prevence v rodinách je bohužel v praxi málo uplatňována. Rodiče zpravidla na toto téma nedovedou se svými dětmi moc mluvit (rolí hraje i stud), a proto je informovanost od rodinných příslušníků nedostatečná. Dalším důležitým zdrojem při získávání informací o sexuálním životě a pohlavně přenosných chorobách je škola. Ta se na tuto prevenci snaží zaměřit prostřednictvím různých seminářů zaměřených na primární prevenci. Pohlavně přenosné choroby jsou v dnešní době natolik rozšířené a objevují se všude kolem nás, že je velmi těžké dospívající děti před nimi uchránit. Je tedy důležité, aby byli informováni o všech rizicích s těmito nemocemi spojených. Především pak o tom, jak se před nimi chránit. V případě nakažení některou z pohlavně přenosných nemocí je jedinec vystaven velké zátěži (jak fyzické, psychické, tak i ekonomické). Některá onemocnění mohou postiženého provázet až do konce

života (například onemocnění AIDS, proti kterému v dnešní době vyspělá medicína nenalezla léčbu, která by toto onemocnění vyléčila).

Svou bakalářskou práci jsem zaměřila na deváté třídy základních škol v regionu Příbramska. Účelem bylo zjistit informovanost této skupiny na dané téma. Výběr tohoto výzkumného souboru jsem zaměřila na dospívající populaci zj. z toho důvodu, že považuji tuto skupinu za nejvíce rizikovou a zároveň za tu, na kterou se má preventivní program nejvíce zaměřit, aby splnil svůj cíl. Tím je předcházení možným rizikům, potažmo řešení nastalých problémů, které mohou uvedené věkové populaci zkomplikovat zbytek jejich života.

# 1 SOUČASNÝ STAV

## 1.1 Sexualita a pohlavně přenosné choroby

### 1.1.1 Historický vývoj problematiky

Sexuologie je vědní obor, který se zabývá lidskou sexualitou. Můžeme na ní pohlížet z mnoha stran, a proto sexuologové spolupracují s mnoha lékaři, psychology, právníky, sociology apod.

V období mezi první a druhou světovou válkou se u nás rozmohl trend používání antikoncepce. U manželů nebo partnerů se objevilo časté pravidlo plánování těhotenství a rodiny. V roce 1921 vznikl „Ústav pro sexuální patologii“, který byl součástí Lékařské fakulty University Karlovy v Praze. Za zakladatele české školy sexuologické je považován profesor Josef Hynie, který vydal svou monografii Úvod do lékařské sexuologie. Dlouhá léta působil v ústavu, zabýval se především sexuální výchovou a reprodukcí. Také jeho metoda na hodnocení pohyblivosti spermií se používá i dnes. Mezi další velmi významné osoby patří například prof. Pelnář, K. Nedoma, Rasoch, který později vedl již zmiňovaný ústav. Prof. K. Freud, který použil falopletyzmografické vyšetření, (které slouží k poznání sexuální orientace u mužů). Napsal svou monografii o homosexualitě v Čechách. Dále se zabýval deviacemi se sexuálním kontextem (48).

### 1.1.2 Současná paradigmata

Statistické informace jsou získané ze zdrojů „Hlášení pohlavních nemocí“, které je povinné hlásit každé zdravotnické pracoviště, které se o nemocích dozví. Toto hlášení je prostřednictvím Krajských hygienických stanic zaregistrováno v Národním registru pohlavních nemocí.

V průběhu roku 2010 bylo pomocí Národního registru pohlavních nemocí zjištěno 185 případů pohlavních nemocí, kdy 115 nemocných bylo postiženo nemocí

syfilis, 70 lidí nemocí kapavka. Jiné povinně hlášené nemoci nebyly registrovány. Tato statistika je z celého Středočeského kraje. Oproti roku 2009 je vidět značný nárůst onemocnění, kdy v roce 2009 bylo hlášeno o 23 onemocnění méně (18).

### **Syfilis**

Za rok 2010 bylo zjištěno 115 osob, jež onemocnělo nemocí syfilis. Tento počet je nejvyšší za posledních deset let. Oproti roku 2009 je nárůst nemoci o 16 osob. Konkrétně ve městě Příbram bylo zjištěno 9 osob. Pravděpodobně je tento vysoký výskyt onemocnění zapříčiněn velmi rizikovým sexuálním chováním. Nejvíce osob onemocnělo touto nemocí v rozmezí 15 - 34 let. Pravděpodobně je to z důvodu velké sexuální aktivity (18).

### **Gonokokové infekce (kapavka)**

Pro rok 2010 bylo hlášeno 70 případů této nemoci. Počet osob, které se nakazily, je oproti roku 2009 vyšší o 7 případů. Ve městě Příbram byl zjištěn pouze 1 případ tohoto onemocnění. Důvody onemocnění jsou stejné jako u syfilis. Jsou to promiskuita, náhodný sex, prostituce, rizikové chování. Nejvyšší výskyt nemoci se objevuje mezi 15 - 34 rokem života (18).

### **Human Immunodeficiency Virus/ Acquired Immune Deficiency Syndrom (HIV/AIDS)**

Od počátku roku 2011 bylo v České republice zjištěno 153 nově Human Immunodeficiency Virus/ Acquired Immune Deficiency Syndrom (dále jen HIV/AIDS) pozitivních osob. Oproti roku 2010, kdy je zaznamenán mírný pokles, kdy bylo zjištěno 180 nakažených. Celkový počet HIV pozitivních lidí v České republice je 1675 osob, z toho je 341 osob, u kterých již propukla nemoc AIDS. K poslednímu měsíci roku 2011 je evidováno ve Středočeském kraji celkem 164 případů HIV pozitivních osob. Počet zemřelých na AIDS je v České republice 178 osob. Toto číslo každým rokem stoupá (11). Cesta přenosu bývá nejčastěji pohlavním stykem, půjčováním osobních

hygienických věcí (jako jsou například holicí strojky), injekčními jehlami a stříkačkami, přenosem z matky na plod, ve vyjímečných případech krevní transfúzí (36).

### *1.1.3 Školní metodik, minimální preventivní program, volnočasové aktivity*

#### *➤ Školní metodik prevence*

Realizuje prevence na školách. Je důležitou osobou při zpracovávání Minimálního preventivního programu. Prostřednictvím této osoby jsou zprostředkovávány poradenské služby. Spolupracuje s pedagogickými pracovníky, především s třídními učiteli (28).

#### *➤ Minimální preventivní program*

Jedná se o určitý dokument školy, který se především zaměřuje na osobní a sociální rozvoj každého dítěte, na jejich komunikační dovednost a zdravý způsob jejich života. Tento program se dále zaměřuje na každého žáka a jeho vlastní aktivitu, preventivní programy, zapojení všech pedagogických pracovníků a v neposlední řadě se zabývá spoluprací s rodiči dětí. Vypracovává ho školní metodik a to vždy na jeden školní rok. Kontroluje ho Česká školní inspekce (27). Minimální preventivní program je tvořen předem stanovenými (definovanými) krátkodobými, ale i dlouhodobými cíli tak, aby byl vhodně proveden. Preventivní program by měl působit na ohroženého jednotlivce nebo skupinu co nejdéle (25).

#### *➤ Volnočasové aktivity*

Jedná se o „čas“, se kterým si člověk může nakládat podle svých potřeb, uvážení a koníčků. Volný čas je doba, kdy jedinec nevykonává činnost, která je mu zadaná. Je to čas pro uskutečnění své práce, péče o rodinu a domácnost, péči o své fyzické

potřeby (kam patří i spánek). Přesněji by se dalo říci, že jde o činnost, kterou člověk vykonává dle svého svobodného rozhodnutí, která mu přináší nějaké potěšení. Mezi volný čas jsou nejčastěji řazeny odpočinek, zábava a rozvoj osobnosti. Výchova volného času se zaměřuje na to, aby každý jedinec vstupoval do volnočasové aktivity zcela dobrovolně a aktivně se tak včleňoval a spoluvytvářel její formy (35).

*Výchova se dělí do tří skupin*

**1) výchova formální** – tato výchova se řídí určitými pravidly, je realizována na školách a ve vzdělávacích zařízeních. Je podporována ze státních financí, je věkově odlišena (střední školy, vysoké školy) a její zakončení je stvrzeno nějakým dokumentem (diplom, vysvědčení). Je zde řazeno jak denní, tak dálkové studium.

**2) výchova informální** – zabývá se rozvojem každého jedince. V této výchově se jedná o učení prostřednictvím každodenního kontaktu s lidmi (rodinou, přáteli, vrstevníky, skupinami dětí, ) a prací. Probíhá bez daného cíle a organizace.

**3) výchova neformální** – jedná se o jakoukoliv aktivitu mimo formální výchovu. Z velké části neprobíhá ve školském zařízení a není ničím ukončena. Jedná se o zájmové činnosti, kroužky, různá družstva. Je nejvíce podobná výchově volného času (7).

Na volnočasových aktivitách se podílí rodina, škola, ale také řada neškolních organizací jako jsou občanská sdružení, neziskové organizace a církve (7).

## **1.2 Primární prevence sexuality**

### *1.2.1 Obecné pojetí prevence sexuality*

Pojem prevence má základy v latinském slově *praeventus* (zároveň předem). V širším pojetí ji lze chápat jako předcházení nežádoucím jevům. V podstatě zahrnuje všechny aktivity, jejichž úkolem je zamezení výskytu a rozvoje patologicky nežádoucích jevů ve společnosti (42).

Dále se také zabývá tím, aby se tyto nežádoucí jevy oddálily, co nejdále v životě jedince. Cílem prevence je tedy negativním jevům předcházet. Není to tedy pouze předání informací, ale snaha o to, aby se daná skupina chovala lépe (31). Někdy se však nepodaří úplně zabránit působení nežádoucím vlivům, a je tedy potřeba dále na jedince či cílovou skupinu působit tak, aby se jejich chování navrátilo k dobrému životnímu stylu (25).

Prevenici lze obecně chápat jako určitý přístup k předcházení nebo zamezení vzniku určitého nežádoucího jevu. Prevenici můžeme rozdělit na primární, sekundární a terciární. A další dělení je na specifickou a nespecifickou prevenci.

Jak uvádí Nešpor, účinnost veškeré primární prevence se zvyšuje, je-li realizována 2-3 roky před kontaktem s jakýmkoliv rizikovým chováním (32).

- Primární prevence - cílem je odrazení nebo alespoň co největší oddálení od vlivu nežádoucích jevů
- Sekundární prevence - cílem je již poškozeným jedincům či skupinám, pomocí určitých programů, začít znovu vést lepší a spokojený život
- Terciární prevence - cílem je předejít zhoršení zdravotního a sociálního stavu jedince. Tato prevence se zabývá jedinci či skupinou, která se nežádoucích vlivů nechce vzdát (47).

Výchovu obecně lze definovat jako dlouhodobé, záměrné, cílevědomé a systematické působení na osobu nebo více osob, které ovlivňuje formování každé osobnosti (35).

Sexuální výchova (velmi často také nazývaná pohlavní výchova) se zabývá otázkami rodiny a lidské sexuality. Jejím cílem by měl být spokojený život zejména v oblasti partnerské, manželské i rodičovské a měl by být v souladu se základními zdravými principy a normami společnosti (35).



Na realizaci předmětu sexuální výchova se podílí celý pedagogický sbor a především speciální pedagog a školní psycholog spolu se školním metodikem primární prevence. Významným prvkem pro výuku předmětu sexuální výchova je osobnost vyučujícího tohoto předmětu (26).

Pomocí systému základní školy je možno realizovat sexuální výchovu u všech dětí. Především u žáků osmých a devátých tříd, kteří už vnímají otázky spojené se sexem a partnerstvím. Proto má velký význam v realizaci sexuální výchovy základní škola. Přesto velmi důležitý prvek ve výchově dětí zastává také rodina, avšak nesmíme opomenout vliv celé společnosti, ve které děti vyrůstají. Mezi základní prvky uvedení sexuální výchovy do základních škol patří:

- Informovanost o antikoncepci a plánovaném rodičovství
- Prevence pohlavně přenosných chorob
- Informovanost a ochrana dětí před sexuálním zneužíváním
- Rozvoj lidského jedince (14).

Základní cíle sexuální výchovy jsou:

- Rozvíjení základních hygienických návyků (péče o své zdraví, ale i o zdraví okolí, prevence pohlavně přenosných chorob aj.)
- Vytváření hodnot každého jedince
- Vytváření sexuálních hodnot jedince a jeho sexuálního chování
- Přijmout sexualitu jako přirozenou část lidského života
- Utvářet pohled na manželství a rodičovství (14).

➤ *Primární prevence*

Primární prevence klade důraz na předcházení nebo alespoň na co nejdelší oddálení prvního kontaktu s rizikovým chováním. Cílem primární prevence je tedy vést jedince k tomu, aby nevznikl nějaký nežádoucí jev. U prevence bereme v potaz tyto předpoklady:

Biologický: Do této skupiny patří zájem o fyzické a psychické zdraví, své tělo, prevenci a léčbu nemocí a úrazů.

Psychologický: Zabývá se prvotními projevy nežádoucího jednání. Jedinci většinou prožívají nudu, nemají vlastní program a volnočasové aktivity, noví přátelé a parta. Cílem primární prevence je zde naučení se komunikaci s okolím, vytváření si vlastního volnočasového programu aj.

Spirituální: V této oblasti je velkým rizikem nenalezení smyslu života a jeho hodnot (15).

Primární prevenci lze rozdělit na:

- Nespecifická primární prevence – je zaměřená na konkrétní cílovou skupinu
- Specifická primární prevence – je zaměřená na celou populaci (15).

➤ *Nespecifická primární prevence*

Tato prevence se věnuje široké populaci. Není zaměřená pouze na jedince. Věnuje se vhodnému využití a trávení volného času. Zabývá se veškerými volnočasovými aktivitami (sportovní, zájmové a jiné činnosti), které vedou dotyčného či skupinu zorganizovat si svůj volný čas, a tím si nastaví určitá pravidla, která dodržují (44). Cílem této nespecifické prevence je naučit skupinu nebo jedince zvládat řadu konfliktů a problémů a předcházet jevům, které můžeme považovat za patologické pro jejich život (30).

➤ *Specifická primární prevence*

Specifická prevence tvoří takové činnosti, které přímo souvisejí s některými nežádoucími vlivy. Tato prevence se přímo zaměřuje na danou skupinu a má snahu o to, aby předcházela nežádoucímu jednání. Specifická primární prevence myslí na to, že pro některé jedince nemusí být nespecifická prevence nějakým způsobem dostupná nebo nemusí mít zálibu v konkrétních volnočasových aktivitách. A proto je pro ně vytvořená prevence na určité téma (25).

Primární prevenci sexuality lze chápat jako základ sexuální výchovy, která by měla být chápána v širších souvislostech a komplexně. Jedině komplexní

a systematická sexuální výchova vštěpuje dětem vedle předávaných informací především morální principy, formuje mimo jiné i nápodobou jeho jednání a postoje, rozvíjí citovou oblast a podporuje osobnostní autonomii. Na sexuální výchovu je potřeba nahlížet nejen z hlediska biologického, ale také z pohledu sociálního a psychologického. Zároveň je nutné zajistit, aby všechna hlediska byla v rovnováze. V souladu s vývojovými předpoklady a poznávacími schopnostmi jedince směřuje zprostředkování poznatků v oblasti sexuální výchovy k tomu, aby došlo nejen k osvojení a kultivování osobnosti, ale především k osvojení návyků směřujících k recidivě odpovědného chování, rozhodování a sociálně nezávadné komunikaci. Zejména se zaměřením na situace souvisejících nejen s reprodukčním zdravím, ale především k vedení spokojených partnerských vztahů, rodinného života a rodičovstvím a jejich vstupem do dospělosti provázeným odpovědným přístupem ke zdraví a založení rodiny (21).

➤ *Sekundární prevence*

Sekundární prevence se zabývá jedinci, u kterých již vznikl a přetrvává některý nežádoucí jev nebo rizikové chování. Dále se zabývá rizikovými faktory například prostředím, ve kterém jedinec žije. Cílem je aktivní činnost (podávání informací, poradenství, sociální péče aj). Jako pomoc zde slouží Linky důvěry, poradenství, sociální péče, eventuelně výchovní poradci ve školách (15).

➤ *Terciární prevence*

Terciární prevence je zaměřená na osoby, u kterých již k sociálnímu selhání došlo. Tato prevence má snahu o předcházení trvalého poškození zdravotního nebo sociálního stavu jedince z důvodu rizikového jednání. Zde se hodně uplatňuje sociální pomoc. Mezi tuto pomoc patří zejména pomoc v kontaktu s úřady, pomoc při hledání zaměstnání. Dále sem patří biologická pomoc (konkrétně předcházení přenosných chorob, jako jsou například AIDS, hepatitidy, syfilis aj.). V tomto případě velmi napomáhá výměnný program injekčních stříkaček. Velký význam má také psychická

pomoc, kam patří skupinová terapie, motivace aj. K této pomoci slouží ambulantní zařízení, charity a poradenské služby (15).

### **1.3 Cílová skupina primární prevence, její vývoj**

#### *1.3.1 Vývojové a psychické změny*

Období dospívání lze vymezit jako jednu z etap lidského vývoje. V tomto období dochází ke značným změnám z biologické stránky (je dokončen růst, dochází k pohlavnímu zrání, především se začínají objevovat sekundární pohlavní znaky, je plně dokončena reprodukční schopnost). Zároveň s biologickými změnami probíhají změny psychické a sociální, kdy se dospívající jedinec začíná nově začleňovat do společnosti. Tyto změny se vzájemně prolínají a jsou na sebe určitým způsobem závislé, ale neprobíhají vždy stejně. Sociální a psychické postavení závisí na mnoha dalších faktorech. Například pohlavní zrání může na jedince působit velkým vlivem hormonálních výkyvů, pozoruje projevy pohlavního zrání na svém těle, ale především jednání dospělých lidí, na jeho osobu ho vede k dospělejšímu chování. Toto chování mu však přináší také určitou nejistotu, která se může projevovat například strachem (19).

Dospívání je životní etapou, která odděluje dětství od dospělosti. Je to období od 10 až 11 let do 20 až 22 let věku. Velmi významné jsou i sociální změny dospívajícího jedince, kde velký význam má odpoutání se dospívajícího od jeho primární rodiny (což je matka a otec). Volí si sám své budoucí povolání a pomalu začíná žít svůj život a podřizuje si ho nějakému životnímu stylu (8).

Toto období můžeme rozdělit do dvou skupin:

*1) Období pubescence* – to je období od 10-11 roků do 15 let.

a) Fáze prepuberty: Jedná se o první fázi puberty, kde se objevují první známky pohlavního dospívání (tzv. první sekundární pohlavní znaky). U dívek se to dostavuje přibližně o dva roky dříve než u chlapců, u kterých je fyzický vývoj opožděn.

b) Fáze vlastní puberty: tato fáze nastupuje po první fázi tzv. prepuberty a končí úplnou reprodukční schopností. Jedná se o období přibližně mezi 13-15 rokem. U chlapců je však reprodukční schopnost dosažena o něco později, po ukončení vývoje sekundárních pohlavních znaků (19).

## 2) *Období adolescence*

Toto období lze vymezit mezi 15 a 22 rokem života. V tomto období dochází k dokončení tělesného růstu a pohlavní zralosti. Dále dochází ke změně postavení člověka ve společnosti, kterou je výstup ze základní školy a následné pokračování ve studiu na střední škole či středním odborném učilišti nebo nastoupení do pracovního poměru. V tomto období se začínají zakládat hlubší partnerské vztahy a s nimi spojený sexuální život (19).

V průběhu období dospívání dochází k vývoji vlastní identity. Každý nalezne sám sebe a vytváří si určité cíle a hodnoty, přátelství, sexuální a partnerské vztahy a další. Významný je také vztah s rodinou, kdy dochází k odpoutání dítěte z primární rodiny. Tato situace je velmi závislá na předchozím vztahu s rodinou (zda je rodina úplná, nebo zda dítě vychovává jen jeden z rodičů a další aspekty). Dále dochází ke změnám v kontaktu s vrstevníky. V období adolescence dochází k vyhledávání přátel stejného věku a vznik part. V pozdějším věku dochází k párovému přátelství, kdy vznikají vztahy velmi pevné. Sexualita je velkou zkušeností. V tomto období dochází k identifikaci vlastního pohlavního já (jsem muž, jsem žena). Sexuální pud je velmi závislý na procesech, kterými lidský organismus prochází a dále na výrazných hormonálních změnách (8).

### 1.3.2 *Gramotnost*

Obecně lze říci, že gramotnost je pojem, který vyjadřuje nějakou dovednost. Dovedností se myslí umět psát a číst. Tyto dovednosti získává každý jedinec na prvním stupni základní školy. V naší vyspělé zemi gramotnost lidí dosahuje téměř 100 % (35).

Gramotný člověk je tedy osoba, která umí základní věci a to je psát a číst. Negramotná osoba tyto věci neumí. Některé studie tvrdí, že tam patří i počítání. Přesné vymezení tohoto pojmu dosud není (38).

Jak již bylo výše zmíněno, absolvování základní školy patří do povinné školní docházky, kterou musí každý jedinec plnit. Základní škola je vzdělávací institut, kde je hlavním cílem vzdělání a výchova dětí, ze kterých postupně vyrůstají zodpovědní lidé, kteří si vytvářejí vlastní životní hodnoty. K dosažení tohoto cíle se školní institut snaží dospět pomocí vnitřního chodu školy, kde pracuje velká škála odborných zaměstnanců, mezi které patří pedagogové, výchovní poradci, metodici primární prevence, psychologové a další instituce, se kterými škola spolupracuje (40).

Na institut základní školy je z vnějšího prostředí vyvíjena spousta dalších požadavků, než je její základní cíl a to je děti učit a vychovávat, ale také je kladen důraz na spolupráci s okolím, a hlavně s rodinou dítěte, kdy škola přihlíží k názorům rodičů, ale i potřebám dítěte. Což může být občas problém, protože některé rodiny se školou často spolupracovat nechtějí a dávají přednost jiným aktivitám. Dospívání je zvláštním obdobím ve vývoji dítěte, které společnost bere vážně. Škola se snaží děti vychovávat k dospělosti a zodpovědnosti (24).

#### **1.4 Sexualita v dospívání**

Před několika desítkami let se pojetí sexu v heterosexuálním vztahu bralo jako nedílná součást manželství. Lidé v tomto období sex brali pouze jako věc, kterou dosáhnou narození dítěte a ne jako věc příjemnou. Tento vztah byl mezi manželi naprosto normální a osobnímu uspokojení se nejevila nějaká zvláštní pozornost. Sexuální výchova, jak ji známe v dnešní době, vůbec nebyla, o sexu se moc nehovořilo, a z toho plynula značná neznalost dospívajících. V dnešní době je tomu úplně jinak. Sex je pojat jako součást citů a lásky mezi partnery, ne jen pro narození potomků (16).

Současná doba se vyznačuje, jak již bylo řečeno, vyšší sexuální aktivitou, než bylo v předešlých letech, a to zapříčiňuje mnohem větší riziko spojené s přenosem

pohlavně přenosných chorob, jako je například HIV/AIDS, kapavka a jiné. Hypersexualita (závislost na sexu) se také může u jednotlivců prokazovat nejen aktivním pohlavním životem, ale také užíváním různých erotických služeb, navštěvováním internetových stránek, které jsou dostupné od 18 let nebo prohlížením erotických časopisů. Výhodou této pohlavně neaktivní činnosti je to, že se jedinec nenakazí žádnou pohlavně přenosnou chorobou (34).

Je zřejmé, že sexuální aktivita v určité minimální formě nezačíná až v tomto období, ale mnohem dříve. V tomto období, ovšem velmi rychle stoupá, což je zapříčiněno fyzickými a psychickými pochody, které se v těle jedince dějí. Sexuální chování je také hodně ovlivněno sociálním prostředím, ve kterém jedinec žije. Je dokázáno, že jedinci, kteří prodělají předčasnou pubertu, mají již vyvinuté druhotné pohlavní znaky, začínají své tělo vnímat mnohem intenzivněji (velmi často masturbují, ale osoby druhého pohlaví ho moc nezajímají). Časné zahájení sexuálního života je do jisté míry také ovlivněno životním stylem jedinců (19).

#### *1.4.1 Předčasné zahájení sexuálního života*

Zahájení sexuálního života a s ním spojený první sexuální zážitek je velmi významný prvek ve vývoji dospívajícího jedince, který může velmi ovlivňovat další sexuální prožívání v jejich životě. Je tedy důležité, aby tento první sexuální zážitek byl osobou přijímán dobře, bez špatných pocitů a lítosti. Jestliže je dospívajícím vysvětlováno, že sexualita je součástí vzájemného vztahu dvou partnerů, a ne jen biologický zážitek, i když se to tak občas může zdát, snažíme se docílit toho, že dospívající jedinci budou odolávat nátlaku dnešní doby a oddálí svoji sexuální aktivitu na pozdější dobu (41).

Velkou roli v odolávání vnějšího prostředí na jedince má sexuální výchova v rodině. Hlavním cílem rodičů je před zahájením školní docházky, to znamená mezi pátým a šestým rokem života dítěte, varovat dítě před nežádoucím vlivem prostředí, zejména před lidmi, kteří trpí některou sexuální úchylnou především zaměřenou na děti.

Znamená to tedy upozorňovat na moc milé lidi, kteří nabízejí nějaké sladkosti, dárky a jiné věci. Ne každý to s dětmi myslí dobře. Jsou lidé zlí a agresivní, kdy jejich jednání může vést až ke smrti dítěte. Proto je úkolem rodičů, vysvětlit to dítěti tak, aby vše správně pochopilo a dávalo na sebe pozor (37).

Mladí lidé získávají svojí první sexuální zkušenost mezi 15-16 rokem života, tedy v průběhu studia na střední škole nebo na středním odborném učilišti. Pro některého jedince je to normální věk, ale někteří ještě nejsou natolik psychicky vyvinutí a nejsou připraveni na takovéto změny ve svém životě. Jsou ale také jedinci, kteří svůj sexuální život začínají žít velmi brzy. To je mezi třináctým nebo čtrnáctým rokem života. Většinou je to způsobeno prostředím, ve kterém žijí, vlivem svých kamarádů (vrstevníků) nebo prostřednictvím médií nebo časopisů pro dospívající, které vzbuzují dojem, že začít s předčasným sexuálním životem je naprosto normální (41).

#### *1.4.2 Znalost ochrany*

Antikoncepce - tento pojem zahrnuje metody, které chrání před nechtěným otěhotněním. Dává lidem možnost rozhodnout se, kdy chtějí založit rodinu (45). Spolehlivost antikoncepce značně ovlivňuje schopnost uživatelky dodržovat daný režim. Spolehlivost dále udává Pearlový index tj. těhotenské číslo. Toto je hodnota, která vyjadřuje kolik žen na 100 uživatelék, nějakého druhu antikoncepce s touto metodou otěhotní v rozmezí jednoho roku (1).

Mezi vedlejší účinky hormonální antikoncepce mohou patřit například nevolnost, zvracení, výkyvy nálad, přírůstek hmotnosti aj. Tyto příznaky jsou jen málo vážné. Mezi ty závažnější patří například trombóza, u kuřáček zvýšené riziko infarktu myokardu a další. V situaci, kdy žena trpí v době, kdy má být předepsaná antikoncepce trombózou, cukrovkou, jaterním onemocněním, těhotenstvím nebo zhoubným nádorem ženských orgánů, nesmí být antikoncepce předepsána (20).



Tabulka č.1 Přehled antikoncepčních metod a jejich spolehlivost

<b>Antikoncepční metoda</b>	<b>Pearlův index</b>	<b>Poznámky</b>
Žádná	88	
Přerušovaná soulož	20	
Kondom	5	Důležitá zkušenost muže
Neploďné dny	5-10	Podle konkrétní metody zjišťování neplodných dnů
Spermicidní poševní čípky	5	
Hormonální antikoncepce-minipilulky	2	Významná úloha lidského faktoru
Kombinované hormonální tablety	0,5-1	Významná úloha lidského faktoru
Nitroděložní tělíska běžná	4	
Nitroděložní tělíska hormonální	0,1	
Podkožní implantáty	0,5-1	
Injekční antikoncepce	Více než 0,5	
Antikoncepční náplasti	0,5	

Zdroj: Barták 2006

#### 1.4.3 Informovanost o dostatečné ochraně – druhy antikoncepce

##### **Přerušovaná soulož**

Tento druh antikoncepce je hodně rizikový, jak ukazuje index v tabulce viz. výše. Přerušovaná soulož je nespolehlivá z důvodu možnosti úniku i malého množství spermatu. Tento druh ochrany nemá žádný vliv na ochranu před přenosem pohlavně přenosnou chorobou. Je zde velké riziko přenosu (1).

## **Kondom**

Jedná se o metodu mužské bariérové antikoncepce. Patří mezi antikoncepce, která dobře chrání před otěhotněním. Důležité je správné zacházení s touto antikoncepční pomůckou. Je třeba dbát na její správné užívání a to tak, aby se zabránilo porušení celistvosti, například nehtem nebo prstenem (2). Při správném použití chrání před nákazou některých sexuálně přenosných chorob jako je například HIV/AIDS, kapavka a další, avšak menší ochranu tvoří při přenosu například onemocnění syfilis a to z důvodu, že toto onemocnění je možno přenášet povrchem kůže, která není kryta prezervativem. Ovšem ochrana není 100 % (17).

## **Poševní pesar**

Jedná se o obdobu mužské ochrany kondomu. U tohoto druhu antikoncepční metody je velké riziko zavlečení infekce (21).

## **Chemická antikoncepce (čípky a krémy)**

Tvoří ji různé druhy pěn, krémů, vaginálních čípků a tablet, které v sobě obsahují speciální látky spermicidy, které hubí spermie. Při používání této antikoncepce je velmi důležité dodržování přesných instrukcí od výrobce. Není na lékařský předpis, nejsou známy žádné vedlejší účinky. Ale rizikem bývá ne příliš velká spolehlivost oproti hormonální antikoncepci (21).

## **Nitroděložní tělísko**

V dnešní době je tělísko vyráběno z plastů. Tento plast je dobře tvarovatelný a aplikuje se do děložní dutiny. Velikost a tvar těchto tělísek jsou různé. Cílem je, aby tělísko nevypadlo z dělohy. Nejčastěji je tělísko tvarováno do písmene T. U většiny je přiděleno speciální vlákno, pomocí kterého se tělísko snadno vyndá ven. Velká část tělísek ještě navíc obsahuje kovové vlákno, které je nejčastěji z mědi, pro větší efektivitu antikoncepčního účinku. Výhodou této antikoncepční metody je, že má dlouhodobý charakter. Zavádí se až na 5 let v gynekologické ordinaci. Nevýhodou však

je, že tělísko není tak spolehlivé jako antikoncepční pilulka, neochrání před mimoděložním otěhotněním a také je časté riziko zánětu vnitřních rodidel ženy (1).

### **Podkožní implantát**

Při této antikoncepci se aplikuje speciální malá tyčinka do svalu. Před nechtěným otěhotněním chrání až 3 roky. Je vhodná pro ženy, které špatně snášejí hormonální antikoncepci s obsahem estrogeneru (1).

### **Injekce**

Jedná se o antikoncepční metodu, kdy je pomocí injekce do svalu vpravována účinná látka, která se postupně uvolňuje. Chrání tělo před otěhotněním nejméně 3 měsíce. Po třech měsících se aplikuje další dávka. Často dochází k úplnému vymizení menstruace. Nevýhodou této antikoncepce je, že může způsobovat osteoporózu (1).

### **Antikoncepční náplasti**

Tyto náplasti jsou hodně podobné antikoncepčním tabletám. Obsahují oba hormony, jak estrogen, tak progestin. Je to tedy kombinovaná forma antikoncepce. Užívají se tři týdny a poté se týden vynechá. Na hormonální pokles reaguje tělo krvácením (1).

### **Antikoncepční tablety**

Je to forma antikoncepce, která se polyká ve formě tablet. Základem je podávání hormonu estrogeneru ve vhodné dávce, který působí na růst děložní sliznice, ale také hormon progesteron, který brzdí růst sliznice a opakovaně zajišťuje krvácení. Jedná se o tablety kombinované - obsahují oba hormony. Užívání těchto tablet je 3 týdenní a po třech týdnech je týdenní pauza. Nežádoucí účinky těchto tablet můžeme dělit na závažné a méně vážné. Mezi závažné nežádoucí účinky lze zařadit například komplikace cévního systému (žil a tepen) a poškození jater. A mezi ty méně vážné můžeme řadit nevolnost, zvýšení hmotnosti, bolest, pnutí v prsou, nesnášenlivost čoček, výkyvy nálad a další (1).

## 1.5 Pohlavně přenosné choroby ( STD – Sexually Transmitted Diseases)

### 1.5.1 Popis vybraných pohlavně přenosných onemocnění

#### ➤ **Human Immunodeficiency Virus/ Acquired Immune Deficiency Syndrom (HIV/AIDS)**

Charakteristika onemocnění: Human Immunodeficiency Virus/ Acquired Immune Deficiency Syndrom (dále jen HIV/AIDS) patří mezi velmi závažné onemocnění, zapříčiněné selháním imunity, končící smrtí (5). Onemocnění je rozšířené po celém světě. Podle Světové zdravotnické organizace je odhadováno, že je nakaženo několik desítek miliónů lidí. Virus HIV patří mezi RNA viry patřící do čeledi Retroviridae. HIV lze rozdělit na dvě skupiny viru a to je HIV-1 (ten vyvolává většinu onemocnění) a HIV-2 (který se objevuje jen velmi málo) (23).

Doba od vlastního nakažení k rozvoji onemocnění se pohybuje v rozmezí 6 měsíců až 10 let. U dětí je výrazně kratší. Ovšem doba k projevu prvních příznaků je 2-6 týdnů (39). Příznaky HIV se mohou projevovat: rychlým hubnutím, značnou únavou, opakujícími se horečkami, častými průjmy, bílými skvrnami na jazyku, skvrnami na kůži aj. Tyto příznaky však mohou doprovázet i mnoho jiných onemocnění, proto je důležité nechat se vyšetřit (46).

Vývoj infekce HIV se dělí do několika stádií:

- 1) primární HIV infekce – je charakteristická chřipkovými příznaky nebo zvětšenými uzlinami. Dochází k poklesu CD4+ lymfocytů.
- 2) Asymptomatické stádium- toto stádium je zcela bez příznaků, trvá i mnoho let, ale je značný pokles CD4+lymfocytů.
- 3) Časté symptomatické stádium - je charakteristické projevem drobných infekcí
- 4) Pozdní symptomatické stádium- v tomto stádiu je velký pokles imunitních funkcí. Objevují se onemocnění AIDS. Toto období trvá přibližně 1-4 roky, u každého je doba různá. Je zde výrazné snížení lymfocytů. V tomto období může nemocný člověk infekci podlehnout.

- 5) Rozvinuté období - zde dochází k řadě infekcím, způsobenými určitými mykobakteriemi a dochází k vyčerpání organismu a následné smrti jedince (39).

Nakazit se lze pohlavním stykem s nakaženou osobou, parenterálním přenosem, přenosem z matky na plod (3). Je zřejmé, že dostatečná informovanost osob o velmi závažném onemocnění HIV/AIDS, může kladně působit na způsob jejich života a to tak, že přehodnotí svůj styl života. Začnou provozovat bezpečný sex (použití dostatečné ochrany: např.: kondomu), nestřídají partnery aj. (10).

Každá infikovaná osoba je povinna hlásit své onemocnění, pokud o něm ovšem ví, každému zdravotnickému zařízení, kde je vyšetřována či hospitalizována dle zákona č. 258/2000 Sb. (3).

Diagnostika se provádí odběrem krevního vzorku na přítomnost viru HIV, vyšetření ELISA. Léčbou je antiretrovirová chemoterapie, která je prozatím nejefektivnější léčbou, která kladně ovlivňuje průběh onemocnění (39).

#### ➤ **Kapavka**

Kapavka je jedním z nejčastějších onemocnění bakteriálního původu. Je rozšířená po celém světě a je povinnost ohlásit své onemocnění touto sexuálně přenosnou nemocí. Nejvyšší výskyt kapavky je u mladých či nadměrně aktivně sexuálně žijících lidí. Snižuje se však po 25 roce života, kdy se jedinci usazují a nežijí tak různorodým sexuálním životem. Původcem onemocnění je bakterie *Neisseria gonorrhoeae*. Žije většinou maximálně 2 hodiny. To znamená, že nákaza jinou cestou než sexuální je velmi vzácná. Je velmi pravděpodobné, že se při sexuálním styku s nakaženým partnerem nakazí 20-50 % mužů a 60-90 % žen. Toto onemocnění je velmi často doprovázeno i jinou pohlavní chorobou (23). Inkubační doba tohoto onemocnění je obvykle 3-5 dnů. Hlavním příznakem je výtok, který je přítomen v děložním hrdle. U chronického onemocnění může být pouze více čirého nebo lehce zabarveného hlenu. Diagnostika se provádí odběrem vzorku na kultivační vyšetření. Léčba – podávají se antibiotika, nejčastěji penicilin po dobu asi 10 dnů (29).

### *Epidemiologická opatření*

Bezpečný sex, preventivní čištění očních spojivek novorozenců, účinná léčba, ohlášení onemocnění (5).

#### ➤ **Syfilis**

Charakteristika onemocnění: Jedná se o infekční onemocnění přenášené pohlavním stykem, použitím infekčních jehel, například u uživatelů injekčních drog, nebo transplacentárně. Výjimečně u nevyšetřené krve při transfúzi. Do těla nejčastěji proniká malými poraněními sliznice a to při styku (22).

### Rozdělení syfilis

#### *1) Syfilis získaná*

**Primární syfilis** – onemocnění se objevuje za 10-90dní. Charakteristický je nebolestivý vřed, který se může objevit také na rtu nebo prstech. U žen je to zejména na místě cervixu či v pochvě. U mužů se objevuje na penisu. V primární fázi je syfilis velmi nakažlivý.

**Sekundární syfilis** – objevuje se několik týdnů až půl roku po projevení první fáze. Projevuje se vyrážkou na dlaních a chodidlech, u většiny je také postižena sliznice. Toto období je hodně náchylné na nákazu, proto je nutná přísná opatrnost při vyšetřeních. Velmi často v této fázi vypadávají vlasy, je postižená velká část vnitřních orgánů, jako jsou například játra a ledviny. Postižené mohou být i oči a kosti.

**Terciální syfilis** – k této fázi dochází až řadu let po nákaze. Je postižen centrální nervový systém a kosti (23).

*2) Vrozená syfilis* – vzniká přenosem z matky na plod, kdy dochází k předčasnému porodu či potratu (23).

Popis: Původcem onemocnění je *Spirocheta Treponema*. Inkubační doba je různá podle fáze onemocnění. Většinou to bývá 10 dní až 3 měsíce. Diagnostika vyšetření zevního genitálu a perianální oblasti uzlin, odběr biologického materiálu (5).

### *Epidemiologické opatření*

- dodržování bezpečného sexu (užívání kondomu), vyšetření dárců krve, vyšetření těhotných žen, léčba nemocného, povinné ohlášení nemoci (5).

#### ➤ **Chlamydiové infekce - Chlamydia Trachomatis**

Charakteristika onemocnění: Onemocnění, které se vyskytuje po celém světě. Přenáší se sexuálním stykem nebo nedostatečnou hygienou. Příčinou této infekce mohou být chronické záněty pohlavních, ale i močových cest, a může dojít až k neplodnosti muže, tak ženy (5).

Popis: Původce onemocnění je Chlamydia trachomatis. Přenáší se nejčastěji pohlavním stykem. Inkubační doba je jeden až dva týdny. Někdy však může být i delší. Velkým problémem může být průběh nemoci, kde nejsou patrné žádné příznaky. Diagnostika - odběr z cervikálního kanálu a odběr moči na průkaz chlamydií. Toto onemocnění se léčí pomocí antibiotik.

*Epidemiologické opatření* - bezpečný sexuální život, vhodná léčba nemocného i jeho partnera (22).

#### ➤ **Trichomoniáza**

Jedná se o celosvětově rozšířené onemocnění. Podle statistických údajů světové zdravotnické organizace je za svůj život postiženo touto infekcí až 20 % žen (5). Trichomonas vaginalis - jedná se o pohyblivého prvoka, který ovšem neproniká do sliznice a je citlivý na vnější prostředí. Zdrojem bývá infikovaný člověk. Toto onemocnění se přenáší pohlavním stykem, ale i nepohlavně, například z kontaminovaného ručníku či prádla (23). Inkubační doba bývá obvykle 1 týden. Nejdéle však 20 dní. Diagnostika se provádí pomocí mikroskopického vyšetření vaginálního výtoku, průkaz antigenu (ELISA). Léčba je nutná u nemocného, ale i jeho partnerů. Provádí se pomocí 5 nitroimidazových preparátů. V České republice jsou předepisovány pouze dva preparáty a to Metronidazol a Ornidazol (23).

➤ **Ulcus molle - Měkký vřed**

Charakteristika onemocnění: Jedná se o pohlavně přenosné onemocnění, které se projevuje velmi bolestivými vředy na genitálu (23). Popis: Toto onemocnění vyvolává gramnegativní tyčinka *Haemophilus ducrey*. Onemocnění se přenáší sexuálním stykem (22). Inkubační doba je velmi krátká, nejčastěji je to 3-5 dní. Může být však kratší. Provádí se klinická diagnóza. Podávají se antibiotika, nutná dostatečná hygiena, bezpečný sex. (23).

➤ **Virová hepatitida typu B (VHB)**

Charakteristika onemocnění: Jedná se o zánětlivé onemocnění jater. Dle odhadů žije s tímto onemocněním několik stovek milionů nosičů tohoto viru. V České republice výskyt tohoto onemocnění razantně stoupá, ale přesné číslo není známo, protože evidence je nedostatečná. Nejčastěji se toto onemocnění vyskytuje u jedinců v rozmezí 15 - 34 let. A to z důvodu přenosu sexuální cestou nebo při aplikaci nitrožilních drog (5).

Popis: Původcem je virus hepatitidy B (VHB). Tento virus má mnoho druhů antigenů. Povrchový antigen HBsAg je prokazatelný ve vzorku krve již v inkubační době a v akutní fázi u více než poloviny nemocných. Způsob přenosu může být - krevní cestou, infikovanými předměty, pohlavním stykem s nakaženou osobou (33). Inkubační doba je v rozmezí 50 - 180 dny. Nejčastěji to je okolo 3 měsíců. Diagnostikuje se průkazem HBsAg, zvýšené ALT a AST. Léčba bývá prováděná klidovým režimem, dostatkem vitamínů, dietou.(5)

*Epidemiologická opatření*

*Preventivní* – očkování, výměnný program u narkomanů, dostatečná kontrola dárců krve, vyšetření těhotných žen, izolace na lůžkovém oddělení (5).

➤ **Virová hepatitida typu C (VHC)**

Charakteristika onemocnění: Jedná o zánětlivé onemocnění jater. Cesta přenosu bývá často způsobena aplikací drogy infikovanou jehlou, při poranění infikovaným nástrojem ve zdravotnictví, transfuzí (6).



Popis: Původcem je virus hepatitidy typu C, který má v této době 6 genotypů, které mají různý klinický průběh onemocnění. Zdrojem bývá infikovaný člověk, nebo infikovaná věc. Inkubační doba je 14-180 dní. Obvykle to bývá měsíc a půl. Průkaznost viru v odběru biologického materiálu (krvi), biopsie jater (5). Léčba je prováděna pomocí dvou léků, a to jsou Interferon a Ribivirin. Jedná se o léčbu injekční, která je doprovázena řadou tablet. Důležitý je také dostatečný příjem vitamínů a doplňků stravy. Léčba je prováděna většinou ambulantně (13).

#### *Epidemiologická opatření*

Dodržování dostatečné hygieny, vyšetření dárců krve, výměnný program, léčba nemocného (22).

## 2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

### 2.1 Cíle práce

Hlavním cílem této bakalářské práce je zmapování primární prevence sexuální výchovy a prevence pohlavně přenosných chorob v regionu Příbram a provedení její evaluace.

Jako dílčí cíle jsou zvoleny:

Cíl 1 Zjistit uplatňované formy a metody specifické primární prevence v oblasti sexuální výchovy a pohlavně přenosných chorob.

Cíl 2 Zjistit zdroje specifické primární prevence v oblasti sexuální výchovy a pohlavně přenosných chorob v rodinách a ve škole.

Cíl 3 Provedení evaluace primární prevence v oblasti sexuální výchovy a pohlavně přenosných chorob v rodinách a ve škole.

### 2.2 Hypotézy

Hypotéza 1: Primární prevence sexuality a pohlavně přenosných chorob v regionu Příbramska není realizována ve všech školách.

Hypotéza 2: Primární prevence je realizována pozdě.

Hypotéza 3: Primární prevence v rodinách je na nižší úrovni než ve školách

Hypotéza 4: Nejčastějším zdrojem informací o sexualitě jsou média a kamarádi

Původní hypotéza H3, která byla uvedena v podkladě pro zadání bakalářské práce s názvem Primární prevence v rodinách je na nižší úrovni než ve školách, nemohla být pomocí mnou provedeným kvantitativním výzkumem zjištěna. Proto byla vyřazena. Hypotéza H2 byla upravena.

## **3 METODIKA**

### **3.1 Použitá metoda sběru dat a technika sběru dat**

Vlastní výzkum byl proveden pomocí kvantitativního výzkumu, metodou dotazování, technikou anonymního dotazníku. Formu dotazníkového šetření jsem si zvolila proto, že jejím prostřednictvím se dá získat značné množství informací u potřebného počtu dotazovaných, anonymita je zaručena a to z důvodu vlastního rozdělení a následného sebrání dotazníků (4). Ve výzkumu jsem použila mnou vytvořený dotazník, který je tvořen 24 otázkami. Jeho obsah se týkal několika oblastí. První část se týkala identifikačních údajů respondentů (pohlaví, třída, věk). Následující část se týká informovanosti dotazovaných o pohlavních chorobách, riziku nákazy, o možnostech ochrany, rizicích spojených s užíváním antikoncepce, možnostech očkování a v neposlední řadě již zahájeného/nezahájeného sexuálního života. Délka dotazníku byla upravena tak, abych získala dostatečné informace, a aby dotazník nekladl na respondenta nadměrné nároky, které by v konečném důsledku vedly ke snížení validity získaných dat a údajů. Čas pro vyplnění dotazníku byl nastaven tak, aby si odpovědi dotazovaní promysleli a odpověděli správně.

V hlavní části dotazníku byli dotazovaní ujištěni anonymitou dotazníku a dále také o tom, že vyplněné údaje nebude mít k dispozici žádná jejich blízká autorita (ředitel školy, učitel, rodič aj.).

### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

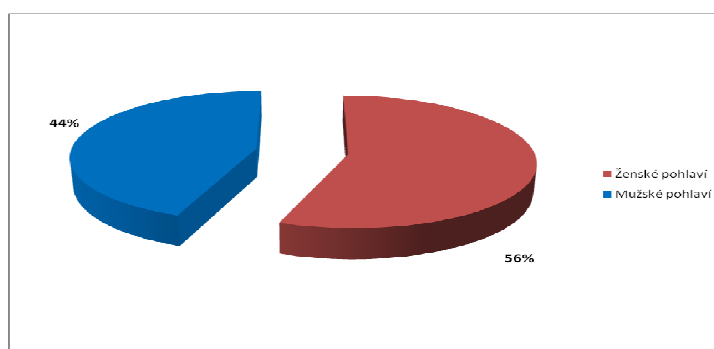
Celkový soubor byl tvořen žáky 9.tých tříd vybraných základních škol v regionu Příbramska. Vzorek byl vybrán kvótním výběrem, kdy kvótou bylo pohlaví, věk a žák základní školy v regionu Příbramska. Před zahájením vlastního šetření byl proveden předvýzkum, který byl proveden u 25 respondentů cílové skupiny, a to za účelem ověření porozumění daných otázek respondenty. Na základě tohoto předvýzkumu byly dopraveny 3 otázky a to z důvodu nejasného výkladu. Vlastní šetření probíhalo

od listopadu 2011 do března 2012. Celkově byly dotazníky rozdány na 4 základních školách v regionu Příbramska. Což bylo v 7 třídách 9. ročníků základních škol. A to Základní škola Příbram pod Svatou Horou v počtu třech 9. ročníků, dále Základní škola Příbram, Březové Hory v počtu dvou devátých tříd. Tyto dvě školy jsou brány jako výzkumný soubor *město*. Oproti tomu *venkov* v regionu Příbramska je tvořen Základní školou Jince v počtu jedné 9. třídy a Základní školou Obecnice, také v počtu jedné 9. třídy. Dotazníkové šetření bylo provedeno na základních školách po předem smluveném termínu s ředitelem školy. O tomto výzkumu byli také informováni třídní učitelé jednotlivých tříd, kam mě sami uvedli. Avšak samotný výzkum již probíhal bez jejich přítomnosti a to z důvodu zajištění vhodného prostředí pro vyplnění dotazníků. Dotazníky jsem rozdávala sama, abych mohla žákům podat potřebné informace o dotazníku a následně zodpovědět potřebné dotazy. Při sběru dat jsem kladla velký důraz na anonymitu dotazovaných a ujistila jsem je, že dotazníky neuvidí žádná z jejich autorit (pedagog, rodič aj.). V rámci výzkumu bylo sebráno 145 dotazníků, které měly 100% návratnost, a to z důvodu vlastního rozdáni a následného sebrání dotazníků (z toho 5 dotazníků bylo vyřazeno pro neúplnost a 4 pro podezření na lživost). Výsledky byly shromážděny do dvou souborů. Soubor město, kde byli zastoupeni respondenti žijící na území města Příbram a venkov, kde zase byli respondenti žijící mimo město Příbram a ani nenavštěvují školu ve městě Příbram. Takto získaná data byla zpracována v MS Excel a tyto dva soubory byly mezi sebou vzájemně komparovány. To vedlo k tomu, že jsem při zpracování pracovala s každým souborem jako se skupinou znamenající 100%. Z tohoto důvodu byly soubory mezi sebou upraveny tak, aby byly vzájemně porovnatelné a byla nutná úprava souborů z důvodu vzájemné porovnatelnosti tzn. sjednocení na procentické zastoupení mužů a žen a obsažení přibližně stejného věku v obou souborech. Zpracování výzkumu bylo provedeno pomocí systému Microsoft Excel a vloženo do grafového a tabulkového znázornění.

## 4 VÝSLEDKY

Kvantitativní výzkum byl realizován na vybraných 9ti letých základních školách v regionu Příbramska. Do výzkumu byly zapojeny všechny 9. ročníky vybraných základních škol v regionu Příbramska. V kapitole výsledky jsou uvedeny informace z dotazníkového šetření.

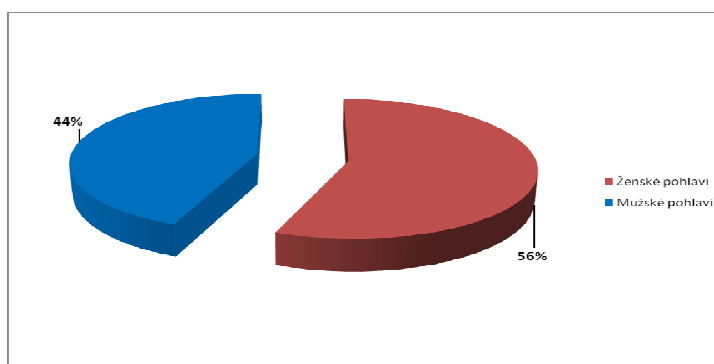
**Graf č. 1** Pohlaví respondentů ve městě Příbram (%)



Zdroj: Vlastní výzkum.

**Graf č. 1** zobrazuje zastoupení respondentů dle pohlaví. V počtu 44 % chlapců a 56 % dívek, jelikož se výzkumu zúčastnilo 42 chlapců a 53 dívek na základních školách v Příbrami.

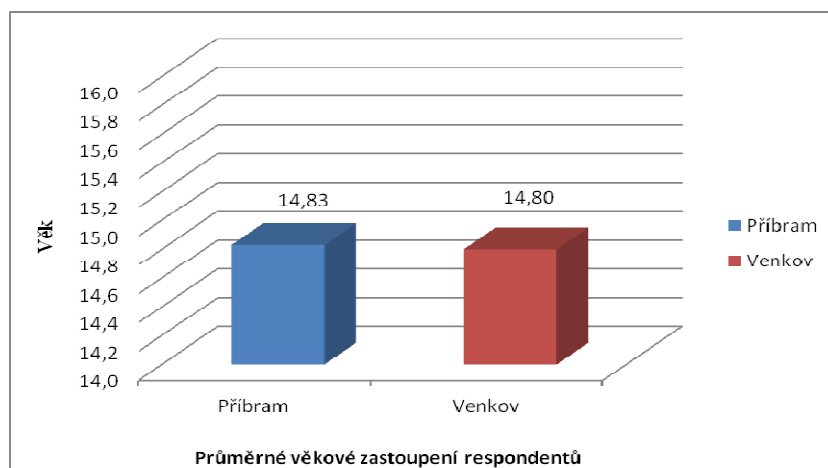
**Graf č. 2** Pohlaví respondentů na venkově v regionu Příbramska (%)



Zdroj: Vlastní výzkum.

**Graf č. 2** zobrazuje zastoupení respondentů dle pohlaví. V počtu 44 % chlapců a 56 % dívek, jelikož se výzkumu zúčastnilo 23 dívek a 18 chlapců na základních školách na venkově v regionu Příbramska.

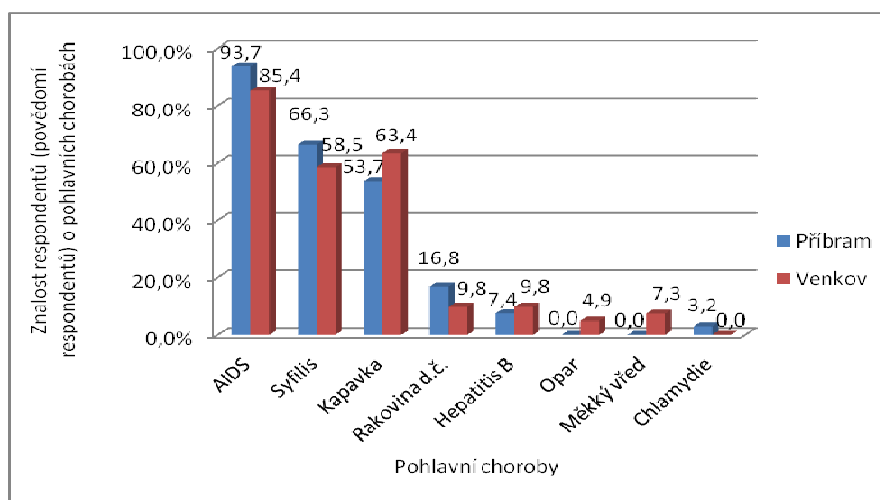
**Graf č. 3** Věkové zastoupení respondentů (věk)



Zdroj: Vlastní výzkum.

Z **grafu č. 3** vyplývá průměrné věkové zastoupení respondentů zkoumaného souboru. Výzkumu se zúčastnili žáci devátých tříd a to ve třech věkových kategoriích 14, 15 a 16 let. Největší počet respondentů bylo ve věku 15 let, a to jak u zkoumaného souboru ve městě Příbram (v počtu: 40 dívek a 27 chlapců), tak i ve druhém souboru, jímž byl venkov (v počtu 15 dívek a 12 chlapců). Druhou největší zastoupenou věkovou skupinou byli 14ti letí respondenti (město: 14 dívek a 8 chlapců, venkov: 6 dívek a 3 chlapci). Nejméně zastoupenou skupinou byli 16ti letí respondenti (město: 3 dívky a 3 chlapci, venkov: 0 dívek a 3 chlapci).

**Graf č. 4** Znalost pohlavních chorob, které jsou nejčastěji v povědomí oslovených respondentů (město vs. venkov)

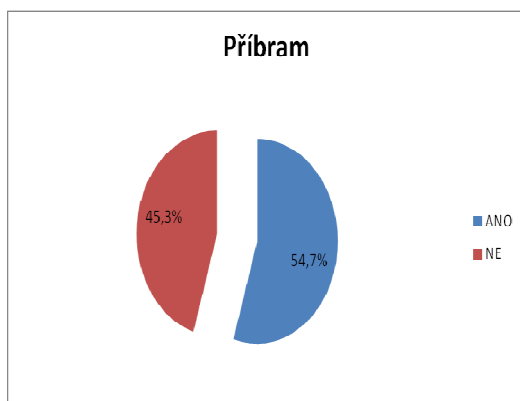


Zdroj: Vlastní výzkum.

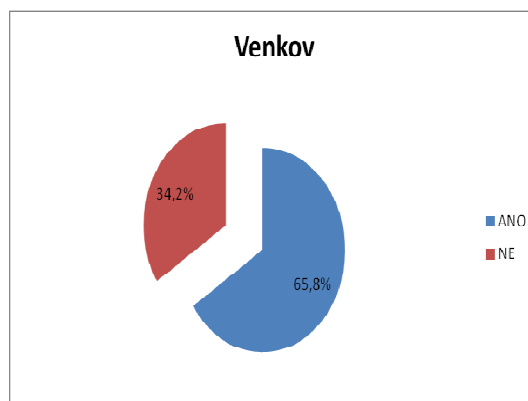
**Graf č. 4** zobrazuje znalost respondentů v oblasti pohlavních chorob. Je zřejmé, že nejvíce je známé onemocnění AIDS (Příbram 93,7 %, u venkova činí hodnota 85,4 % povědomí respondentů). Dalším často se objevujícím onemocněním je syfilis (povědomí v Příbrami činí ze zkoumaného vzorku 66,3 % a povědomí na venkově bylo ve výši 58,5 %). Povědomí o kapavce bylo ve městě 53,7 % oproti venkovu, kde povědomí o této pohlavní nemoci bylo vyšší a to o 10,3 % (což je 63,4 %). Menší znalost mají respondenti o onemocnění rakovinou děložního čípku, která se ve městě u dotazovaných objevila v počtu 16,8 % a na venkově pouze v počtu 9,8 %. O onemocnění zvaném hepatitida typu B mělo povědomí pouze 7,4 % ve městě a na venkově pouze 9,8 % dotazovaných. Ve městě znalost o onemocnění zvaném opar není. Naproti tomu na venkově o tomto onemocnění vědělo 4,9 % respondentů. Obdobná situace nastala ohledně znalosti onemocnění zvaném měkký vřed, kdy o něm vědělo pouze 7,3 % dotázaných na venkově. Nejmenší povědomí bylo o onemocnění zvaném chlamydie (venkov 0 %, město 3,2 %).

**Graf č. 5 a, b** Informovanost respondentů o riziku nákazy některou pohlavně přenosnou chorobou (porovnání města Příbram vs. venkov)

**Graf 5a** město Příbram



**Graf 5b** venkov



*Tabulka č. 2*

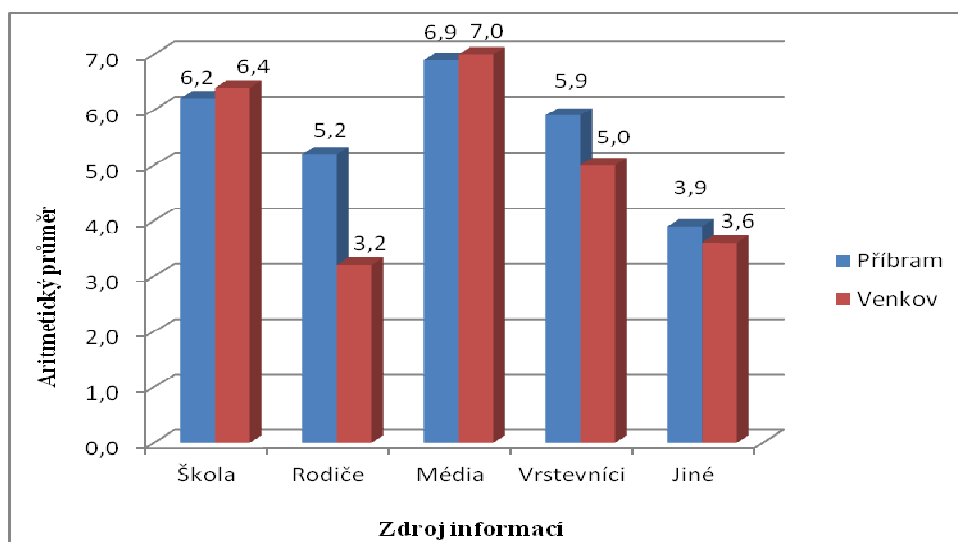
Odpověď respondentů	-	ANO	NE
město Příbram	vyjádřeno v %	54,7 %	45,3 %
	vyjádřeno v počtu respondentů	52	43
venkov	vyjádřeno v %	65,8 %	34,2 %
	vyjádřeno v počtu respondentů	27	14

Zdroj: Vlastní výzkum.

Z celkového počtu 95 respondentů vplynulo, že 54,7 % respondentů je informováno o pohlavně přenosných chorobách, avšak 45,3 % respondentů tento dojem nesdílí. Z výzkumu vyplývá, že i respondenti na venkově jsou dostatečně informováni o přenosných chorobách (respektive je menší zastoupení těch, kteří o nich nevědí) a to v poměru 65,8 % (ano) a 34,2 % (ne).



**Graf č. 6** Získávání informací o pohlavně přenosných chorobách (porovnání město vs. venkov)



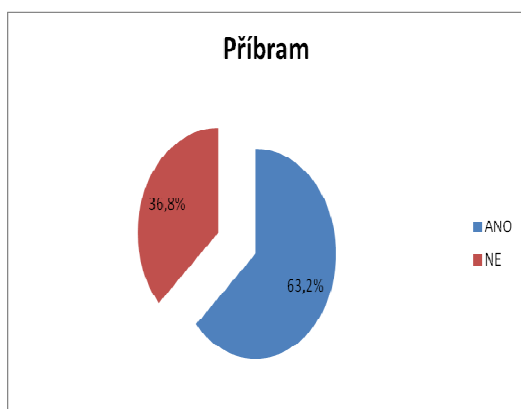
Zdroj: Vlastní výzkum

**Graf č. 6** zobrazuje nejčastější zastoupení získávání informací o pohlavních nemocech ve městě Příbram a na venkově (v regionu Příbramska). Při výzkumu byla použita desetistupňová škála, (kdy číslo 1 = náprstá neinformovanost a číslo 10 = vynikající informovanost). Tato otázka byla vyhodnocena pomocí aritmetického průměru této desetistupňové škály. Výzkumem bylo zjištěno, jakým způsobem se respondenti dostávají k informacím (o pohlavně přenosných chorobách):

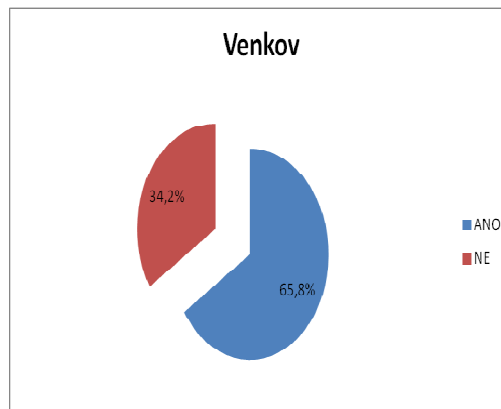
- ve škole ( město 6,2 vs. venkov 6,4)
- od rodičů (město 5,2 vs. venkov 3,2)
- z médií, kde byly hodnoty nejvyšší ( město 6,9 vs. venkov 7,0)
- od vrstevníků (město 5,9 vs. venkov 5,0)
- a jako poslední jiné zdroje (město Příbram 3,9 vs. venkov 3,6)

**Graf č.7 a, b** Obava respondentů z nákazy pohlavně přenosnou chorobou (porovnání odpovědí respondentů: město/venkov)

**Graf č. 7a** město Příbram



**Graf č. 7b** venkov



*Tabulka č. 3*

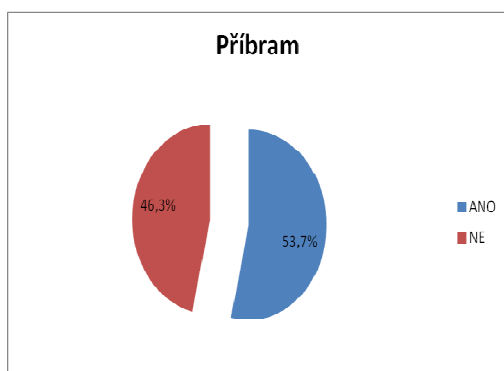
Odpověď respondentů	-	ANO	NE
město Příbram	vyjádřeno v %	63,2 %	36,8 %
	vyjádřeno v počtu respondentů	60	35
venkov	vyjádřeno v %	65,8 %	34,2 %
	vyjádřeno v počtu respondentů	27	14

Zdroj: Vlastní výzkum.

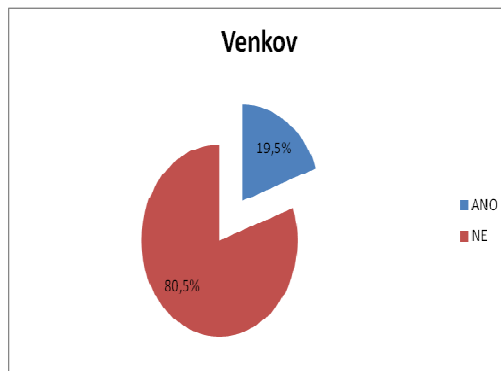
**Grafy č. 7a a 7b** - ze získaných odpovědí vyplynulo, že respondenti ve městě mají obavy z nákazy a to v poměru 63,2 % ku 36,8 % respondentů, kteří obavy nemají. Na venkově odpovědělo 65,8 % dotazovaných, že obavu z nákazy mají. Obavy na venkově nemá 34,2 % respondentů.

**Graf č. 8 a, b** Zařazení předmětu sexuální výchova do výuky (porovnání město vs. venkov)

**Graf č. 8a** město Příbram



**Graf č. 8b** venkov



*Tabulka č. 4*

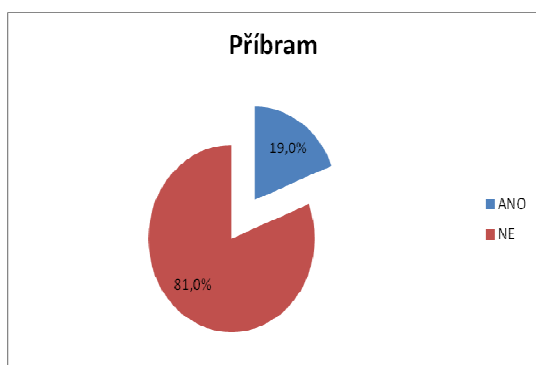
Odpověď respondentů	-	ANO	NE
město Příbram	vyjádřeno v %	53,7 %	46,3 %
	vyjádřeno v počtu respondentů	51	44
venkov	vyjádřeno v %	19,5 %	80,5 %
	vyjádřeno v počtu respondentů	8	33

Zdroj: Vlastní výzkum.

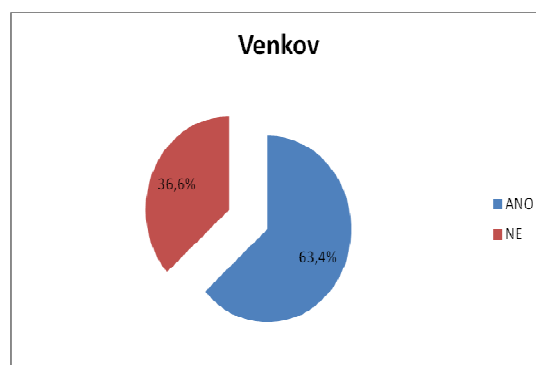
Z odpovědí získaných od respondentů vyplynulo, že sexuální výchova jako součást výuky na základních školách ve městě se objevuje a to v poměru 53,7 % (ano) ku 46,3 % (ne). Oproti tomu na venkově kladně odpovědělo pouze 19,5 % a záporně 80,5 % dotazovaných.

**Graf č. 9 a, b** Účast respondentů na Preventivním programu, který byl zaměřen na problematiku sexuálního chování mimo předmět sexuální výchova na základních školách (v porovnání dle dotazovaných: město/venkov )

**Graf č. 9a** město Příbram



**Graf č. 9b** venkov



*Tabulka č. 5*

Odpověď respondentů	-	ANO	NE
město Příbram	vyjádřeno v %	19,0 %	81 %
	vyjádřeno v počtu respondentů	18	77
venkov	vyjádřeno v %	63,4 %	36,6 %
	vyjádřeno v počtu respondentů	26	15

Zdroj: Vlastní výzkum.

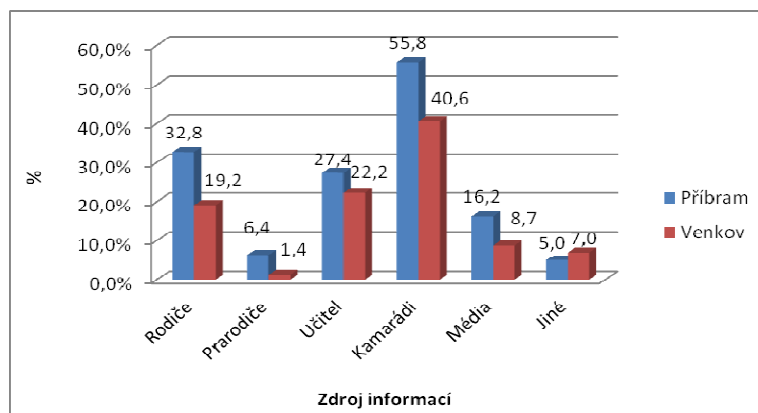
**Z grafu č. 9a a 9b** vyplývá, že se preventivního programu ve městě Příbram účastnilo pouze 19% dotazovaných a 81% se s preventivním programem dosud neseťkalo. Překvapivě naproti tomu se na venkově preventivního programu účastnilo 63,4 % a pouze 36,6 % se s ním dosud neseťkalo.

*Tabulka č.6* Respondenti, kteří se zúčastnili preventivního programu (dle věku):

Věk	10let	12let	13let	14let	15let
město	3	0	8	5	2
venkov	0	3	12	8	3

Zdroj : Vlastní výzkum.

**Graf č. 10** Zdroj informací respondentů o sexualitě

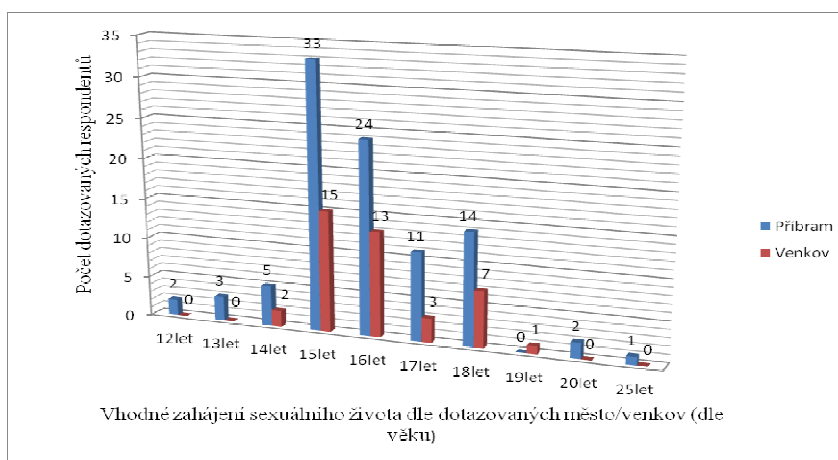


Zdroj : Vlastní výzkum.

**Graf č. 10** znázorňuje aritmetický průměr (vyjádřený v procentech) toho, s kým dotazovaní nejčastěji hovoří o sexualitě. Je zřejmé, že největší roli při získávání informací hrají:

- kamarádi (město 55,8 % a venkov 40,6 % dotazovaných)
- rodiče (město 32,8 % a venkov 19,2 %)
- učitel (město 27,4 % a venkov 22,2 %)
- média (město 16,2% a venkov 8,7%)
- prarodiče (město 6,4 % a venkov 1,4 %)
- jiný zdroj (město 5,0 % a venkov 7,0 % dotazovaných)

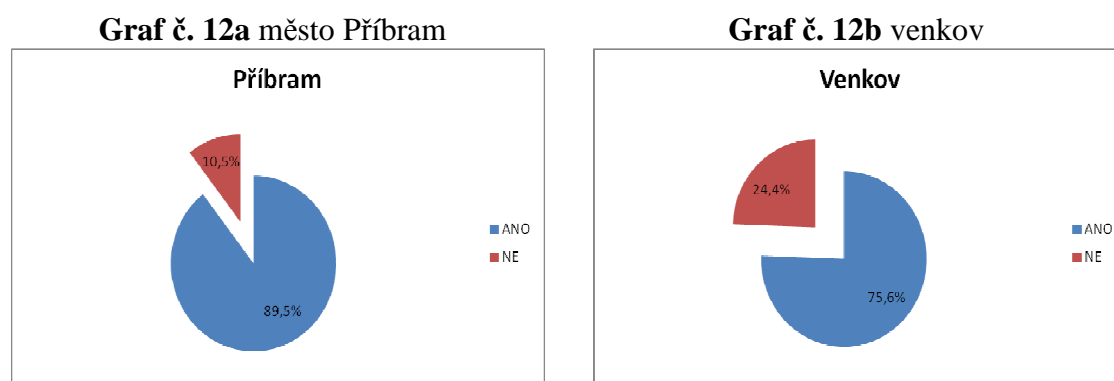
**Graf č. 11** Zahájení sexuálního života respondentů dle zastoupení město/venkov (věk)



Zdroj: Vlastní výzkum.

Nejčastěji dotazovaní odpovídali, že by sexuální život zahájili ve věku 15 let (město 33 dotazovaných a venkov 15 dotazovaných). Druhou nejčastější odpovědí byl věk 16 let (město 24 respondentů, venkov 13 respondentů). Věk 17 let uvedlo ve městě 11 respondentů a na venkově 3 respondenti. Věk 18 let uvedlo ve městě 14 dotazovaných a na venkově 7. Žádný z dotazovaných ve městě neuvedl pro zahájení sexuálního života věk 19 let a na venkově tak odpověděl pouze jeden respondent. Naopak žádný respondent na venkově neuvedl věk 20 let jako vhodný pro zahájení sexuálního života, zatímco ve městě tak uvedli 2 respondenti. Pouze jeden respondent uvedl ve městě věk 25 let. Věk 14 let uvedlo ve městě 5 respondentů a na venkově 2 respondenti. Tři dotazovaní ve městě uvedli jako vhodný věk pro zahájení sexuálního života 13 let, na venkově žádný. Na venkově neuvedl žádný respondent věk 12 let, ve městě tento věk uvedli pouze 2 respondenti.

**Graf č. 12a, b** Užívání/neužívání antikoncepce



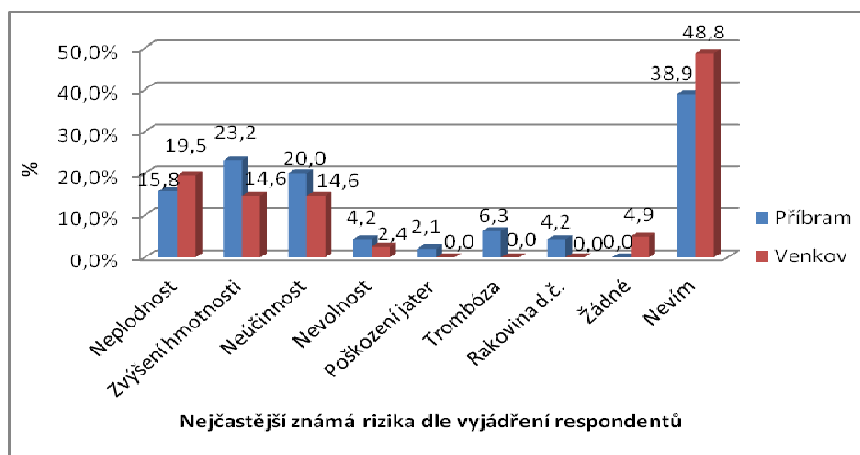
*Tabulka č. 7*

Odpověď respondentů	-	ANO	NE
město Příbram	vyjádřeno v %	89,5 %	10,5 %
	vyjádřeno v počtu respondentů	85	10
venkov	vyjádřeno v %	75,6 %	24,4 %
	vyjádřeno v počtu respondentů	31	10

Zdroj: Vlastní výzkum.

Z celkového počtu 95 dotazovaných ve městě odpovědělo 89,5 %, že je vhodné antikoncepci užívat, pouze 10,5 % odpovědělo, že užívat antikoncepci není vhodné. Na venkově z celkového počtu 41 dotazovaných odpovědělo 75,6 %, že je vhodné užívání antikoncepce a pouze 24,4 % odpovědělo, že nikoliv.

**Graf č. 13** Znalost rizik spojených s užíváním antikoncepce

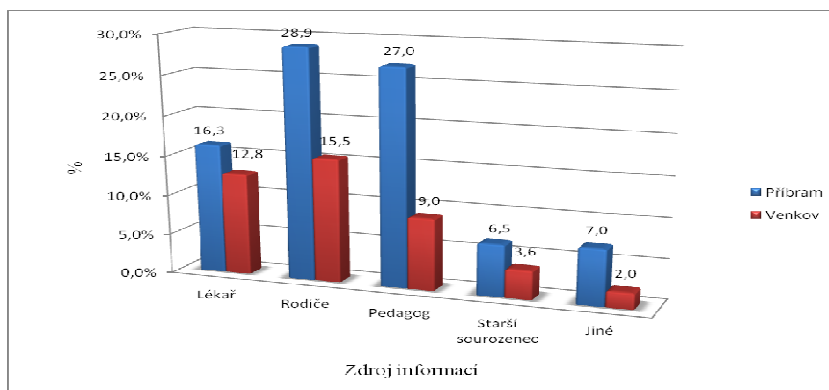


Zdroj: Vlastní výzkum.

**Graf č. 13** zobrazuje názor respondentů na rizika spojená s užíváním antikoncepce. Jako rizika označili dotazovaní: neplodnost (město Příbram 15,8 %, venkov 19,5 %), zvýšení hmotnosti (město Příbram 23,2 %, venkov 14,6 %), neúčinnost (město Příbram 20,0 %, venkov 14,6 %), nevolnost (město Příbram 4,2 %, venkov 2,4 %), poškození jater (město Příbram 2,1 %, na venkově se nevyskytlo), trombóza (město Příbram 6,3 %, na venkově se nevyskytlo), rakovina děložního čípku (město Příbram 4,2 %, na venkově se nevyskytla), žádná rizika uvedlo (město Příbram nikdo, na venkově 4,9 %), a nevědělo (město Příbram 38,9 %, venkov 48,8 % respondentů).

Ze získaných výsledků je zřejmé, že respondenti mají malé množství informací o rizicích spojených s užíváním antikoncepce a s tím souvisí i to, že jen nízký počet dotázaných se účastní některého preventivního programu zaměřeného na problematiku sexuálního chování jak vyplývá z grafu č. 9, kdy se ve městě Příbram preventivního programu zúčastnilo pouze 18 dotazovaných z 95 a na venkově byla účast 26 dotazovaných z celkového počtu 41 respondentů.

**Graf č. 14** Informovanost o možných rizicích spojených s užíváním antikoncepce

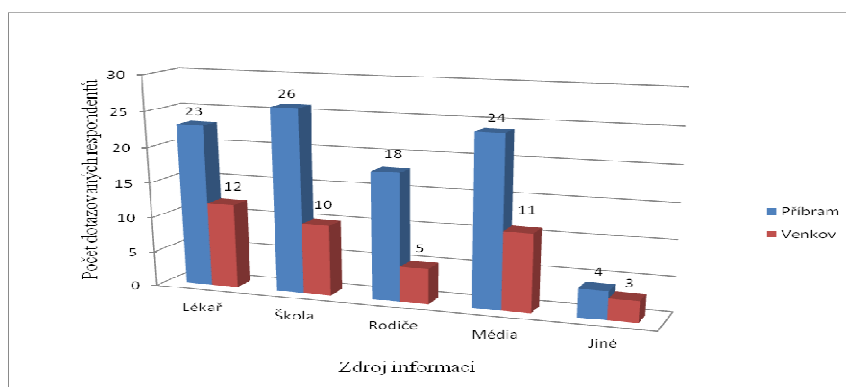


Zdroj: Vlastní výzkum.

Tato otázka je vyhodnocena procentuelním průměrem, kdy dotazovaní respondenti uvedli jako odpověď:

- lékař (město 16,3 %, venkov 12,8 %)
- rodič (město 28,9 %, venkov 15,5 %)
- pedagog (město 27,0 %, venkov 9,0 %)
- starší sourozenec (město 6,5 %, venkov 3,6 %)
- jinou odpověď by uvedlo 7,0 % ve městě a 2,0 % dotazovaných na venkově

**Graf č. 15** Získávání informací o antikoncepčních metodách



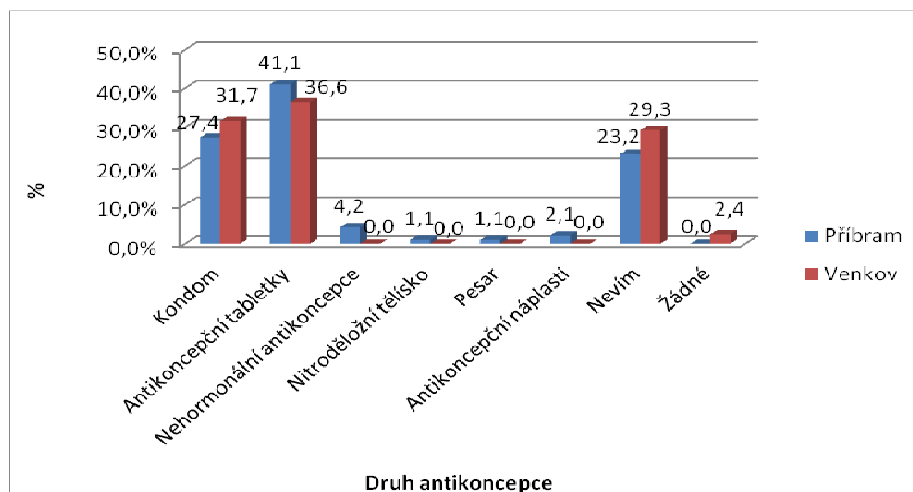
Zdroj: Vlastní výzkum.



**Graf č. 15** znázorňuje počet odpovědí z celkového počtu dotazovaných 95 ve městě Příbram a z celkového počtu dotazovaných 41 na venkově. Přičemž nejčastějším zdrojem informací byli:

- lékař (město 23 a venkov 12)
- škola(město 26 a venkov 10)
- rodiče (město 18, venkov 5)
- média (město 24, venkov 11)
- jako jinou odpověď by uvedli (město 4 a venkov 3 respondenti)

**Graf č. 16** Preferovaný druh antikoncepce

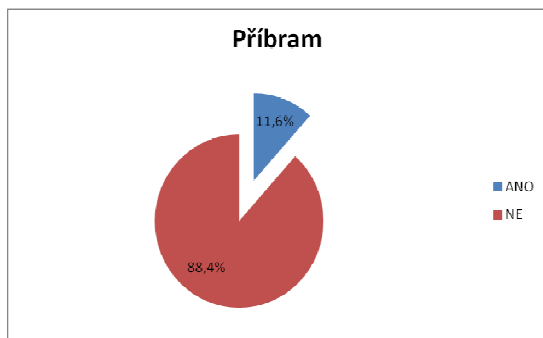


Zdroj: Vlastní výzkum.

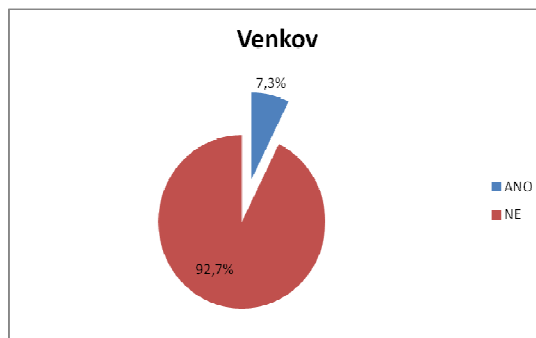
Z celkového počtu 95 dotazovaných ve městě Příbram odpovědělo : (27,4 %) kondom, (41,1 %) antikoncepční tabletky, (4,2 %) nehormonální antikoncepce, (1,1 %) nitroděložní tělíčko, (1,1 %) pesar, (2,1 %) antikoncepční náplasti, (23,2 %) nevědělo a (0 %) žádné. Oproti tomu 41 dotazovaných na venkově odpovědělo: (31,7 %) kondom, (36,6 %) antikoncepční tabletky, (0 %) nehormonální antikoncepce, (0 %) nitroděložní tělíčko, (0 %) pesar, (0 %) antikoncepční náplasti, (29,3 %) nevědělo, (2,4 %) žádnou.

**Graf č. 17 a, b** Užívaný druh antikoncepce

**Graf 17a** město Příbram



**Graf 17b** venkov



*Tabulka č. 8*

Odpověď respondentů	-	ANO	NE
město Příbram	vyjádřeno v %	11,6 %	88,4 %
	vyjádřeno v počtu respondentů	11	84
venkov	vyjádřeno v %	7,3 %	92,7 %
	vyjádřeno v počtu respondentů	3	38

Zdroj: Vlastní výzkum.

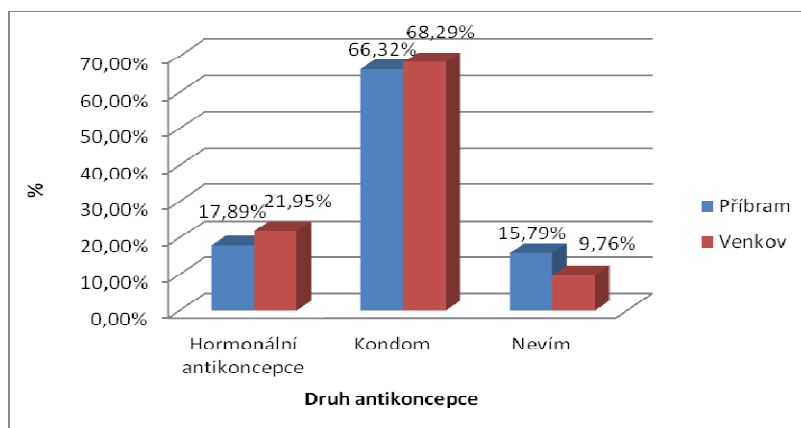
Z celkového počtu 95 respondentů z města odpovědělo pouze 11,6 %, že antikoncepci používá, zbylých 88,4 % odpovědělo, že nikoliv. Oproti tomu na venkově uvedlo 7,3% dotazovaných, že antikoncepci používá a 92,7 % dotazovaných ji nepoužívá.

*Tabulka č.9* Respondenti, kteří odpověděli, že antikoncepci užívají:

Druh antikoncepce	Kondom	Antikoncepční pilulky
město	5	6
venkov	2	1

Zdroj: Vlastní výzkum.

**Graf č. 18** Typ antikoncepce, který dle respondentů nejlépe ochrání před nákazou pohlavně přenosnými chorobami

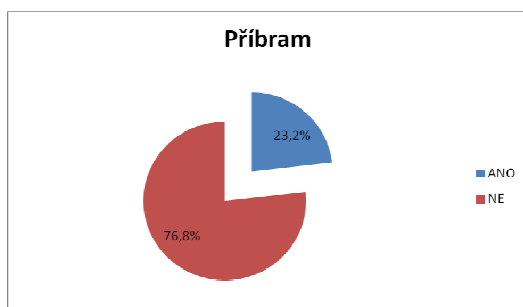


Zdroj: Vlastní výzkum.

**Graf č. 18** zobrazuje názor respondentů, jaká antikoncepce nejvíce chrání před nákazou některou z pohlavně přenosných chorob. Dotazovaní ve městě Příbram uvedli jako svou odpověď hormonální antikoncepci v počtu 17,89 %, kondom 66,32 %, nevědělo 15,79 %. Na venkově uvedlo jako odpověď hormonální antikoncepce 21,95 %, kondom 68,29 % a nevědělo 9,76 % respondentů.

**Graf č. 19 a, b** Antikoncepce jako prostředek 100 % ochrany před otěhotněním

**Graf č. 19a** město Příbram



**Graf č. 19b** venkov



Tabulka č. 10

Odpověď respondentů	-	ANO	NE
město Příbram	vyjádřeno v %	23,2 %	76,8 %
	vyjádřeno v počtu respondentů	22	73
venkov	vyjádřeno v %	7,3 %	92,7 %
	vyjádřeno v počtu respondentů	3	38

Zdroj: Vlastní výzkum.

Na tuto otázku z celkového počtu 95 dotazovaných z města Příbram uvedlo kladnou odpověď 23,2 % dotazovaných a zápornou 76,8 %. Na venkově z celkového počtu 41 respondentů odpovědělo kladně pouze 7,3 % a 92,7 % odpovědělo, že žádný druh antikoncepce 100 % neochrání před otěhotněním.

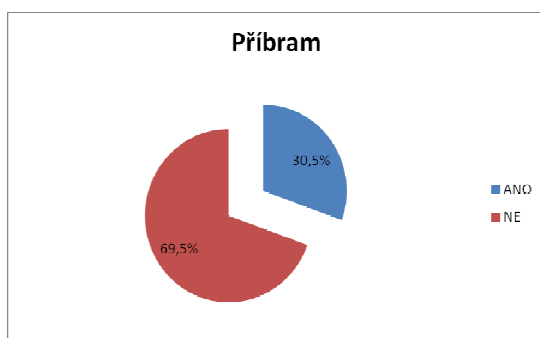
Tabulka č. 11 Respondenti, kteří odpověděli kladně, uvedli:

Druh antikoncepce	Kondom	Antikoncepční tablety	Nitroděložní tělísko
město	12	10	-
venkov	-	2	1

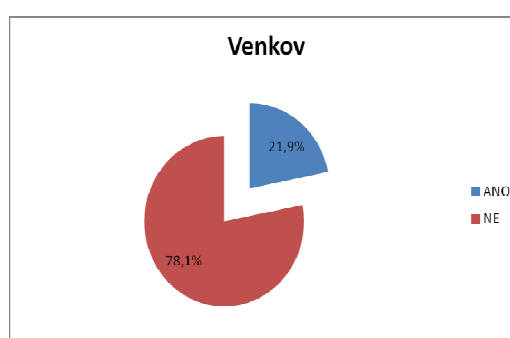
Zdroj: Vlastní výzkum.

**Graf č. 20 a, b** Antikoncepce jako prostředek ochrany před přenosem pohlavně přenosných chorob

**Graf č. 20a** město Příbram



**Graf č. 20b** venkov



Tabulka č.12

Odpověď respondentů	-	ANO	NE
město Příbram	vyjádřeno v %	30,5 %	69,5 %
	vyjádřeno v počtu respondentů	29	66
venkov	vyjádřeno v %	21,9 %	78,1 %
	vyjádřeno v počtu respondentů	9	32

Zdroj: Vlastní výzkum.

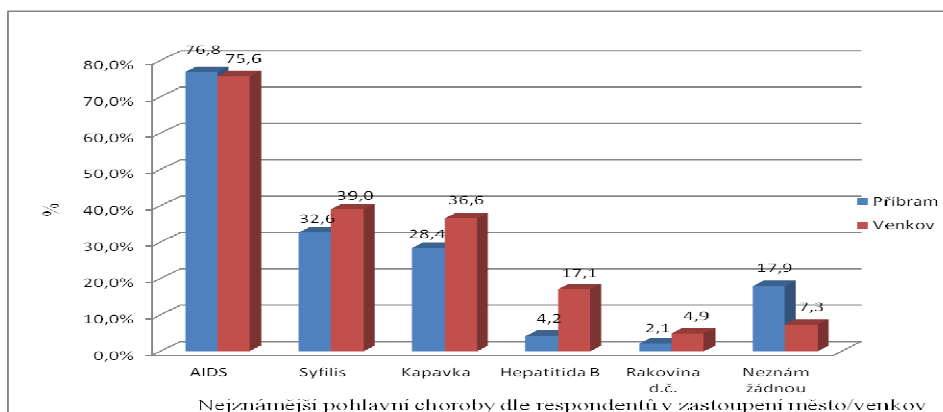
Z celkového počtu 95 dotazovaných z města uvedlo 30,5 %, že je antikoncepce ochrání před pohlavně přenosnými chorobami a 69,5 % odpovědělo, že nikoliv. Na venkově z celkového počtu 41 respondentů odpovědělo kladně 21,9 % a vyvrátilo 78,1 % dotazovaných.

Tabulka č. 13 Respondenti, kteří odpověděli kladně, uvedli pouze kondom a to v počtu:

Druh antikoncepce	Kondom
Město	29
Venkov	9

Zdroj: Vlastní výzkum.

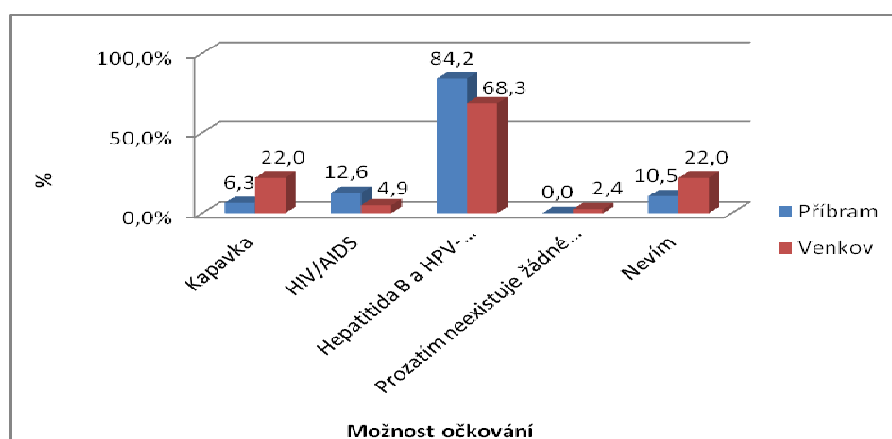
Graf č. 21 Znalost druhů pohlavních chorob



Zdroj: Vlastní výzkum.

**Graf č. 21** zobrazuje znalost respondentů v oblasti pohlavně přenosných chorob. Je zřejmé, že nejvíce je známe onemocnění AIDS, které uvedlo 76,8 % respondentů z města a 75,6 % na venkově. Druhým nejznámějším onemocněním je syfilis (město 32,6 % a venkov 39,0 %). Kapavku znalo 28,4 % respondentů z města a na venkově 36,6 %. Méně známým onemocněním je rakovina děložního čípku (město Příbram 2,1 % a venkov 4,9 %). Hepatitidu typu B znali pouze 4,2 % respondentů z města a 17,1% respondentů na venkově. Ve městě neznalo 17,9 % respondentů žádný druh z pohlavně přenosných chorob. Pouze 7,3 % na venkově neznalo žádný druh pohlavně přenosných chorob.

**Graf č. 22** Informovanost o možnostech očkování proti pohlavně přenosným chorobám

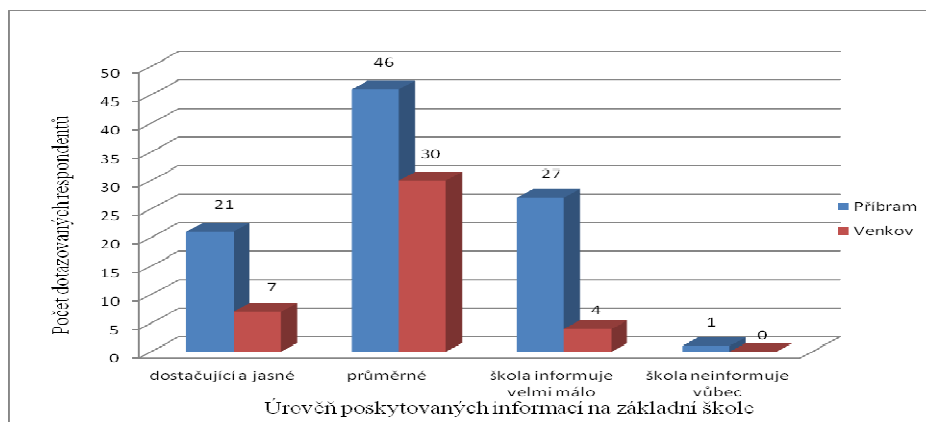


Zdroj: Vlastní výzkum.

Žáci základních škol ve městě Příbram se domnívají, že existuje očkování proti: kapavce ( 6,3 %), HIV/AIDS (12,6 %), hepatitidě typu B a HPV (84,2 %), prozatím neexistuje žádné očkování (0 %), neví (10,5 %) respondentů.

Žáci z oblasti venkova si myslí, že existuje očkování proti: kapavce (22,0 %), HIV/AIDS (4,9 %), hepatitidě typu B a HPV (68,3 %), prozatím neexistuje žádné očkování (2,4 %), neví (22,0 %) respondentů.

**Graf č. 23** Informovanost o pohlavně přenosných chorobách získaná ve škole

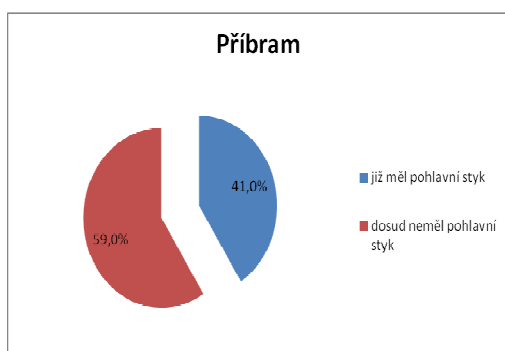


Zdroj: Vlastní výzkum.

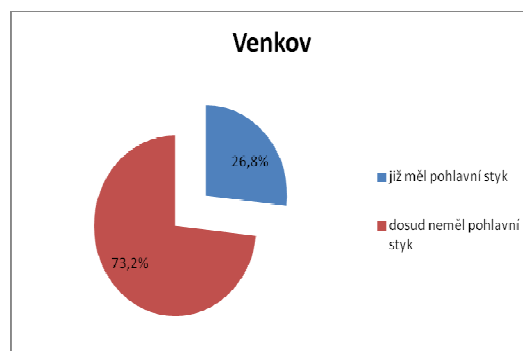
Celkový počet 95 respondentů z města Příbram odpovědělo: v počtu 21 respondentů, že informace jsou dostačující a jasné, dále 46 respondentů odpovědělo, že informace získané ve škole jsou průměrné, 27 respondentů uvedlo, že škola informuje velmi málo. Pouze jeden respondent uvedl, že škola neinformuje vůbec. Z celkového počtu 41 dotazovaných z venkova odpověděli: v počtu 7 respondentů, že informace jsou dostačující a jasné, 30 respondentů uvedlo, že informace jsou průměrné, 4 respondenti uvedli, že škola informuje velmi málo. Žádný respondent neuvedl jako odpověď, že škola neinformuje vůbec.

**Graf č. 24a, b** Zahájení sexuálního života respondentů

**Graf č.24a** město Příbram



**Graf č. 24b** venkov



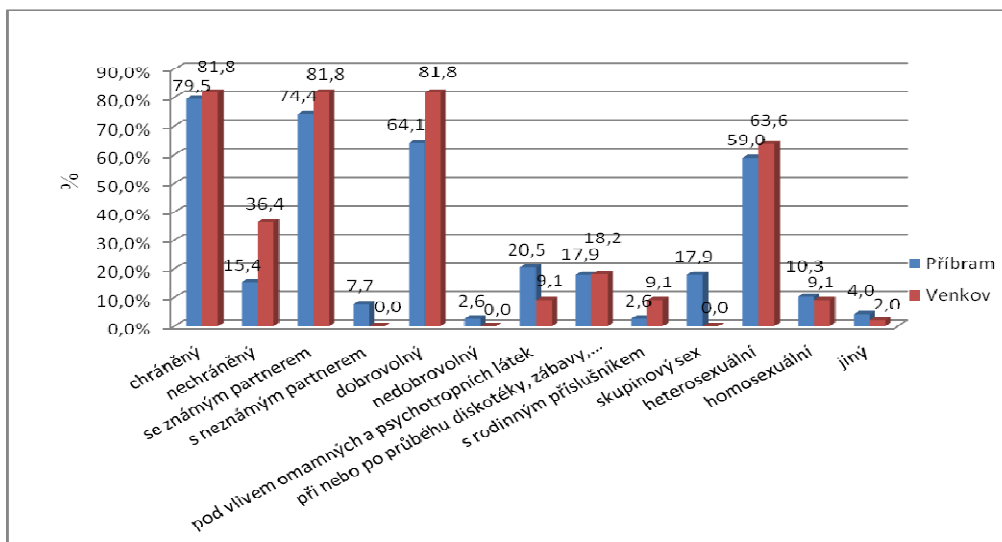
Tabulka č. 14

Odpověď respondentů	-	ANO	NE
město Příbram	vyjádřeno v %	41,0 %	59,0 %
	vyjádřeno v počtu respondentů	39	56
venkov	vyjádřeno v %	26,8 %	73,2 %
	vyjádřeno v počtu respondentů	11	30

Zdroj: Vlastní výzkum.

**Grafy č. 24a a 24b** znázorňují počet respondentů, kteří již zahájili sexuální život. Ve městě Příbram již mělo pohlavní styk 41,0 % dotázaných a 59,0 % ještě nezačalo pohlavní život. Na venkově mělo pohlavní styk 26,8 % dotázaných a 73,2 % ještě nemělo.

**Graf č. 25** Průběh pohlavního styku respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum.

Tento graf znázorňuje výpovědi respondentů z řad těch, kteří již zahájili sexuální život. Z **grafů č. 24a a č. 24b** je zřejmé, že ve městě Příbram zahájilo sexuální život 41% respondentů a na venkově respondentů 26,8 %.



Z **grafu č. 25** je možné vyčíst, jak respondenti ke svému sexuálnímu životu přistoupili, popřípadě, jaké s ním mají dosavadní zkušenosti:

- chráněný styk (město 79,5 %, venkov 81,8 %)
- nechráněný styk (město 15,4 %, venkov 36,4 %)
- styk se známým partnerem (město 74,4 %, venkov 81,8 %)
- s neznámým partnerem (město 7,7 %, na venkově se nevyskytl vůbec)
- dobrovolný styk (město 64,1 %, venkov 81,8 %)
- nedobrovolný styk (město 2,6 %, na venkově se nevyskytl 0 %)
- pod vlivem omamných a psychotropních látek (město 20,5 %, venkov 9,1 %)
- při nebo po průběhu společenské akce (disco, zábava aj.) ve městě Příbram 17,9 % a na venkově 18,2 %
- s rodinným příslušníkem (město 2,6 %, na venkově 9,1 %)
- skupinový sex (město 17,9 %, na venkově se nevyskytl vůbec 0 %)
- heterosexuální styk (město 59,0 %, venkov 63,6 %)
- homosexuální styk (město 10,3 %, venkov 9,1 %)
- jako jinou odpověď by uvedlo město 4,0 % a na venkově 2,0 % dotazovaných

## 5 DISKUZE

Hlavním cílem bylo zmapování primární prevence sexuální výchovy a prevence pohlavně přenosných chorob v regionu Příbramska. Porovnání proběhlo mezi dvěma základními školami ve městě Příbram a dvěma základními školami na venkově v regionu Příbramska. Dílčí cíle zahrnovaly zjištění uplatňovaných metod a forem primární prevence v oblasti sexuální výchovy a pohlavně přenosných chorob. Dále zjištění zdrojů specifické primární prevence v oblasti sexuální výchovy a pohlavně přenosných chorob. A v neposlední řadě provedení evaluace primární prevence v oblasti sexuální výchovy a pohlavně přenosných chorob v regionu Příbramska. Na základě těchto cílů byly stanoveny tři hypotézy. Hypotéza H1: Primární prevence sexuality a pohlavně přenosných chorob v regionu Příbramska není realizována ve všech školách. Hypotéza H2: Primární prevence je realizována pozdě. Hypotéza H4: Nejčastějším zdrojem informací o sexualitě jsou média a kamarádi.

Pro potvrzení nebo vyvrácení hypotéz jsem použila metodu kvantitativního výzkumu. Mnou vytvořený dotazník byl rozdán, jak shora uvedeno na vybraných základních školách v regionu Příbramska. Před vlastním výzkumem byl proveden předvýzkum a to z důvodu ověření porozumění otázek v dotazníku cílovou skupinou. Na základě tohoto předvýzkumu byly dopraveny 3 otázky pro nejasnost výkladu. Jak jsem již jednou uvedla, bylo celkem vyhodnoceno 136 dotazníků. Z celkového počtu respondentů bylo největší zastoupení patnáctiletých (v počtu 94). Na venkově činilo větší zastoupení ženské pohlaví. To však v žádném případě nemá vliv na výsledky mnou provedeného šetření. Zkoumala jsem informovanost a znalost žáků, nikoliv znalost dle zastoupení pohlaví.

Barták A. „Antikoncepce“ (1) tvrdí, že kondom je nejtypičtější a nejvýznamnějším představitelem tzv. bariérové antikoncepce, což se v mém výzkumu také potvrdilo (graf č.18, kde v mém výzkumu uvedlo bariérovou antikoncepci kondom ve městě Příbram 66,32 % a na venkově 68,29 % respondentů).

Vzhledem k výsledkům mého výzkumu mohu dále potvrdit tvrzení autorky Šilerové L., která ve své knize „Sexuální výchova“(41) uvádí, že mladí lidé získávají

první zkušenost s pohlavním stykem v průměru mezi 17tým a 18tým rokem. To je v době studia na střední škole nebo učilišti. Z mého výzkumu vyplývá, že (graf č.24) 41 % respondentů ve městě a 26,8 % respondentů na venkově již mělo pohlavní styk před 17 rokem věku a tudíž 59 % dotazovaných ve městě a na venkově 73,2 % dotazovaných ještě nezačalo pohlavní život a oddalují ho na pozdější dobu (graf č. 24). Dále mohu potvrdit tvrzení kolektivu autorů knihy „Na prahu dospělosti“ (40), že u většiny dívek, ale i chlapců, se odehraje pohlavní styk se stálým partnerem, což se na základě mého výzkumu na daných základních školách potvrdilo, protože 74,4% respondentů ve městě a 81,8 % dotazovaných na venkově uvedlo, že mají/měli pohlavní styk se známým partnerem, a že byla použita antikoncepce. Jak vychází z grafu č. 25 dotazovaní, kteří již zahájili pohlavní život, měli chráněný pohlavní styk - městě Příbram 79,5 % a na venkově 81,8 % dotazovaných. Jak vyplývá z grafu č. 16, mezi nejvíce preferované antikoncepční metody patří kondom a antikoncepční tablety. Kondom preferuje ve městě 27,4 % respondentů a na venkově 31,7 %. Antikoncepční tablety užívá ve městě 41,1 % a na venkově 36,6 % respondentů.

Šilerová (41) ve své knize uvádí, že sexuální výchova, jako předmět na českých základních školách, je rozptýlena do více předmětů (především prvouky, přírodopisu, občanské nauky a rodinné výchovy). Ve školách, kde bylo mnou prováděné šetření, vyplynulo, že sexuální výchovu jako samostatný předmět má pouze 53,7 % respondentů ve městě, a na venkově pouze 19,5 % respondentů. Z toho vyplývá, že 46,3 % dotazovaných ve městě a 80,5 % na venkově uvedlo, že nemají sexuální výchovu jako předmět, a tudíž mají tuto výchovu rozptýlenou do ostatních předmětů (graf č. 8).

Za zmínku dále stojí tvrzení autora Nešpora (32), že pokud se s prevencí začne 2-3 roky před prvním kontaktem s rizikovým chováním je její dopad efektivnější. Toto se mi potvrdilo zejména při šetření na venkovských základních školách, kde se preventivního programu zúčastnilo 63,4 % (graf č. 9) respondentů a byl zahájen v době 2-3 roky před pravděpodobným zapojením se do sexuálního života, a to jak nejčastěji uvedli respondenti mezi 13-14 rokem života. Oproti tomu ve městě se preventivního programu zúčastnilo pouze 19 % dotazovaných.

Mašata J. a Jedličková A. (22) ve své knize „Infekce v gynekologii a porodnictví“ uvádějí výčet všech pohlavních nemocí. Ukázalo se, že všechny jsou v povědomí respondentů. Na základě získaných informací z vlastního šetření (graf č.4) se ukázalo, že nejvíce známé onemocnění je onemocnění AIDS. Toto onemocnění znalo 93,7 % respondentů ve městě a 85,4 % respondentů na venkově. V problematice pohlavně přenosných chorob se dotazovaní orientují v onemocnění syfilis (město 66,3 %, venkov 58,5 %), kapavka (město 53,7 %, venkov 63,4 %), rakovina děložního čípku (město 16,8 %, venkov 9,8 %), hepatitis typu B (město 7,4 %, venkov 9,8 %), opar (město 0,0 %, venkov 4,9 %), měkký vřed (město 0,0 %, venkov 7,3 %), a chlamydie (město 3,2 %, venkov 0,0 %). Dále ve své knize tvrdí, že většina těchto onemocnění se přenáší pohlavní cestou. S tím mohu také souhlasit. Tyto možné cesty přenosu si dotazovaní dobře uvědomují, a z toho důvodu se jak ve městě, tak na venkově více obávají rizika nákazy některou pohlavně přenosnou chorobou a to v počtu (graf č. 5 město 54,7 % a venkov 65,8 %). Z výzkumu (graf č. 6) je zřejmé, že nejvíce informací získávají dotazovaní z médií (město 6,9, venkov 7,0 aritmetického průměru na desetistupňové škále). Dále od vrstevníků (město 5,9 a venkov 5,0 aritmetického průměru na desetistupňové škále). V poměru tyto informace bývají často nedostatečné a neucelené. Velký význam hraje v této problematice škola, která předává informace prostřednictvím výuky předmětu sexuální výchova (město 6,2, venkov 6,4 aritmetického průměru na desetistupňové škály). Nebo jsou tyto informace předávány prostřednictvím preventivního programu, který je zaměřený na tuto problematiku, kterého se dotazovaní účastnili: město 19 % a venkov 63,4 %.

Skácelová L. (25) uvádí, že preventivní program musí být součástí vzdělávacího programu dětí na základních školách. Přičemž musí mít jasně vyznačené cíle, jak dlouhodobého tak krátkodobého charakteru. Z grafu č. 8 je zřejmé, že předmět sexuální výchova je vyučován převážně na základních školách v Příbrami a to 53,7 %. Oproti tomu na venkově to uvedlo jen 19,5 % respondentů. Je zajímavé, že účast na preventivním programu se zaměřením na toto rizikové chování se žáci základních škol na Příbrami téměř vůbec neúčastní (graf č. 9 pouze v počtu 19 %). Tyto preventivní programy jsou překvapivě více realizovány na venkově a to 63,4 %. Informace získané

tímto způsobem (prostřednictvím sexuální výchovy či preventivního programu) jsou pro cílovou skupinu srozumitelné a pravdivé oproti zdrojům z médií a svého okolí (vrstevníků). Určitý význam mají ve sdělování informací rodiče a to (město 5,2, venkov 3,2 aritmetického průměru 10 stupňové škály).

Na počátek zahájení pohlavního života může mít vliv okolní prostředí, ve kterém se dospívající jedinci vyskytují. Velmi často zprostředkovávají informace o sexuálním životě média, které jsou často jen z části pravdivé. V grafu č. 12 se objevují respondenti, kteří zastávají názor, že je vhodné zahájení sexuálního života již ve 12ti letech. Otázkou tedy zůstává, zda je vhodné a především v jaké míře, je přijatelné podávání informací skrze sexuální výchovu nebo preventivní program. Důležité je, aby informace byly sděleny podle věku zúčastněných (je třeba začínat od obecnějších informací s tím, že je důležité je sdělit včas). Informace o těchto rizicích získávají nejvíce od svých rodičů (město 28,9 % respondentů vs. venkov 15,5 % respondentů). O antikoncepčních metodách se dotazovaní nejvíce informují ve škole nebo z médií, přitom jsem před šetřením předpokládala, že nejvíce informací mohou mladí lidé získat od lékaře, avšak tato odpověď byla uvedena až jako třetí v pořadí. Jak Barták (1) uvádí, informovanost o možných formách antikoncepce je důležitou součástí lidského života. V historii byly příjemné sexuální zážitky spojené pouze s plozením dětí. Dnes je tomu jinak. Každý jedinec se může pomocí antikoncepce chránit před zplozením dítěte. Tím se mohou sami rozhodnout, kdy založí rodinu (viz plánované rodičovství). Nejvíce známé antikoncepční metody jsou u většiny respondentů antikoncepční tablety a kondom. Ovšem velké procento dotazovaných (graf č. 16 město: 23,2 %, venkov 29,3 %) uvedlo, že nemá žádné povědomí o antikoncepci (neví, jaký druh antikoncepce by preferovali). Ze získaných dat vyplynulo, že pouze 11 dotazovaných ve městě a 3 dotazovaní na venkově užívají antikoncepci (graf č. 17 město v počtu 5 respondentů užívají kondom a 2 antikoncepční tablety, venkov 6 kondom a 1 antikoncepční tablety). Zjistila jsem, že respondenti jsou velmi dobře informováni o možnostech, které antikoncepce má. Na základě získaných odpovědí z mého šetření vyplynulo, že mladí lidé se domnívají, že nejlépe je před otěhotněním ochránit kondom. Z výzkumu dále vyplynulo, že mladí lidé mají správné informace o tom, že antikoncepce nechrání

stoprocentně před otěhotněním (graf č. 19 - 76,8 % respondentů ve městě a 92,7 % na venkově odpovědělo, že antikoncepce 100 % nechrání před otěhotněním) ani před přenosem pohlavních chorob (graf č. 20 město 69,5 %, venkov 78,1 %). Z výzkumu vyplynula vysoká informovanost respondentů o tom, jaké jsou možnosti očkování proti pohlavně přenosným chorobám. Jako správnou odpověď a to očkování proti hepatitidě typu B (graf č. 22) uvedlo 84,2 % ve městě a na venkově 68,3 % respondentů. V grafu č. 22 je také znázorněna i odpověď respondentů, kteří uvedli možnost očkovat se proti infekci HIV/AIDS a to pro mě v překvapivě velkém počtu (v poměru respondentů: město 12,6 % vs. venkov 4,9 %). Z odpovědí respondentů v regionu Příbramska dále vyplynulo, že informace o pohlavně přenosných chorobách získané ve škole považují za průměrné (graf č. 23 město v počtu 46 respondentů a 30 respondentů na venkově).

Z vybraných dat od dospívajících vyplynuly závěry, které níže uvedu, avšak nemám možnost je porovnat se závěry uvedenými v odborné literatuře (které jsem měla při zpracování mé bakalářské práce k dispozici) a ani nejsou předmětem hypotéz uvedených v zadání bakalářské práce, přesto se domnívám, že stojí za to je uvést. Ze sebraných dat vyplynulo, že častěji mívají za sebou první sexuální zkušenost respondenti z města oproti respondentům na venkově (v poměru město 41,0 % vs. venkov 26,8 % venkov). Přičemž 59,0 % respondentů ve městě a 73,2 % na venkově pohlavní život ještě nezahájilo. Dotazovaní, kteří již zahájili pohlavní život, dále podrobně rozvedli jeho průběh s tím, že nejpočetnější odpovědí bylo, že jejich sex je nejčastěji chráněný, se známým partnerem, dobrovolný a heterosexuální. Což může potvrdit většina populace (nejen dotazovaní dospívající), a proto lze tento závěr považovat za pravdivý.

Ze získaných dat od respondentů je zřejmé, že hypotéza H1: Prevence sexuality a pohlavně přenosných chorob v regionu Příbramska není realizována ve všech školách. Tím pádem se hypotéza H1 potvrdila. Hypotézou H2, která tvrdí, že primární prevence je realizovaná pozdě, se dle mého výzkumu potvrdila také a to z důvodu, že sexuální výchova jako předmět není vyučován na všech dotázaných školách. Z výzkumu také vyplývá, že účast dotázaných žáků na některém preventivním programu, který

je zaměřen na danou problematiku, není 100 %. Naopak ve městě Příbram ho uvedlo pouze 19 % respondentů.

Musím však poukázat na to, že je lepší primární prevence, která není zcela dostačující, než-li žádná a pojem „pozdě“ je diskutabilní, protože někteří z respondentů považují za „normální“ zahájit sexuální život již ve 12 letech, zatímco jeden z respondentů zkoumaného souboru uvedl vhodný věk pro zahájení sexuálního života až 25 let. To znamená, že pro někoho bude primární prevence realizována pozdě a pro druhého s dostatečným předstihem. S hypotézou H4, která zní „Nejčastějším zdrojem informací o sexualitě jsou média a kamarádi“ mohu také souhlasit. Kamarádi jako zdroj informací o sexualitě hrají nepopíratelně významnou roli s ohledem na mnou získaná data (graf č. 10), kdy kamarádi tvořili ve městě 55,8 % a na venkově 40,6 % (aritmetického průměru vyjádřeného v %). Média jako zdroj informací o sexualitě uvedlo 16,2 % ve městě a 8,7 % na venkově.

## 6 ZÁVĚR

Tato práce se skládala z teoretické části a z praktické části, přičemž praktická část vymezuje určené cíle a popis vlastního výzkumu, včetně konfrontace zjištěných výsledků s poznatky jiných autorů, které uvádí teoretická část. Tato práce se zabývá primární prevencí sexuality a pohlavně přenosných chorob v regionu Příbramska. Vzhledem k tomu, že se neustále snižuje věková hranice zahájení pohlavního života a nebezpečně stoupá výskyt pohlavně přenosných nemocí, považuji za důležité to, aby dospívající jedinci měli dostatečnou informovanost o všech rizicích. Přenos pohlavních chorob sice nelze zcela eliminovat, avšak prostřednictvím primární prevence jej lze alespoň snížit či oddálit.

Cílem výzkumu bylo zmapování toho, jaké povědomí o sexualitě a pohlavně přenosných chorobách mají mnou vybraní respondenti. Jedním z dílčích cílů mimo jiné bylo zjistit uplatňované formy, metody a zdroje primární prevence v oblasti sexuální výchovy a pohlavně přenosných chorob. Dalším dílčím cílem bylo porovnání přehledu a povědomí respondentů na základních školách ve městě a na venkově v regionu Příbramska.

Za zmínku stojí, že je nutné i nadále pokračovat v zahrnování sexuální výchovy jako předmětu na základních školách, jelikož doposud není aplikována na všech základních školách a dále realizovat preventivní programy se zaměřením na dospívající děti. Nesmíme také zapomenout na roli rodiny, která při primární prevenci sexuality a pohlavně přenosných chorob má důležitou a nenahraditelnou funkci, jelikož v dnešní době, při rostoucím počtu internetových a sociálních sítí, není problém dostat se snadno a rychle ke zkresleným a neúplným informacím, které mohou vést k fatálním následkům (viz psychická nezralost).

*Domnívám se, že i kdyby tato prevence měla pomoci byť jen určitému procentu mladistvých, má tato prevence smysl!*



## 7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BARTÁK, A. *Antikoncepce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 132 s. ISBN 80-247-1351-9.
2. BYER, C., O. *Dimensions of Human Sexuality*. WCB/McGraw-Hill, 1994. 672 s. ISBN 0-697-12602-1.
3. ČERNÝ, R., MACHALA, L. *Neurologické komplikace HIV/AIDS*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007. 303 s. ISBN 978-80-246-1222-5.
4. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 374 s. ISBN 80-246-0139-7.
5. GÖPFERTO VÁ, D., PAZDIORA, P., DÁŇOVÁ, J. *Epidemiologie infekčních nemocí: Učebnice pro lékařské fakulty (bakalářské a magisterské studium)*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 230 s. ISBN 80-246-0452-3.
6. *Hepatitida typu C* [online]. 15. 4. 2012 [cit. 2012-21-1]. Dostupné z: <[http://www.virova-hepatitida.cz/hepatitida\\_typu\\_c](http://www.virova-hepatitida.cz/hepatitida_typu_c)>.
7. HOFBAUER, B. *Děti, mládež a volný čas*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 176 s. ISBN 80-7178-927-5.
8. HORT, VL., a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 496 s. ISBN 80-7178-472-9.
9. HŮBSCHMANN, K. a kol. *Venerologie: pro mediky a lékaře*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, n.p. Praha, 1959. 508 s.

10. HUNTER, S., *S Black death: AIDS in Africa*. 1. Edition. Palgrave macmillan, 2004. 247 s. ISBN 1-4039-6717-2.
11. *Informace-Statistiky HIV/AIDS* [online]. © 2007-2011 [cit.2012-18-3]. Dostupné z: <[http://www.aids-pomoc.cz/info\\_statistiky.htm](http://www.aids-pomoc.cz/info_statistiky.htm)>.
12. *Jak se léčí virová hepatitida C* [online]. 2. 10. 2009 [cit. 2012-12-1]. Dostupné z: <<http://www.ulekare.cz/clanek/jak-se-leci-virova-hepatitida-c-11273>>.
13. *Jak se lečí virová hepatitida typu C* [online]. 2.10.2009 [cit. 2012-12-4]. Dostupné z: <<http://www.ulekare.cz/clanek/jak-se-leci-virova-hepatitida-c-11273>>.
14. JANIŠ, K. *Úvod do sexuální výchovy*. 1. vyd. Slezská univerzita v Opavě, 2005. 93 s. ISBN 80-7248-305-6.
15. KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 392 s. ISBN 978-80-247-1411-0.
16. KATRŇÁK, T. a kol. *Na prahu dospělosti: Partnerství, sex a životní představy mladých v současné české společnosti*. 1. vyd. Praha: Dokořán, 2010. 222 s. ISBN 978-80-7363-352-3.
17. *Kondomy snižují rizika* [online]. 15. 4. 2011 [cit. 2012-16-1]. Dostupné z: <<http://www.ulekare.cz/clanek/kondomy-snizuji-rizika-2292>>.
18. KRAJSKÁ HYGIENICKÁ STANICE. *Výroční zpráva – Pohlavní nemoci, Středočeský kraj, rok 2010* [online]. 4. 7. 2011. [cit.2012-18-3]. Dostupné z: <[http://khsstc.cz/dokumenty/vyrocní-zpráva---pohlavni-nemoci--stredocesky-kraj---rok-2010-2129\\_2129\\_407\\_1.html](http://khsstc.cz/dokumenty/vyrocní-zpráva---pohlavni-nemoci--stredocesky-kraj---rok-2010-2129_2129_407_1.html)>.

19. LANGMAJER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 4. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
20. LÁZNIČKOVÁ, L. Hormonální antikoncepce a její úskalí v dospívání. Přirozené plánování rodičovství. In: *Rizikové chování dospívajících a jeho prevence. V. odborný seminář: 6.-8. Října 2004 SZÚ Praha*. Praha: Free Teens Press, 2004, s. 99-109. ISBN 80-902898-6-X.
21. MACHOVÁ, J., HAMANOVÁ, J. *Reprodukční zdraví v dospívání*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství H&H Vyšehradská, 2002. 197 s. ISBN 80-86022-94-3.
22. MAŠATA, J., JEDLIČKOVÁ, A. a kol. *Infekce v gynekologii*. Praha: Maxdorf, 2006. 154 s. ISBN 80-7345-107-7.
23. MAŠATA, J., JEDLIČKOVÁ, A. a kol. *Infekce v gynekologii a porodnictví*. Praha: Maxdorf, 2004. 371 s. ISBN 80-7345-038-0.
24. MATOUŠEK, O., KROFTOVÁ, A. *Mládež a delikvence: Možné příčiny, struktura, programy prevence kriminality mládeže*. 2. aktualizované vyd. Praha: Portál, 2003. 344 s. ISBN 80-7178-771-X.
25. MIOVSKÝ, M. a kol. *Primární prevence rizikového chování ve školství*. 1. vyd. Praha: Togga, 2010. 253 s. ISBN 978-80-87258-47-7.
26. MŠMT ČR. *Doporučení MŠMT k realizaci sexuální výchovy v základních školách* [online]. 2.4.2010. [cit. 2012-19-5]. Dostupné z: <<http://www.msmt.cz>>.
27. MŠMT ČR. *Metodický pokyn k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních* [online]. 2007 [cit. 2012-20-4]. Dostupné z: <<http://www.msmt.cz/dokumenty/2007-11>>.

28. MŠMT ČR. *Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních* [online]. 2006 [cit. 2012-11-3]. Dostupné z: <<http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-72-2005-sb-1>>.
29. NEJEDLÁ, M., SVOBODOVÁ, H., ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Ošetřovatelství IV/1: pro 4. ročník středních zdravotnických škol a vyšší zdravotnické školy*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2004. 190 s. ISBN 80-7333-032-6.
30. NĚMEC, J., BODLÁKOVÁ, I. *Prevence zneužívání návykových látek*. Praha: POLY, 1996. 87 s.
31. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost : současné poznatky a perspektivy léčby*. 3. dopl. a opr. vyd. Praha : Portál, 2007. 176 s. ISBN 978-80-7367-267-6.
32. NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti: jak problémům předcházet, včas je rozpoznat a jak je zvládat* [online]. 5. revidované vyd. Praha: MZ ČR, 2003 [cit.2011-03-28]. Dostupné z: <<http://www.drnespor.eu/addictcz.html>>.
33. PODSTATOVÁ, H. *Základy epidemiologie a hygieny*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 158 s. ISBN 978-80-7262-597-0.
34. POKORNÝ, V., TELCOVÁ, J., TOMKO, A. *Patologické závislosti*. 2. vyd. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2002. 194 s. ISBN 80-86568-02-04.
35. PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. 2. rozšířené a přepracované vyd. Praha: Portál, 1998. 336 s. ISBN 80-7178-252-1.
36. *Přenos HIV infekce* [online]. © 2007-2011 [cit.2012-26-1]. Dostupné z: <[http://www.aids-pomoc.cz/ca\\_prenos\\_hiv.htm](http://www.aids-pomoc.cz/ca_prenos_hiv.htm)>.

37. PŠENIČKA, O. *Sexuální výchova v rodině*. 2. doplněné vyd. Vydalo hnutí rodina ve spolupráci s nakladatelstvím ATD Hradec Králové, 1995. 310 s. ISBN 901524-3-0.
38. RABUŠICOVÁ, M. *Gramotnost: staré téma v novém pohledu*. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2002. 199 s. ISBN 80-2858-0.
39. ROZSYPAL, H. *AIDS klinický obraz a léčba*. Praha: Maxdorf, 1998. 236 s. ISBN 80-85800-92-6.
40. SMÉKAL, VL., LACINOVÁ, L., KUKLA, L. (eds.) *Dítě na prahu dospívání*. Brno: Barrister & Principal, 2004, Kapitola č. 14. 268 s. ISBN 80-86598-84-5.
41. ŠILEROVÁ, L. *Sexuální výchova: Jak a proč mluvit s dětmi o sexualitě*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 104 s. ISBN 80-247-0291-6.
42. ŠTABLOVÁ, R. a kol. *Drogy, kriminalita a prevence*. 2. vyd. Praha: Policejní akademie České republiky, 1999. 205 s. ISBN 80-7251-018-5.
43. ŠTÁVA, Z. *Sexuálně přenosné nemoci: Rady nemocným*. 1. vyd. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1987. 144 s.
44. ÚŘAD VLÁDY ČR. *Základní pojmy z oblasti primární drogové prevence-souhrn* [online]. 7. 6. 2003 [cit.2012-20-2]. Dostupné z: <[http://www.drogy-info.cz/index.php/pomoc\\_a\\_podpora/prevence/zakladni\\_pojmy\\_z\\_oblasti\\_primarni\\_drogove\\_prevence\\_souhrn](http://www.drogy-info.cz/index.php/pomoc_a_podpora/prevence/zakladni_pojmy_z_oblasti_primarni_drogove_prevence_souhrn)>.
45. VRUBLOVÁ, Y. *Sexualita – Přirozená potřeba. Malý průvodce pro zdravotníky, učitele a rodiče*. 1. vyd. Brno: Cerm, 2005. 61 s. ISBN 80-7204-406-0.

46. *Welcome to HIV.com* [online]. © 1998-2012 [cit. 2012-20-4]. Dostupné z: <<http://www.hiv.com/>>.

47. ZÁBRANSKÝ, T. *Drogová epidemiologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. 95 s. ISBN 80-244-0709-4.

48. ZEMKOVÁ, P. *Nástin sexuologie*. 1. vyd. Praha: Manus, 2001. 111 s. ISBN 80-902318-7-X.

## **8 KLÍČOVÁ SLOVA**

Prevence

Sexuální výchova

Období dospívání

Pohlavně přenosné choroby

Antikoncepce

## **9 PŘÍLOHY**

Příloha 1: Dotazník



## **Příloha č. 1 Dotazník**

Dobrý den,

Jmenuji se Andrea Hromířová a jsem studentkou *Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích*. V ruce držíte dotazník, který je **anonymní**. To znamená, že ho neuvidí nikdo z Vašeho okolí (učitel, rodič). A získané údaje budou zpracovány pouze do mé bakalářské práce, která se nazývá *Primární prevence sexuality a pohlavně přenosných chorob v regionu Příbramska*. Zaškrtněte správnou odpověď nebo odpověď, která vám nejvíce vyhovuje. U některých otázek je možnost zaškrtnutí více odpovědí, to je vždy u otázky označeno. U otázek, kde je místo na odpověď vytečkované, prosím doplňte.

Předem děkuji za čas, který jste strávili s vyplněním dotazníku.

1) Jsi ?

- a) dívka
- b) chlapec

2) Kolik ti je let? (doplň) .....

3) Jakou třídu základní školy navštěvuješ? (doplň) .....

4) Jaké pohlavní choroby znáš? (doplň)

.....  
.....

5) Myslíte si, že se Vás nebo lidí ve vašem okolí týká riziko nákazy některé z pohlavních chorob?

- a) Ano
- b) Ne



11) V kolika letech podle Vás je vhodné začít sexuálně žít? (doplň) .....

12) Myslíte si, že je vhodné užívat antikoncepci?

- a) Ano
- b) Ne

13) Jaká jsou rizika spojená s užíváním antikoncepce (doplň):

.....  
.....

14) Kdo Vás o rizicích spojených s antikoncepcí informoval: (Doplň procenty 50%, 20% atd.)

- a) lékař .....%
- b) rodiče .....%
- c) pedagog .....%
- d) starší sourozenec .....%
- e) jiné .....%

15) Odkud získáváte nejvíce informací o antikoncepčních metodách?

- a) lékař
- b) škola
- c) rodiče
- d) média

16) Který druh antikoncepční metody preferujete?(doplň).....

17) Používáte některý druh antikoncepce? Pokud ano, jaký? (doplň)

- a) Ano doplň:.....
- b) Ne

18) Jaký druh antikoncepce tě nejvíce ochrání před pohlavně přenosnými

chorobami?

- a) hormonální antikoncepce (např. pilulky)
- b) kondom
- c) nevím

19) Myslíš si, že tě některý druh antikoncepce 100% ochrání před otěhotněním?

- a) ano                      Pokud ano, který? .....
- b) ne

20) Myslíš si, že tě některý druh antikoncepce 100% ochrání před přenosem pohlavně přenosných chorob?

- a) ano                      Pokud ano, který? .....
- b) ne

21) Jaké pohlavně přenosné choroby znáš? (vyjmenuj)

.....  
.....

22) Proti kterým nemocem existuje očkování? (můžeš zaškrtnout více odpovědí, pokud jsou správné)

- a) kapavka
- b) HIV/AIDS
- c) hepatitida typu B a HPV-papilomavirové infekce (proti rakovině děl. čípku)
- d) prozatím neexistuje žádné očkování
- e) nevím

23) Informace, které získáte ve škole o pohlavně přenosných chorobách jsou?

- a) dostačující a jasné
- b) průměrné
- c) škola informuje velmi málo
- d) škola neinformuje vůbec

24) Pokud jsi měl/a pohlavní styk probíhal (můžeš zaškrtnout více odpovědí):

- a) chráněný
- b) nechráněný
- c) se známým partnerem
- d) s neznámým partnerem
- e) dobrovolný
- f) nedobrovolný
- g) pod vlivem omamných a psychotropních látek (alkohol, drogy aj.)
- h) při nebo po průběhu diskotéky, zábavy, koncertu či podobné zábavě
- i) s rodinným příslušníkem
- j) skupinový sex
- k) heterosexuální
- l) homosexuální
- m) jiný

Děkuji za Váš čas Andrea Hromířová