

UNIVERZITA PALACKÉHO OLOMOUČ

Pedagogická fakulta

Katedra antropologie a zdravotní výchovy

Bc. Radka Lisnerová

II. ročník – navazující prezenční studium

Obor: Český jazyk se zaměřením na vzdělávání a Výchova ke zdraví se
zaměřením na vzdělávání

**Informovanost žáků osmých a devátých tříd o sexuálně
přenosných chorobách**

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Jana Majerová

Olomouc 2012

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu.

V Olomouci dne

.....

Bc. Radka Lisnerová

Děkuji Mgr. Janě Majerové za odborné vedení diplomové práce, poskytování rad a materiálních podkladů k práci. Velké poděkování patří i mému příteli za pomoc a podporu.

1	ÚVOD.....	5
2	CÍLE A ÚKOLY PRÁCE	7
3	TEORETICKÁ VÝCHODISKA	8
3.1	Vývojové periodizace	8
3.2	Dospívání.....	12
3.2.1	Obecná charakteristika	12
3.2.2	Klasifikace a periodizace.....	13
3.2.3	Prepuberta.....	14
3.2.3.1	Prepubertální akcelerace růstu	15
3.2.3.2	Vývoj druhotných pohlavních znaků.....	15
3.2.3.3	Kognitivní, citový a sociální vývoj	16
3.2.4	Puberta.....	17
3.2.4.1	Motorický vývoj.....	17
3.2.4.2	Kognitivní změny.....	17
3.2.4.3	Emoční a sociální vývoj	18
3.2.5	Ženské pohlavní orgány	19
3.2.5.1	Menstruační cyklus	24
3.2.5.2	Ovulační cyklus	26
3.2.6	Mužské pohlavní orgány	26
3.3	Sexuálně přenosné choroby	31
3.3.1	Obecná charakteristika a klasifikace	31
3.3.2	Syphilis (lues, příjice)	32
3.3.3	Gonorrhea (kapavka).....	35
3.3.4	Ulcus molle (měkký vřed)	38
3.3.5	Chlamydiové infekce	40
3.3.6	HIV/AIDS (Syndrom získaného imunodeficiency)	41
3.3.7	Condylomata accuminata (fíčky)	53
3.3.8	Herpes simplex (HSV), genitální opar	56
3.3.9	Kandidóza (poševní mykóza)	56
3.3.11	Trichomoniáza (TV, bičenka poševní).....	57
3.4	Prevence sexuálně přenosných chorob.....	57
3.5	Sexuální výchova na základních školách	58
4	METODIKA PRÁCE.....	61
4.1	Charakteristika souboru.....	61
4.2	Výzkumná metoda	62
4.2.1	Organizace výzkumného šetření	64
4.2.2	Zpracování dat	64
5	VÝSLEDKY A DISKUZE	65
6	ZÁVĚR.....	89
7	SOUHRN.....	92
8	REFERENČNÍ SEZNAM.....	93
9	SEZNAM OBRÁZKŮ	97
10	SEZNAM TABULEK	98
11	SEZNAM GRAFŮ.....	99
12	SEZNAM PŘÍLOH.....	100
13	SEZNAM ZKRATEK.....	101

1 ÚVOD

Problematika sexuálně přenosných chorob dnes již zdaleka nepatří k tabuizovaným tématům, ba právě naopak patří mezi aktuální témata, u nichž je zvláště nutná profylaxe a všeobecná osvěta, zvláště pak u mladistvých ještě před zahájením sexuálního života. Nejen z toho důvodu se problematika sexuálně přenosných chorob stala tématem a předmětem výzkumu mé diplomové práce.

Žijeme v 21. století, v době, kdy je všechno zrychlené a uspěchané. Stejně tak je tomu i v oblasti sexuálního života, konkrétně v oblasti zahájení aktivního pohlavního života. Sekulární akcelpace nám nepřináší pouze zrychlení růstu v oblasti tělesné výšky a hmotnosti, ale i zrychlení v oblasti pohlavní zralosti. Dívky i chlapci dříve dospívají, a tím se zrychluje i jejich vstup do „života sexu“ a heterosexuálních vztahů. S tímto vstupem souvisejí i nástrahy a komplikace, které mohou při neinformovanosti mladistvé překvapit nebo dokonce zanechat trvalé následky na jejich reprodukčním životě. Zmiňovanou neinformovaností byla myšlena neinformovanost o problematice sexuálně přenosných chorob zejména ze strany rodičů a školy. Stále je toto téma ze strany škol mírně podceňováno a opomíjeno. Od počátku zavedení povinné školní docházky je výchova základním posláním školy, a to ve všech směrech a oblastech. Právě toto základní poslání by mělo být nadále zachováno a posilováno, a to nejen ve stěžejních předmětech, ale i ve výchově, která vede žáky ke zdravému životnímu stylu, do něhož spadá i komplexní soubor psychologických, zdravotních a hodnotových témat. Nadále by měly být žákům vštěpovány základní morální hodnoty a normy, které jsou včetně patřičné informovanosti stěžejními pilíři účinné prevence.

Informovanost o sexuálně přenosných chorobách a jejich zařazení do výuky (konkrétně vyučovacích hodin Výchovy ke zdraví) na mnoha školách stále zatím pokulhává. Střetávají se zde názory, zda o chorobách otevřeně hovořit, a tím chránit mladistvé v jejich budoucnosti, a nebo nehovořit, jelikož tento úkol má zastupovat v první řadě rodina. V krajním případě je některými osobami tato problematika chápána jako „nabádání k sexuálnímu životu“. Je třeba si ale uvědomit, že k nakažení vážnou sexuální chorobou, v nejhorším případě i smrtelnou, stačí jeden jediný kontakt s infikovanou osobou. Poté je již pozdě hledat chybu v neinformovanosti a neznalosti této problematiky. To je ten důvod, proč by měla škola žákům poskytovat v míře přiměřené jejich věku informace o reprodukčním zdraví. Žáci by měli mít základní povědomí o pohlavních chorobách přenášených výhradně pohlavním stykem, ale i o

ostatních sexuálně přenosných chorobách, které mohou být přeneseny i jinou cestou. Toto povědomí by mělo jít ruku v ruce s budováním základních hodnot partnerského soužití, jako je věrnost, ochrana, riziko promiskuity a předčasného zahájení pohlavního života.

Jedním z důvodů, proč mladistvé informovat, jsou údaje ze statistiky, které ukazují na rapidní nárůst sexuálně přenosných chorob během posledních let. Dále je třeba si uvědomit, že ne každá rodina je schopná plnohodnotně zastat svoji funkci a komunikace na toto téma může narážet na určitou bariéru mezi rodičem a dítětem. Proto by měla tuto odpovědnost převzít škola a potřebné informace žákům poskytnout přijatelnou formou a metodami adekvátními k jejich věku.

Práce je členěna do dvou hlavních částí – teoretické a praktické.

První teoretickou část tvoří východiska týkající se převážně problematiky sexuálně přenosných chorob. V první kapitole jsou zmíněny vývojové periodizace pro představu členění lidského života. Jelikož je práce zaměřena na věkovou skupinu osmých a devátých tříd, navazuje kapitola dospívání. Poté již následuje stěžejní kapitola sexuálně přenosné choroby, ve které jsou jednotlivé choroby popsány. Na závěr je zmíněna prevence sexuálně přenosných chorob a sexuální výchova na základních školách.

Druhou část tvoří výzkumné šetření, v němž je rozebrána metodika práce, výsledky a diskuze a závěr práce.

2 CÍLE A ÚKOLY PRÁCE

Hlavním cílem této diplomové práce je zjistit, jaká je informovanost žáků druhého stupně základních škol o sexuálně přenosných chorobách a úroveň informovanosti na základních školách.

Z tohoto hlavního cíle vyplývají tyto dílčí úkoly:

1. Zjistit všeobecné povědomí a znalosti žáku osmých a devátých tříd o sexuálně přenosných chorobách.
2. Zjistit, zda se problematice sexuálně přenosných chorob ve výuce věnují a jakým chorobám je věnována největší pozornost.
3. Zjistit, co je pro žáky největším zdrojem informací k této tématice.
4. Zhodnotit, zda žáci považují oblast sexuálně přenosných chorob za důležitou.
5. Zjistit, jakou formou a v jakém předmětu jsou informace žákům zprostředkovány.
6. Zjistit, zda se žáci k této problematice zúčastnili preventivního (peer) programu nebo jiné formy vzdělávání v rámci vyučování.

3 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

3.1 Vývojové periodizace

Lidský život lze rozdělit do jednotlivých úseků a etap, které jsou charakteristické určitými společnými znaky a rysy. Tyto etapy nazýváme obdobími lidského života, periodizace lidského života nebo také vývojové etapy. I když společný název se může u jednotlivých autorů lišit, společné pro všechny je, že „každé období lidského života se vyznačuje anatomickými, fyziologickými a duševními zvláštnostmi“ (Novotný, 1997, s. 117). Rozčleněním životních cyklů na určité etapy se již zabývali autoři v dávné minulosti, např. Hippokrates dělil život do sedmi období, J. A. Komenský členil lidský věk v díle *Orbis pictus* také na sedmiletí, dále byla významná v 19. stol. periodizace profesora anatomie A. Hallera, z našich autorů 20. století je známá např. periodizace M. Skořepy, který užil endokrinního kritéria, a dále věková periodizace dle Příhody (Čížková a kol., 2008, s. 18).

Vývojových periodizací existuje velké množství, vzájemně se liší podle zkoumaného hlediska, na které se autor při zkoumání vývoje zaměřil. Anatomické neboli biologické hledisko popisuje spíše vnější faktory a fyziologické změny osobnosti, psychologické a sociální hledisko je zaměřené naopak na vnitřní svět jedince, na jeho duševní a společenskou sféru. Dle anatomických a fyziologických změn lze ontogenetický vývoj obecně rozdělit na dva nestejně dlouhé úseky – kratší období *prenatální* (před narozením) a delší období *postnatální* (po narození).

Období *prenatální* se člení na období zárodečné (embryonální) a období plodové (fetální) a je ukončeno porodem. Současná medicína zařazuje v souvislosti s „*relativně velkým rizikem úmrtí plodu a možnosti vzniku trvalých postižení do periodizace*“ také období *perinatální*, které je mezníkem mezi obdobími *prenatálním* a začátkem *postnatálního* období.

Období *postnatální* zahrnuje:

1. Ranné dětství
 - a. období novorozenecké (přestřížení pupečníku - 28. den)
 - b. období kojenecké (28. den – konec prvního roku)
 - c. období batolete (začátek druhého roku – konec třetího roku)
2. Střední dětství
 - a. předškolní věk (začátek čtvrtého roku – konec šestého roku)

3. Pozdní dětství

- a. mladší školní věk (začátek sedmého roku – začátek dvanáctého roku)

4. Dospívání (zahrnuje prepubertu a pubertu)

- a. starší školní věk (obvykle od dvanáctého roku – do patnáctého roku)
- b. období dorostového věku – adolescence (od dosažení patnáctého roku – do osmnáctého roku)

5. Období dospělosti

- a. období plné dospělosti (18-30let)
- b. období zralosti – dle WHO období mladého věku (30-45 let)
- c. střední věk (45 – 60 let)
- d. stáří – dle WHO období stárnutí (60 – 75 let)
- e. vysoké stáří – dle WHO období starého věku (nad 70 let)
- f. věk kmetský – dle WHO období stařecké (nad 90 let)

(Machová, 2005, s. 179; Novotný, 1997, s. 117)

Z hlediska psychologie patří mezi základní a nejznámější typy rozčlenění periodizace biopsychologická, psychologická, psychoanalytická a psychosociální. U každé je zachycen jiný obraz vývoje člověka a podle tohoto rozdílného přístupu je duševní vývoj rozčleněn. Biopsychologická periodizace se snaží postihnout osobnost komplexně, tedy biologický, psychický i sociální obraz a je reprezentována **V. příhodou**. Autorem psychologické periodizace je **J. Piaget**, který sledoval, „*jak se u dítěte vyvíjí logické myšlení a jak dítě chápe matematické, geometrické, fyzikální, ale i morální pojmy*“. Vývoj rozdělil do těchto hlavních etap (Čížková, 2008, s. 24):

- Etapa senzomotorické inteligence – od narození do 1,5 až 2 let
- Etapa symbolického a předpojmového myšlení – asi do 4 let
- Etapa názorného myšlení – od 4 do 7 let
- Etapa konkrétních operací – asi do 11 až 12 let
- Etapa formálních operací – po 11 letech v průběhu dospívání

Psychoanalytická periodizace vychází z „*afektivního prožívání a pudového života a podle přísunu erotogenních zón těla, které poskytují dítěti v jeho vývoji libost při uspokojování sexuálního pudu*“, autor této periodizace **S. Freud** koncipoval základní vývojové etapy takto (Čížková, 2008, s. 26):

1. Stádium orální – 1. rok života (zdrojem slasti jsou ústa, která jsou spojeny s nasycením nebo strkáním věcí do úst).
2. Anální stádium – 2. a 3. rok života (*„uspokojení ze stimulace anální krajiny, především při zadržování a vypuzování exkrementů“*)
3. Falické stádium – od 3. let věku dítěte (zdroj slasti se přesouvá na genitální krajinu)
4. Stadium latence – od 5. nebo 6. roku do dospívání (období relativního klidu – emoční a sexuální touhy se přesunují do pozadí a pozornost je zaměřena především na osobnost mladšího školáka a jeho sociální role)
5. Genitální stádium – od počátku dospívání (asi od 12 let – oživení a dovršení falického stádia, volba partnera a počátek heterosexuálních vztahů, přání se měnit v realitu)

(Čížková, 2008, s. 26 – 27)

Psychoanalytickou periodizaci rozpracoval na konci dvacátého století **E. H. Erikson**. Vycházel v ní z morálního vývoje dětí a z *„předpokladu, že si jedinec musí na každém stupni vývoje řešit určitý psychosociální konflikt, podaří-li se mu to, může postoupit zdárně dále, jinak je jeho vývoj pozdržen a ohrožen“* (Čížková, 2008, s. 28). Rozlišil osm vývojových etap a jejich krize, jež musí jedinec příznivě vyřešit, aby mohl postoupit dále do vyššího vývojového stupně.

1. Základní důvěra proti pocitům nejistoty (asi do 1 roku) – období je stěžejní pro získání základní důvěry k sobě a ostatnímu světu, nejdůležitější roli plní matka, která by dostatečným uspokojením potřeb dítěte měla eliminovat jeho pocit nejistoty.
2. Autonomie proti pocitům studu (asi do 3 let věku) – dítě se osamostatňuje a podle přístupu a reakcí okolí (hlavně rodičů) si vytváří si zdravé sebevědomí a stává se autonomním, v opačném případě o sobě pochybuje s následkem nezdravého sebevědomí s pocitem studu (kárání rodičů za nevhodné chování).
3. Iniciativa proti pocitům viny (předškolní věk) - dítě je již schopné určit si cíle a dovednosti, kterých chce dosáhnout. V případě neúspěchu se formuje nezdravé svědomí s pocitem viny.
4. Snaživost proti pocitům vlastní méněcennosti (mladší školák) – plnění školních úkolů a vlastní aktivita je konfrontována s ostatními, dítě pokládá výsledek své snaživosti za jediný úspěch a je pro něj hlavním kritériem hodnoty člověka, při nedostatečném plnění podléhá pocitům méněcennosti.

5. Iniciativa proti pocitům nejistoty o své roli mezi lidmi (dospívání) – dospívání je hraničním obdobím mezi dětstvím a dospělostí a je charakterizováno hledáním vlastní identity, podrobněji viz následující kapitola.
6. Intimita proti pocitům izolace (mladá dospělost) – jedinec se buď vzdává nalezené vlastní totožnosti tím, že je ochoten splynout a odevzdat se druhému člověku, nebo se izoluje a není schopen navázat blízké partnerské vztahy. Buď je schopen milovat, důvěřovat, dělat kompromisy nebo druhé odmítá a není schopen bližšího kontaktu.
7. Generativita (plodnost) proti pocitům stagnace (dospělost) – u dospělého člověka se těžiště přesouvá na plození a výchovu další generace, žije více pro druhé. V opačném případě se vrací zpět, stagnuje a je zaměřen pouze na sebe.
8. Integrity proti strachu ze smrti (stárnutí a stáří) – závěrečná etapa je hodnocením předešlého a dovršením, pokud je člověk spokojený se svým životem, má dostatek integrity a neprojevuje se u něj strach ze smrti, v opačném případě tímto strachem trpí a propadá pocitům zoufalství, je to výsledek překonání nebo nepřekonání předcházejících krizí, z něhož vychází, že *„jen zdravé děti se nebudou bát života, jestliže jejich předkové budou mít dost integrity, aby se nebáli smrti“* (Čížková, 2008, s. 30).

Pro orientaci a představu zde byly uvedeny a stručně popsány nejznámější periodizace dle různých kritérií, bylo zmíněno hledisko tělesné – fyziologické a i hledisko psychologické. Jelikož je práce zaměřená na druhý stupeň základních škol, budeme se v následujících stránkách detailněji zabývat charakteristikou pouze období mladšího a staršího školního věku, tedy prepubertou, pubertou a dospíváním, což je pro tuto práci stěžejní.

3.2 Dospívání

3.2.1 Obecná charakteristika

Dospívání je dlouhé vývojové období charakteristické radikálními změnami ve fyzickém a psychickém vývoji. Tyto změny jsou doprovázeny řadou velkých morfologických, fyziologických a psychických proměn, jejichž výsledkem se dítě stává dospělým člověkem. Proto je dospívání považováno za přechodné období mezi dětstvím a dospělostí, jedinec začíná hledat svoji identitu, své místo a smysl ve společnosti. Přechod má mnoho úrovní a jevů, jež probíhají ve všech dimenzích a složkách osobnosti, např. v oblasti sexuální (jedinec byl dítětem, ale již sám může děti plodit), mezilidských vztahů (přechod od nesamostatnosti k samostatnosti, od závislosti k nezávislosti, od nezodpovědnosti k občanské, právní a morální zodpovědnosti), vzdělávací (přechod z všeobecné školy do různých středních škol, přechod od studia řízeného převážně učitelem k samostudiu a sebevzdělávání, od vnější výchovy k sebevýchově), motivace (přechod od vnější motivace k motivaci vnitřní), přechod k uvědomělé kázni a sebeovládání (Taxová, 1987, s. 60-61).

Z hlediska změn je toto období „*snad z celého života nejdramatičtější a biodromálně nejzajímavější*“ (Říčan, 2004, s. 169). Bývá na něj pohlíženo jako na období „bouří a stresu“ a také díky charakteristickým změnám v psychické sféře a proporcích těla je označován jako věk druhé strukturální přeměny. V posledním století se hranice vývoje, v porovnání s historickým vývojem, děti výrazně zrychlila a na základě antropometrických měření, prohlídek a zkušeností lékařů byl tento proces posunu počátky puberty definován jako **sekulární akcelerace**. Změny jsou patrné hlavně v oblasti celkového urychlení růstu a v oblasti pohlavního zrání, kde byla sledovaným údajem první menstruace (menarché) u dívek a první poluce u chlapců (v minulosti průměrný věk nástupu menstruace 16. a 17. rok, před padesáti lety 14. rok a dnes je u nás průměrným věkem nástupu 12,5). Příčiny nejsou zcela známy, ale je uváděn hlavně „vliv hodnotnější, bohatší a různorodější výživy, především posílení její bílkovinné složky už od raného dětství a celkové zlepšení hygienických podmínek i zvýšení životní úrovně“ (Taxová, 1987, s. 84). Dále je vlivným činitelem také způsob života, změny sociálních a emocionálních podmínek, dostupnost informací a dostupnost mnoha podnětů, které se komplexně podílí na utváření celkové osobnosti.

V souvislosti s těmito změnami a proměnou okolního světa stanovila světová zdravotnická organizace (WHO) na počátku 90. let „dospívající jako samostatnou

rizikovou populační skupinu, pro niž je nutná samostatná a zvýšená preventivní péče“, a tak „se dospívání stalo v moderních technologických společnostech nejrizikovějším vývojovým obdobím na cestě k dosažení dospělosti“ (Machová, 2002, s. 124).

3.2.2 Klasifikace a periodizace

Jak bylo již zmiňováno v první kapitole, existuje mnoho periodizací rozdělených podle různých klasifikačních kritérií, které mohou mít za základ hledisko biologické, psychologické nebo sociální či pedagogické. V období dospívání patří mezi důležitá kritéria pohlavní vývoj, jež sleduje primární a sekundární pohlavní znaky s doprovodnými jevy a zároveň individuální rozdíly mezi oběma pohlavími. Biologické hledisko sleduje somatofyzickou oblast dospívání „týkající se například výšky, hmotnosti, jejich vzájemného poměru (Q index), vývojových křivek růstu, kostního věku (stupeň osifikace kostí), příchodu menstruace a ejakulace, výskytu jednotlivých pohlavních znaků, dechového objemu, rozložení tuku a svalstva, celkové či specifické výkonnosti apod.“ (Taxová, 1987, s. 58). Psychologické a sociální hledisko sleduje u dospívajících jejich příslušné sociální role a jejich vztahy k nim, jejich psychické změny a činnost a pojetí psychiky.

Z jednotlivých rozdělení a definic vztahujících se k dospívání použijeme pro praktické použití tuto klasifikaci (Čížková, 2008, s. 102):

1. **Období prepuberty** – nastupuje okolo 10. roku u děvčat a v 11 až 12 letech u chlapců, též se používá pro toto období název adrenarché (podle staršího názvu pro nadledviny), probíhá asi dva roky před skutečnou pubertou a „znamená počáteční zvýšení sekrece nadledvinových androgenů, které lehce stimulují tělesná růst a vývoj ochlupení kolem zevního genitálu a v podpaží, je obdobím, v němž se naznačují budoucí pubertální změny, ale samo k pubertě ještě nepatří“ (Machová, 2002, s. 125).
2. **Období puberty** – nastupuje okolo 12. roku u dívek a v 13 letech u chlapců, puberta je tvořena dvěma fázemi – tzv. rychlou fází, která je charakterizována nejrychlejším růstem, pohlavním zráním a vývojem druhotných pohlavních znaků, je „obdobím nejprevertatnějších změn a fází největší zranitelnosti v nejrůznějších ohledech“ (Machová, 2002, s. 125). Rychlá fáze se kryje s časnou adolescencí a trvá přibližně dva roky. Mezníkem ukončení je fyziologická pohlavní zralost, kdy se dostaví u dívek první menstruace

(menarché) a u chlapců první samovolný výron semene (poluce). Po této rychlejší fázi následuje tzv. pomalá fáze, ve které se dokončuje růst (u dívek končí přibližně v šestnácti letech a u chlapců v osmnácti letech), dozrávají pohlavní orgány a sekundární pohlavní znaky. U chlapců je na počátku této fáze charakteristické „ochlupení na horním rtu, trudovitost kůže (akné), pigmentace prsní bradavky, pokročilé ochlupení i v podpaží a mutace hlasu“ (Machová, 2002, s. 127).

V souvislosti s pubertou se setkáváme i s pojmem **dospívání** neboli **adolescence**. Obecně je širším pojmem a začíná časově pubertou (časná adolescence), kdy bylo z biologického hlediska ukončeno pohlavní zrání, a trvá přibližně do 18 až 19 let. „Pro toto období je charakteristické dokončování pubertálních změn ve fázi postpuberty. U obou pohlaví končí růst a vývoj pohlavních orgánů a druhotných pohlavních znaků dosažením dospělého stupně. Postupně se snižuje hladina hormonů v krvi a ustaluje se na hodnotách, které jsou charakteristické pro dospělost. Na rozhraní puberty a postpuberty se chlapcům mění hlas, v postpubertě u nich nápadně mohutní svalstvo a dokončuje se vývoj tělesného ochlupení. Na konci toho období končí růst uzavřením růstových chrupavek“ (Machová, Marádová, Klementa a kol., 1998, s. 27). Je období vytváření citové náplně mezi mužem a ženou, období přípravy na budoucí povolání a období hledání své identity a totožnosti.

Dalším synonymem pro toto období je **dorostový věk**, do kterého ho je zařazována mládež ve věkovém rozmezí mezi 15. až 18. rokem.

3.2.3 Prepuberta

Nástup puberty je velmi individuální a zvláště se liší u dívek v porovnání s chlapci. U dívek začíná puberta zhruba o dva roky dříve než u chlapců, tedy průměrně kolem desátého roku a u chlapců zhruba až ve dvanácti letech. Nástup je ovlivněn převážně dědičností, vážnými nemocemi z dětství, výživou a psychosociálními podmínkami. Značné rozdíly se vyskytují ale i mezi dětmi téhož pohlaví, proto musí být vždy zdůrazněna zásada individuálního přístupu.

S ohledem na začátek puberty rozlišujeme tři typy (Machová, 2002, s. 129):

- typ urychlený (akcelerovaný) – známky puberty pod věkovou hranici osm let u dívek a u chlapců devět až deset let – patologická předčasná puberta (pubertas praecox)

- typ průměrný (středně rychlý)
- typ opožděný (retardovaný) – první známky puberty po čtrnáctém roce u dívek a po šestnáctém roce u chlapců

„Pro prepubertu je charakteristický **urychlený růst** (prepubertální akcelerace růstu), vývoj druhotných pohlavních znaků (sekundární pohlavní znaky) a růst pohlavních orgánů (Machová, Marádová, Klementa a kol., 1998, s. 22). Díky rychlému růstu je tato etapa nazývána „obdobím vytáhlosti“ a obecně je v tomto období fyzický vývoj rychlejší než vývoj psychický, a proto „dochází k diskrepanci (rozdílu) mezi somatickým a psychickým vývojem v tom smyslu, že somatický vývoj předstihuje vývoj psychický“ (Čížková, 2008, s. 102).

3.2.3.1 Prepubertální akcelerace růstu

Intenzivní tělesný růst je vyvolán působením růstového hormonu podvěsku mozkového a vrcholí průměrně asi dva roky od svého začátku. Přírůstky se začnou oproti klidnému předcházejícímu období pohybovat okolo 9 cm u dívek (rozmezí od 7 – 11 cm) a u hochů 10 cm s individuálním rozmezím 7 – 12 cm za rok (Machová, 2002, s. 130). Díky časnějšímu nástupu puberty jsou dívky mezi jedenáctým a třináctým rokem v průměru vyšší než chlapci a obecně jsou v tomto věku ve všech oblastech vyspělejší. Prepubertální akcelerace růstu jednotlivých částí těla probíhá nerovnoměrně růstu a týká se téměř všech orgánů těla. „Výjimku tvoří mozek, lebka a lymfatická tkáň. Mozek a lebka dosahují 90 % své velikosti již ke konci předškolního věku kolem 5 let. Jednotlivé orgány se vyvíjejí a rostou nestejně rychle (např. rychleji rostou dlouhé kosti než svaly a vazy, cévní řečiště než objem krve). Tato nevyrovnanost má často nepříznivý dopad na organismus (Machová, 2002, s. 131). Nejdříve dochází k rychlému zvětšování délky dolních a horních končetin, poté následuje zvětšování šířky ramen, hrudníku a pánve, dále se prodlužuje trup a nakonec se zvětšuje hloubka hrudníku. Zrychlený růst způsobuje zvláště u chlapců zhoršení fyzické výkonnosti, přechodnou neobratnost a nekoordinovanost pohybů.

3.2.3.2 Vývoj druhotných pohlavních znaků

Současně s prepubertální růstovou akcelerací dochází i k rozvoji druhotných (sekundárních) pohlavních znaků, které se začínají objevovat na začátku prepuberty, a dále jejich vývoj pokračuje ve fázi puberty a končí v postpubertě. První znaky jsou

vyvolané produkcí nadledvinových hormonů androgenů tvořících se u dívek i chlapců v nadledvinách (období adrenarché).

K druhotným pohlavním znakům patří (Machová, Marádová, Klementa a kol., 1998, s. 23):

1. ochlupení kolem zevních pohlavních orgánů (pubické ochlupení),
2. ochlupení v podpaží (axilární ochlupení),
3. vousy u chlapců,
4. celkové tělesné ochlupení,
5. růst hrtanu a změna hlasu (hlasová mutace) u chlapců,
6. vývoj mléčných žláz, prsního dvorce, bradavky a prsů u dívek,
7. výraznější růst svalstva.

V prepubertě „jako první vyrůstají ojedinělé delší chloupky na zevních pohlavních orgánech a v podpaží, u dívek začnou vystupovat prsní dvorce nad úroveň stěny hrudníku“ (Machová, 2002, s. 133). Většinou je v prepubertě dosaženo prvního až druhého vývojového stupně z celkových čtyř vývojových stupňů druhotných pohlavních znaků. Další vývoj poté plynule pokračuje v pubertě a probíhá po celou dobu dospívání. Současné s vnějšími projevy růstu a vývoje se zvětšují i vnitřní pohlavní orgány.

3.2.3.3 Kognitivní, citový a sociální vývoj

Vzrůstá význam fantazie, která se projevuje denním sněním, tím se může zhoršovat motivace pro učení a úspěšnost v plnění povinností. Podstatné změny jsou v myšlení, pro které je charakteristický „počínající postupný přechod od konkrétních operací k formálním operacím, tedy abstraktního myšlení, jehož vývoj se dokončuje v pubertě a adolescenci“ (Čížková, 2008, s. 104). Začíná se objevovat kritičnost a odmítavý postoj vůči dospělým, kdy dochází k zpochybňování jejich autority.

V citovém vývoji je typická proměnlivost citů, výbušné chování, intenzivní reakce a různorodost citových projevů. Dále je častá citlivost vůči nespravedlnosti a vůči kritice. Pozornost je zaměřena na vlastní tělo, na probíhající tělesné změny, a s tím spojená citlivost na jeho kritiku. Sexualita je zatím zaměřena autoeroticky a sexuální zájem především zaměřen na vlastní tělo.

Typické je prvotní osamostatňování se a uvolňování citových vazeb k rodičům. Naopak dochází k navazování kontaktů s vrstevníky a k sdružování do skupin podle sympatií a společných zájmů. Vztahy však nemají zpočátku pevný charakter a dochází

k častému střídání kamarádů a ke střetům mezi nimi. Díky autosexuálnímu zaměření se tvoří zatím spíše skupiny dívčí a chlapecké, kontakty mezi chlapci a dívky jsou spíše ojedinělé a vyskytují se v tomto období jen zřídka.

3.2.4 Puberta

Puberta je obdobím vývoje pohlavního dozrávání, pokračuje a zdokonaluje se vývoj pohlavních orgánů a sekundárních pohlavních znaků. Pubertální pohlavní dozrávání přeměňuje dítě na „biologicky zralého dospělého, schopného sexuální reprodukce“ (Čížková, 2008, s. 105). Vlastní puberta začíná většinou u dívek ve 12 letech a u chlapců kolem 13. roku, nástup je však velmi individuální a záleží na mnoha aspektech. Období bývá ukončeno dosažením fyziologické pohlavní zralosti, která se projeví první menstruací u dívek a u chlapců prvním samovolným výronem semene. „Průměrný věk dívek při menarché je kolem třinácti let a k samovolnému výronu semene, obvykle v noci, dochází u chlapců v průměrném věku patnácti let (Machová, Marádová, Klementa a kol., 1998, s. 24). Uzel ve své knize uvádí průměrný věk menarché ve střední Evropě 12,6 roku a první výron semene bývá uváděn kolem 13. až 15. roku (Uzel, 2007, s. 11, 13). Fyziologická pohlavní dospělost však neznamená plnou reprodukční schopnost, protože skutečné pohlavní zralosti dosahují dívky asi do dvou let od první menstruace. Stejně i u chlapců se neobjevují v prvotní poluci ještě zralé spermie. Pohlavní dospělost je hraničním mezníkem pro konec puberty a nástup postpuberty.

3.2.4.1 Motorický vývoj

Ze somatického hlediska se vyvažují již tělesné proporce, tím se zlepšuje pohybová koordinace a redukuje se typická neobratnost charakteristická pro prepubertu, kde výrazně somatický vývoj předstihuje vývoj psychický. Zpomaluje se růst končetin, mohutní svalstvo a dochází k růstu vnitřních orgánů. Zdokonalují se pohyby, zlepšuje se stabilizace a fyzická výkonnost.

3.2.4.2 Kognitivní změny

Dochází k významnému rozvoji a utváření logické paměti a abstraktního myšlení. „Dospívající je již schopen uvažovat hypoteticky, abstraktně, je schopen různé myšlenky a prvky kombinovat a integrovat, uvažovat systematicky, objevovat důsledky

takových myšlenkových experimentů – operací“ (ŠULOVÁ, 2011, s. 105). Dlouhodobější efekt zapamatování mají obsahy s logickými souvislostmi a ty, které souvisí se zájmy jedince. V odborném zájmu má obecně značný vliv na motivaci dospělý vzor a hnací silou může být např. snaha překonat jeho vědomosti, protože myšlení pubescentů směřuje spíše na vnitřní dění tím, že „sebe porovnává s druhými lidmi, všímá si vlastních nedostatků a má tendenci tyto nedostatky kompenzovat buď jinými činnostmi, nebo pozměněným chováním“ (Čížková, 2008, s. 107). Pubescent začíná zkoumat normy a hodnoty, jejich závažnost a důležitost, a také smysl života vůbec. Typickými vlastnostmi myšlení, které jsou charakteristické pro toto období, je racionalismus a radikalismus. Racionalismus jako lpění na rozumových zdůvodněních a neuznávání citových důvodů, což někdy může působit bezcitností a citovou chladností jedinců. Radikalismus, ukvapený hodnotící úsudek, se vyznačuje převážně generalizací, kdy na základě jedné získané zkušenosti jedinec usuzuje, čímž se objevuje snaha vytvářet si unáhlené nebo, dle sympatií, od jiných převzaté názory. Dalšími typickými rysy jsou pubescentní neakceptování kompromisu a názorová nestálost, kdy jedinci často mění své postoje a soudy, proto nejsou ještě považovány za individuality, které si stojí pevně za svým.

3.2.4.3 Emoční a sociální vývoj

Již se zklidňuje labilita, zvýšená psychická citlivost a zranitelnost, jež je typická pro prepubertu. Stále jsou ale tyto vlastnosti aktuální a charakteristická je také náladovost a nespokojenost se sebou samým i okolím. Typické je uvolňování citové vázanosti k rodičům, čímž se zvyšuje potřeba citového sblížení s někým jiným, a tím silně roste role a vliv vrstevníků. Vznikají první sblížení projevující se nejdříve škádlením a koketováním a mizí vzájemná izolovanost chlapců a děvčat. Dochází k prvnímu zamilování, pro které je typická značná idealizace milovaného partnera, a také „vrcholí v pomalé fázi akcelerace tlak dravého pohlavního pudu. Přetlak se uvolňuje nočními emisemi, masturbací nebo sexuálním experimentem. Masturbace je obvyklým nouzovým východiskem. Stimulace vychází z představ, určitých i polozakrytých výzev, z citlivých zón vlastního těla. Někteří jedinci prožívají masturbaci s pocity viny, úzkosti a studu. K tomu může přispívat pruderie rodičů a přehnané neodůvodněné představy o možných tělesných a duševních následcích“ (Blecha, 1966,

s. 167). Ke konci tohoto období dochází postupně k splynutí erotiky se sexualitou, jejíž předchozí absence je právě nahrazována zmiňovanými fantazijními představami.

Hlavním úkolem tohoto období je vytvoření vlastní stupnice hodnot a sebepojetí (identity). „Sebecity jsou nevyrovnané, staví se kriticky k sobě, v porovnání s druhými se oslabuje sebejistota, pochybuje o vlastních kvalitách, přecitlivěle reaguje na kritiku vůči své osobě“ (Čížková, 2008, s. 109).

Pro sociální vývoj je charakteristická snaha po nezávislosti. Ta se projevuje napodobováním chování dospělých, kam spadá i negativní projevy jako kouření, pití alkoholu, vulgarismy aj., a také sklonem samostatně se rozhodovat. „Utváření vlastního sebepojetí souvisí s potřebou samostatnosti a nezávislosti. V průběhu dospívání pozorujeme složitý a rozporný vývoj emocionální nezávislosti a citové emancipace. Střetávají se zde dva druhy potřeb – potřeba samostatnosti, nezávislosti a potřeba pozitivního vztahu, citové odezvy (potřeba afiliace)“ (Petřková, 1991, s. 32).

3.2.5 Ženské pohlavní orgány

Pohlavní orgány ženy se dle umístění dělí na zevní a vnitřní. Slouží k tvorbě ženských pohlavních hormonů, jejichž aktivita významně stoupá v období puberty, kdy začíná sekrece¹ estrogenů vaječníky. Dále k „tvorbě pohlavních buněk (vajíček), k oplození vajíčka spermií a k prenatálnímu vývoji jedince“ (Machová, Marádová, 1998, s. 12). Nejvíce změn probíhá při zahájení pohlavního dospívání, při kterém se vyvíjí funkce i celkový tělesný růst a vývoj.

Vnitřní pohlavní orgány

- 1 vaječníky (ovaria)
- 2 vejcovod (tuba uterina)
- 3 děloha (uterus)
- 4 pochva (vagina)
- 5 panenská blána (hymen)

Zevní pohlavní orgány

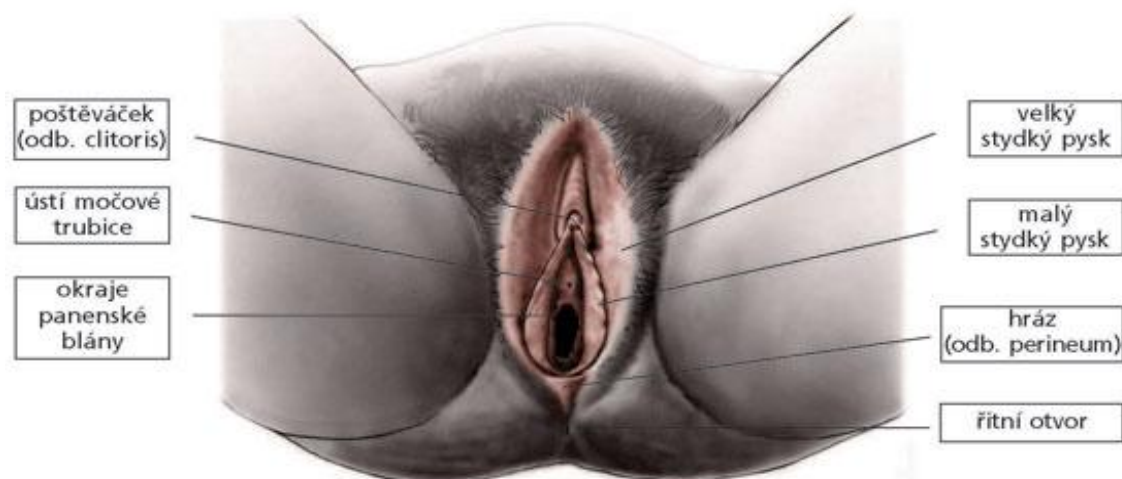
- 6 velké stydké pysky (labia majora pudenti)
- 7 malé stydké pysky (labia minora pudenti)
- 8 poštváček (clitoris)

¹ sekrece - vyměšování

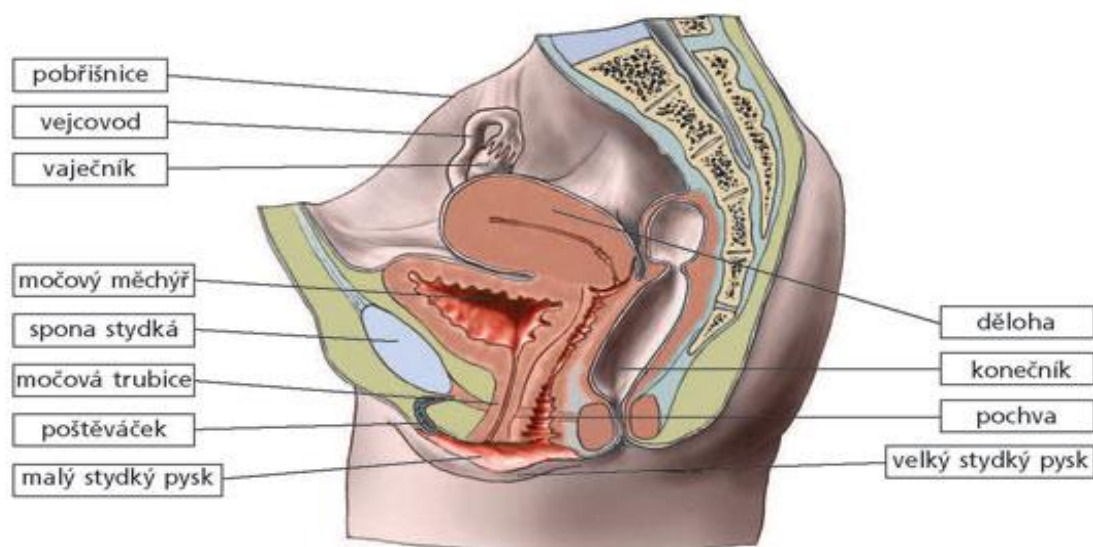
- 9 poševní vchod (introitus vaginae)
- 10 předsíní poševní (vestibulum vaginae)

Obrázek 1 - Pohlavní orgány ženy (dostupné na www.porodnice.cz)

ANATOMIE POHLAVNÍCH ORGÁNŮ ŽENY A MUŽE

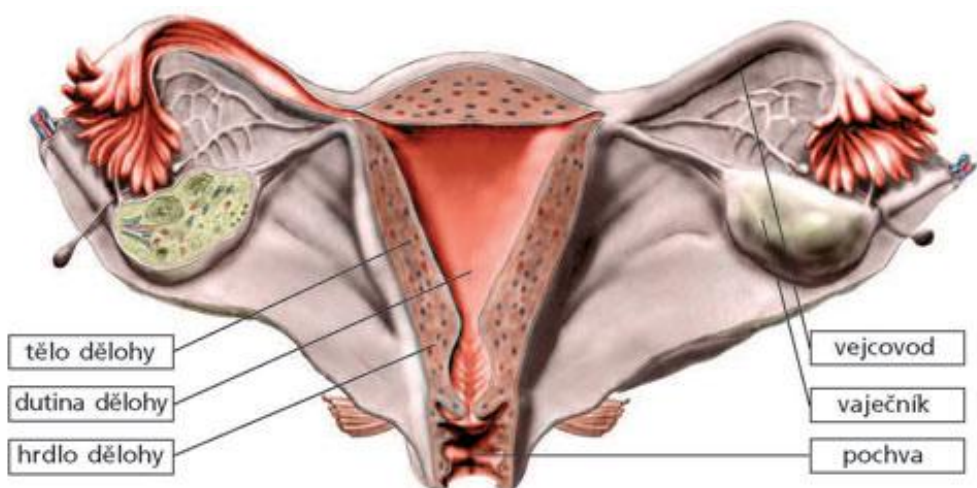


Zevní pohlavní orgány ženy

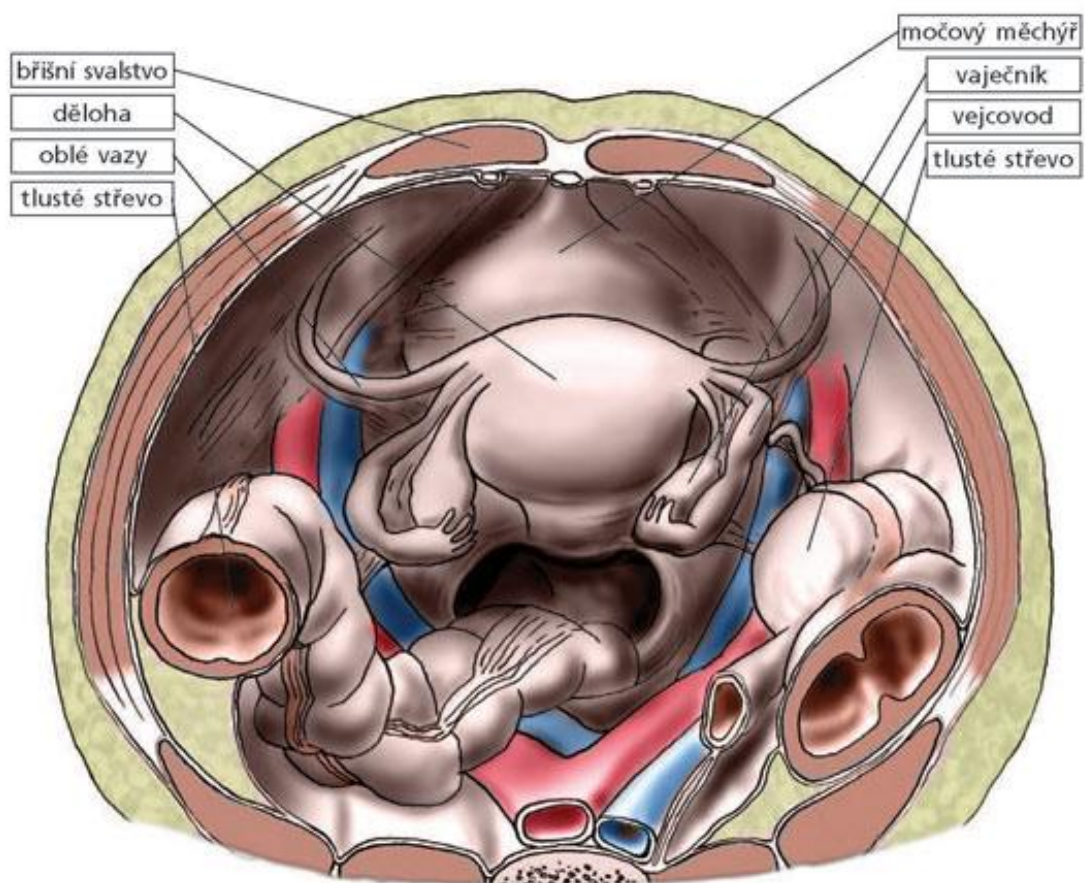


Vnitřní pohlavní orgány ženy z boku

Obrázek 2 - Pohlavní orgány ženy (dostupné na www.porodnice.cz)



Vnitřní pohlavní orgány ženy



Vnitřní pohlavní orgány ženy shora

Vaječníky (ovaria) jsou ženskou pohlavní žlázou, která uvolňuje vajíčka (ženské zárodečné buňky) a produkuje pohlavní hormony estrogeny a progesterony. Jsou oválnými plochými útvary uloženými po stranách dělohy v malé pánvi (intraperitoneální uložení²). „Velikost a tvar kolísá dle funkčního stavu a věku – délka 3 – 5 cm, šířka 1,5 – 3 cm, tloušťka 1 – 1,5 cm, hmotnost 6 – 10 g“ (Zemková, 2001, s. 26). Vaječník je tvořen třemi vrstvami, na povrchu je jednovrstevný epitel, pod ním se nachází korová vrstva, ve které dozrávají vajíčka v Graafových folikulech³ a jsou zde tvořeny pohlavní hormony. K výživě vaječníku slouží třetí vrstva dřevná. „Vaječníky obsahují při narození asi 400 000 oocytů. Na počátku puberty jich zbývá již jen asi 40 000. Protože po pubertě se zhruba jeden oocyt měsíčně přemění ve zralou gametu, vajíčko, lze předpokládat, že průměrná žena uvolní v celém svém reprodukčním aktivním věku asi 400 vajíček“ (Zvěřina, 2003, s. 40). Ovariální folikuly se v proliferační fázi⁴ menstruačního cyklu přemění v sekundární Graafovy folikuly a „kolem 14. dne menstruačního cyklu vlivem LH (luteinizační hormon⁵) praská stěna Graafova folikulu a vajíčko je vypuzeno do dutiny břišní – ovulace. Vejce je zachyceno fibriemi vejcovodů, a tak se dostává do děložní dutiny. Folikul, ze kterého bylo vypuzeno vejce, se mění v corpus luteum (secernuje estrogeny a progesteron) – fáze luteální (sekreční). Dojde-li ke koncepci⁶, corpus luteum přetrvává a menstruační cyklus se zastavuje. Nedojde-li k oplození, žluté tělísko kolem 24. dne cyklu atrofuje, a tím klesá produkce estrogenu i progesteronu“ (Zemková, 2001, s. 26).

Vejcovod (tuba uterina) je párovým orgánem, který spojuje okolí vaječníků s dělohou. Vejcovody jsou 10 - 15 cm dlouhé trubice o průměru 4 – 6 mm vystlané sliznicí a na povrchu svalovou vrstvou. Hlavním úkolem vejcovodů je zachycení vajíčka při ovulaci, to probíhá pomocí jemných třásní (fimbrií), jež jsou v ústí vejcovodů směřujících do peritoneální dutiny. Po zachycení musí být vajíčko transportováno do děložní dutiny pomocí řasinkového epitelu a peristaltickými pohyby svaloviny ve stěně vejcovodů. „Průchod vajíčka trvá asi 4 – 5 dní a dojde-li k oplození vajíčka, je to většinou v ampulární⁷ části vejcovodů“ (Zemková, 2001, s. 27).

Děloha (uterus) je nepárovým orgánem tvaru obrácené hrušky dlouhý cca 7 cm uložený mezi močovým měchýřem a konečníkem. Má asi 1,5 cm silnou svalovou stěnu,

² intraperitoneální – uvnitř dutiny břišní

³ Graafovy folikuly – vaječnickové folikuly

⁴ proliferační fáze – druhá fáze menstruačního cyklu

⁵ luteinizační – hormon nezbytný pro tvorbu pohlavních hormonů, patří mezi gonadotropiny

⁶ koncepce – oplodnění, početí

⁷ ampulární – širší část vejcovodu směrem k vaječníku

ve které probíhá vývoj zárodku od početí do porodu, proto se „děloha v těhotenství mnohonásobně zvětšuje a na jeho konci sahá její dno až pod bránici“ (Machová, Marádová, 1998, s. 13). Dutina svalové stěny je vystlaná sliznicí, která se nazývá endometrium. Sliznice prodělává od pohlavní zralosti v 28 denních cyklech vlivem hormonální regulace vaječníků charakteristické změny, jež se souhrnně nazývají menstruační cyklus. Děložní sliznice se mění podle fáze menstruačního cyklu, na začátku cyklu dochází k odplavení endometria krví, poté sliznice opět narůstá a zvyšuje se, viz menstruační cyklus.

Spodní část děložní dutiny je zúžené děložní hrdlo, jehož dolní část se nazývá děložní čípek. Změny děložní sliznice při menstruačním cyklu se také odráží lineárně v děložním hrdle. V době, kdy nastává uvolnění vajíčka (kolem 14. dne menstruačního cyklu) dochází k produkci sekretu, neboli děložního hlenu (*mucus cervicis uteri*), jehož složení a konzistence se proměňuje dle fáze menstruačního cyklu. „V ovulačním období dochází k největší produkci hlenu. V době ovulace je hlen řídký, hojný, průhledný. V sekreční⁸ fázi menstruačního cyklu se sekrece hlenu snižuje, zvyšuje se jeho viskozita⁹, stává se neprůhledným“ (Zemková, 2001, s. 27).

Pochva (vagina) navazuje na dělohu a je kopulačním orgánem, protože prostřednictvím této zploštělé trubice dochází k zavedení spermií do dutiny ženských pohlavních orgánů. Průměrná délka pochvy je 8 - 9 cm, šířka 3 cm (u vchodu je nejužší), stěny jsou tvořeny hladkou svalovinou. V její horní části vyčnívá z dělohy *děložní čípek (portio vaginalis cervicis)*, kolem něhož se úsek nazývá poševní klenba (*fornix vaginae*), a v „dolní části je vstup do pochvy zvaný vchod poševní. Nachází se mezi malými stydkými pysky a je zakryt panenskou blánou u ženy, která dosud neměla pohlavní styk“ (Machová, Marádová, 1998, s. 14). Z pochvy do dělohy vede cervikální kanál (*canalis cervicis uteri*), pomocí něhož probíhá komunikace mezi těmito dvěma orgány. Kanál ústí do pochvy zevní děložní brankou (*ostium uteri*). Stejně jako děloha a děložní hrdlo prodělává i „epitelová výstelka pochvy též změny v závislosti na sekreci vaječnickových hormonů během ovariálního cyklu, proto poševní cytologie napomáhá při diagnostice poruch funkce vaječníků“ (Machová, Hamanová, 2002, s. 26).

Panenská blána (hymen) je „tenká slizniční řasa, tvořená řídkým fibrilárním vazivem“, která se nachází v dolní části pochvy. „Hymen může mít různý tvar:

⁸ sekreční – třetí fáze menstruačního cyklu

⁹ viskozita – vazkost, míra odporu tekutiny

semilunaris (poloměsíčitý), fibriatus (třásňovitý), cribriformis (sít'ovitý)“ (Zemková, 2001, s. 28).

Velké stydké pysky (labia majora pudenti) jsou narůžovělými kožními řasami vyplněnými tukovou tkání, jež uzavírají a chrání genitál. Jsou různě pigmentovaná a liší se také míra ochlupení začínajícího obvykle v pubertě stejně jako u *pahorku stydkého (mons Veneris, mons pubis)*, vyvýšeninou před a nad sponou stydkou. Uvnitř velkých stydkých pysků jsou uložena vestibulární párová *topořivá tělesa* (bulbus vestibuli), které se při vzrušení plní krví, čímž dojde k jejich zbytnění a zpevnění.

Malé stydké pysky (labia minora pudenti) se nachází pod labia majora pudenti a „zakrývají vaginální vchod, do něhož ústí uretra na horním pólu pod klitoridou a na spodním pólu do poševního vestibulu párové *Bartholiniho žlázy (glandule vestibulares majores)*“ (Zvěřina, 2003, s. 38).

Poštváček (clitoris) je zakrýván malými stydkými pysky v přední části a společně s bulbus vestibuli patří mezi topořivá tělesa ženy. Je tvořen erektivní tkání a velkým množstvím nervových vláken. Za normálních okolností je pokryt pokožkou, pouze v horní části předkožkou (praeputium clitoridis). Glans klitoridy je na dotek díky bohaté zásobě nervových vláken mnohem citlivější než glans penisu. Poštváček je shodný s erektivními vlastnostmi penisu, ale jeho „anatomické uspořádání mu však neumožňuje ani při vysoké tumescenci¹⁰ napřímení a ztvrdnutí ve smyslu erekce“ (Zvěřina, 2003, s. 39).

Poševní vchod (introitus vaginae) je zakryt malými stydkými pysky a je viditelný až po jejich rozhrnutí. Umožňuje průnik do pochvy (vaginy). Jeho průměrná šířka se udává 2,5 až 3 cm.

Předsíň poševní (vestibulum vaginae) je souhrnným názvem pro místo mezi malými stydkými pysky, kde se nachází klitoris, za ním uretrální kanál, poševní vchod a ústí dvou větších předsíňových *Bartholiniho žláz*, které produkují hlen a jsou zodpovědné za zvlhčení poševní sliznice při sexuálním vzrušení.

3.2.5.1 Menstruační cyklus

Menstruačním cyklem jsou označovány změny dělohy, které prodělává v 28 denním cyklech vlivem ženských hormonů. „Menstruace trvá 5 – 7 dní, průměrná ztráta krve je asi 60 ml, z toho dvě třetiny během prvních tří dnů. Zpočátku až dva roky může

¹⁰ tumescence - zduření

být cyklus nepravidelný, neboť ve vaječníku ještě nedochází pravidelně k uvolňování vajíčka (ovulaci), vytvoření žlutého tělíska a vylučování jeho hormonu progesteronu“ (Šulová, Fait, Weiss a kol., 2011, s. 96 – 97).

Hlavním úkolem menstruačního cyklu je připravení děložní sliznice na uhnízdění oplozeného vajíčka a dle změn v děložní sliznici se rozděluje na čtyři fáze:

- menstruační fáze (1. – 4. den) – tato fáze nastává, pokud nedošlo k oplození. Během této první fáze cyklu dochází k „odplavení povrchové vrstvy endometria menstruační krví“ (Zemková, 2001, s. 27). Společně s krví, částčkami děložní sliznice je krvácení odplavován i poševní sekret.
- proliferační fáze (mezi 5 – 14 dnem) – kolem pátého dne se zničená sliznice začíná opět regenerovat, vlivem estrogenů zrajícího Graafova folikulu roste a zajišťuje, aby se oplozené vajíčko mohlo uhnízt. „V období ovulace činí již tloušťka endometria asi 3 až 4 mm“ (Zvěřina, 2003, s. 41).
- sekreční fáze (mezi 14 – 27 dnem) – začíná uvolněním vajíčka (většinou 14. den cyklu) z prasklého Graafova folikulu, „po ovulaci se prasklý Graafův folikul přemění ve žluté tělísko a pod vlivem jeho hormonu progesteronu se žlázy děložní sliznice prodlužují, spirálovitě stočí a začnou produkovat sekret (sekreční fáze)“ (Machová, Marádová, 1988, s. 14). Sliznice nadále bytí až do tloušťky 5 – 6 mm a v této fázi je nejlépe připravena pro přijetí oplozeného vajíčka. Pokud k oplození nedojde, žluté tělísko zaniká a zbytnělé endometrium bude v další fázi opět odloučeno menstruační krví.
- ischemická fáze (27 – 28 den) - následkem poklesu sekrece progesteronu díky zániku žlutého tělíska předchází odstraňování sliznice (menstruaci), „28. den cyklu dojde ke kontrakci arteriol¹¹ v endometriu¹², vznikne nedokrevnost v povrchní vrstvě endometria. Ischémie¹³ po několika hodinách povolí, dojde

¹¹ arteriola – tepénka

¹² endometrium – děložní sliznice

¹³ ischémie – nedokrevnost tkání nebo orgánů

k překrvení, stěny stěn praskají a nastává menstruační krvácení“
(Zemková, 2001, s. 27).

3.2.5.2 Ovulační cyklus

Probíhá v ováriích a název je odvozen od ovulace (uvolnění vajíčka). „Uprostřed pravidelně opakujících se 28denních cyklů dozraje zpravidla jeden Graafův folikul, praskne (ovulace) a folikulární tekutina vyplaví vajíčko do břišní dutiny. Vajíčko je zachyceno výběžky nálevkovitě rozšířeného začátku vejcovodu. Z prasklého Graafova folikulu se vytvoří žluté tělísko, které působí jako dočasná endokrinní žláza a produkuje hormon progesteron. Dojde-li k oplození, setrvává žluté tělísko v činnosti a zastavuje se menstruační cyklus. Jinak kolem 24. dne žluté tělísko zaniká, jeho hormonální produkce klesá a po 28 dnech od začátku cyklu začíná zrání nového Graafova folikulu“ (Machová, Marádová, 1998, s. 14).

3.2.6 Mužské pohlavní orgány

Stejně jako pohlavní ústrojí ženy slouží k produkci hormonů, k vytváření mužských pohlavních buněk (spermii) a k realizaci pohlavního styku (zavedení spermií do ženských pohlavních orgánů – reprodukce). Rozdělují se na zevní a vnitřní.

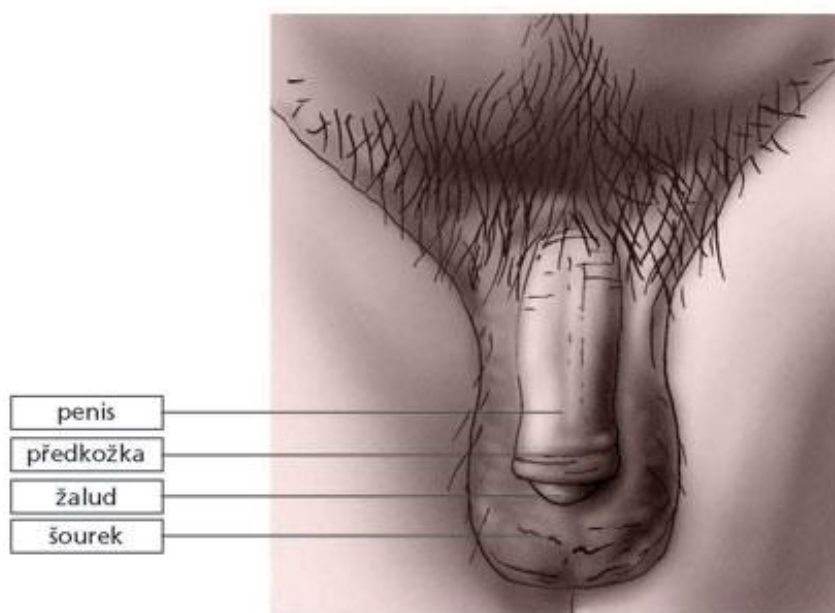
Vnitřní pohlavní orgány

1. varlata (testes)
2. nadvarlata (epididymides)
3. chámovody (ductus deferentes)
4. měchýřkovité žlázy (glandulae vesiculosae) - semenné váčky (vesiculae seminales)
5. předstojná žláza (prostata)
6. mužská močová trubice (urethra masculina)

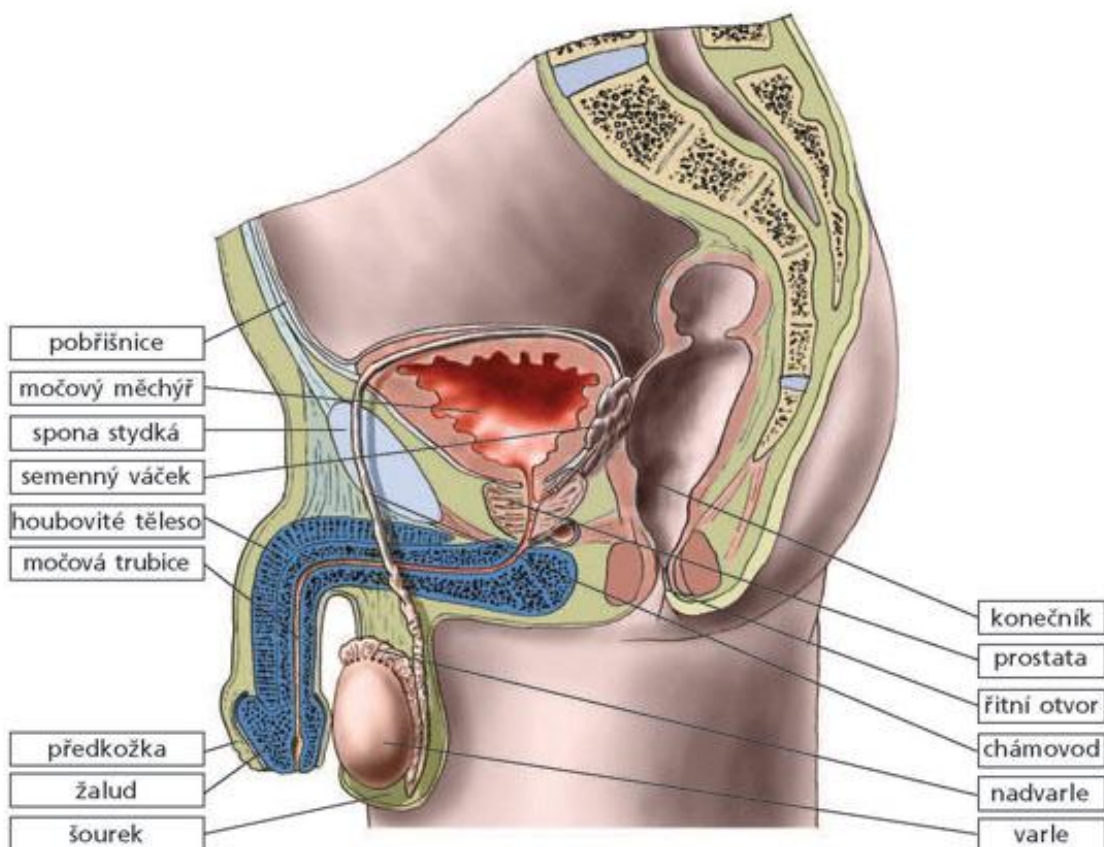
Zevní pohlavní orgány

- pyj (penis)
- šourek (scrotum)

Obrázek 3 - Pohlavní orgány muže (dostupné na www.porodnice.cz)



Zevní pohlavní orgán muže



Vnitřní pohlavní orgány muže z boku

Varlata (testes) jsou párovou mužskou pohlavní žlázou oválného tvaru uloženou v šourkovém vaku. „V podélné ose měří v průměru 4 - 5 cm, v předozadní ose měří 3 – 3,5 cm, napříč 2,5 cm. Hmotnost varlete je 18 – 25 g. Levé varle bývá větší a těžší. Je uloženo o 1 cm níž než pravé“ (Zemková, 2001, s. 29). Na povrchu jsou chráněna vazivovou tuhou membránou (*tunica albuginea*), z níž dovnitř vedou vazivové překážky, které prostor varlete rozdělují na několik varletních lalůček (*lobuli testis*). V těchto lalůčkách jsou uloženy mnohonásobně stočené semenotvorné kanálky (*tubuli seminiferi concorti*), „jejichž celková délka je 250 – 350 m“ (Machová, Marádová, 1998, s. 17) a v jejichž stěně probíhá spermiogeneze. Spermiogenezi je nazván „proces vývoje spermií (množení, redukční dělení, dozrávání, tvarové přeměny nediferencovaných buněk ve výsledné tvarově a funkčně diferencované, oplození schopné mužské pohlavní buňky – spermie“ (Zemková, 2001, s. 29). Tento celý proces trvá přibližně 70 – 75 dnů a k dokonalému zrání spermie vyžadují asi o 4 °C nižší teplotu, než je teplota tělesná, proto jsou varlata uložena v šourku mimo břišní dutinu. Z kanálku varlete se spermie poté přesouvají do nadvarlete, kde dozrávají a stávají se součástí ejakulační tekutiny. „U mladého zralého muže se může vytvořit až několik desítek milionů spermií denně“ (Zvěřina, 2003, s. 43).

Mezi semenotvornými kanálky jsou také uloženy intersticiální Leydigovy buňky, které jsou nejhlavnějším zdrojem mužského pohlavního hormonu testosteronu. Dalšími buňkami ve varleti jsou tzv. Sertoliho buňky, „které tvoří ochranu a zajišťují výživu. Ve výklencích těchto buněk probíhá spermiogeneze. Jejich funkce je: mechanická podpora a ochrana buněk spermiogenního epitelu, fagocytóza, secernují tekutinu do nitra kanálků, díky ní jsou transportovány zralé spermie z varlete, tvoří bariéru mezi krví v kapilárách kolem kanálků a nitrem kanálků“ (Zemková, 2001, s. 30). Varle spojuje s nadvarletem 10 – 20 vývodních kanálků (*ductuli efferentes testis*) tvořících odvodní cesty varlete.

Nadvarlata (epididymides) jsou tvořeny širší hlavou nadvarlete (*caput epididymidis*), tělem nadvarlete (*corpus epididymis*) a ocasem nadvarlete (*cauda epididymis*), který přechází do chámovodu, který tvoří vývod z každého nadvarlete. Leží v zadohorní části části varlete a dozrávají zde spermie, které zde spojují s hlenovitým sekretem buněk. Spermie postupně vyzrávají, zdokonalují se a získávají schopnost samostatně se pohybovat. „Zralé spermie si v nadvarleti udržují plnou funkční zdatnost asi 40 dnů“ (Machová, Marádová, 1998, s. 17).

Chámovod (ductus deferens) je asi 3 – 4 mm silnou a 30 – 40 cm dlouhou trubicí. Vystupuje ze šourku (z nadvarlete) tříselným kanálem do močové trubice přes předstojnou žlázu. Před ústím do společné vývodní pohlavní cesty (ductus ejaculatorius) se rozšiřují do ampulárních částí chámovodů, které „jsou hlavní zásobárnou zralých spermií a odtud jsou zárodečné buňky vypuzovány do spermatické tekutiny při ejakulaci“ (Zvěřina, 2003, s. 44).

Semenné vāčky (vesiculae seminales) se nacházejí v ampulární části chámovodů, kde tvoří přidatné párové žlázy, ve kterých je obsažen sekret. „Sekret těchto žlázek tvoří 50 – 80 % objemu ejakulátu, je gelatinózní konzistence, zažloutlý, mírně alkalický. Obsahuje bílkoviny, fruktózu a prostaglandiny. Fruktóza je zdroj energie pro motilitu (hybnost) spermií, prostaglandiny stimulují činnost hladké svaloviny ženských pohlavních orgánů a podporují vstup spermií do vnitřních rodidel ženy a jejich pohyb“ (Zemková, 2001, s. 30). Produkce je hormonálně řízena testosteronem. Bývají též nazvány „semennými vāčky“ a mohou dosáhnout až 12 cm délky.

Předstojná žláza (prostata) leží pod močovým měchýřem, je nepárovým orgánem velikosti jedlého kaštanu a prochází ní močová trubice. Obsahuje hladkou svalovinu, vazivo a žlásky (30 – 50 tuboalveolárních žlázek), které „produkují alkalickou tekutinu, která spolu s tekutými výměšky nadvarlete, měchýřkovitých žláz a spermiemi tvoří semeno (ejakulát, sperma, chám). V 1 ml ejakulátu je asi 100 milionů spermií. Při jedné ejakulaci se uvolňuje 2 – 5 ml ejakulátu“ (Machová, Marádová, 1998, s. 17). Prostata se svým sekretem podílí na celkovém objemu ejakulátu asi z 15 – 30 % a tekutý bezbarvý sekret obsahuje „zinek (ovlivnění metabolismu testosteronu), kyselinu citronovou, prostaglandiny (ovlivnění hladké svaloviny dělohy), polyaminy – spermin (ovlivnění motility spermií a jejich schopnosti oplodnění vajíčka), spermidin, imunoglobuliny, kyselou fosfatázu a proteázy“ (Zemková, 2001, s. 30).

Mužská močová trubice (urethra masculina) je současně jak močovou vývodnou cestou, tak i vývodnou cestou pohlavní, jejíž celková délka je 20 – 22 cm. Vychází z močového měchýře a prostatou prochází do pohlavního údu (pyje, penisu). Od své prostatické části je obklopena houbovým topořivým tělesem (corpus spongiosum penis), jehož topořivá tkáň „se sice při tumescenci (zduření, naplnění krví) zvětšuje dosti výrazně, její konzistence však i při plné erekci zůstává měkká, houbovitá, což umožňuje, aby při ejakulaci byla uretra průchodná pro spermatickou tekutinu“ (Zvěřina, 2003, s. 42).

Pyj (penis) je mužským válcovitým kopulačním orgánem o rozměrech 7 – 12 cm v ochablém stavu a 14 – 18 cm ve stavu erekce. Tvoří ho párová část kořene (*radix penis*), tělo (*corpus penis*) a žalud (*glans penis*).

Kořen penisu je tvořen svalovinou pánevního dna, pomocí jejích stahů, které jsou stejně jako u žen součástí orgasmu, je při ejakulaci vypuzeno sperma.

Tělem penisu probíhá uretra, která prochází nepárovým topořivým tělesem v horní podélné části. Kromě nepárového topořivého tělesa je součástí penisu ještě topořivé těleso párové. „Topořivá tělesa jsou z tkáně houbovitého vzhledu s bohatým cévním zásobením, naplní-li se drobné dutinky topořivých větším množstvím tepenné krve a současně je omezen odtok krve zúženými žilami, celý pohlavní orgán se zvětšuje a dojde k jeho ztopoření – erekci. Erekcce je výsledkem složitého reflexu s reflexním ústředím v bederní části míchy, které je pod kontrolou mozku“ (Machová, Marádová, 1998, s. 18. Konec těla penisu přechází v širší kuželovitý žalud (*glans penis*).

Na žaludu je jemná pokožka velmi citlivá na dotek. Jeho rozšířený okraj se nazývá *corona glandis* a přední stranu tvoří místo zvané uzdička (*frenulum preputii*), kterou vytváří předkožka (*preputium*) většinou zcela zakrývající povrch ochablého žaludu. „V předkožkovém vaku mezi žaludem a předkožkou se při nedbalé hygieně často hromadí mazové odměsky (*smegma*). Za normálních poměrů lze předkožku volně přetáhnout za žalud, a to i při plné erekci“ (Zvěřina, 2003, s. 42).

Pro genitální ochlupení je typické, že vybíhá k směrem nahoru k pupku a samotná pokožka penisu je zcela neochlupená.

Šourek (scrotum) je kožním vakem umístěným za kořenem pohlavního údu, s nímž je spojen kožní řasou (*raphe penis*). Uvnitř je septem (přepážkou) rozdělen na dva samostatné celky, ve kterých jsou umístěny varlata s nadvarlaty a začátky obou chámovodů. Povrch šourku tvoří měkká svrástělá pokožka. Hlavní funkcí šourku je řízení teploty varlate (relativní podchlazení varleční tkáně) pro zdárný průběh spermiogeneze. „Pro normální spermiogenezi je nezbytná teplota o 2 °C nižší, než je tělesná teplota. Tunica dartos (podkožní vrstva šourku), respektive její svalové buňky, reaguje na teplotu. Je-li teplota nižší, svalové buňky se kontrahují. Je-li teplota vyšší, svalové buňky relaxují a také se zvýší termoregulační činnost potních žláz“ (Zemková, 2001, s. 31). Příčně pruhované svaly umístěné ve stopkách varlat jsou schopné při chladu nebo vzrušení varlata přitáhnout ktráslům

3.3 Sexuálně přenosné choroby

3.3.1 Obecná charakteristika a klasifikace

Sexuálně přenosné choroby tvoří taková skupina infekčních onemocnění, která jsou přenášena nejčastěji pohlavním stykem a tato cesta přenosu je jejich společným znakem a je pro ně charakteristická. I když první projevy těchto onemocnění byly zaznamenány již ve starověku, terminologie byla mnohdy velmi nejednoznačná. Nejprve převládalo označení „*pohlavní choroby*“, mezi které patřily pouze základní choroby tohoto typu přenášené pohlavním stykem a postihující genitál (příjice, měkký vřed, kapavka a lymfogranuloma venerum). „Tyto choroby patří diagnosticky i léčebně do oboru dermatovenerologie, podléhají povinnému hlášení, evidenci, depistáži a dispenzarizaci“ (Machová, Marádová, 1998, s. 45). Postupem času ale bylo zjištěno, že onemocnění, která mohou být přenášena pohlavním stykem, je mnohem více, a proto se všechna tato onemocnění šířená nejen při pohlavním styku, shrnula do širší skupiny pod moderním pojmem „*sexually transmitted diseases*“ (STD) - „sexuálně přenosné nemoci“ (SPN), jež je používán na celém světě v mezinárodní terminologii. Též jsou také užívány názvy pohlavně přenosné nemoci (PPN), choroby či infekce (PPI). Nemoci této skupiny se mohou přenášet převážně nebo hlavně pohlavně, ale i nepohlavně, a proto je pokus o přesné definování této skupiny onemocnění značně složitý.

Mezi sexuálně přenosné choroby (STD) patří:

- **Syphilis (lues, příjice)**
- **Gonorrhea (kapavka)**
- **Ulcus molle (měkký vřed)**
- **Chlamýdiové infekce**
- **HIV/AIDS**
- **Condylomata accuminata (fíčky)**
- **Herpes simplex (HSV), genitální opar**
- **Kandidóza**
- **Trichomoniáza**
- **Infekční hepatitis typu B (žloutenka typu B)**

3.3.2 Syphilis (lues, příjice)

Charakteristika

Syphilis je celosvětově nejznámějším infekčním pohlavním onemocněním, které se projevuje mnoha příznaky, může napadat kromě pohlavního systému i celý organismus a probíhá v přesně vymezených stádiích. Při neléčení může znamenat pro nakaženého smrt. „Název syfylis pochází z básně italského básníka Fracastora (1484), ve které byl pastýř Syphilus za rouhání postižen novou, závažnou nemocí. Povědomí o „trestajícím posláním“ příjice za nemravný život, trestající jako nemocného, tak jeho děti, bylo u lidí dřívějších generací velice rozšířené. Z historie příjice je známo, že se šířila v celých epidemiích a přirovnávala se k moru“ (Záruba a kol. 1994, s. 216). Další prameny nám říkají, že do Evropy ji jako první zavlekli Kolumbovi námořníci a za „Hodinu zrození syfylis“ je považována 16. hodina dne 22.2. 1495. Dále pak byla rozšiřována do ostatních částí Evropy. U nás se první záznam datuje roku 1498 v Litomyšli a poté o rok později v Praze (Hřivnová, Forýtková, 2006, s. 21).

Původce (etiologie)

Původcem onemocnění je tkáňový parazit tvaru spirály *Treponema pallidum*, pro kterého je člověk jediným hostitelem. „*Treponema pallidum* tvoří v prostoru šroubovici délky 8-14 um s jemnými pravidelnými závit, délky a hloubky 0,8 um. Lze u něho pozorovat 5 základních druhů pohybu: rotaci kolem vlastní osy, klouzavý pohyb vpřed a vzad, natahování a smršťování šroubovice, chvění špiček a ohýbání celého těla (při fixovaném konci do tvaru písmene V nebo ohýbání uprostřed do tvaru písmene Y)“ (Resl a kol., 1994, s. 22).

Přenos

1. pohlavním stykem

Člověk se nakazí „téměř vždy pohlavním stykem nebo přenosem tkáňového moku s obsahem treponemat při líbání, sání nebo při ústním (orálním) styku a primární tvrdý vřed vzniká na místě vstupu infekce do tkáně asi za 3 týdny. Nepřímá infekce vlhkými předměty potřísněnými infekčním materiálem (sklenice, cigareta, hudební nástroje brané do úst apod.), jsou naprostou výjimkou a vzácností“ (Šťáva, 1987, s. 33). *Treponema* je velice citlivá na kyslík, zaschnutí, veškeré dezinfekční prostředky a

mýdlo, proto dostatečná hygiena (např. oplachování sklenic v restauracích) stačí k zabránění přenosu infekce.

2. krevní transfuzí nebo zanedbáním hygienických norem (viz výše) – „syphillis insontium“ (příjice nevinných) nebo také transfuzní syfilis (dnes již vyloučená)

3. transplacentární přenos – „syphillis connatalis“ (přenos z matky na dítě přes infikované porodní cesty), (Hřivnová, Forýtková, 2006, s. 20).

Diagnostika a inkubace

Diagnostika probíhá na základě tzv. klasických séroreakcí nebo dle různých testů (např. Treponema pallidum – imobilizační – test (TPIT), fluorescenční test (FTA test), FTA – ABS (fluoresanční absorbční) nebo TPHA – test (průkaz protilátek proti Treponema pallidum), VDRL test – průkaz antikardiolipinových protilátek.

Inkubační doba je udávána „nejčastěji 21 dní s rozmezím 9 až 90 dní, ale uvádí se i až 110 dní, doba se může prodloužit vlivem infekčních chorob nebo účinkem antibiotik“ (Resl, 1994, s. 22). V souvislosti s postupnými projevy nemoci se zmiňují tři trojky: „ 3 týdny od nákazy do vředu, další 3 týdny do zpozitivnění klasických sérologických reakcí a ještě 3 týdny do vyrážek druhého stádia“ (Šťáva, 1987, 34).

Rozdělení příjice

Rozlišujeme příjici získanou (SYPHILIS ACQUISITA) a vrozenou (SYPHILIS CONGENITA), (Nožičková, 2003, s. 135).

- SYPHILLIS ACQUISITA (získaná příjice) – exogenní přenos nebo transfuzní
- SYPHILLIS CONGENITA (vrozená příjice) – přenos z nemocné matky na dítě

Syphillis acquisita (získaná příjice) – klinická stádia

Získaná příjice vzniká nákazou treponemat z nemocného člověka do kůže nebo sliznic při sexuální aktivitě zdravého jedince. V místě, kde se parazit dostal do těla jedince vzniká cca za 3 týdny tzv. primární afekt neboli tvrdý vřed, který je symbolem prvního stádia onemocnění. Celkově probíhá ve třech stádiích.

1. SYPHILIS I (PRIMÁRNÍ SYPHILIS) – primární stádium, primární afekt

V místě vstupu infekce se koncem třetího týdne vytvoří zčervenalé zánětlivé místo, které se přemění v nebolestivý tvrdý vřed (ulcus durum). Vřed může být různé

velikosti (nejčastěji velikost desetihalíře), různého tvaru a může být také různě umístěn (zevní pohlavní orgány, konečník, děložní čípek, glans penis aj.) dle vstupu treponemat do těla. Neléčený nebolestivý vřed se spontánně během 4 – 6 týdnů zhojí a také dochází ke zduření nejbližších uzlin. V tomto období bývají ještě sérologické reakce negativní. Až kolem 5. – 6. týdne po infekci se začínají vytvářet protilátky reaginy a treponemy postupně pronikají do oběhu. Nakažený takto zvolna přechází do tzv. sekundární příjice. Pokud jedinec dostal při první fázi antibiotika, je možné, že přejde rovnou do sekundární fáze, v tomto případě se mluví o tzv. syphilis decapitata = bez hlavního příznaku.

2. SYPHILIS II (SEKUDÁRNÍ SYPHILIS) – sekundární stádium

Druhé stádium nastává okolo 9. týdne od nákazy, charakteristické jsou kožní a slizniční projevy imunitních pochodů a postupné rozšíření treponem po celém těle. Při neléčení trvá toto období 5 – 6 měsíců. Mezi projevy, které se mohou a nemusí projevit, patří únava, bolesti kloubů a kostí, zvýšená teplota, malátnost, zduření lymfatických uzlin a vyrážky po celém těle. Typickým projevem exantému je „tzv. roseola neboli skvrnitá syfilis (lues maculosa) – hnědavé růžové skvrnky velikosti čočky až desetihalíře, souměrně rozesté po stranách hrudníku, na horních končetinách, na stehnech, na krku, méně často na obličeji, někdy i na dlaních a chodidlech“ (Šťáva, 1987, s. 40). V tomto stádiu jsou sérologické testy silně pozitivní. Stejně jako tvrdý vřed v počátcích infekce spontánně vymizí, i kožní projevy, které jsou pro druhé období nejpatrnější a nejtypičtější, také samy vymizí a nastává zdánlivě bezpříznakové *stádium latence*. „Stadium latens je klinickou fází tohoto onemocnění, které nemá žádné jiné příznaky – jen pozitivní séroreakce, může trvat 3 – 5 roků, ale i 10 – 15 i více let“ (Záruba a kol., 1994, s. 219). Treponemy se však dále šíří, přežívají v orgánech a při neléčení nastává třetí stádium – stádium orgánové příjice.

3. SYPHILIS III (TERCIÁRNÍ STADIUM) – terciální stádium

Typickým projevem posledního stádia neléčené syphilis je tvorba zánětlivých hrbolků – tzv. *gummat*. Jsou to „různě velké červenofialové hrboly, které se později rozpadají a vytéká z nich tekutina podobná arabské gumě (odtud název), mohou se vyskytnout kdekoli v organismu. Zvláště časté bývají na měkkém i tvrdém patře, v dutině nosní, v kostech, ale i v kůži, ve svalech a v mozku“ (Šťáva, 1987, s. 42). Dále nastávají vlivem poškození mozku neurologické a psychické komplikace – možnost progresivní paralýzy s degenerací mozkové tkáně, která vede nakonec k úplnému

rozkladu lidské osobnosti a v dalším průběhu k invaliditě nebo k smrti. Nemoc končí úplnou demencí a rozpadem osobnosti (Hřivnová, Forýtková, 2006, s. 22).

Léčba

Pacient musí být hospitalizován a jsou mu podávána v odpovídající antibiotika, která způsobí rozpad treponem. Základními antibiotiky jsou penicilin, tetracyklin, erytromycin, chloramfenikol (Záruba a kol., 1994, s. 220).

3.3.3 Gonorrhea (kapavka)

Charakteristika

Kapavka je považována za nejčastější a nejrozšířenější pohlavní chorobu na světě. Onemocnění je definováno jako „akutní hnisavý zánět, postihující primárně sliznice urogenitálního traktu. Může způsobit i zánět oční spojivky, rekta a vzácně i sliznice nosu, úst a faryngu. Krevní cestou může vyvolat i onemocnění pohybového aparátu, endokardu a oční duhovky. Název pochází z řeckých slov gonos-semeno, rhoein-téci“ (Resl, 1994, s. 43). Kvůli jinému průběhu onemocnění u žen a mužů se rozlišuje kapavka mužská a kapavka ženská.

Původce

Původcem je bakterie *Neisseria gonorrhoeae* (gonokok), který má při mikroskopickém vyšetření podobu kávového zrna a pomocí jemných výběžků na povrchu těla ulpívá a drží se na sliznicích, hlavně močové trubice, děložní hrdlo, konečník a oční spojivky. Bakterie patří mezi diplokoky, které se při Gramovém barvení (metoda barvení k rozlišení bakterií) barví negativně (gramnegativní bakterie).

Přenos

1. Nejčastěji pohlavním stykem,
2. výjimečně ve zhoršených hygienických podmínkách, ale „gonokok je velmi citlivý na vyschnutí, na chlad, na kyslík ze vzduchu a na světlo, proto je přenos možný jen pohlavním stykem. Přenos žínkou, houbou, ručníkem, prsty je sice možný, ale prakticky se může vyskytnout zcela výjimečně“ (Šťáva, 1987, s. 53),
3. během porodu z infikované matky na plod, aj.

Diagnostika a inkubace

K identifikaci onemocnění se provádí mikroskopické vyšetření nebo kultivační vyšetření. „Odběr materiálu se provádí nejčastěji z ústí močové trubice, u žen i z krčku děložního. Pacienti přicházejí k vyšetření v ranních hodinách, nevymočení (u akutních i chronických forem kapavek)“ (Nožičková, 1997, s. 7).

Inkubační doba kapavky se udává v rozmezí 2 – 8 dnů. U mužů se mohou klinické akutní příznaky objevit dříve, již kolem 2 – 5 dnů a u žen onemocnění probíhá naopak často bez příznaků (Nožičková, 2003, s. 131).

Kapavka u mužů

U mužů se rozlišuje *kapavka akutní přední (gonorrhoea ac. anterior)*, *kapavka akutní zadní (gonorrhoea ac. posterior)* nebo *kapavka chronická (gonorrhoea chronica)*.

- AKUTNÍ PŘEDNÍ (gonorrhoea ac. anterior)

Infekce nejdříve probíhá v přední části močové trubice s typickými počátečními příznaky – svědění až pálení, bolest při močení s různě silným hnisavým výtokem zelenožluté barvy. Tím jak hnis postupně samovolně přibývá, odkapává a vytéká z močové trubice – odtud název kapavka. Ústí močové trubice je většinou zarudlé a zduřelé, k němuž se může také při prudkém průběhu přidat zánět žaludu, předkožky a varlat. Takto neléčená kapavka se rozšiřuje do zadní části uretry (zadní kapavka) a odtud může dále postihnout infekcí močový měchýř a prostatu.

Zda se jedná o kapavku přední nebo zadní se zkoumá pomocí vyšetření dvou sklenic: „pacient vymočí první porci moči (asi 5 ml) do první sklenice, další moč do sklenice druhé. Zakalení jen první porce = kapavka přední, zakalení obou porcí = kapavka zadní“ (Záruba a kol., 1994, s. 222).

- AKUTNÍ ZADNÍ (gonorrhoea ac. posterior)

Nastává při přesunutí infekce do zadní části močové trubice, k vývodům prostaty, semenným váčkům a chámovodům. Při vyšetření je moč zakalena v obou sklenicích a při neléčení dochází k infekci prostaty, postižení semenných váčků a výsledkem je trvalá neplodnost. Nemocní „subjektivně udávají nucení na močení, bolestivost při ukončení mikce, v moči může být příměs krve – terminální hematurie“ (Nožičková, 1997, s. 8).

- **CHRONICKÁ KAPAVKA (gonorrhoea chronica)**

Toto stádium onemocnění nemá již výraznější klinické příznaky. Typická je tzv. „ranní kapka“, kdy má nemocný ráno před vymočením slabý výtok (hlenovou kapku). Pacient nemá již při močení žádné bolesti, moč je většinou čirá a obsahuje vlákna hnisu. Všechny tyto projevy jsou dnes ale velmi vzácné, protože již při prvních náznacích onemocnění se nasadí léky a včasná antibiotická léčba zabrání dalším komplikacím (Záruba a kol., 1994, s. 222).

Kapavka u žen

U žen je kapavka závažnějším onemocněním, neboť nemusí mít zpočátku žádné výraznější příznaky nebo jsou komplikace spojovány s jiným gynekologickými problémy. Rozlišují se dvě formy – *akutní a chronická forma*.

- **AKUTNÍ FORMA**

Postižena je především močová trubice a děložní čípek. Mezi první příznaky patří pálení a řezání při močení, také výtok z pochvy, z něhož je kapavka „diagnostikována až na základě depistáže, při které se vyšetřují sexuální partneři infikovaného muže. Žena, která nemá příznaky této nemoci a žije promiskuitním životem nebo prostituuje, je velmi nebezpečným zdrojem infekce. Obecně však přenos kapavky z muže na ženu je čtyřikrát snazší než opačně“ (Machová, 2002, s. 67). Postupně rozmnožující se gonokoky mohou způsobovat posun nepoznané a neléčené infekce z děložního hrdla do děložní dutiny, vejcovodů, event. i vaječníků, a přilehlé části malé pánve. Při neléčení vznikají různé závažné chorobné stavy, které mohou způsobit sterilitu i komplikace ohrožující život.

- **CHRONICKÁ FORMA**

Tato forma probíhá téměř bez větších subjektivních i objektivních příznaků a „představuje nebezpečný zdroj infekce pro sexuální partnery“ (Nožičková, 1997, s. 9).

Kapavka u dětí

Kapavka může být na děti přenesena převážně při porodu od nemocné matky nebo sestry nebo při přímém kontaktu s nakaženou osobou (např. násilné zneužití).

Nakažená žena může díky infekci kapavkou samovolně nebo předčasně porodit a „během porodu přenáší do oka plodu infekci kapavky, která vede v průběhu několika

dní po narození k oboustrannému zánětu spojivek novorozence (conjunctivitis neonatorum). Tento zánět doprovází hnisavý výtok, který slepuje oční víčka“ (Machová, 2002, s. 67). Ze zánětu spojiek se může dále vyvinout zánět oční rohovky (keratitida), která může být pro novorozence příčinou trvalého oslepnutí. Jako prevence byla „proto již v roce 1894 zavedena tzv. *kredeizace* – povinné vkapávání 1% argenitnitrátu do spojivkového vaku ihned po narození. Tato povinnost trvá a dnes se kromě argenitnitrátu používají též Ophtalmo – Septonex kapky“ (Záruba a kol., 1994, s. 223).

Vzdálené komplikace kapavky

Mezi vzdálené komplikace této infekce patří *zánět kloubů*, který se nejčastěji projevuje bolestí kloubu kolenního, nebo *diseminovanou gonokokovou infekcí*, která je následkem rozšíření gonokoků do krevního oběhu. „Může probíhat prudce, s horečkami a bolestmi kloubů, anebo bez výrazných celkových příznaků (benigněji), někdy s převahou kožních vyrážek“ (Šťáva, 1987, s. 58). Tyto komplikace se však vyskytují zcela ojediněle.

Léčba

Základním lékem na vyléčení jsou *penicilinová antibiotika*, které se podávají v megadávkách po dobu 5- 10 dnů. Po léčbě následuje dispenzarizace (aktivní kontrolní kultivační vyšetřování nemocného a sledování).

3.3.4 Ulcus molle (měkký vřed)

Charakteristika

Infekce měkkého vředu je venerické onemocnění pohlavního ústrojí charakterizované genitálními vředy a zduřením tříselných uzlin. Poprvé byl rozpoznán r. 1852, kdy byl odlišený od tvrdého vředu, ale i nadále trvaly o původu spekulace. Až v roce 1913 na základě kožních testů se podařilo vznik vředu jistě objasnit. V historii byl měkký vřed považován za nemoc lidí s nižší životní úrovní a postihoval osoby s nízkou hygienou (častěji muže). Mnoho případů se vyskytovalo v armádách – „již za první světové války činil např. u amerických expedičních sil 75 % všech genitálních vředů a za druhé světové války 40 % všech venerických chorob u vojáků v oblasti

Panamského průplavu“ (Štáva, 1987, s. 73). V současnosti se u nás infekce vyskytuje skutečně ojediněle, ale díky velké migraci není možnost nákazy nikdy vyloučená.

Původce a inkubace

Původcem venerické infekce je tyčka *Haemophilus Ducrey* citlivá na zvýšení teploty a vyschnutí. Její „průkaz se provádí mikroskopicky, vytváří krátké řetězce o 2 – 4 mikroorganismech v útvarech připomínajících „tažení ryb“ (Nožičková, 1997, s. 34). Bakterie je pojmenovaná po italském vědci Augustovi Ducreyovi, který ji objevil.

Inkubace se nejčastěji udává 3 – 5 dní (Záruba a kol., 1994, s. 224).

Přenos

Infekce je přenášena výhradně pohlavním stykem. Udává se, že nosiči jsou převážně ženy a převahou nakažených je mužská populace, převážně homosexuálové.

Klinický obraz

Nejdříve dojde k zčervenání a vypuknutí puchýřků (papul) nejčastěji na genitálu, u mužů nejčastěji na žaludu (glans penis), předkožky (praeputium), uzdičky (frenulum) a u žen se nachází „nejčastěji na velkých stydkých pyscích, zadní komisuře, kolem ústí uretry a v perianální¹⁴ krajině“ (Nožičková, 1997, s. 34). Drobné puchýřky se postupně vyvinou ve vředy, pro který je typická bolestivost. Vředy mohou být okrouhlého nebo oválného tvaru průměru 3 až 20 mm, mohou hnisat a může se jich vytvořit i více najednou (autoinokulace). „Vřed přetrvává týdny a odhojuje se viditelně vkleslou jizvou. Ke zduření lymfatických uzlin dochází během několika dnů až týdnů. V inguinách¹⁵ může být jednostranné i oboustranné, vždy bolí, kůže nad bubony¹⁶ zčervená, infiltrát absceduje a po provalení vzniká hnisající sinus. Z bubonů nebo z okrajů vředů lze získat materiál k mikroskopickému vyšetření“ (Nožičková, 1997, s. 35).

¹⁴ perianální – oblast kolem konečníku

¹⁵ inguina - třísla

¹⁶ bubony – zduření tříselných a mizních uzlin

Léčba

K léčbě se podávají *sulfonamidy*, jejichž účinná terapie se poprvé prokázala v roce 1938. Do té doby se zkoušely různé metody a procedury. Současné mohou být podávány i jiná antibiotika. „Vzhledem k možnosti současné infekce syfilidou doporučuje se léčení sulfonamidy a streptomycinem a vyšetření séroreakcí za 5 – 6 týdnů“ (Záruba a kol., 1994, s. 224).

3.3.5 Chlamydiové infekce

Charakteristika

Infekce chlamydiemi patří mezi běžné sexuální bakteriální infekce. Dokonce jsou považovány za nejčastější a nejrozšířenější sexuálně přenosnou infekci. Projevuje chronickými záněty močových a pohlavních cest (u žen je většinou postižen děložní čípek a u mužů pohlavní trubice).

Původce

Původcem je bakterie *Chlamydia trachomatis*, která „se vyskytuje v různých typech, které působí různá onemocnění. Typy A-C jsou příčinou oční infekce (zánět spojivek), jejímž následkem je trachom. Typy L 1-3 jsou původci čtvrté pohlavní nemoci, u nás velmi vzácné. Typy D-L jsou původci chlamydiových pohlavních nemocí“ (Machová, Marádová, 2002, s. 70). Chlamydie se v buňkách infikovaného člověka rozmnožuje, a tím buňky ničí a způsobuje chronické záněty.

Přenos a inkubace

Chlamydie jsou přenášeny ananálním a genitálním stykem bez použití kondomu nebo z infikované matky na plod. Výjimečně mohou být přeneseny orálním sexem nebo rimmingem.

Inkubační doba se udává většinou 8 – 14 dní (Machová, marádová, 2002, s. 70).

Klinická stádia

Infekce může probíhat u mužů i žen bez výraznějších příznaků (asymptomaticky), a proto se může stát velmi nebezpečnou chorobou se závažnými dopady na úroveň reprodukce.

U mužů se objevuje výtok z močové trubice a pálení při močení. „Hlavní a nejdůležitější komplikací u mužů je zánět nadvarlete s možným ohrožením plodnosti, méně často se vyvine zánět prostaty“ (Machová, Marádová, 2002, s. 71).

U žen se infekce nejdříve projeví zánětem děložního hrdla (cervicitis), odtud může přecházet vzhůru k děloze a napadat děložní sliznici.

„Nejčastějšími příznaky je bolest nebo pálení při močení, mléčný výtok z nezřídka zanícené močové trubice, rodidel nebo análního otvoru. Výtok může být i bolestivý“ (Ondris, Hlavatý, 2006, s. 6).

Léčba

Infekce se léčí antibiotiky. Je důležité včasné odhalení nemoci. Kvůli častému asymptomatickému průběhu je zánět rozpoznán, až když je plně rozvinut. Následky mohou být „sterilita pro neprůchodnost vaječníků, mimoděložní těhotenství, samovolný potrat, předčasný porod“ (Machová, Marádová, 2002, s. 71). Stejně jako u kapavky mohou také chlamýdie infikovat u novorozence oči při průchodu děložním hrdlem .

3.3.6 HIV/AIDS (Syndrom získaného imunodeficiency)

Historie objevu

K odhalení viru lidského imunodeficitu přispěli na počátku 80. let 20. stol. američtí vědci a francouzští autoři v Pasteurově Institutu v Paříži. „V roce 1981 byl v USA publikován případ několika mladých mužů, kteří byli postiženi nádorovým onemocněním kůže (Kaposiho sarkom), které se u mladých osob zpravidla nevyskytuje, a vzácnou plicní infekcí. Brzy bylo zřejmé, že se objevila epidemie choroby, která je spojená s potlačením funkce imunitního systému. Tyto poruchy byly pozorovány nejdříve mezi muži s homosexuálními styky, mezi injekčními uživateli drog a u lidí, kteří byli léčeni krevními transfuzemi pro hemofilii. Toto zjištění nasvědčovalo tomu, že onemocnění se přenáší jednak při pohlavním styku, jednak krví“ (Machová, Hamanová, 2002, s. 77 – 78).

V roce 1983 byl publikován další nález z laboratoře prof. Montagniera z Paříže též z homosexuálního pacienta s projevy rozsáhlého zduření tkáně lymfatických uzlin (lymfadenopatie), podle kterého byl virus nazván jako LAV (*Lymphadenopathy Virus*). Současně probíhal výzkum amerických vědců o problematice HTLV virů (Human T Lymphocyte Virus type I and II). R. Gallo tyto viry detailně prozkoumal a roku 1984

publikoval svůj závěr, ve kterém označil virus z pacienta s AIDS jako *HTLV III*, neboť má mnoho společných vlastností s předešlými viry *HTLV I* a *II*. Též američtí pracovníci prozkoumali francouzský virus *LAV* a „bylo prokázáno, že viry *HTLV III* a *LAV* jsou totožné a s konečnou platností byly označeny jako etiologické agens AIDS“ (Šejda, 1993, s. 27 - 28).

V roce 1986 byl francouzskými vědci objeven další virus s názvem *LAV-II*, který pocházel od heterosexuálního pacienta s AIDS z oblasti západní Afriky, a který se od původního *LAV* viru lišil, proto dostal nové pojmenování. Obdobný virus byl také v té době objeven ve Švédsku. Konečná reklasifikace byla provedena roku 1987, kdy „byla prokázána totožnost těchto virů a původně izolované viry z roku 1983 a 1984 byly označeny jako HIV typ 1, biologicky odlišné viry vyvolávající AIDS především v Africe byly označeny jako HIV typ 2“ (Šejda, 1993, s. 28).

Prvním pokrokem v léčbě byl rok 1986, kdy „první klinické výsledky ukazují na prodloužení přežití u pacientů s AIDS, kterým byl podáván antivirový preparát ATZ (azidothymidin)“ (Hřivnová, Forýtková, 2006, s. 24). Dalším pokrokem byly první pokusy s vakcínami na člověku v letech 1991-1993.

Charakteristika

Název onemocnění AIDS je zkratka anglického výrazu „*Acquired Immunodeficiency Syndrome*“ v českém překladu „*syndrom získaného selhání imunity*“, přičemž AIDS je závěrečným stádiem infekce způsobené virem HIV (*Human Immunodeficiency Virus – virus lidského imunodeficitu*). Jelikož virus asi není jedinou příčinou komplexu příznaků onemocnění, byl použit název syndrom a předpokládá se, že jeho vznik má multifaktoriální příčiny. Podstatou této nevyléčitelné nemoci je takový, že virus HIV v lidském těle „napadá jednu skupinu bílých krvinek, tzv. T4-lymfocyty, jejich prostřednictvím se rozmnožuje a tím je ničí“ (Váňová, 1992, s. 21). Lymfocyty tak nemohou spoluvytvářet protilátky proti infekcím, a proto dochází ke ztrátě imunity (obranyschopnosti) člověka, což je příčinou smrti jedince.

Původce (virus HIV)

Původcem je **virus HIV** (Human Immunodeficiency Virus = virus lidského imunodeficitu), který patří do skupiny retrovirů. Dosud jsou dle R. C. Gallo známy tyto retroviry (Šejda, 1993, s. 31):

- HTLV-1
 - akutní T-buněčná leukémie
- HTLV-II
 - mírnější projevy imunodeficitu aj.
- HIV-I
 - syndrom získaného imunodeficitu (AIDS) a progresivní encefalitida (AIDS dementia complex – ADC)
- HIV-2
 - syndrom získaného imunodeficitu
- HTLV-V
 - T-buněčné lymfomy kůže

Retroviry mají oválný tvar o průměru 80 – 120 nm, skládají se z obalu (envelope) a jádra (core) a na povrchu mají fosfolipidový obal s výběžky. Obal obsahuje dvojvláknovou ribonukleovou kyselinu (RNA) a reverzní transkriptázu, která je nejdůležitější z genetického fondu viru, neboť umožňuje přepis genetické informace z RNA do DNA.

Po vniknutí do krevního řečiště virus napadá cílové buňky, které pro něj mají na svém povrchu vhodné receptory. V lidském těle to jsou čtyři druhy bílých krvinek – lymfocyty řady *T4 (CD4)*. Receptor buňky „se spojuje s glykoproteinovým výběžkem viru v můstek, po kterém přejde obsah viru do buňky a reverzní transkriptáza zabuduje jeho genetickou informaci z RNA do DNA (deoxyribonukleové kyseliny) hostitelské buňky“ (Machová, Hamanová, 2002, s. 78). Tak se provirus (genetický signál viru) stává součástí postižené buňky, která získává schopnost sama produkovat kdykoli nové viry. Vir v buňce zůstává až do její smrti. Postupně se množí, uvolňuje se do krevního oběhu a napadením usmrcuje další lymfocyty, což vede ke ztrátě imunity a ke vzniku onemocnění AIDS.

Přenos

HIV vir byl nalezen skoro ve všech tělních tekutinách, ale přenos je možný pouze těmi, v nichž je přítomen ve velkém množství. Jsou jimi *krev, sperma, poševní sekret a mateřské mléko*. „Při běžném domácím a sociálním styku ani při bodnutí hmyzem se HIV nepřenáší. Nejdůležitější cestou přenosu HIV je pohlavní styk“ (Resl, 1994, s. 67). Aby se daný jedinec skutečně nakazil, musí přejít z jedné osoby na druhou určité kritické množství mikroorganismu pro něj specifickou cestou.

Způsoby přenosu:

- **Pohlavním stykem:**

- *homosexuální přenos* – velmi rizikový je nechráněný anální styk (styk do konečníku), protože může snadno dojít k poškození sliznice a tím ke krvácení.

„Při jediném nechráněném análním styku se průměrné riziko přenosu u příjemce pohybuje mezi 0,17% - 10%“ (Kubátová a kol., 2009, s.10).

- *heterosexuální přenos* – je možný oběma směry, žena je více ohrožena než muž, množství viru je mnohem vyšší ve spermatu než ve vaginálním sekretu, riziko přenosu zvyšuje přítomnost ostatních sexuálně přenosných chorob.

„Při jediném nechráněném vaginálním styku se průměrně riziko přenosu HIV z ženy na muže pohybuje mezi 0,03% - 0,14% a riziko přenosu HIV z muže na ženu mezi 0,05% - 5,0%“ (Kubátová a kol., 2009, s. 10).

- **Krví:**

- *injekční užívání drog* – hlavní příčina rozšíření mezi toxikomany, společné používání injekčních jehel, stříkaček a dalších pomůcek, též hrozí riziko nakažení virů hepatitid B a C,
- *transfuzí krve a krevními deriváty* – dnes již prakticky vyloučeno,
- *znečištěním poraněné kůže nebo sliznice infikovanou krví* – tetování, piercing, první pomoc neznámým krvácejícím osobám (Kubátová a kol., 2009, s. 10).

- **Z matky infikované virem HIV na plod (těhotenství, porod, kojení)** – riziko kolísá v závislosti na stádiu infekce, typu porodu a profylaxi .

„Riziko přenosu nákazy z matky na dítě v rozvinutých zemích se pohybuje okolo 26%, při použití cílené profylaxe u matky a dítěte se sníží na cca 8%. V rozvojových zemích

riziko vertikálního přenosu HIV bez použití profylaxe může dosáhnout až 60%“

(Kubátová a kol., 2009, s. 11).

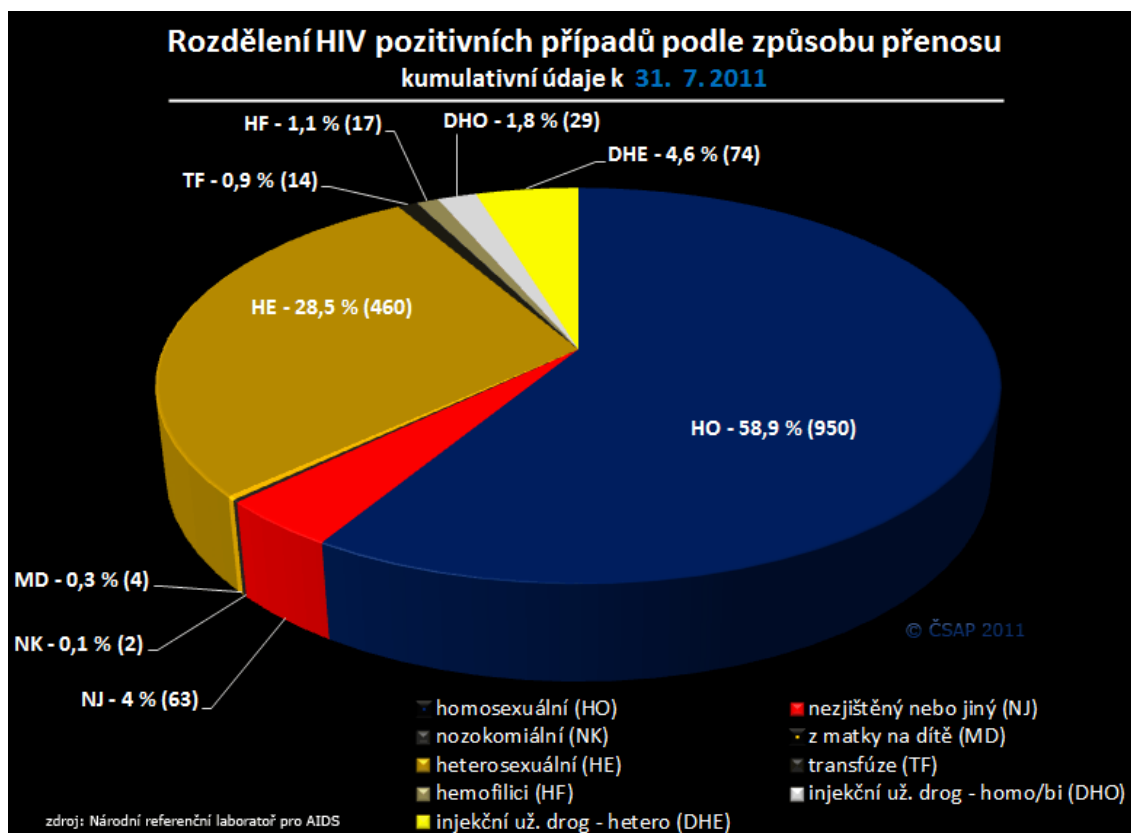
1. Další možné způsoby přenosu:

- a. líbáním, slzami či močí – neexistuje zatím žádný důkaz této cesty přenosu (riziko vzniká při tzv. francouzském líbání, kdy oba jedinci mají poraněné krvácející dásně).

K přenosu viru HIV nemůže v žádném případě dojít polibkem, podáním a stiskem ruky, použitím stejného WC, kýcháním, kašláním, koupáním, potem, vodou, potravinami, používáním jídelních příborů aj.

Dle statistických údajů na dostupných na stránkách České společnosti AIDS pomoci (ČSAP) bylo zjištěno nejvíce HIV pozitivních případů při homosexuálním přenosu, celkem 58,9 % (950 případů) a nejméně případů bylo přeneseno transfuzí, celkem 0,9 % (14 případů).

Graf 1 - HIV pozitivní případy podle způsobu přenosu (dostupný na www.aids-pomoc.cz)



Test na přítomnost protilátek proti viru HIV

Možnost testu náleží dobrovolně každému jedinci, kterému může krev na screeningový test odebrat jeho ošetřující lékař nebo kterákoliv hygienická stanice. Výsledek vyšetření je hotov nejpozději do 14 dnů a je hrazen zdravotní pojišťovnou.

Povinně a neanonymně musí v ČR vyšetření podstoupit dárci krve, orgánů a spermatu, dále těhotné ženy kvůli případné včasné ochranné léčbě plodu.

Po proniknutí viru HIV do organismu se začínou v těle vytvářet charakteristické protilátky, jejichž přítomnost lze prokázat až „3 týdny od nákazy, s jistotou však až za 2-3 měsíce. Proto *důkaz protilátek v krvi* poskytne test, který se dělá až za 3 měsíce od pravděpodobné nákazy. Pokud se dělá při malé koncentraci protilátek, může jeho výsledek být falešně negativní, a pak je nutné jej opakovat za 2-3 měsíce“ (Machová, Hamanová, 2002, s. 81). U každého pozitivního *screeningového testu* se provádí pro ověření i *tzv. konfirmační testy*, které realizuje specializované pracoviště Národní referenční laboratoř pro AIDS Státního zdravotního ústavu v Praze.

Při pozitivním výsledku testu si jedinec musí uvědomit, že je infekční, proto se musí chovat odpovědně a nesmí infekci šířit na další osoby. Měl by informovat svého sexuálního partnera, nesmí darovat krev a při pohlavním styku by měl používat kondom. Pozitivní test však neznamena, že má již onemocnění AIDS. Dle zdravotního stavu může jedinec dále vykonávat své dosavadní činnosti, zaměstnání a nemusí o svém stavu informovat svého zaměstnavatele (Machová, Hamanová, 2002, s. 82).

Průběh infekce a klinická stádia

První příznaky se mohou objevit za 15 – 90 dní po nákaze, ale také třeba až za 7 let. Je třeba rozlišovat pojmy, že jedinec nakažený virem HIV nemusí být nemocný AIDS, protože „od získání infekce k plně rozvitému obrazu AIDS může uplynout řada let, v průměru do 10 roků onemocní asi 60 % infikovaných, asi 20 % má preklinickou formu, 20 % zůstává klinicky němých a jsou známy i případy, kdy od infikování uplynulo již 15 let, v nichž se neukázaly žádné potíže“ (Machová, Marádová, 2002, s. 83).

Dle klinických projevů se používají různé klasifikace, přičemž nejčastější je dělení zavedené v roce 1986 CDC (Centre for Disease Control) v Atlantě (Resl, 1994, s. 69 – 70).

STÁDIUM I: stádium *primoinfekce*

Nejčastějším projevem primoinfekce je syndrom infekční *mononukleózy*, která se projevuje zvýšenými teplotami, bolestmi hlavy, zduřením lymfatických uzlin, bolestmi ve svalech, někdy i vyrážka aj. Příznaky připomínají chřipkové onemocnění. V této fázi je nutné vyloučit jiné virové onemocnění. Příznaky se projevují podle toho, jak dochází ke zhoršování imunitních funkcí.

STÁDIUM II: stádium *asymptomatické* (bezpříznakové)

Je to tzv. období latence, kdy infikovaný člověk nemusí mít zpravidla žádné potíže anebo se může objevit zvětšení lymfatických uzlin. V této době však nastávají již „postupné změny imunitního systému a jejich nejnápadnějším projevem je pokles CD4+ lymfocytů. Při poklesu počtu CD4+ lymfocytů pod hodnoty 500/mm³ se objevují první příznaky, které signalizují sníženou výkonnost imunitního systému a nakažený člověk přechází z asymptomatické fáze HIV infekce do časně symptomatické fáze HIV infekce“ (Machová, Marádová, 2002, s. 83).

STÁDIUM III: stádium *perzistentní generalizované lymfadenopatie (PGL, resp. LPG, nebo lymfadenopatický syndrom - LAS)*

Typické je zvětšení periferních lymfatických uzlin, které musí být zvětšené na dvou různých oblastech mimo třísla, nejčastěji se nachází na krku a v podpaží. „Uzliny musí být větší než 1 cm, přetrvávat nejméně 3 měsíce a nesmějí být spojeny s jiným infekčním nebo nádorovým procesem“ (Resl, 1994, s. 69). LAS může trvat několik let nebo přechází do stádia ARC (AIDS Related Complex).

STÁDIUM IV: stádium *AIDS Related Complex (ARC)*

Dochází k postižení celkového stavu, charakteristickými příznaky jsou: „těžká únavnost, úbytek na hmotnosti (větší než 5 kg za dva měsíce nebo větší než 10 % celkové hmotnosti), horečka nebo opakované horečky bez zjištěné příčiny, silnější pocení, noční poty, zduření lymfatických (mizních) uzlin nejméně na dvou místech těla, zvláště na krku, na šíji a v podpaží, pro které není žádné vysvětlení, suchý kašel, krátkodechost, povlaky a zánětlivé projevy v dutině ústní, vodnaté průjmy, křeče ve střevech a někdy střídavě zácpa, bolesti ve svalstvu a v kloubech“ (Šťáva, 1987, s. 90). Všechny příznaky by měly trvat alespoň 4 – 6 týdnů, jsou nespecifické, a proto musí být důkladně laboratorně vyšetřeny. Tento stav se může opět dlouhodoběji přetrvávat a nebo přechází do konečného stádia „úplného obrazu AIDS“.

„**Úplný obraz AIDS**“ je důsledkem úplného rozvratu imunitního člověka, který je vždy smrtelný. Je charakterizován maligním nádorem kůže i vnitřních orgánů

Kaposiho sarkomem, dochází k poškození mozku (nádory a infekce – např. toxoplazmóza ústředního nervstva), charakteristické jsou další infekční kožní projevy jako kandidóza, h. zoster aj., objevují se recidivující pneumonie, tuberkulóza, salmonelová bakteriémie. Vše vede až k úplné demenci a rozpadu osobnosti jedince, který umírá na některou z výše uvedených komplikací (Machová, Hamanová, 2002, s. 84; Hřivnová, Forýtková, 2006, s. 26).

Léčba a prevence

Dosud nebyl proti AIDS objeven žádný lék ani očkování, které by HIV infekci vyléčili nebo ji předcházeli. Léčba spočívá pouze ve zpomalení množení viru v organismu a tím oddálení zhroucení imunitního systému. Používají se *antiretrovirové léky* v tzv. kombinované léčbě. Pacient užívá v tabletách dle doporučení lékaře dvoj- nebo trojkombinaci těchto antiretrovirových léků.

Nejdůležitější a stěžejní v boji proti HIV infekci je prevence. Mezi preventivní opatření patří (Marádová, Machová, 2002, s.84 -85):

- Výchova ke zdravému životnímu stylu a nerizikové sexuální chování

Jelikož je největší riziko přenosu pohlavní cestou, je toto opatření považováno za nejdůležitější, zvláště je věnována pozornost dospívajícím, kteří mají pohlavní život před sebou. Za nejúčinnější a nejčastější *trias prevence*, stanovený národním programem HIV/AIDS v České republice, se považuje ABC:

1. **Abstinence (Abstinence)** v dospívání,
2. **Buď věrný/á (Be monogameous)**,
3. **Chraň se kondomem (Condoms)** – kondom je v současnosti jedinou možnou ochranou před HIV virem.

Výchova by dále měla posilovat mravní hodnoty, tradiční zdravé chování a obecně by měla být podporovány tzv. ochranné sociální normy, např. nemít pohlavní styk s osobou, kterou dobře neznám, nestřídat sexuální partnery, vyvarovat se rizikovému chování aj.

- Prevence přenosu HIV při intravenózní aplikaci drog

Informovanost uživatelů drog o tom, aby si jehly a stříkačky vzájemně nepůjčovali a dbali na sterilitu náčiní. Informace o místech, kde zdarma poskytují výměnu jehel a stříkaček (jejich seznam je uveden na stránce www.aids-hiv.cz).

- Prevence přenosu krví, spermatem a darovanými orgány

Provádění testů u všech dárců a dbát na zvýšenou ochranu při první pomoci. Dále dbát na ochranu při kontaktu s osobou s porušenou kůží nebo sliznicí, aby nedošlo ke styku s krví HIV pozitivního člověka.

- Psychologické poradenství pro infikovanou osobu

Veškeré poradenství zřizuje Ministerstvo zdravotnictví České republiky, kde byla vytvořena *Národní komise pro řešení problematiky HIV/AIDS* v čele s hlavním hygienikem České republiky. Vládou byl také schválen *Národní program prevence AIDS*, který je rozpracován na pětileté období a má sídlo v Státním zdravotním ústavu (Šejda, 1993).

Nevládní organizace na pomoc AIDS v České republice

HIV infekce znamená nejen zdravotnický, ale i celospolečenský problém, a proto vznikala a vznikají různé organizace a sdružení na pomoc postiženým tímto onemocněním. Mezi nejznámější patří (Šejda, 1993, s. 168 – 169; kol. autorů, 2009)

2. Česká společnost AIDS pomoc (ČSAP) – vznikla roku 1989 a roku 1999 otevřela Dům světla – sociálně zdravotní, azylové a preventivní centrum.
3. Občanské sdružení Rozkoš bez rizika – preventivní programy pro osoby žijící se sexem.
4. Nadace DROP – IN – programy pro drogově závislé jako prevence šíření HIV cestou nitroděložní aplikace drog.
5. Nadace Pro život – působení na mládež jako prevence AIDS.
6. Sdružení SOHO – Sdružení organizací homosexuálních občanů
7. OSSNAD – Občanské sdružení Společně s nadějí proti AIDS a drogám

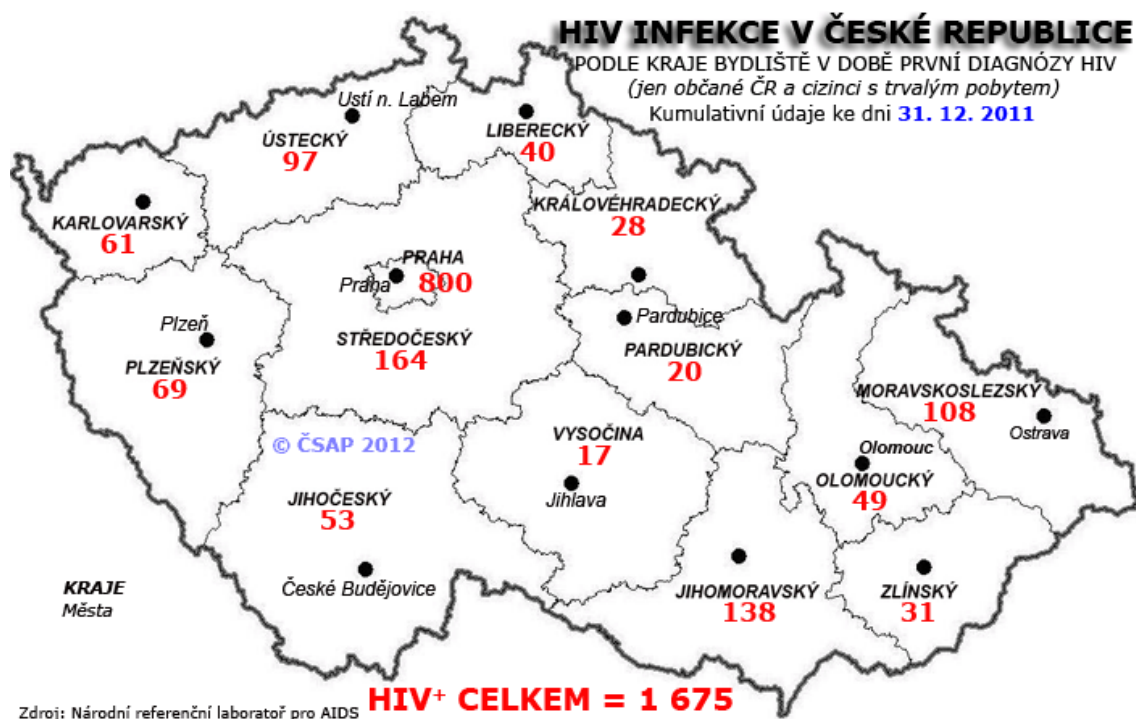
Situace infekce HIV/AIDS v České republice

Česká společnost AIDS pomoc uvádí tyto statistické údaje (dostupné na www.aids-pomoc.cz):

- v České republice bylo diagnostikováno **1675 HIV pozitivních osob**, přičemž nejvíce připadá na Prahu, Středočeský a Jihomoravský kraj a nejméně jich připadá na Vysočinu a Pardubický kraj,
- od počátku roku 2011 bylo zjištěno 153 nových pozitivních případů (o 27 méně než v roce 2010),

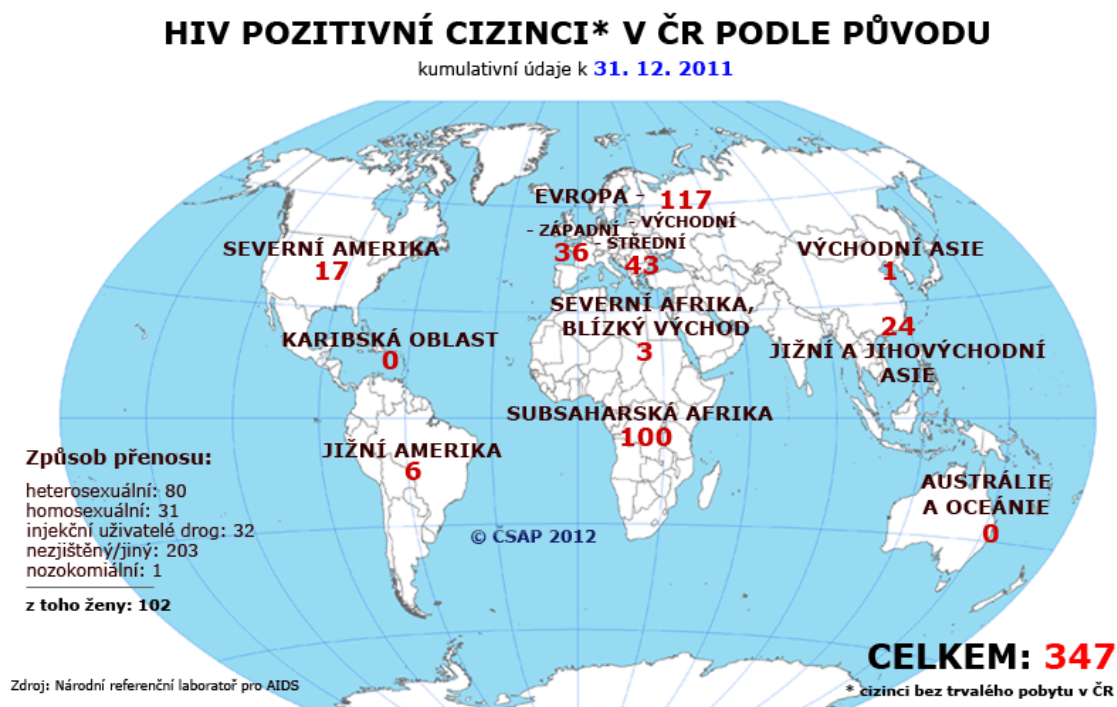
- na konce roku 2011 bylo nahlášeno 12 nově diagnostikovaných HIV pozitivních,
- celkově v České republice onemocnělo AIDS již 341 lidí,
- celkem zemřelo v roce 2011 na AIDS 8 lidí,

Obrázek 4 - Mapa HIV Infekce v ČR podle kraje bydliště (dostupný na www.aids-pomoc.cz)



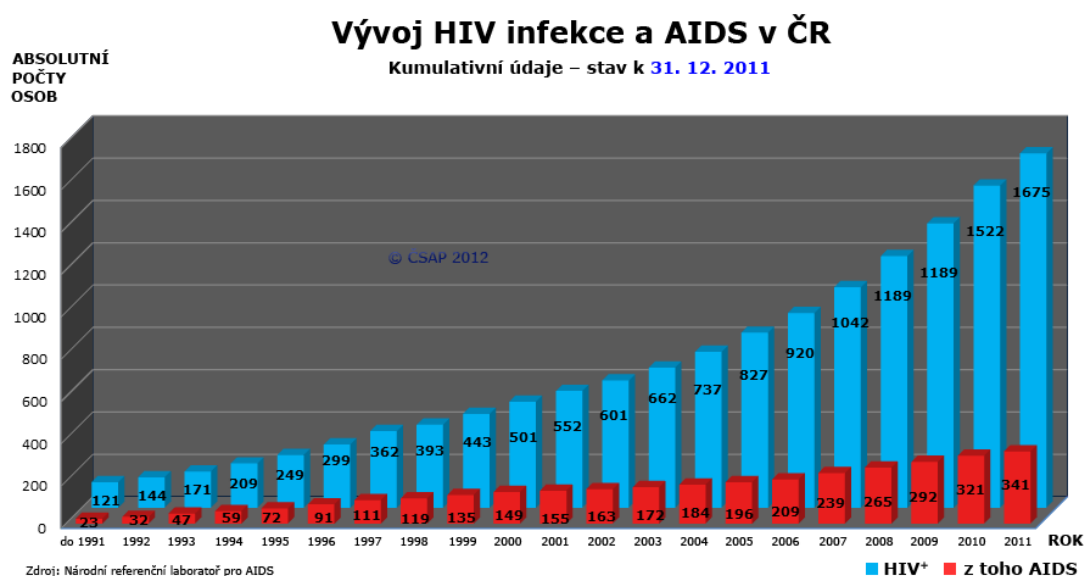
Druhý obrázek nám znázorňuje počet HIV pozitivních cizinců na území ČR. K 31.12. 2011 bylo evidováno 347 HIV pozitivních cizinců.

Obrázek 5 - HIV + cizinci v ČR bez trvalého pobytu podle původu (dostupný na www.aids-pomoc.cz)



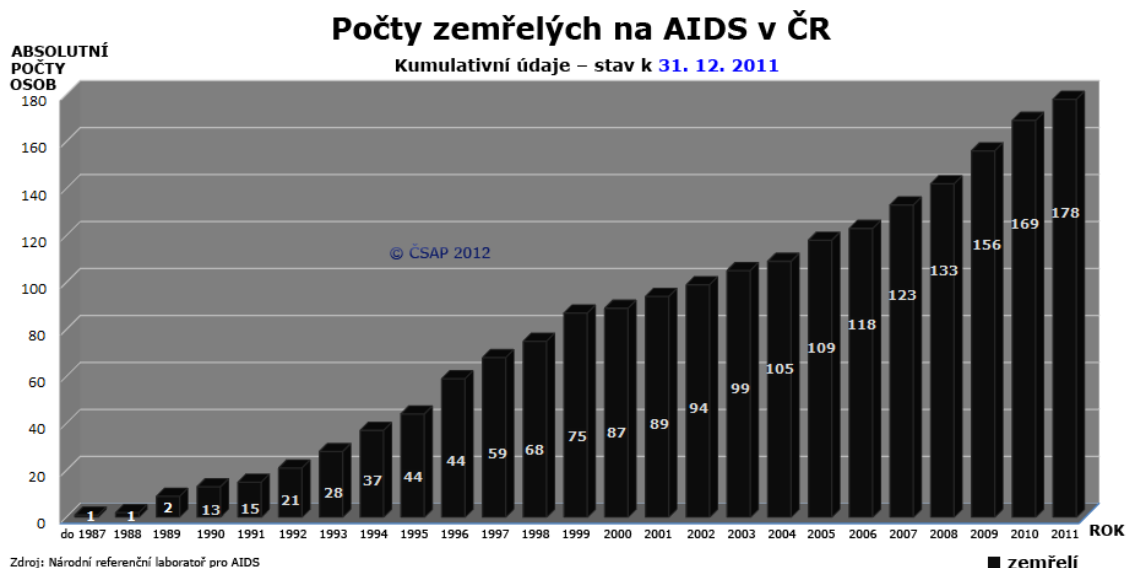
Následující graf nám ukazuje, jak se počet nakažených HIV neustále zvyšuje. Do roku 1991 bylo nakažených HIV infekcí 121 osob a v roce 2011 počet činil již 1675 osob HIV pozitivních.

Graf 2 - Vývoj HIV a AIDS v Česku 1986 – 2011 (dostupný na www.aids-pomoc.cz)



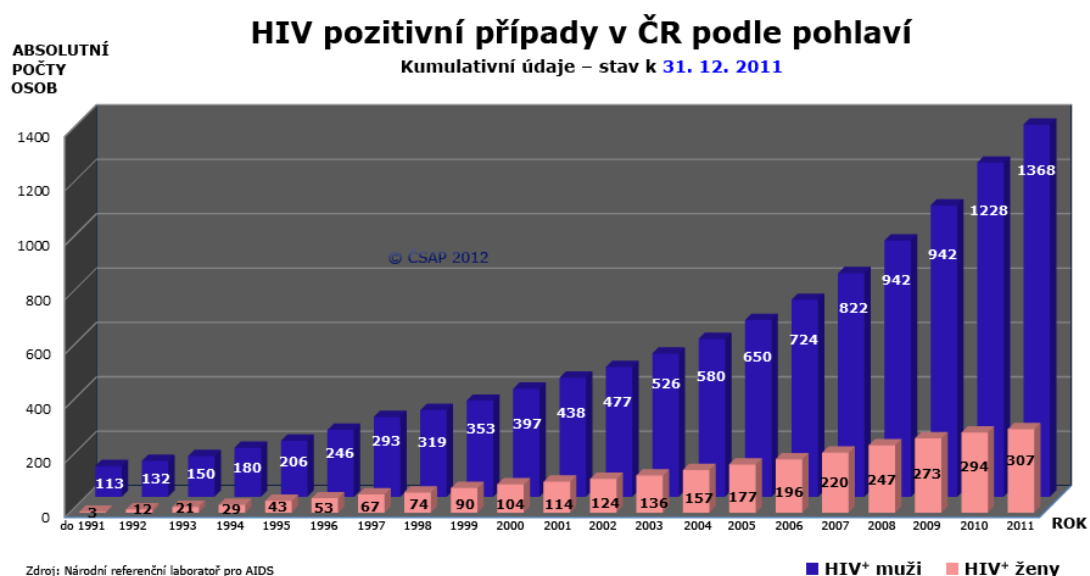
Do roku 1987 zemřel na AIDS jeden člověk, zatímco v roce 2011 AIDS podlehl 178 jedinců.

Graf 3 - Počty zemřelých na AIDS v ČR v letech 1986 – 2011 (dostupný na www.aids-pomoc.cz)



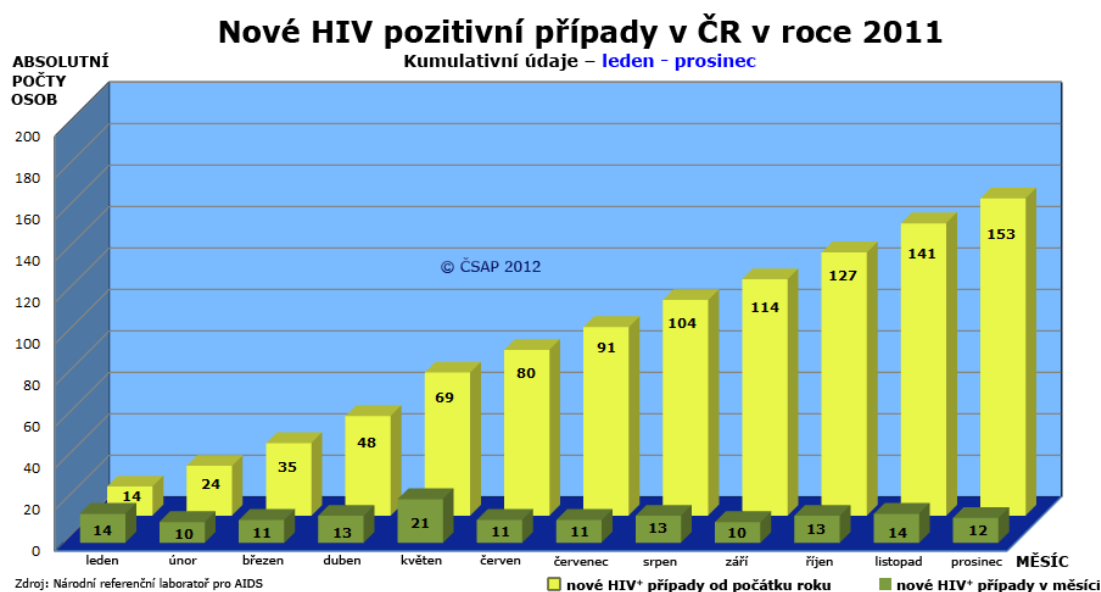
Na následujícím grafu dle statistického výzkumu vidíme, že mnohem častěji nákaze podléhají muži než ženy. Do roku 1991 bylo evidováno HIV pozitivních 113 mužů a pouhé 3 ženy. V roce 2011 počet činil 1368 HIV pozitivních mužů a 307 žen.

Graf 4 - HIV v ČR podle pohlaví 1968 – 2011 (dostupný na www.aids-pomoc.cz)



Za poslední rok 2011 bylo evidováno 153 nových HIV případů. Největší nárůst byl v měsíci květnu, kdy činil 21 nových HIV případů.

Graf 5 - Nárůst počtu HIV pozitivních v roce 2011 (dostupný na www.aids-pomoc.cz)



3.3.7 Condylomata accuminata (fíčky)

Charakteristika

Špičaté kondylomy (condylomata accuminata) jsou virovým onemocněním přenášeným lidským papilomovým virem HPV (Human papilloma virus).

Kondylomy jsou označením pro genitální bradavice, které jsou z historie známe již od Hippokrata. „V historii se označovaly jako condyloma (= okrouhlé zduření) – slovo řeckého původu, nebo tymián (tento název vycházel z podobnosti povrchu bradavic a listem divoce rostoucího tymiánu) a fík. Pojem condyloma přetrval dodnes. Na konci 19. stol. k němu přibyl termín accuminatum a condyloma accuminatum je dnes běžné užívané označení pro genitální bradavice“ (dostupné na www.papillomavirus.cz).

Původce

Původcem je lidský papilomový vir *HPV (Human papilloma virus)*. HPV virů existuje několik typů (kolem 40 typů). Některé způsobují vznik bradavic (nejčastěji typy 6 a 11), jiné typy HPV napadají děložní čípek, kde jsou příčinou abnormálních změn v jeho buňkách a tím mohou být zodpovědné za přednádorové bujení (prekancerózy), které se může později vyvinout v karcinom děložního čípku (nejčastěji typy 16 a 18).

S lidským papilomavirem se během života setká většina žen, nakazit se již může dívka při zahájení pohlavního života. Infekce může spontánně vymizet a nebo může naopak v těle přetrvávat i několik let bez projevů. Právě u těchto žen, které se viru nezbaví, je zvýšené riziko karcinomu děložního čípku. Z tohoto důvodu je nejdůležitější prevencí očkování před zahájením pohlavního života a pravidelný screening pro prevenci karcinomu děložního čípku (dostupné na www.mou.cz).

Přenos a inkubace

Genitální HPV viry se přenášejí nejčastěji pohlavním stykem a také při porodu z infikované matky na plod.

„U sexuálně aktivních žen je infekce HPV detekována v 3,5 - 33% (39) případů a je srovnatelná s prevalencí HPV u zdravých mužů, kde se pohybuje mezi 9 až 24% (40,41,42,43). Studie prevalence HPV u partnerů ukazují na současnou přítomnost HPV DNA u 53 až 68% párů (44,42,45,46)“ (dostupné na www.papillomavirus.cz).

Klinický obraz

Po inkubační době „se v místech vlhké zapářky objeví drobné pupínky, které se postupně zvětšují v bradavičnaté až květákovité výrůstky. Na povrchu mokvají a zapáchají. Zpravidla vyrůstají na vulvě, mimo vulvu pak v pochvě, na děložním čípku, v močové trubici a kolem konečníku“ (Machová, Marádová, 2002, s. 72). Bradavice jsou velice infekční, před nákazou se lze ochránit použitím kondomu.

Léčba

Metody léčby lze rozdělit na tři skupiny (dostupné na www.papillomavirus.cz):

- 1/ *chirurgické metody* (nejčastější),
- 2/ *chemické látky* (potírání chemikáliemi nebo mastí, zmrazení tekutým dusíkem),
- 3/ *imunomodulační preparáty a antivirové preparáty*.

Prevence

Nejúčinnější prevencí proti HPV virům jsou pravidelné gynekologické prohlídky (screening děložního hrdla) a očkování, které chrání před určitými typy HPV viru.

“Karcinom děložního čípku (KDC) v celosvětovém měřítku zůstává druhým nejčastějším zhoubným nádorem žen. Každoročně je diagnostikováno téměř 500 000 nových případů a umírá na něj téměř 250 000 žen” (dostupné na www.papillomavirus.cz).

1 Očkování proti rakovině děložního čípku

Vakcinace slouží především jako prevence infekce HPV a nejúčinnější je, pokud se provádí ještě před zahájením pohlavního života (kolem 12. až 15. roku). Vakcíny riziko karcinomu snižují, nikoliv ho nevylučují, I nadále je proto nezbytné chodit na pravidelné gynekologické prohlídky.

“Česko patří v EU k zemím s nejvyšším výskytem rakoviny děložního čípku, ročně onemocní tisíc žen a 400 na zhoubnou nemoc zemře. Aktuálně se léčí s rakovinou čípku v Česku přes 16 tisíc žen. Přednádorové změny se objevují ve stále mladším věku, zákroky na čípku podstupují ženy již od 25 let, ročně jich je provedeno 12 tisíc” (dostupné na www.zpravy.ihned.cz), a nejen proto bude od 1. 4. 2012 očkování plně hrazeno zdravotními pojišťovny dívkám ve věku od 13 do 14 let. V současnosti jsou k dispozici dvě vakcíny – Silgard a Cervarix. Očkování se provádí ve třech dávkách v průběhu šesti měsíců.

Silgard = vakcína proti lidskému papilomaviru typ 6, 11, 16, 18

= pro dívky a chlapce od 9 do 15 let, ženy od 16 – 26 let

Cervarix = vakcína proti lidskému papilomaviru typ 16, 18

= pro dívky a ženy od 10 do 25 let

(dostupné na www.mou.cz, www.papillomavirus.cz).

2 Screening

Screening je nejlepší ochranou před vznikem karcinomu, protože může včas objevit změněné cervikální buňky, které se při začínajícím nádorovém bujení začínají nekontrolovatelně množit. Screeningem se mohou tyto časné stádia bujení včas odhalit a odstraněním změněných buněk je možno zabránit vzniku karcinomu. Screening je založen na vyšetření cytologického stěru z děložního čípku. Screenované by měly být

všechny ženy poté, co zahájily sexuální život a poté v pravidelných ročních intervalech (dostupné na www.mou.cz).

3.3.8 Herpes simplex (HSV), genitální opar

Herpes simplex neboli genitální opar je virové onemocnění způsobené DNA-virem *Herpes simplex*, který postihuje sliznice a kůži. Vir se vyskytuje ve dvou typech a je charakteristický recidivami, neboť v organismu přetrvává.

Typ I (HSV 1) způsobuje především opary na rtu.

Typ II (HSV 2) způsobuje genitální opary.

Inkubační doba je 2 – 12 dnů a nejvýznamnějším způsobem přenosu je u HSV 1 kontakt se slinami nakaženého a u HSV 2 pohlavní styk. Oba typy mohou být i přeneseny při oral-genitálním, oral-análním, nebo anál-genitálním kontaktu. Též je možný přenos infekce z infikované matky při porodu (dostupné na www.sexus.cz).

Onemocnění se „projevuje svědivými a palčivými puchýřky na zevním pohlavním ústrojí, u žen někdy i v pochvě nebo na děložním čípku. Puchýřky praskají a mění se v bolestivé vřidky, které jsou infekční. U některých jedinců je vyrážka doprovázena bolestivým zduřením mizních uzlin a horečkou“ (Machová, Marádová, 2002, s. 73).

Léčba je antivirová a antibakteriální, účinný je acyklovir dávkovaný dle formy a závažnosti infekce.

3.3.9 Kandidóza (poševní mykóza)

Kandidózy, též nazývány poševními mykózami nebo moučnivky, jsou infekce mužů i žen způsobené kvasinkami *Candida albicans*. Kvasinky v pochvě běžně žijí a jsou „opurtunním patogen, kdy ke klinickému rozvoji infekce dochází při oslabení organismu (diabetes mellitus, perorální antikoncepce, léčba antibiotiky, kortikosteroidy, imunologické poruchy atd.)“ (Zemková, 2001, s. 110).

Kandidózy se přenášejí pohlavním stykem, ale mohou se objevit i nezávisle na sexu.

K léčbě se používají antiseptika (obklady, koupele, roztoky, krémy, zásypy) a antimykotika (Ondris, 2006, s. 6).

3.3.11 Trichomoniáza (TV, bičenka poševní)

Onemocnění způsobuje parazit *Trichomonas vaginalis* (bičenka poševní). „Roční výskyt se odhaduje na 180 milionů případů a spolu s kandidiázou je nejčastější příčinou vaginálního výtoku“ (Resl, 1994, s. 17).

Přenáší se převážně pohlavním stykem a mezi projevy patří žlutozelený zpěněný výtok, který může způsobit kromě zánětů vulvy a vagíny také záněty močového měchýře. Onemocnění může také zůstat dlouho bez příznaků. U žen se infekce vyskytují asi 20x častěji než u mužů a pokud se má žena vyléčit, musí zároveň léčení podstoupit i její partner.

Inkubační doba je krátká – 4 až 4 týdny.

Léčba spočívá v perorální terapii a vždy se musí léčit oba partneři.

3.4 Prevence sexuálně přenosných chorob

K závažnosti dopadů sexuálně přenosných chorob má prevence nezastupitelný význam. Měla by se týkat převážně oblasti sexuálního chování, protože pohlavní styk je nejčastější cestou přenosu. Informovanost by měla být primární prevencí jak u žáků, tak u dospělé populace. U žáků by měla sexuální výchova odpovídat věku a informace by měly být předávány odpovídající formou. Je třeba zdůraznit, že nejspolehlivější ochranou je **partnerská věrnost**, že nejrizikovějším je **pohlavní styk po velmi krátké známosti** pod vlivem drogy bez ochrany kondomu a v neposlední řadě je to **předčasné zahájení pohlavního života a střídání sexuálních partnerů**.

Nezastupitelný význam má „předávání informací o bezpečném sexuálním chování, vedení k odpovědnosti za své zdraví, svého partnera, ale i budoucích dětí“ (Marádová, Machová, 2002, s. 76).

Na boji proti sexuálně přenosným chorobám se podílí i stát, který vydává příslušné zákony a vyhlášky stanovující nejen povinnosti lékařů i pacientů, ale i jiná opatření. První zákon byl již roku 1922 o potírání pohlavních nemocí. Po druhé válce byl nahrazen a doplněn zákonem č. 158 z roku 1949. „Rámcová ustanovení tohoto zákona byla převzata i do **zákona č. 4/1952 Sb. o hygienické a protiepidemické péči** a rozpracována v některých dalších vyhláškách, směrnicích a opatřeních ministerstva zdravotnictví“ (Jirásková, 2003, s. 217). Zákon určuje povinnosti lékaře i pacienta a stále platí.

3.5 Sexuální výchova na základních školách

Sexuální výchova je součástí všeobecného vzdělávání, má preventivní povahu, a proto má své nezastupitelné místo. Má svůj obsah, cíle, principy i metody. V roce 2010 vydala Světová zdravotnická organizace (WHO) **Standardy pro sexuální výchovu v Evropě**, které stanovují „to, co by děti a mladí lidé v různém věku měli znát a čemu by měli rozumět, které situace nebo problémy by měli být schopni zvládnout v daném věku a které hodnoty a postoje potřebují rozvíjet; všechno tak aby se mohli vyvíjet uspokojivým pozitivním a zdravým způsobem co se týče jejich sexuality” (Standardy pro sexuální výchovu, 2010, s. 5). Dokument je krokem k ucelenému přístupu k sexuální výchově a měl by být součástí osnov na různých úrovních vzdělání.

Historický kontext sexuální výchovy na školách

Změna v pohledu na sexuální výchovu byla ovlivněna „sexuální revolucí“ v 70. a 80. letech 20. století, kdy se stala široce dostupná antikoncepce (zejména „pilulky“), zlegalizovala se interrupce a spolu s dalšími faktory byl podnícen proces ženské emancipace. Do této doby byla sexuální tematika převážně tabu, zvláště na školách. Tyto procesy vzbudily také zájem o „adolescenci“ jako o přechodnou fázi mezi dětstvím a dospělostí, kdy dochází v největší míře k sexuálním kontaktům, milostným vztahům dlouho před manželstvím a tím ke zvýšenému riziku nechtěných těhotenství s sexuálně přenosných chorob. Dalším krokem ke snaze o vyšší prevenci byl počátek epidemie HIV/AIDS v 80. letech a sexuální zneužívání a násilí, které bylo také do té doby spíše zamlčováno (Standardy pro sexuální výchovu, 2010, s. 11).

Koncept sexuální výchovy

Všechny tyto změny vyžadovaly nové typy zdravotních služeb, nové informace a vize, které by podporovaly sexuální vzdělání. To byl také primární důvod zavedení sexuální výchovy do škol, aby mladí lidé mohli sexualitu ovládat zodpovědně, bezpečně a uspokojivě. Jde o požadavek tzv. „**holistického**“ (**uceleného**) **pohledu na sexualitu**, který je založen na:

- poskytování dětem a mladým lidem nepředpojaté, vědecky správné informace o všech aspektech sexuality,
- současném vyvinutím schopností, aby podle informací jednali,
- přispění k zodpovědnému objektivnímu postoji,

- pochopení sexuality jako oblast lidského potenciálu,
- pomáhání rozvíjení základní schopnosti umožňující svobodně se rozhodnout o své sexualitě a svých vztazích v různých vývojových stupních,
- podpoře, aby se stali plnomocnými žít svůj sexuální život a své vztahy naplňujícím a zodpovědným způsobem,
- prevenci negativních následků spojených se sexualitou,
- zlepšení kvality života, zdraví a celkového blaha a tím všeobecné přispění ke zlepšení zdraví.

Zásady a principy sexuální výchovy

Princip přiměřenosti.

Sexuální výchova musí být přiměřená věku z hlediska biologického, psychického a sociálního. Princip přiměřenosti je realizován volbou vhodných metod, obsahu a cílů.

Zohlednění lidských práv (sexuální a reprodukční).

Holistický koncept.

Koncept celkového blaha, které zahrnuje zdraví.

Rovnost pohlaví.

Princip komplexnosti a harmonie.

Sexuální výchova začíná od narození a se stoupajícím věkem se pak jednotlivá témata rozvíjejí.

Princip etičnosti a mravního ideálu

Sexuální výchova má být chápána jako příspěvek spravedlivé společnosti tím, že posiluje jednotlivce zdůrazněním etik partnerského, manželského i rodičovského chování. Má vychovávat k odpovědnosti, k pohlavní zdrženlivosti a k úctě k rodičům, partnerům, ženě a matce.

Princip vědeckosti

Všechny informace musí být založeny na vědecky přesných, současných informacích a musí být pedagogicky upravené k úrovni žáka.

Princip důvěry

Učitel musí vzbudit u žáků důvěru, protože se jedná o informace a postoje z intimní oblasti, proto je důvěra velice důležitá. Pokud žáci věří, je větší

pravděpodobnost, že se budou dotazovat a svěřovat, a tím lépe pochopí smysl výchovného působení.

(Hajnová, Kleinová, 2002, s. 12 – 13; Standardy pro sexuální výchovu, 2010, s. 7 – 12, 27)

Podklady pro sexuální výchovu na ZŠ dle standardů pro sexuální výchovu v Evropě:

- Věková skupina 6 – 9 (PŘÍLOHA 1)
- Věková skupina 9 - 12 (PŘÍLOHA 2)
- Věková skupina 12 – 15 (PŘÍLOHA 3)

4 METODIKA PRÁCE

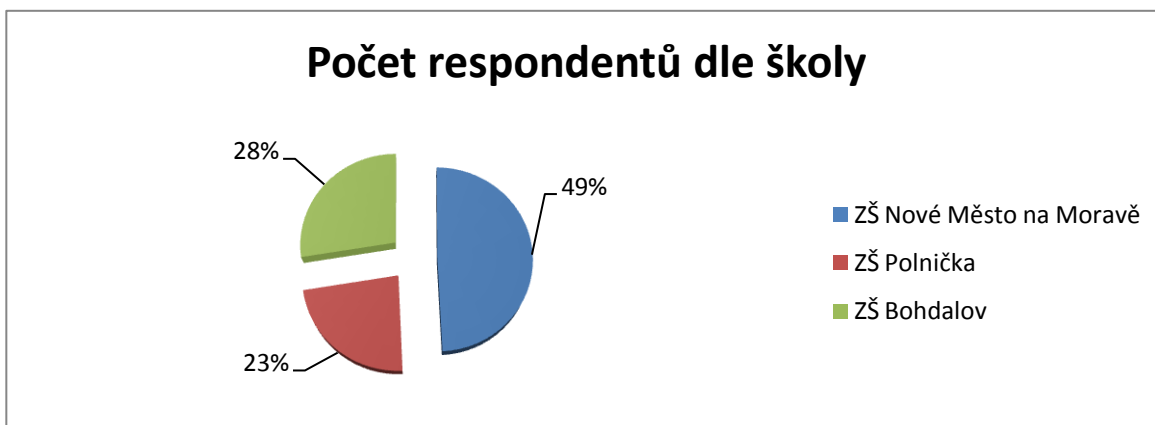
4.1 Charakteristika souboru

Výzkum byl prováděn u žáků osmých a devátých třídách základních škol v kraji Vysočina v měsíci únoru 2012. Konkrétně v Základních školách Bohdalov, Nové Město na Moravě a v Polničce. Výzkumné šetření probíhalo v hodině Výchovy ke zdraví, kdy byly učitелеm rozdány žákům dotazníky. Celkově bylo vyplněno 138 dotazníků. V ZŠ Nové Město na Moravě bylo žáků vyplněno 68 dotazníků, v ZŠ Bohdalov 38 a v ZŠ Polnička 32. Před zahájením výzkumu bylo nutné osobně požádat ředitele školy o povolení výzkumu na jejich škole a po získání povolení se dotázat konkrétních vyučujících, zda by byli ochotni dotazníky k vyplnění žákům předat. Dotazníky byly předloženy k vyplnění všem žákům osmých a devátých tříd.

Z celkového počtu 138 dotazníků se ze škol vrátili všechny a žádný nebyl vyřazen z důvodu nesprávného nebo neúplného vyplnění.

Školy	Počet respondentů	
ZŠ Nové Město na Moravě	68	49,28%
ZŠ Polnička	32	23,19%
ZŠ Bohdalov	38	27,54%

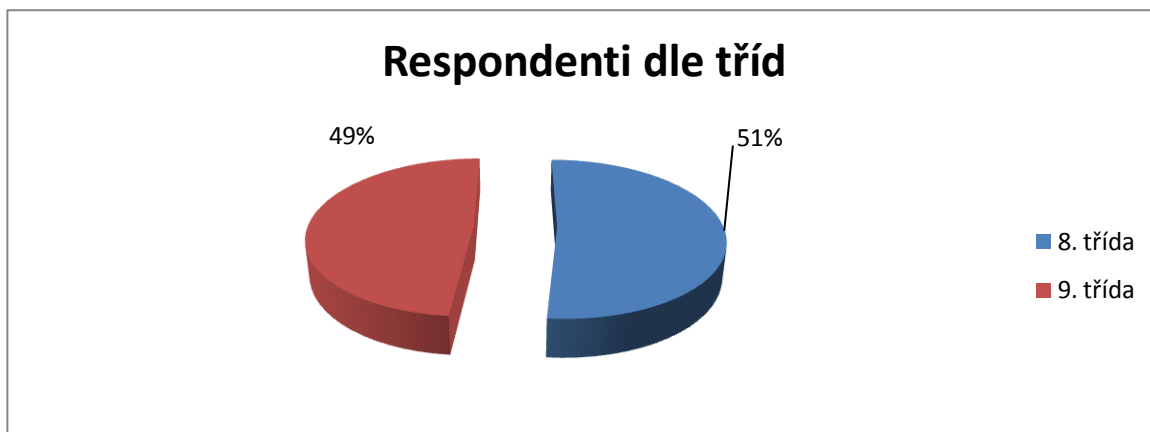
Tabulka 1 - Počet respondentů dle školy



Graf 6 - Počet respondentů dle školy

Třída	Počet	
8. třída	71	51,45%
9. třída	67	48,55%

Tabulka 2 - Respondenti dle tříd



Graf 7 - Respondenti dle tříd

4.2 Výzkumná metoda

V empirické části diplomové práce byl k výzkumu použit anonymní dotazník (příloha 4). Dotazník je soustava předem připravených a formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba (respondent) odpovídá písemně (Chráška, 2007, s. 162). Je nejrozšířenější a nejpopulárnější technikou, pro kterou je příznačná nepřítomnost výzkumníka při vyplňování. Za výhodu dotazníku je považována jeho anonymita, kterou se rozumí respektování důvěrného charakteru individuálních informací. Další výhodou je také hromadné zpracování. Tyto kladné stránky dotazníku znehodnocuje jeho častá nízká návratnost. Příčinou nízké návratnosti může být příznak neaktuálnosti zkoumaných problémů, vysoké nároky, které jsou na respondenta při vyplňování kladeny a nedostatečná srozumitelnost otázek. Důležitá je také délka dotazníku, neboť se vzrůstající délkou návratnost klesá.

Dotazník

Před uskutečněním samotného výzkumu byla provedena pilotáž. Po provedené pilotáži byly otázky v dotazníku považovány za srozumitelné, tudíž nemusela probíhat žádná další úprava.

Dotazník (příloha 4) se skládá ze dvou částí. V úvodu jsou respondenti seznámeni s autorkou. Je zde uvedeno jméno, studijní obor, ročník a název diplomové práce. Také je zmíněna a zdůrazněna anonymita veškerých získaných informací a pokyny k jeho vyplnění a poděkování za vyplnění. Druhou a zároveň stěžejní část dotazníku tvoří samotné otázky, které jsou zaměřené na informovanost žáků o sexuálně přenosných chorobách.

Druhy otázek

Dotazník obsahuje celkem 22 otázek, které se dělí podle formy požadované odpovědi a podle obsahu, který otázka dotazníku zjišťuje.

2. *podle formy požadované odpovědi* – rozdělení na otázky otevřené (nestrukturované) a uzavřené (strukturované) podle způsobu odpovědi. U otevřených otázek respondent odpověď sám vytváří a u otázek uzavřených pouze vybírá z nabízených možností.
1. Otázky uzavřené - dichotomické – na výběr jsou pouze dvě možnosti (otázka č. 1, 2, 4, 9, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22). - polytomické – na výběr je více odpovědí než dvě (otázka č. 3, 5, 8, 10, 13, 21).
2. Otázky otevřené – žádná otázka
3. Kombinace uzavřené a otevřené otázky – respondent vybírá z možností ano – ne. Pokud odpoví ano, následuje otázka otevřená (otázka č. 6, 7,).
3. *podle obsahu, který otázka dotazníku zjišťuje*
 - A. Otázky zjišťující fakta – informativní otázky (situace ve škole, zdroj informací, formy vzdělávání, apod.), otázka č. 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9.
 - B. Otázky zjišťující znalosti nebo vědomosti – otázka č. 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22.
 - C. Otázky zjišťující mínění, postoje a motivy – otázka č. 4.

(Chrásková, 2006, s. 165, 166, 168)

4.2.1 Organizace výzkumného šetření

Výzkumné šetření probíhalo v měsíci únoru 2012 ve zmíněných třech základních školách v okrese Žďár nad Sázavou. Byly to Základní škola Bohdalov, Nové Město na Moravě a Polnička. Cílovou skupinou respondentů byli žáci osmých a devátých tříd.

Všechny dotazníky byly žákům rozdány v hodině Výchova ke zdraví a žáci byli vyučujícím o vyplňování dotazníků předem poučeni. Na vyplnění měli žáci dostatečný časový prostor a mohli klást i případné otázky ohledně nejasností při vyplňování. Na všech školách proběhla nejdříve osobní komunikace mezi mnou a vyučujícím, při které jsem vznesla požadavky na vyplnění dotazníků. Po úspěšném vyplnění jsem taktéž s vyučujícími osobně diskutovala o průběhu vyplňování a případných potížích, které se vyskytly.

4.2.2 Zpracování dat

Všechny dotazníky byly vyhodnoceny pomocí čárkování. Výsledky byly zpracovány do tabulek a grafů pomocí programu Microsoft Office Excel 2007 a jsou uvedeny v relativních a absolutních hodnotách.

K diskuzi a srovnání výsledků bylo použito výzkumné šetření bakalářská práce s názvem Znalosti žáků 8. a 9. třídy o sexuálně přenosných chorobách Pavly Pilátové z Katedry antropologie Masarykovy univerzity z roku 2011.

5 VÝSLEDKY A DISKUZE

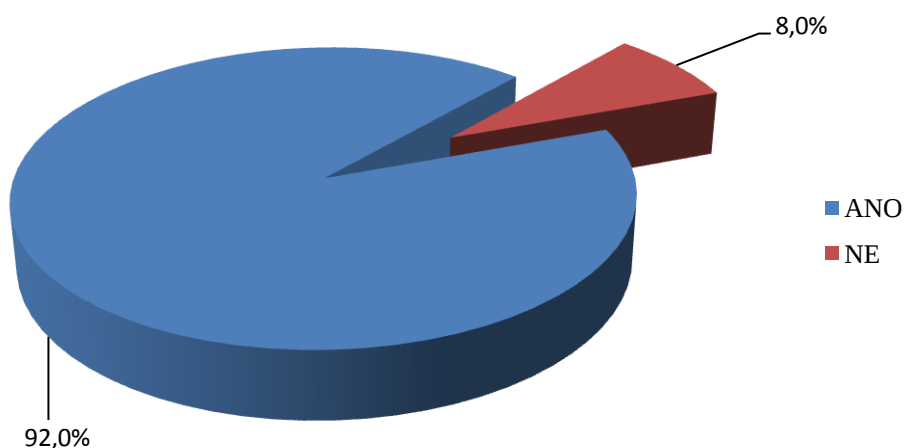
Otázka č. 1 – O sexuálně přenosných chorobách jsme se učili?

První otázka měla zjistit, zda se žáci o sexuálně přenosných chorobách ve škole učili, zda jim byla ve výuce věnována pozornost. Otázka je první dichotomickou, takže byla možnost odpovědi pouze ANO nebo NE.

Tabulka 3 - Přehled o realizaci výuky sexuálně přenosných chorob

Odpověď	Počet	%
ANO	127	92,0
NE	11	8,0

Graf 8 - Realizace výuky sexuálně přenosných chorob



Výsledek je velice pozitivní, jelikož z celkového počtu 138 žáků odpovědělo 92 %, že se o sexuálně přenosných chorobách učili a pouhých 8 % žáků odpovědělo, že se o této problematice neučili. Lze konstatovat, že na všech školách byla výuka sexuálně přenosných chorob realizována. To, že se 11 žáků vyjádřilo negativně, lze přisuzovat tomu, že ve škole zrovna nebyli nebo na tuto problematiku již zapomněli. (Tabulka 1, Graf 6)

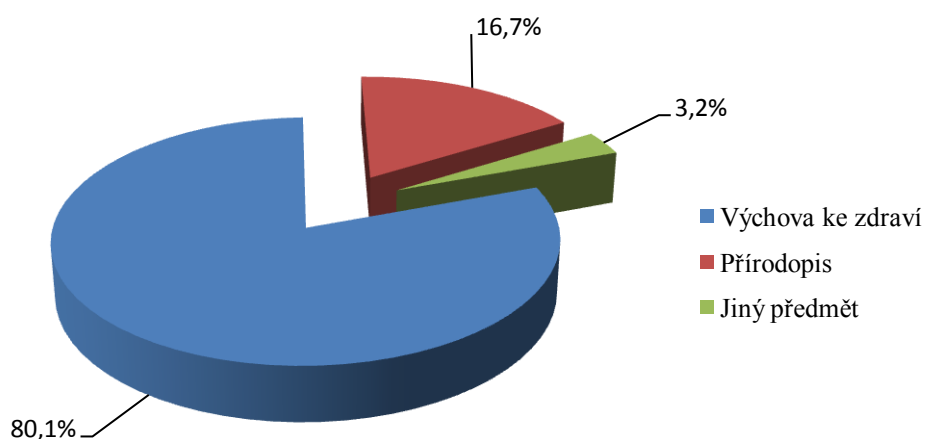
Otázka č. 2 – Pokud ANO, v jakém předmětu?

Druhá otázka navazuje na otázku první, protože na ní odpovídali pouze ti respondenti, kteří v předchozí otázce zodpověděli ANO. Zjišťovala, v jakém předmětu byla výuka o sexuálně přenosných chorob realizována. Žáci měli na výběr ze tří možností, s tím, že v prvních dvou byly uvedeny konkrétní předměty a v poslední měli možnost uvést jiný předmět, který v předchozích dvou nebyl uveden. Žáci mohli odpovědět více možnostmi současně.

Tabulka 4 - Přehled předmětů, v kterých byla realizována výuka o sexuálně přenosných chorobách.

Odpověď	Počet	%
Výchova ke zdraví	125	80,1
Přírodopis	26	16,7
Jiný předmět	5	3,2

Graf 9 - Přehled předmětů.



Z celkového počtu 156 odpovědí vyšla s převahou Výchova ke zdraví, ta byla označena v 80,1% procentech. Současně s ní nebo samostatně byl v 16,7% označen přírodopis a ve zbylých 3,2% jiných předmětů byly jmenovány Tělesná výchova, Občanská výchova a Pracovní činnosti. (Tabulka 2, Graf 7)

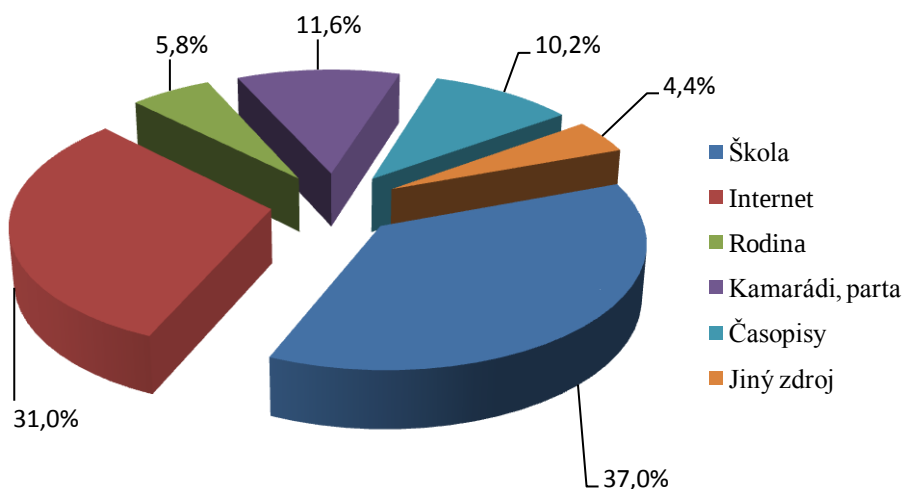
Otázka č. 3 – Největším zdrojem informací o problematice sexuálně přenosných chorob je pro mne?

Další z obecných otázek prošetřovala, kde žáci k této problematice zjišťují nejvíce informací a co je pro ně tím největším zdrojem informací. Měli možnost více odpovědí a u časopisů mohli uvést konkrétní název. V poslední z možností mohli vypsati jiný zdroj, který v předchozích nebyl uveden.

Tabulka 5 - Přehled o zdrojích informací o sexuálně přenosných chorobách

Odpověď	Počet	%
Škola	109	37,0
Internet	91	31,0
Rodina	17	5,8
Kamarádi, parta	34	11,6
Časopisy	30	10,2
Jiný zdroj	13	4,4

Graf 10 - Zdroje informací



I u této otázky měli žáci možnost více odpovědí, takže konečný počet všech odpovědí byl 294. Z výzkumu vyšla jako největší zdroj informací škola, tu zvolilo celkem 37 % žáků. Na druhém místě ve 31 % byl označen internet a na třetím místě kamarádi a parta 11,6 %. Časopisy volilo 10,2 % a z celkového počtu 30 byly nejčastěji uváděny Bravo, Bravo Girl, Playboy, Dívka, Popcorn a Top dívka. Rodinu zvolilo

pouze 5,8 % žáků a jiný zdroj 4,4 %. Který konkrétní zdroj uvedlo z 11 žáků pouze 8, kteří uvedli televizi a knihu. (Tabulka 3, Graf 8).

Při porovnání výsledku s provedeným výzkumem v bakalářské práci Pavly Pilátové (2011), bylo dosaženo stejného zjištění. I výzkum v této práci stanovil jako největší zdroj informací v souhrnu internet, časopisy a televizi (42,5%) a na druhém místě školu (31,25%).

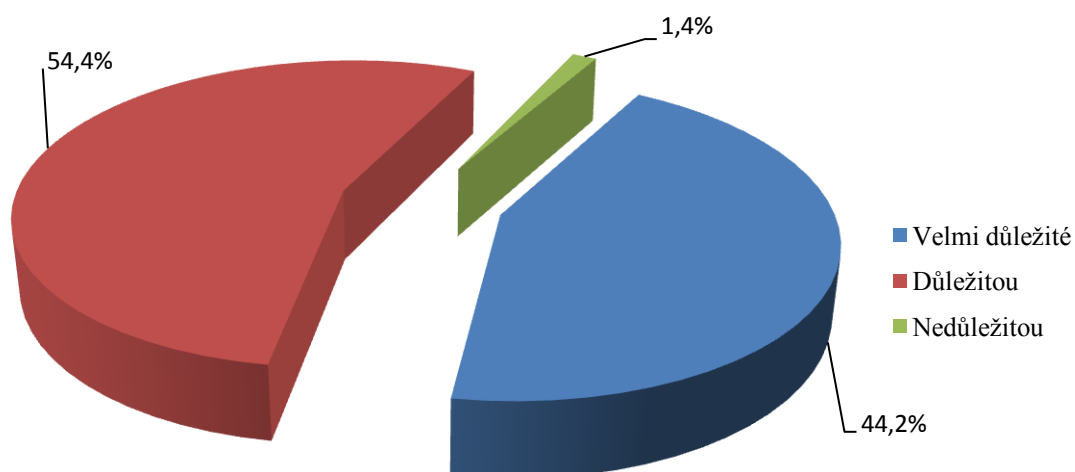
Otázka č. 4 – Problematiku sexuálně přenosných chorob považují za?

Tato otázka jako jediná patří k otázkám postojovým a ujišťovala tedy postoj ke zkoumané problematice. Cílem bylo zjistit, co si žáci obecně o problematice sexuálně přenosných chorob myslí, zda této problematice přikládají důležitost, či ne. Rozpětí odpovědí bylo oproti předchozí otázce malé, žáci měli na výběr pouze z tří odpovědí.

Tabulka 6 - Přehled o stupních důležitosti problematiky sexuálně přenosných chorob

Odpověď	Počet	%
Velmi důležité	61	44,2
Důležitou	75	54,4
Nedůležitou	2	1,4

Graf 11 - Stupeň důležitosti problematiky sexuálně přenosných chorob



Z postojů žáků bylo zjištěno, že 44,2 % žáků považuje problematiku sexuálně přenosných chorob za velmi důležitou, 54,4 % za důležitou a pouhé 1,4 % za nedůležitou. Výsledek lze považovat za uspokojivý, neboť většina žáků si je vědoma důležitosti této problematiky.

Výzkum Pavly Pilátové (2011) sice nezkoumal postoj žáků k problematice sexuálně přenosných chorob z pohledu důležitosti, ale zkoumal, zda mají žáci zájem se o této problematice více dozvědět. A také se dospělo k pozitivnímu výsledku, kdy téměř 43% žáků odpovědělo, že zájem mají. Z tohoto zjištění se pak dá vyvodit závěr, že pokud žáci mají zájem se o této problematice více dovědět, pak jí považují za důležitou.

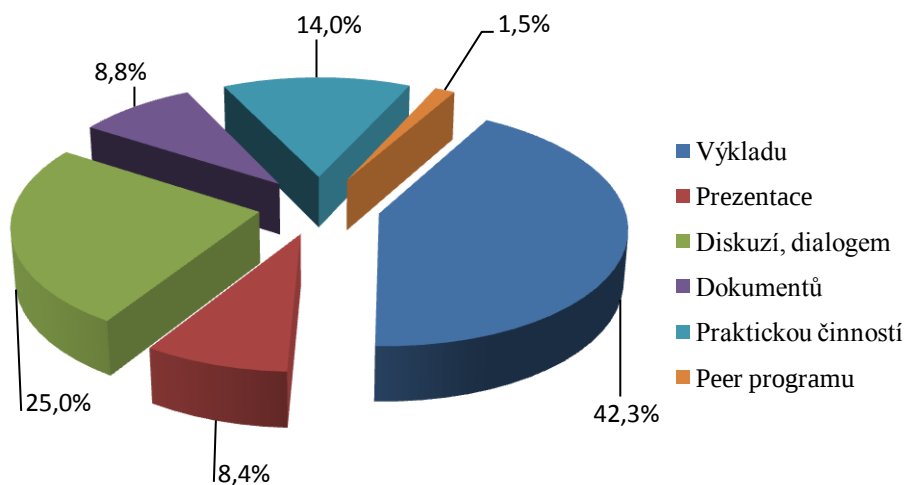
Otázka č. 5 – Informace týkající se problematiky sexuálně přenosných chorob nám byly ve vyučování sdělovány formou?

Tato otázka se opět týkala teorie vyučování, konkrétně formy, jakou byly informace žákům ze strany učitele předávány. Forma je stěžejním bodem, neboť určuje, do jaké míry si žáci sdělené informace zapamatují nebo nezapamatují. Výsledky ukazují, že lidé si zapamatují 10 % toho, co slyšeli, 20 % toho, co současně viděli a slyšeli, 40 % toho, o čem diskutovali, 80 % toho, co zažili nebo dělali, 90 % toho, co se pokoušeli naučit ostatní (Hajnová, Kleinová, 2002, s. 13). Žáci měli na výběr ze sedmi možností s tím, že byla možnost více odpovědí.

Tabulka 7 - Přehled forem, pomocí kterých byly ve výuce sdělovány informace

Odpověď	Počet	%
Výkladu	115	42,3
Prezentace	23	8,4
Diskuzí, dialogem	68	25,0
Dokumentů	24	8,8
Praktickou činností	38	14,0
Peer programu	4	1,5

Graf 12 - Formy sdělování informací ve výuce



Z celkového počtu 272 odpovědí byl žáky zvolen nejvíce klasický výklad 42,3 %, diskuze byla zvolena 25,0 % žáky, 14 % zvolilo praktickou činnost, 8,8 % dokument a 1,5 % peer program. (Tabulka 5, Graf 10)

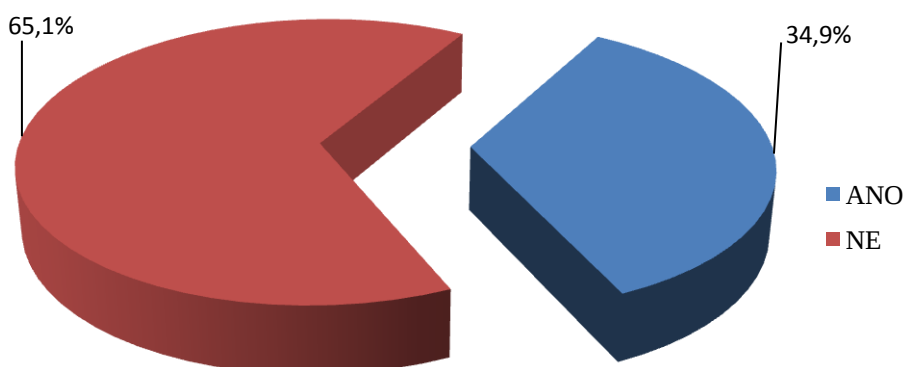
Otázka č. 6 – K problematice sexuálně přenosných chorob jsem se v rámci vyučování zúčastnil(a) i jiných forem vzdělávání např. přednášky, besedy, peer programu apod.?

Tato otázka zkoumá, do jaké míry škola umožňuje žákům i jiné formy vzdělávání k tomuto tématu nad rámec vyučování. K problematice sexuálně přenosných chorob jsou realizovány různé přednášky, peer programy apod. ,které žákům mohou ještě blíže objasnit mnohá témata této oblasti. Velkým pozitivem této formy vzdělávání je anonymita, kdy žáci, narozdíl od svého učitele, přednášejícího neznají, a tím je mnohdy odstraněna bariéra studu a strachu. Otázka je dichotomickou, proto měli žáci na výběr pouze z možností ANO, či NE. Pokud odpověděli ANO, následovala otázka další, otevřená.

Tabulka 8 - Přehled realizace i jiných forem vzdělávání v rámci vyučování

Odpověď	Počet	%
ANO	48	34,9
NE	90	65,1

Graf 13 - Jiné formy vzdělávání v rámci vyučování



Na tuto otázku odpovědělo 65,1 % žáků, že se v rámci vyučování nezúčastnili žádné jiné formy vzdělávání a 34,9 % žáků odpovědělo, že se jiné formy vzdělávání zúčastnilo (Tabulka 6, Graf 11).

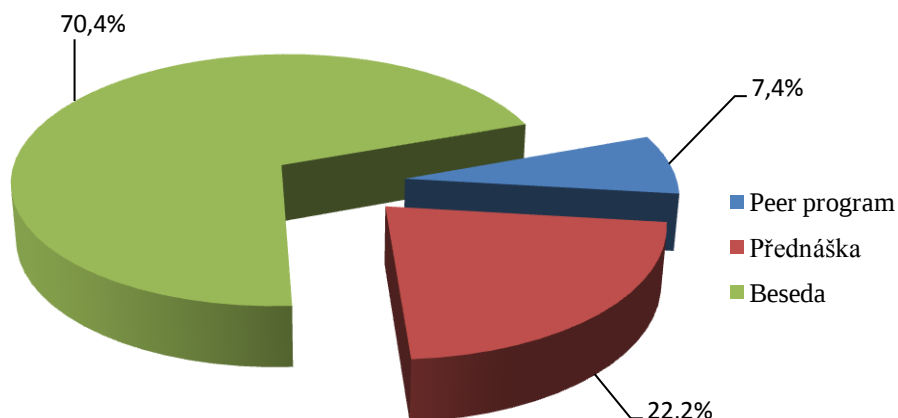
Otázka č. 7 – Pokud ANO, o jakou formu se jednalo?

Otázka navazuje přímo na předchozí otázku. Odpovídali na ni ti žáci, kteří zodpověděli na předešlou otázku ANO, tedy že se zúčastnili v rámci vyučování k problematice sexuálně přenosných chorob i jiné formy vzdělávání. Otázka byla otevřená, tzn. žáci měli napsat jednotlivé názvy zúčastněných forem – peer program, přednáška, beseda a nebo forma jiná.

Tabulka 9 - Přehled konkrétních jiných forem vzdělávání v rámci vyučování

Odpověď	Počet	%
Peer program	2	7,4
Přednáška	6	22,2
Beseda	19	70,4

Graf 14 - Konkrétní jiné formy vzdělávání v rámci vyučování



Odpovědi této otázky měly navazovat na otázku předchozí, ale konkrétní formu označilo pouze 17 žáků z celkových 48 žáků, kteří se jiné formy vzdělávání v rámci výuky zúčastnili. Z uvedených odpovědí bylo zjištěno, že 70,4 % se zúčastnilo besedy, 22,2 % přednášky a 7,4 % peer programu.

U besedy uvedli všichni žáci i konkrétní název – beseda Ezop, beseda Sex a jeho bezpečnost a Život s AIDS. (Tabulka 7, Graf 12)

Otázka č. 8 – Které z následujících chorob NEPATŘÍ mezi sexuálně přenosné choroby?

Tato otázka je první otázkou zjišťující znalosti a vědomosti žáků k dané zkoumané problematice. Žáci měli možnost více odpovědí z celkových deseti variant. Z těch měli vybrat pouze tři, které mezi sexuálně přenosné choroby nepatřily.

Otázka je první, kde bylo nutné stanovit kritéria pro vyhodnocení odpovědí. Na výběr byly tyto možnosti (správné odpovědi podtržené):

- a. opar
- b. syfilis
- c. kapavka
- d. hemeroidy
- e. HIV infekce (AIDS)
- f. chlamýdiové infekce
- g. kondylomata
- h. opar zevního pohlavního ústrojí

i. afty

j. afty a trichomoniáza a kandidóza

Za **ŠPATNOU** odpověď byly považovány všechny kombinace, kde byla alespoň jedna odpověď špatně.

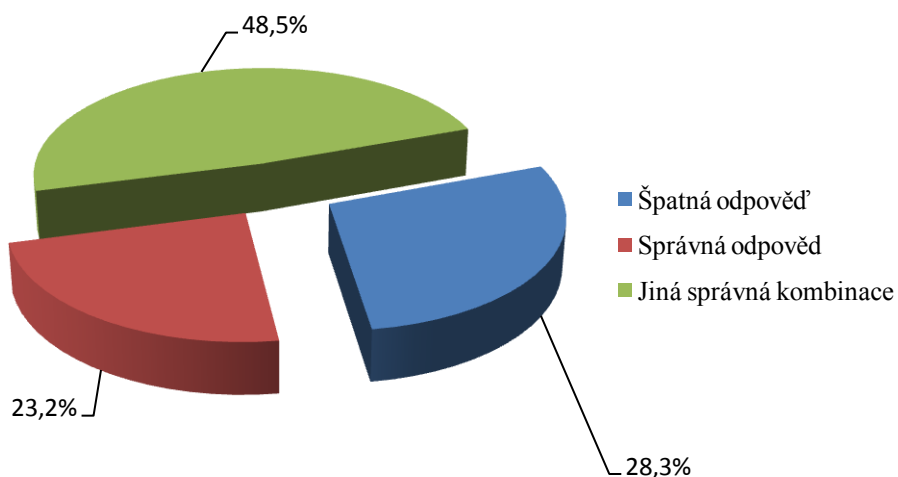
Za **SPRÁVNOU** odpověď byla považována kombinace všech správných odpovědí a žádná odpověď špatně.

Za **JINOU SPRÁVNOU KOMBINACI** byla považována kombinace, kde byla alespoň jedna odpověď správně a žádná špatně.

Tabulka 10 - Přehled správných odpovědí, které choroby nepatří mezi sexuálně přenosné choroby

Odpověď	Počet	%
Špatná odpověď	39	28,3
Správná odpověď	32	23,2
Jiná správná kombinace	67	48,5

Graf 15 - Kombinace správných odpovědí



Z výzkumu bylo zjištěno, že žáci dokáží rozlišit sexuálně přenosné choroby a jiná běžná onemocnění. 48,5 % žáků znali alespoň jednu správnou odpověď, 23,2 % označilo všechny odpovědi správně a žádnou špatně. 28,3 % žáků uvedlo alespoň jednu špatnou odpověď. (Tabulka 8, Graf 13)

Pavla Pilátová (2011) v rámci svého výzkumu dosáhla totožného zjištění tj., že mezi žáky nejčastěji uváděnými sexuálně přenosnými chorobami jsou AIDS a syfilis.

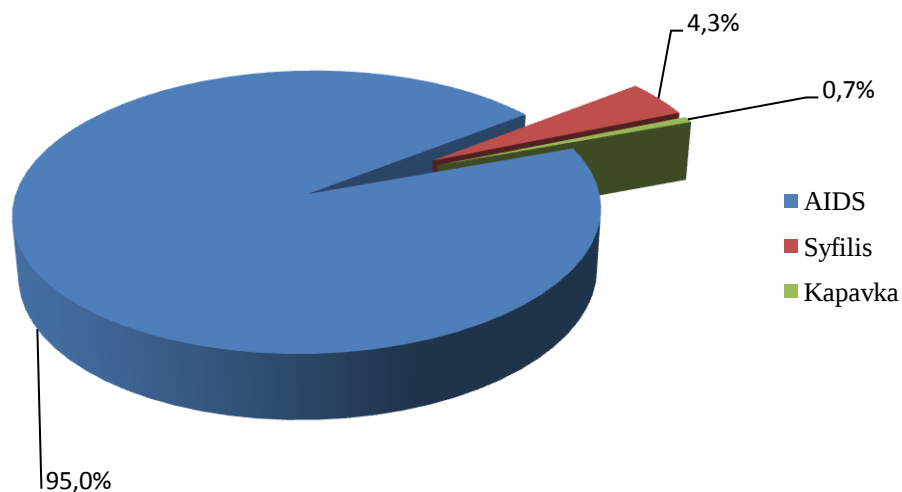
Otázka č. 9 – O které ze sexuálně přenosných chorob jste se ve škole nejvíce učili?

Tato otázka se po předchozím výčtu všech sexuálně přenosných chorob vrátila opět k obecnému výzkumu školní úrovně informovanosti. Zkoumala, které z chorob byla ve výuce věnována největší pozornost. Na výběr byly tři konkrétní choroby a jedna možnost otevřené odpovědi pro vypsání té, která v předchozích nebyla zmíněna.

Tabulka 11 - Přehled chorob, kterým byla věnována největší pozornost

Odpověď	Počet	%
AIDS	131	95,0
Syfilis	6	4,3
Kapavka	1	0,7

Graf 16 - Choroby, kterým byla věnována největší pozornost



Otázka nenavazovala na otázku první, která nám zjišťovala, zda byla problematika sexuálně přenosných chorob na dané škole probírána, protože na tuto otázku odpověděli všichni žáci. Skoro většina, 95 % žáků, se nejvíce věnovali problematice onemocnění AIDS, 4 % syfilis a pouhé 1 % označilo kapavku. (Tabulka 9, Graf 14)

Otázka č. 10 – Proč jsou sexuálně přenosné choroby nebezpečné?

Tato otázka zjišťovala, zda žáci vědí, proč jsou sexuálně přenosné choroby nebezpečné. Zda si uvědomují závažnost jejich dopadů na lidské zdraví a zda ví, do jaké míry mohou organismus poškodit. Správnou odpovědí byla kombinace tří správných variant z celkových pěti možností.

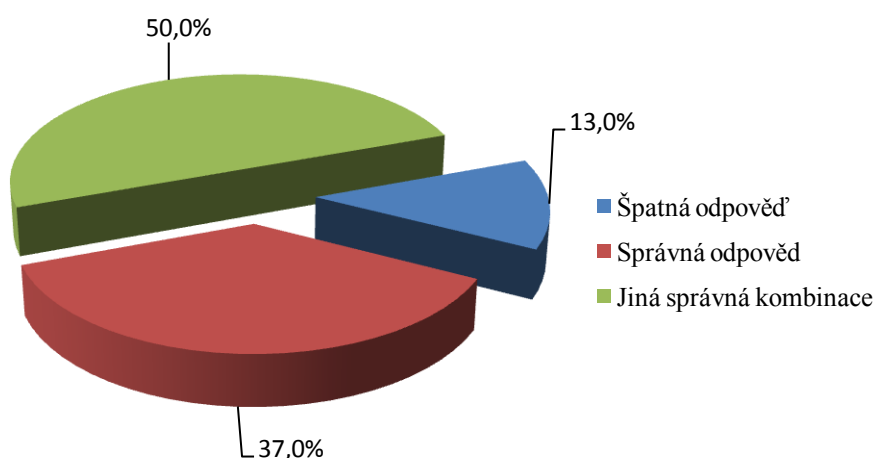
Kritéria hodnocení této otázky jsou stejná jako u otázky č. 8, kdy se odpovědi dělí na špatné, správné a jiné správné kombinace. Na výběr byly možnosti (správné podtržené):

- mohu se nakazit při běžném kontaktu (podání ruky, ...)
- postihují organismus jako celek, někdy probíhají bez zjevných příznaků
- mohou trvale poškodit reprodukční zdraví (sterilita – neplodnost)
- bez lékařské pomoci je nelze vyléčit a jedinec může i zemřít
- mohou se léčit i bez lékařské pomoci

Tabulka 12 - Přehled o nebezpečném vlivu sexuálně přenosných chorob

Odpověď	Počet	%
Špatná odpověď	18	13,0
Správná odpověď	51	37,0
Jiná správná kombinace	69	50,0

Graf 17 - Nebezpečí sexuálně přenosných chorob



Alespoň jednu správnou odpověď vědělo 50 % žáků, kombinaci všech správných odpovědí zvolilo 37 % a špatně odpovědělo 13 % žáků. (Tabulka 10, Graf 15).

Částečnou shodnost v dílčím výsledku vyplývajícím z výzkumu Pavly Pilátové (2011) lze spatřovat ve zjištění, že mezi nejčastěji uváděný důsledek nakažení sexuálně přenosnými chorobami patří neplodnost. Ve výzkumu Pavly Pilátové tuto skutečnost uvedlo 88,75% dotazovaných žáků.

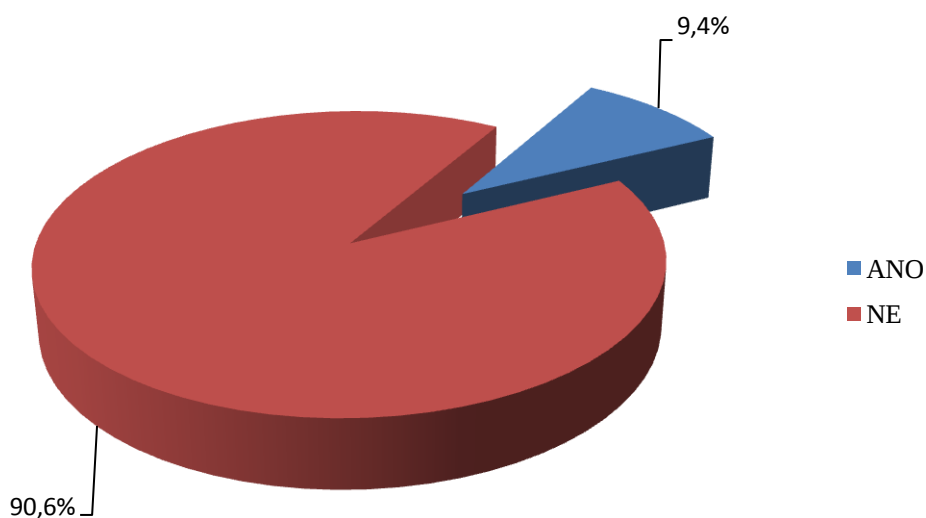
Otázka č. 11 – Myslíš si, že hormonální antikoncepce chrání jedince před sexuálně přenosnými chorobami?

Otázka se týká ochrany a hlavně mýtu o ochraně před sexuálně přenosnými chorobami. Je důležité, aby si mladiství uvědomili, že hormonální antikoncepce je nechrání před nákazou, té může zabránit pouze používání prezervativu, který také jako jediný může zabránit nákaze virem HIV. Otázka je opět dichotomickou, takže žáci odpovídali pouze ANO, nebo NE.

Tabulka 13 - Přehled o ochraně hormonální antikoncepce

Odpověď	Počet	%
ANO	13	9,4
NE	125	90,6

Graf 18 - Ochrana hormonální antikoncepcí



90,6 % žáků zvolilo správnou odpověď, věděli tedy, že hormonální antikoncepce člověka před nákazou sexuálně přenosných chorob neochrání. Zbýlých 9,4 % zvolilo odpověď špatnou.

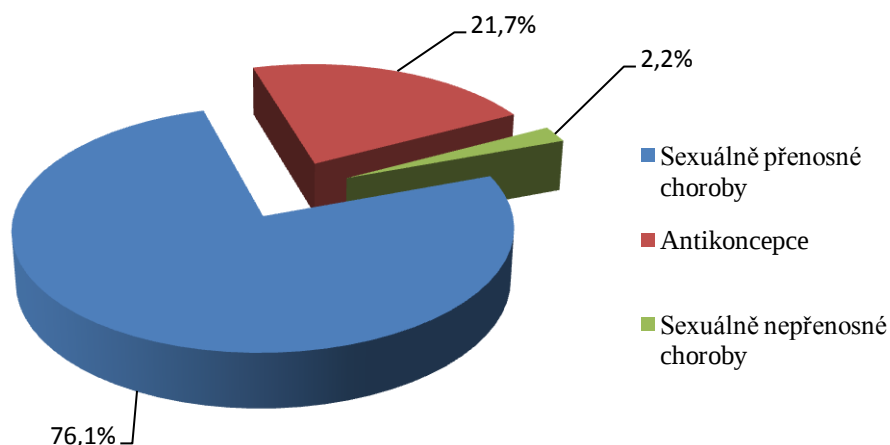
Otázka č. 12 – Zkratka SDT z anglického pojmenování znamená?

Tato otázka měla zjistit, zda žáci znají anglické pojmenování pro sexuálně přenosné choroby *sexually transmitted diseases* (SDT), které je používáno na celém světě v mezinárodní terminologii. Tento moderní pojem nahradil dřívější pojem pohlavní nemoci a zahrnuje onemocnění, která jsou šířena nejen při pohlavním styku. Žáci měli na výběr ze tří možností a pouze jedna byla správně.

Tabulka 14 - Přehled o významu anglické zkratky SDT

Odpověď	Počet	%
Sexuálně přenosné choroby	105	76,1
Antikoncepce	30	21,7
Sexuálně nepřenositelné choroby	3	2,2

Graf 19 - Význam zkratky SDT



Správný význam zkratky vědělo 76,1 % žáků, což lze považovat za velice uspokojivé, neboť toto označení používané v mezinárodní terminologii ještě není zcela v povědomí naší společnosti. 23,9 % žáků zvolilo odpověď špatnou, tedy význam zkratky jako označení pro antikoncepci 21,7 % nebo označení pro sexuálně nepřenosné choroby 2,2 %. (Tabulka 12, Graf 17)

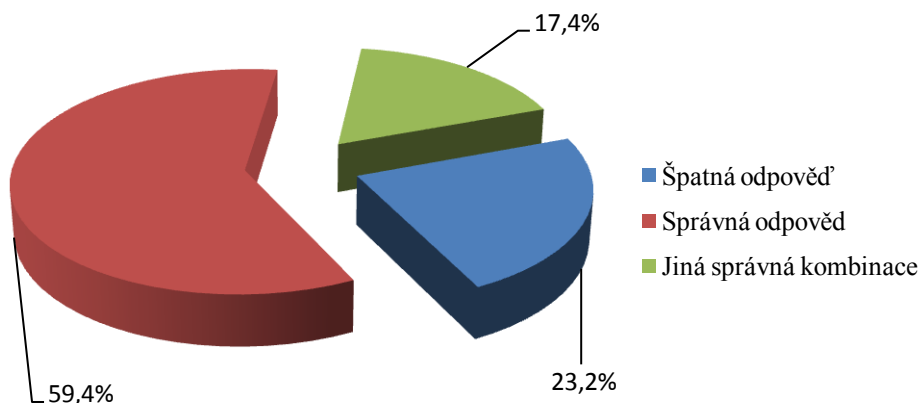
Otázka č. 13 – Nákazou sexuálně přenosnou chorobou jsem bezprostředně ohrožen(a) při?

Další otázka zjišťující obecné povědomí žáků o sexuálně přenosných chorobách. Měla zjistit, zda žáci vědí, kdy a za jakých podmínek může k nákaze dojít. V jakých případech jsou ohroženi a v jakých naopak riziko nákazy nehrozí nebo je minimální. Celkově bylo na výběr pět odpovědí, z toho byly dvě správné.

Tabulka 15 - Přehled přenosu nákazy sexuálně přenosnou chorobou

Odpověď	Počet	%
Špatná odpověď	32	23,2
Správná odpověď	82	59,4
Jiná správná kombinace	24	17,4

Graf 20 - Přenos nákazy



Všechny podmínky přenosu nebo případy ohrožení nákazou sexuálně přenosnou chorobou vědělo 59,4 % žáků, správnou odpovědí byla kombinace možností:

- při nechráněném pohlavním styku
- při promiskuitním chování (časté střídání sexuálních partnerů)

Alespoň jednu správnou odpověď z výše uvedených vědělo 17,4 % žáků a špatnou odpověď, kterou byla možnost při chráněném pohlavním styku, při použití stejného nádobí a při běžném sociálním kontaktu, zvolilo 23,2 % žáků. (Tabulka 13, Graf 18)

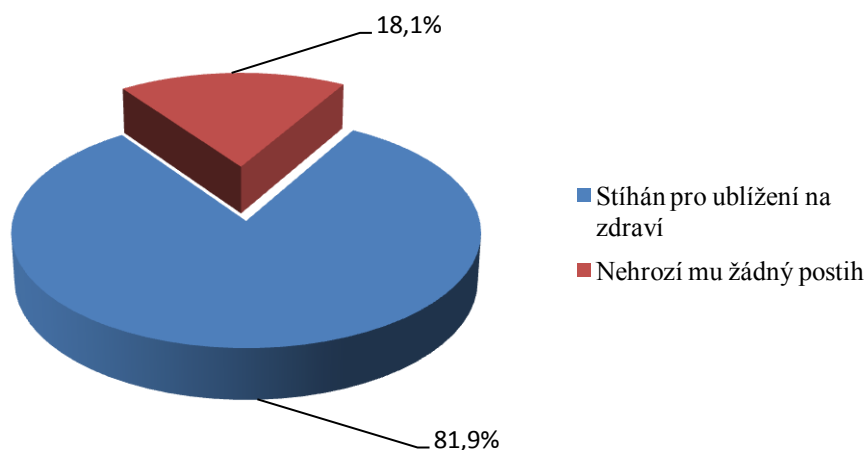
Otázka č. 14 – Člověk, který o své pohlavní nákaze ví, ale přesto infekci vědomě rozšiřuje, může být?

Tato otázka se týkala oblasti trestní odpovědnosti v souvislosti se sexuálně přenosnými chorobami. V tomto případě byla myšlena nákaza klasickými pohlavními nemocemi – kapavka, syfilis, měkký vřed a AIDS. Je třeba zdůraznit trestní odpovědnost, aby jedinci věděli, že tyto choroby podléhají povinnému hlášení a za jejich vědomé šíření může následovat postih pro ublížení na zdraví. Na výběr byly pouze dvě možnosti a pouze jedna byla správná.

Tabulka 16 - Přehled trestní odpovědnosti za vědomé šíření pohlavní nákazy

Odpověď	Počet	%
Stíhán pro ublížení na zdraví	113	81,9
Nehrozí mu žádný postih	25	18,1

Graf 21 - Trestní odpovědnost



Správně povědomí o trestní zodpovědnosti mělo 81,9 % žáků. 18,1 % žáků zvolilo špatnou odpověď - jedinci nehrozí žádný postih, jestliže o své pohlavní nákaze ví, ale přesto ji dále vědomě rozšiřuje. (Tabulka 14, Graf 19)

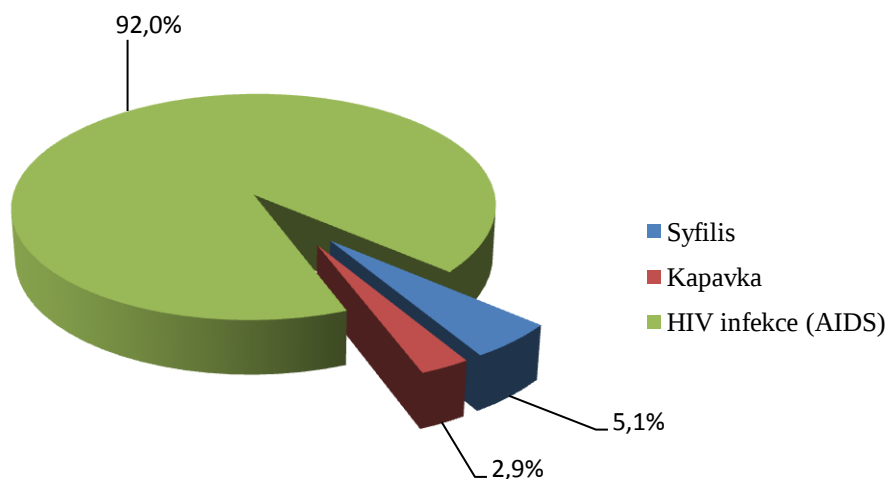
Otázka č. 15 – Mezi dosud nevléčitelnou sexuálně přenosnou chorobu patří?

Tato uzavřená otázka zjišťovala, zda žáci vědí, která ze zmíněných chorob patří mezi dosud nevléčitelné choroby. Na výběr byly tři základní pohlavní choroby a pouze jedna možnost byla správná a to HIV infekce (AIDS), která způsobuje ztrátu obranyschopnosti těla a tím následnou smrt.

Tabulka 17 - Přehled nevléčitelné sexuálně přenosné choroby

Odpověď	Počet	%
Syfilis	7	5,1
Kapavka	4	2,9
HIV infekce (AIDS)	127	92,0

Graf 22 - Nevyléčitelná sexuálně přenosná choroba



Z výzkumu vyplynulo, že 92 % žáků ví, že mezi dosud nevyléčitelnou chorobu patří HIV infekce (AIDS). Tento výsledek lze hodnotit za velmi pozitivní. 8 % žáků zvolilo odpověď špatnou, tedy syfilis 5,1 % a kapavku 2,9 %. (Tabulka 15, Graf 20).

Téměř korespondujícího zjištění zaznamenala i Pavla Pilátová (2011), která v rámci svého dotazování zjistila, že 88,75% dotazovaných žáků ví, že se jedná o AIDS.

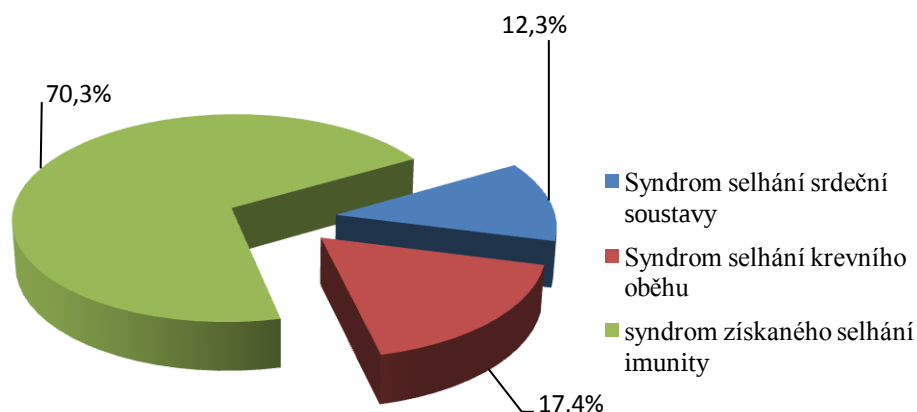
Otázka č. 16 – AIDS je?

První otázka, která se týká konkrétních informací k jednotlivým sexuálně přenosným chorobám, zjišťuje, zda žáci vědí, co pojem AIDS znamená a jaké jsou jeho negativní dopady na organismus. Možnosti na výběr byly v otázce tři, z nichž pouze jediná byla správná.

Tabulka 18 - Přehled významu pojmu AIDS

Odpověď	Počet	%
Syndrom selhání srdeční soustavy	17	12,3
Syndrom selhání krevního oběhu	24	17,4
Syndrom získaného selhání imunity	97	70,3

Graf 23 - Význam AIDS



Z výzkumu bylo zjištěno, že správný význam pojmu AIDS a o jeho negativním dopadu na organismus vědělo 70,3 % žáků. Zbylých 29,7 % žáků zvolilo špatné odpovědi, tedy že pojem znamená Syndrom selhání srdeční soustavy nebo selhání krevního oběhu. AIDS je zkratkou anglického názvu „*Acquired Immunodeficiency Syndrome*“ v českém překladu „*syndrom získaného selhání imunity*“, přičemž AIDS je závěrečným stádiem infekce způsobené virem HIV.

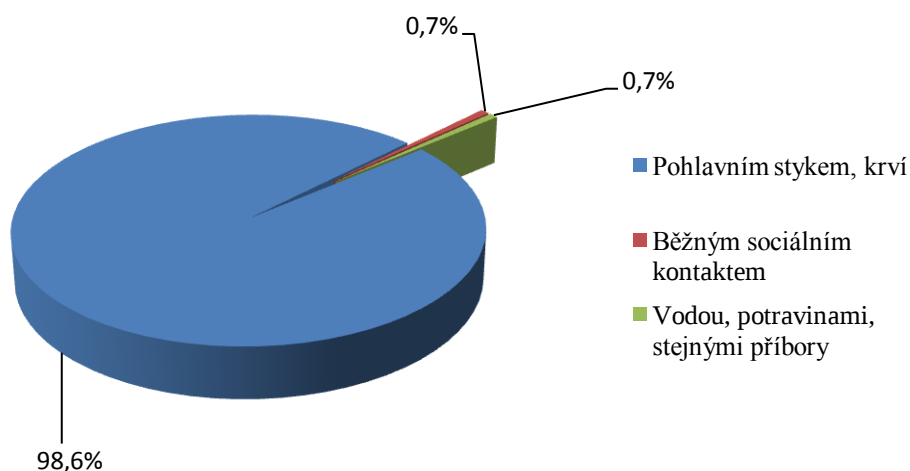
Otázka č. 17 – Virus HIV se přenáší?

Tato otázka se opět týkala onemocnění AIDS a zjišťovala znalosti o formě jeho přenosu. Opět byla pouze jedna ze tří odpovědí správná. V odpovědích byly obsaženy všechny eventuality přenosu (pohlavním stykem, krví a z infikované matky na plod).

Tabulka 19 - Přehled cest přenosu viru HIV

Odpověď	Počet	%
Pohlavním stykem, krví	136	98,6
Běžným sociálním kontaktem	1	0,7
Vodou, potravinami, stejnými přístroji	1	0,7

Graf 24 - Přenos HIV



Správnou odpověď zvolilo 98,6 % žáků a zbývajících 1,4 % žáků odpovědělo špatně. Výsledek vypovídá o vysoké úrovni znalostí žáků v oblasti přenosu viru HIV. (Tabulka 17, Graf 22).

I v této otázce se zjištění výzkumu shoduje s provedeným šetřením Pavly Pilátové (2011), kdy jako nejčastější odpověď ze strany dotazovaných žáků se objevuje odpověď, že k přenosu dochází při pohlavním styku a krvi (92,5 %).

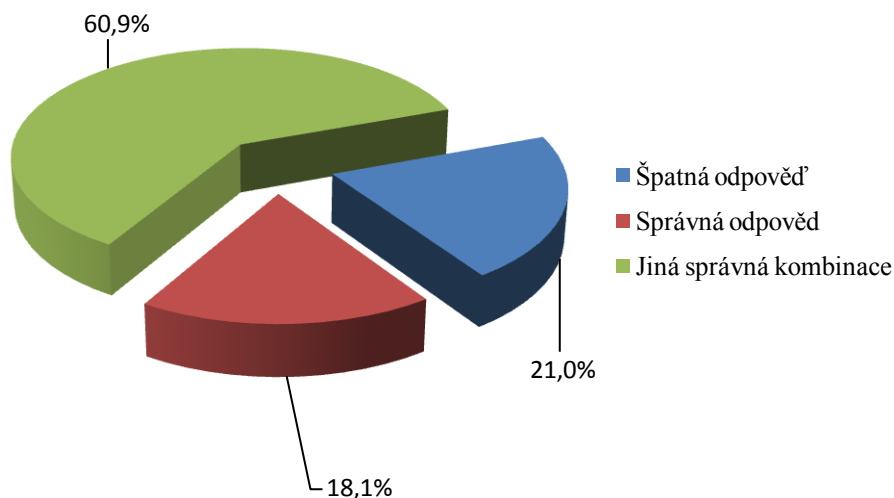
Otázka č. 18 – Jaký je nejspolehlivější způsob ochrany před virem HIV?

Poslední otázka týkající se AIDS měla za úkol zmapovat povědomí žáků o způsobu ochrany před tímto smrtelným onemocněním. Celkem bylo na výběr pět možností a správná odpověď byla kombinace tří z nich - sexuální abstinence, věrnost a používání kondomu.

Tabulka 20 - Přehled způsobů ochrany před virem HIV

Odpověď	Počet	%
Špatná odpověď	29	21,0
Správná odpověď	25	18,1
Jiná správná kombinace	84	60,9

Graf 25 - Ochrana před HIV



Na stěžejní otázku týkající se prevence HIV odpovědělo zcela správně 18,1 % žáků. Správná odpověď zahrnovala kombinaci tří odpovědí – sexuální abstinence, věrnost a používání kondomu, tzv. ABC SYSTÉM. Alespoň jednu z těchto správných odpovědí mělo 60,9 % žáků a zbylých 21 % zvolilo alespoň jednu odpověď špatně. Do kategorie špatných odpovědí patřily odpovědi hormonální antikoncepce a chemická antikoncepce, které před onemocněním AIDS jedince nechrání. (Tabulka 18, Graf 23).

V porovnání se zjištěním Pavly Pilátové (2011) bylo dosaženo podobného výsledku, kdy byl shodně jako nejspolehlivější způsob ochrany před nákazou uváděn na prvním místě kondom (85%) a na druhém zdravý sexuální partner a zachování věrnosti (57,5%).

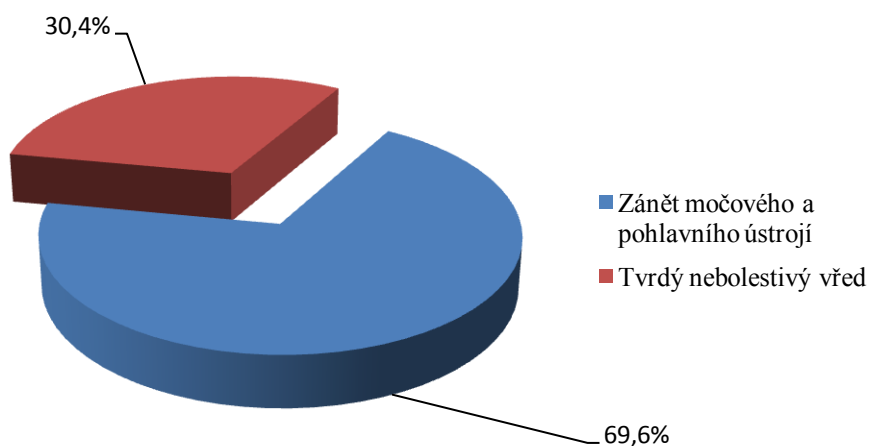
Otázka č. 19 – Kapavka (gonorea) se projeví jako?

Tato otázka se týká další sexuálně přenosné choroby kapavky. Zjišťovala, zda žáci vědí, jak je toto onemocnění charakterizováno a jak se projevuje. Výběr správné odpovědi byl snazší v tom, že byla možnost výběru pouze ze dvou odpovědí a pouze jedna byla správně.

Tabulka 21 - Přehled projevů kapavky

Odpověď	Počet	%
Zánět močového a pohlavního ústrojí	96	69,6
Tvrдый nebolešivý vřed	42	30,4

Graf 26 - Projev kapavky



Kapavka je považována za nejčastější a nejrozšířenější pohlavní chorobu na světě. Charakterizuje se jako akutní hnisavý zánět, postihující primárně sliznice urogenitálního traktu. Tuto správnou odpověď zvolilo 69,6 % žáků a 30,4 % zvolilo odpověď špatnou. (Tabulka 19, Graf 24).

Při porovnání zjištění provedené výzkumem Pavly Pilátové (2011) je možné konstatovat podobnou úroveň odpovědí, neboť v jejím šetření uvedlo správný příznak kapavky 61,25% dotázaných.

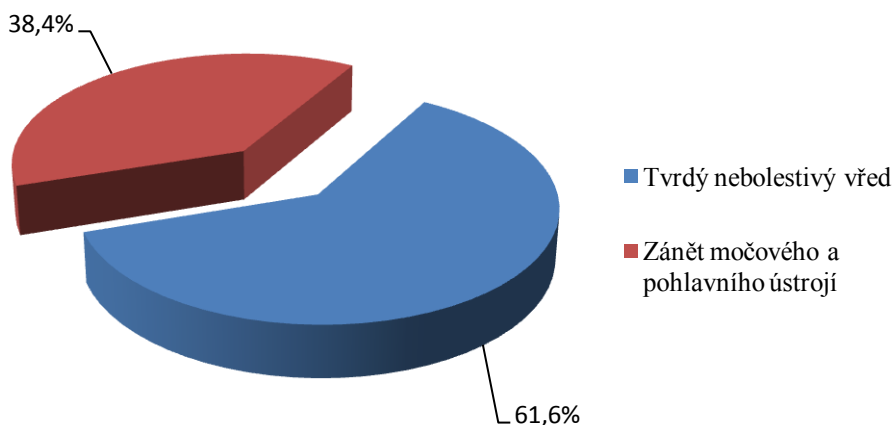
Otázka č. 20 – Jak je charakterizováno onemocnění syfilis?

Syfilis patří k původním pohlavním chorobám, která může mít bez lékařské pomoci vážné dopady na zdravotní stav jedince. Je důležité, aby onemocnění bylo rozpoznáno v počátcích, a proto je tato otázka zaměřená na charakteristiku onemocnění. Stejně jako u předchozí otázky bylo zjišťováno, jak se onemocnění projevuje a taktéž možnosti odpovědí jsou stejné. Dvě varianty, z nichž pouze jedna je správná.

Tabulka 22 - Přehled projevů syfilis

Odpověď	Počet	%
Tvrdý nebolešivý vřed	85	61,6
Zánět močového a pohlavního ústrojí	53	38,4

Graf 27 - Projevy syfilis



Pro syfilis je charakteristický v místě, kde se parazit dostal do těla jedince - cca za 3 týdny, tzv. primární afekt neboli tvrdý vřed, který je symbolem prvního stádia onemocnění. Takto odpovědělo 61,6 % žáků a druhou špatnou odpověď zvolilo zbylých 38,4 % žáků. (Tabulka 20, Graf 25).

I v tomto případě je zjištění o informovanosti žáků podobné jako ve výzkumu Pavly Pilátové (2011), ve kterém správný příznak syfilis uvedlo 58,75% žáků.

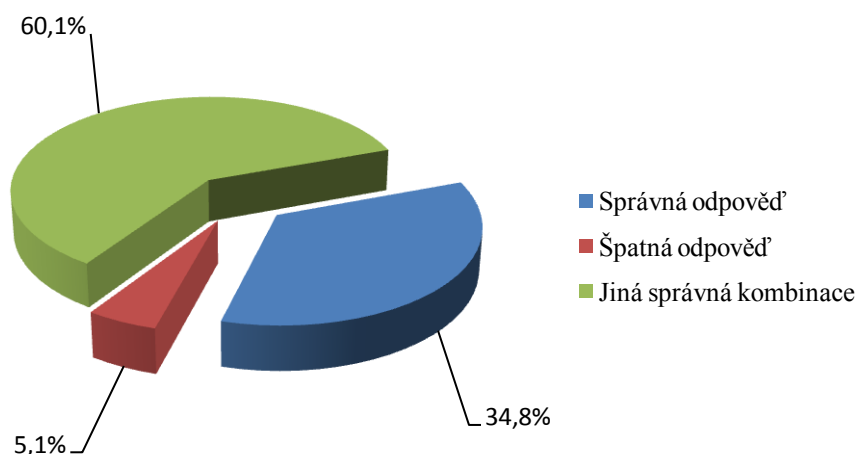
Otázka č. 21 – HPV viry, které jsou původcem HPV infekce, jsou zodpovědné za tvorbu?

Poslední dvě otázky se týkaly aktuálního tématu HPV infekce v souvislosti se zaváděním bezplatného povinného očkování dívek před zahájením pohlavního života. HPV viry jsou zodpovědné za vznik genitálních bradavic nebo mohou způsobit změny na děložním hrdle, což může být považováno za přednádorové bujení. Tato otázka zjišťovala povědomí žáků o tom, zdá ví, za co jsou HPV viry v lidském organismu zodpovědné. Na výběr byly tři možnosti, z nichž kombinace dvou byla správnou odpovědí.

Tabulka 23 - Přehled následků HPV infekce

Odpověď	Počet	%
Správná odpověď	48	34,8
Špatná odpověď	7	5,1
Jiná správná kombinace	83	60,1

Graf 28 - Následky HPV infekce



Správnou odpovědí na tuto otázku bylo, že HPV viry jsou zodpovědné jak za tvorbu kondylomat, tak za rakovinu děložního čípku. Takto odpovědělo pouze 5,1% dotázaných. 60,1% dotázaných uvedlo alespoň jednu z těchto dvou správných odpovědí.

U této otázky se výsledky výzkumu obou prací liší. Ve výzkumu Pavly Pilátové (2011) správnou odpověď, tj. rakovinu děložního čípku, uvedlo 78,75% dotázaných. Vysokou informovanost lze dle autorky přisuzovat aktuálnosti této problematiky v souvislosti s mediálně podporovaným očkování proti rakovině děložního čípku v době, kdy byla práce zpracovávána.

Otázka č. 22 – Jak se lze nejvhodněji před HPV infekcí chránit?

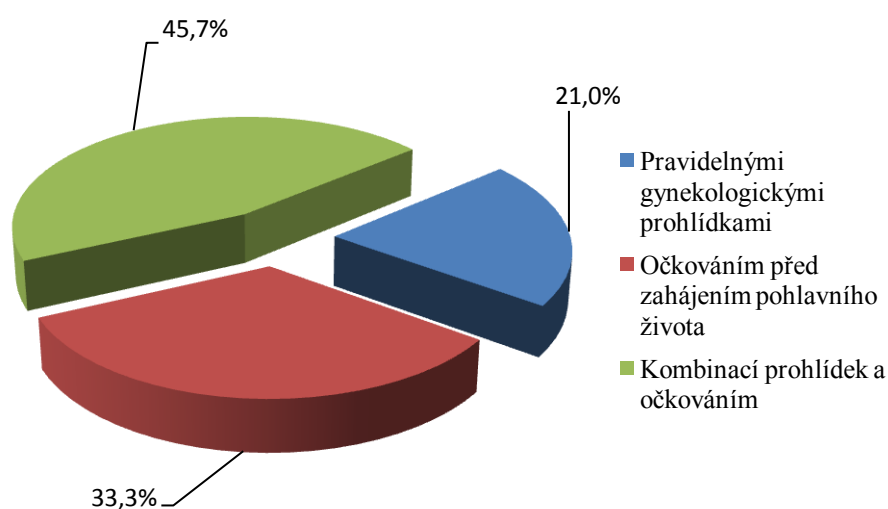
Poslední otázka byla zaměřena na prevenci HPV infekce. Zjišťovala, zda žáci vědí, jak se lze před infekcí nejúčinněji chránit. Na výběr byly tři možnosti a jen jedna odpověď byla správná. Nejúčinnější prevencí je kombinace pravidelných

gynekologických prohlídek (screening děložního čípku) a očkování, které probíhá u dívek ve věku 13 – 14 let ve třech dávkách.

Tabulka 24 - Přehled nejvhodnější ochrany před HPV infekcí

Odpověď	Počet	%
Pravidelnými gynekologickými prohlídkami	29	21,0
Očkováním před zahájením pohlavního života	46	33,3
Kombinací prohlídek a očkováním	63	45,7

Graf 29 - Ochrana před HPV



U poslední otázky lze konstatovat, že u ní špatná odpověď nebyla možná, pouze existovala odpověď neúplná. Správnou odpovědí byla poslední možnost, která je kombinací dvou předchozích, tedy kombinace pravidelných prohlídek a očkováním. Tuto odpověď zvolilo 45,7 % žáků. Pouze gynekologické prohlídky označilo 21 % a pouze možnost očkování 33,3 % žáků. (Tabulka 22, Graf 27)

6 ZÁVĚR

Jak již bylo řečeno v úvodu, hlavním cílem této diplomové práce bylo zjistit, jaká je úroveň informovanosti žáků osmých a devátých tříd základních škol o problematice sexuálně přenosných chorob. V souladu s tímto hlavním cílem byly stanoveny i dílčí úkoly, kterými bylo zjištění o všeobecném povědomí a znalostech žáků, zjištění zda se problematice sexuálně přenosných chorob ve výuce věnují, popř. jakým chorobám je věnována největší pozornost, v jakém předmětu a jakou formou jsou informace žákům zprostředkovány. Dalším úkolem bylo zjistit, co je pro žáky největším zdrojem informací a zda považují oblast sexuálně přenosných chorob za důležitou.

Ke zjištění hlavního cíle a splnění dílčích úkolů byl použit kvantitativní výzkum spočívající ve vyplnění nestandardizovaného anonymního dotazníku, který obsahoval jednak otázky zaměřené obecně na výuku sexuálně přenosných chorob a dále na znalosti žáků v této oblasti. Celkem bylo osloveno 138 žáků osmých a devátých tříd, z toho bylo 71 (51,4%) žáků osmých tříd a 67 (48,6 %) žáků devátých tříd. Všechny 138 dotazníků bylo vyplněno tak, že mohly být použity k dalšímu zpracování.

Z výzkumného šetření vyplynuly tyto závěry:

Všeobecně lze konstatovat, že většina žáků považuje problematiku sexuálně přenosných chorob minimálně za důležitou.

Co se týče výuky, lze konstatovat, že téměř všichni žáci se o sexuálně přenosných chorobách učili, takto odpovědělo 92,0 % žáků. Realizace výuky probíhala nejvíce v předmětu Výchova ke zdraví (80,1 %).

Ve výuce je největší pozornost věnována sexuálně přenosné chorobě AIDS (94,9 %), přičemž nejčastější vyučovací formou je výklad (42,3 %) a diskuze (25,0 %). V rámci vyučování se zúčastnilo jiné formy vzdělávání pouze 34,9 % žáků, z toho nejvíce besedy.

Největším zdrojem informací o problematice sexuálně přenosných chorob je pro žáky škola (37,0 %), což lze považovat za velice příznivý výsledek. Jako další zdroje byly nejčastěji uváděny internet (31,0 %) a kamarádi (11,6 %). Pouze 5,8 % žáků uvedlo jako zdroj rodinu.

U všeobecné informovanosti o sexuálně přenosných chorobách z výzkumu vyplynulo, že větší polovina žáků má všeobecné povědomí a znalosti v této oblasti. Téměř polovina žáků (48,5 %) dokázala vyloučit alespoň jednu chorobu, která

k sexuálně přenosným chorobám nepatřila. Polovina žáků věděla alespoň jeden důvod ze tří, proč jsou sexuálně přenosné choroby nebezpečné. Více jak polovina žáků (59,4 %) věděla, že nákazou sexuálně přenosnou chorobou jsou bezprostředně ohroženi při nechráněném pohlavním styku a při promiskuitním chování. 92 % žáků vědělo, že mezi dosud nevyléčitelnou sexuálně přenosnou chorobu patří HIV infekce (AIDS).

V oblasti „mýtů“ o sexuálně přenosných chorobách z výzkumu vyplynulo, že 90,6 % žáků ví, že je hormonální antikoncepce před sexuálně přenosnými chorobami neochrání a 81,9 % žáků si uvědomuje, že člověk, který o své pohlavní nákaze ví, ale přesto infekci vědomě rozšiřuje, může být stíhán pro ublížení na zdraví. Tyto výsledky jsou opět velice příznivé.

Poslední zkoumanou částí dotazníku byla úroveň znalostí o konkrétních sexuálně přenosných chorobách, konkrétně AIDS, kapavka, syfilis a HPV infekce. Vyhodnocení výsledků výzkumu ukázalo opět na dobrou úroveň znalostí.

U onemocnění AIDS vědělo 70,3 % žáků, co název znamená, 98,6 % vědělo, že se HIV přenáší pohlavním stykem, krví a z matky infikované virem na plod a 60,9 % dokázalo vyjmenovat alespoň jeden způsob ochrany před virem HIV.

Dalšími sexuálními přenosnými chorobami, které byly podrobeny výzkumu, byly kapavka, syfilis a HPV infekce. 69,6 % žáků vědělo, jak se projevuje kapavka (gonorea) a 61,6 % žáků vědělo, jak je charakterizováno onemocnění syfilis. U HPV infekce byly výsledky o něco horší. Pouze 39,9 % žáků vědělo, že jsou HPV viry zodpovědné za genitální bradavice (kondylomata) a rakovinu děložního čípku. Co se týče prevence HPV infekce kombinací pravidelných gynekologických prohlídek a očkování zvolilo 45,7 % žáků.

Závěrem lze konstatovat, že stanovený hlavní cíl a dílčí úkoly byly splněny. Provedené výzkumné šetření ukázalo, že úroveň informovanosti lze považovat za velmi uspokojivou. Výsledky výzkumu lze považovat za příznivé, avšak v oblasti prevence a přenosu sexuálně přenosných chorob by mohlo dojít ke zlepšení, více by měl být kladen důraz na informovanost o tom, jakým způsobem se mohou jedinci nakazit a jak by se měli naopak před konkrétními sexuálně přenosnými chorobami chránit. Pozornost by měla být také více zaměřena na aktuální téma HPV infekce.

Doufám, že i tato práce může být pro mnohé zdrojem cenných informací, a může tak přispět do budoucnosti k lepší všeobecné informovanosti v oblasti reprodukčního zdraví. Její přínos může být především v tom, že obsahuje informace nejen o sexuálně přenosných chorobách, ale i o tolik důležité prevenci.

Informace z ní mohou čerpat jak pedagogové pro zkvalitnění výuky, tak i ostatní, kteří by se chtěli o této problematice dovědět více.

Přínosem této diplomové práce je určitě i skutečnost, že byla poskytnuta základním školám, na kterých probíhalo výzkumné šetření.

7 SOUHRN

Hlavním cílem této diplomové práce bylo zjistit, jaká je úroveň informovanosti žáků osmých a devátých tříd základních škol o problematice sexuálně přenosných chorob. V souladu s tímto hlavním cílem byly stanoveny i dílčí úkoly, kterými bylo zjištění o všeobecném povědomí a znalostech žáků k této problematice. V jaké míře se problematice sexuálně přenosných chorob věnují ve výuce, popř. jakým chorobám je věnována největší pozornost, v jakém předmětu a jakou formou jsou informace žákům zprostředkovány. Co je pro žáky největším zdrojem informací a zda považují oblast sexuálně přenosných chorob za důležitou.

Ke zjištění hlavního cíle a splnění dílčích úkolů byl použit kvantitativní výzkum spočívající ve vyplnění nestandardizovaného anonymního dotazníku, který obsahoval 22 otázek zaměřených jak na znalosti a postoje žáků, tak na úroveň výuky a informovanosti v oblasti sexuálně přenosných chorob. Výzkum byl prováděn u žáků osmých a devátých třídách základních škol v kraji Vysočina v měsíci únoru 2012. Konkrétně v Základních školách Bohdalov, Nové Město na Moravě a v Polničce. Výzkumné šetření probíhalo v hodině Výchovy ke zdraví, kdy byly dotazníky předložený žákům k vyplnění. Celkově bylo vyplněno 138 dotazníků. Všechny dotazníky byly vyhodnoceny pomocí čárkování, výsledky byly zpracovány do tabulek a grafů a jsou uvedeny v relativních a absolutních hodnotách. K diskuzi a srovnání výsledků bylo použito výzkumné šetření bakalářská práce s názvem Znalosti žáků 8. a 9. třídy o sexuálně přenosných chorobách Pavly Pilátové z Katedry antropologie Masarykovy univerzity z roku 2011.

8 REFERENČNÍ SEZNAM

Monografie

1. CHRÁSKA M. *Metody pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Havlíčkův Brod: Tiskárny Havlíčkův Brod, 2007. 272 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
2. ČÍŽKOVÁ J. a kol. *Přehled vývojové psychologie*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2008. 176 s. ISBN 978-80-244-2141-4.
3. HAJNOVÁ, R., KLEINOVÁ S. *Průvodce sexuální výchovou pro základní a střední školy*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 2002. 86 s. ISBN 80-7013-359-7.
4. HŘIVNOVÁ M., FORÝTKOVÁ D. *Zdravotnické disciplíny*. 1. vyd. Olomouc: HANEX, 2006. 79 s. ISBN 80-85783-68-1.
5. JIRÁSKOVÁ, M. *Dermatovenerologie (Učební texty pro bakaláře)*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 223 s. ISBN 80-246-0636-4.
6. JOYEUX, H. *City, sexualita, AIDS*. 1. vyd. Praha: Portál, 1994. 73 s. ISBN 80-7178-004-9.
7. Kol. autorů. *Sexuální výchova – vybraná témata, Výchova ke zdraví (Příručka pro učitele)*. 1. vyd. Praha: MŠMT ve spolupráci s VÚP v Praze, 2009. ISBN 978-80-87000-29-8.
8. KUBÁTOVÁ, A. a kol. *HROU PROTI AIDS manuál*. 6. Vyd. Praha: KHS Plzeňského kraje se sídlem v Plzni a Státní zdravotní ústav Praha, 2009. 32 s. ISBN
9. MACHOVÁ J. *Biologie pro učitele*. Praha: nakladatelství Karolinum, 2005. 259 s. ISBN 80-7184-867-0.
10. MACHOVÁ J., HAMANOVÁ, J. *Reprodukční zdraví v dospívání*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství H & H Vyšehradská, s. r. o., 2002. 197 s. ISBN 80-86022-94-3.
11. MACHOVÁ J., MARÁDOVÁ E., KLEMENTA J. a kol. *Výchova ke zdravému životnímu stylu (Základy sexuální výchovy)*. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy, 1998. 98 s. ISBN 80-86039-63-3.
12. NOVOTNÝ, I., HRUŠKA, M. *Biologie člověka: pro gymnázia*. 3. rozšířené a upravené vyd. Praha: Fortuna, 2002. 239 s. ISBN 80-7168-819-3.

13. NOŽIČKOVÁ, M., SALAVEC, M., ETTLER K. *POHLAVNÍ CHOROBY diagnostika a léčba*. 1. vyd. Praha: Karolinum – nakladatelství Univerzity Karlovy, 1997. 46 s. ISBN 80-7184-136-97.
14. NOŽIČKOVÁ, M. a kol. *Vybrané kapitoly z dermatovenerologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum – nakladatelství Univerzity Karlovy, 2003. 155 s. ISBN 80-246-0583-X.
15. ONDRIS V., HLAVATÝ M. *Pohlavní nemoci od A do Z – základní informace*. 1. vyd. Praha: Česká společnost AIDS pomoc, 2006. 19 s.
16. PETŘKOVÁ, A. *Nástin ontogeneze dětství a dospívání*. 1. vyd. Olomouc: rektorát Univerzity Palackého v Olomouci, 1991. 42 s. ISBN 80-7067-002-9.
17. PILÁTOVÁ, P. *Bakalářská práce*. Masarykova univerzita, Brno 2011.
18. RESL, V., VOLTR J., PIZINGER K. *Venerologie (Sexuálně přenosné infekce, Nevenerické choroby genitálu, Diferenciální diagnostika)*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1993. 122 s. ISBN 80-7066-828-8.
19. ŘÍČAN P. *Cesta životem: [vývojová psychologie]: přepracované vydání*. 2. vyd. Praha: Portál, 2006. 390 s. ISBN 80-7367-124-7.
20. SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE (WHO). *Standardy pro sexuální výchovu v Evropě*. Kolín: Federální centrum pro zdravotní výchovu, 2010.
21. ŠEJDA, J. et al. *Prevence, léčba a další aspekty nákazy HIV/AIDS*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví (Galén), 1993. 267 s. ISBN 80-85047-14-4.
22. ŠTÁVA, Z. *Sexuálně přenosné nemoci (Základy současných poznatků pro lékaře, zdravotnické pracovníky, pedagogy a laickou veřejnost)*. 1. vyd. Praha: Avicenum/zdravotnické nakladatelství, 1987. 144 s.
23. ŠULOVÁ L., FAIT T., WEISS P. a kol. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf, 2011. 439 s. ISBN 978-80-7345-238-4.
24. TAXOVÁ, J. *Pedagogicko-psychologické zvláštnosti dospívání*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 1985. 239 s.
25. UZEL, R. *Mýty a pověry v sexu*. 1. vyd. Praha: Práce, 1990. 156 s. ISBN 80-208-0936-8.
26. UZEL, R., MITLOHNER, M. *Vybrané otázky lidské sexuality*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007. 92 s. ISBN 978-80-7041-609-9.
27. UZEL, R. *Problematika sexuálního zdraví*. Jihlava: Východočeské tiskárny, 1990. 44 s. ISBN 80-7012-031-2.

28. VÁŇOVÁ, M. *PEDAGOGŮM O PREVENCI AIDS*. České Budějovice: Ústav zdravotní výchovy Praha a Česká státní pojišťovna, 1994. 27 s.
29. ZÁRUBA, F., VOSMÍK F., ZÁHEJSKÝ J., BUCHVALD, J., JIRÁSEK L. *Dermatovenerologie*. 1. vyd. Praha: Scientia medica, spol. s. r. o., 1994. 248 + 32 s. barevné přílohy. ISBN 80-85526-31-X.
30. ZEMKOVÁ, P. *Nástin sexuologie*. 1. vyd. Praha: Manus, 2001. 111 s. ISBN 80-902318-7-X.
31. ZVĚŘINA, J. *Sexuologie (nejen) pro lékaře*. 1. vyd. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2003. 287 s. ISBN 80-7204-264-5.

Internetové zdroje

1. Aids – statistika [online]. © 2011. [cit. 2012-02-06]. Dostupný na [www: http://www.aids-pomoc.cz/info_statistiky.htm](http://www.aids-pomoc.cz/info_statistiky.htm)
2. Anatomie pohlavních orgánů [online]. [cit. 2012-02-08]. Dostupný na [www: http://www.porodnice.cz/anatomie-pohlavnich-organu-zeny-muze](http://www.porodnice.cz/anatomie-pohlavnich-organu-zeny-muze)
3. Drahé očkování proti rakovině děložního čípku zaplatí pojišťovny [online]. © 2012. [cit. 2012-02-07]. Dostupný na [www: http://zpravy.ihned.cz/cesko-zdravotnictvi/c1-54466880-drahe-ockovani-proti-rakovine-delozniho-cipku-zaplati-pojistovny-od-dubna](http://zpravy.ihned.cz/cesko-zdravotnictvi/c1-54466880-drahe-ockovani-proti-rakovine-delozniho-cipku-zaplati-pojistovny-od-dubna)
4. Herpes simplex [online]. © 2000. [cit. 2012-02-08]. Dostupný na [www: http://www.sexus.cz/herpes-simplex](http://www.sexus.cz/herpes-simplex)
5. Screening pro prevenci karcinomu děložního čípku [online]. © 2006. [cit. 2012-02-07]. Dostupný na [www: http://www.papillomavirus.cz/laicka/ECCA_SCREENING_CZ4.pdf](http://www.papillomavirus.cz/laicka/ECCA_SCREENING_CZ4.pdf)
6. Očkování proti HPV a karcinomu děložního čípku [online]. © 2007. [cit. 2012-02-07]. Dostupný na [www: http://www.papillomavirus.cz/laicka/ECCA_Ockovani_proti_HPV.pdf](http://www.papillomavirus.cz/laicka/ECCA_Ockovani_proti_HPV.pdf)
7. Papillomaviry [online]. © 2004. [cit. 2012-02-07]. Dostupný na [www: http://www.papillomavirus.cz/laicka/papillomaviry.pdf](http://www.papillomavirus.cz/laicka/papillomaviry.pdf)
8. Prevence karcinomu děložního čípku [online]. © 2011. [cit. 2012-02-07]. Dostupný na [www: http://www.mou.cz/cz/prevence-karcinomu-delozniho-cipku/article.html?id=168](http://www.mou.cz/cz/prevence-karcinomu-delozniho-cipku/article.html?id=168)
9. Vakcíny proti lidským papillomavirům [online]. © 2005. [cit. 2012-02-07]. Dostupný na [www: http://www.papillomavirus.cz/odborna/vakciny.pdf](http://www.papillomavirus.cz/odborna/vakciny.pdf)
10. Virové infekce genitálu [online]. [cit. 2012-02-07]. Dostupný na [www: http://www.papillomavirus.cz/odborna/anogenitalni.pdf](http://www.papillomavirus.cz/odborna/anogenitalni.pdf)

9 SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázky

Obrázek 1 - Pohlavní orgány ženy (dostupné na www.porodnice.cz)	20
Obrázek 2 - Pohlavní orgány ženy (dostupné na www.porodnice.cz)	21
Obrázek 3 - Pohlavní orgány muže (dostupné na www.porodnice.cz)	27
Obrázek 4 - Mapa HIV Infekce v ČR podle kraje bydliště (dostupný na www.aids-pomoc.cz)	50
Obrázek 5 - HIV + cizinci v ČR bez trvalého pobytu podle původu (dostupný na www.aids-pomoc.cz)	51

10 SEZNAM TABULEK

Tabulky

Tabulka 1 - Počet respondentů dle školy	61
Tabulka 2 - Respondenti dle tříd	62
Tabulka 3 - Přehled o realizaci výuky sexuálně přenosných chorob	65
Tabulka 4 - Přehled předmětů, v kterých byla realizována výuka o sexuálně přenosných chorobách	66
Tabulka 5 - Přehled o zdrojích informací o sexuálně přenosných chorobách	67
Tabulka 6 - Přehled o stupních důležitosti problematiky sexuálně přenosných chorob	68
Tabulka 7 - Přehled forem, pomocí kterých byly ve výuce sdělovány informace	69
Tabulka 8 - Přehled realizace i jiných forem vzdělávání v rámci vyučování	70
Tabulka 9 - Přehled konkrétních jiných forem vzdělávání v rámci vyučování	71
Tabulka 10 - Přehled správných odpovědí, které choroby nepatří mezi sexuálně přenosné choroby	73
Tabulka 11 - Přehled chorob, kterým byla věnována největší pozornost	74
Tabulka 12 - Přehled o nebezpečném vlivu sexuálně přenosných chorob	75
Tabulka 13 - Přehled o ochraně hormonální antikoncepce	76
Tabulka 14 - Přehled o významu anglické zkratky SDT	77
Tabulka 15 - Přehled přenosu nákazy sexuálně přenosnou chorobou	78
Tabulka 16 - Přehled trestní odpovědnosti za vědomé šíření pohlavní nákazy	80
Tabulka 17 - Přehled nevyléčitelné sexuálně přenosné choroby	80
Tabulka 18 - Přehled významu pojmu AIDS	81
Tabulka 19 - Přehled cest přenosu viru HIV	82
Tabulka 20 - Přehled způsobů ochrany před virem HIV	83
Tabulka 21 - Přehled projevů kapavky	85
Tabulka 22 - Přehled projevů syfilis	86
Tabulka 23 - Přehled následků HPV infekce	87
Tabulka 24 - Přehled nejvhodnější ochrany před HPV infekcí	88

11 SEZNAM GRAFŮ

Grafy

Graf 1 - HIV pozitivní případy podle způsobu přenosu	45
Graf 2 - Vývoj HIV a AIDS v Česku 1986 – 2011	51
Graf 3 - Počty zemřelých na AIDS v ČR v letech 1986 – 2011	52
Graf 4 - HIV v ČR podle pohlaví 1968 – 2011	52
Graf 5 - Nárůst počtu HIV pozitivních v roce 2011	53
Graf 6 - Počet respondentů dle školy	61
Graf 7 - Respondenti dle tříd	62
Graf 8 - Realizace výuky sexuálně přenosných chorob	65
Graf 9 - Přehled předmětů	66
Graf 10 - Zdroje informací	67
Graf 11 - Stupeň důležitosti problematiky sexuálně přenosných chorob	68
Graf 12 - Formy sdělování informací ve výuce	70
Graf 13 - Jiné formy vzdělávání v rámci vyučování	71
Graf 14 - Konkrétní jiné formy vzdělávání v rámci vyučování	72
Graf 15 - Kombinace správných odpovědí	73
Graf 16 - Chroby, kterým byla věnována největší pozornost	74
Graf 17 - Nebezpečí sexuálně přenosných chorob	75
Graf 18 - Ochrana hormonální antikoncepcí	77
Graf 19 - Význam zkratky SDT	78
Graf 20 - Přenos nákazy	79
Graf 21 - Trestní odpovědnost	80
Graf 22 - Nevyléčitelná sexuálně přenosná choroba	81
Graf 23 - Význam AIDS	82
Graf 24 - Přenos HIV	83
Graf 25 - Ochrana před HIV	84
Graf 26 - Projev kapavky	85
Graf 27 - Projevy syfilis	86
Graf 28 - Následky HPV infekce	87
Graf 29 - Ochrana před HPV	88

12 SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA 1

Podklady pro sexuální výchovu na ZŠ pro věkovou skupinu 6 – 9

PŘÍLOHA 2

Podklady pro sexuální výchovu na ZŠ věkovou skupinu 9 – 12

PŘÍLOHA 3

Podklady pro sexuální výchovu na ZŠ věkovou skupinu 12 – 15

PŘÍLOHA 4

Dotazník

13 SEZNAM ZKRATEK

ABC - Abstinence (Abstinence) v dospívání, Buď věrný/á (Be monogameous), Chraň se kondomem (Condoms)

ADC - AIDS dementia complex

ARC - AIDS Related Complex

ATZ - azidothymidin

CDC - Centre for Disease Control

ČSAP – Česká společnost AIDS pomoci

DNA - deoxyribonukleová kyselina

DROP – IN - Středisko prevence a léčby drogových závislostí

EU – Evropská unie

FTA - fluorenescenční test

FTA ABS - fluorenesanční absorbční test

HIV - Human Immunodeficiency Virus – virus lidského imunodeficitu

AIDS - Acquired Immunodeficiency Syndrome (syndrom získaného selhání imunity)

HPV - Human papilloma virus

HSV – Herpes simplex virus

HSV 1, 2 – Herpes simplex virus 1, 2

HTLV - Human T Lymphocyte Virus type I and II

HTLV (I,II, III) - Human T Lymphocyte Virus type I, II and III

HTLV-V - Human T-cell Lymphotropic Virus

KDČ – karcinom děložního čípku

LAS - lymfadenopatický syndrom

LAV - Lymphadenopathy Virus

LH - luteinizační hormon

LPG - perzistentní generalizované lymfadenopatie

OSSNAD - Občanské sdružení Společně s nadějí proti AIDS a drogám

PGL - perzistentní generalizované lymfadenopatie

PPI – pohlavně přenosné infekce

PPN – pohlavně přenosné nemoci

RNA - ribonukleovou kyselinu

SOHO - Sdružení organizací homosexuálních občanů

SPN – sexuálně přenosné nemoci

STD - sexually transmitted diseases (sexuálně přenosné nemoci)

TPHA - průkaz protilátek proti *Treponema pallidum*

TPIT - *Treponema pallidum* – imobilizační – test

TV – televizor

VDRL – průkaz antikardiolipinových protilátek

WHO – World Health Organization

ZŠ – základní škola

PŘÍLOHA 1

Podklady pro sexuální výchovu na ZŠ pro věkovou skupinu 6 – 9

6-9	Informace Poskytuje informace o	Dovednosti Umožňuje dětem	Postoje Pomáhá dětem rozvíjet
Lidské tělo a lidský vývoj	▪ tělesné změny, menstruace, ejakulace, individuální rozdíly ve vývoji ▪ (biologické) rozdíly mezi muži a ženami (vnitřní a vnější) ▪ tělesná hygiena	▪ vědět a být schopen používat správná slova pro části těla a jejich funkce • posoudit tělesné změny • kontrolovat své tělo a starat se o něj	▪ přijetí různých nebezpečí, která vyvstávají z vlastního tělesného uvědomění ▪ pozitivní tělesný vzhled a vlastní image: sebeúcta ▪ pozitivní pohlavní identita
Plodnost a rozmnožování	▪ volba rodičovství a otěhotnění, neplodnost, adopce ▪ základní myšlenka antikoncepce (je možné plánovat a rozhodnout se o své vlastní rodině) ▪ různé metody oplození • základní myšlenka cyklu plodnosti • mýty o oplození	▪ rozvíjet komunikační schopnosti • pochopit, že druzí lidé mohou ovlivnit mou vlastní plodnost	• přijetí odlišnosti – někteří lidé si zvolí mít děti, jiní ne
Sexualita	▪ láska, být zamilovaný ▪ něha ▪ sex v médiích (včetně internetu) ▪ radost a potěšení z dotyku vlastního těla (masturbace/sebeukájení) ▪ patřičný sexuální jazyk • sexuální styk	▪ přijímat vlastní i cizí potřebu soukromí ▪ „přebrat“ si sex v médiích ▪ používat sexuální jazyk neurážlivým způsobem	▪ pochopení „přijatelného sexu“ (vzájemně konsensuální, dobrovolný, rovnocenný, věku přiměřený, souvislostem odpovídající a sebe-respektující) • vědomí, že sex je v médiích zobrazen různými způsoby
Emoce	▪ rozdíly mezi přátelstvím, láskou a chtíčem ▪ žárlivost, zloba, agrese, zklamání • přátelství a láska k lidem stejného pohlaví • tajná láska, první láska ((pobláznění a „krach“, nechtěná láska)	▪ vyjádřit a komunikovat emoce, vlastní přání a potřeby ▪ zvládnout zklamání • adekvátně pojmenovat vlastní pocity • zvládnout své vlastní a cizí potřeby soukromí	▪ přijetí, že pocity lásky (jako součást všech emocí) jsou neutrální ▪ postoj, že můj vlastní zážitek a vyjádření emocí je v pořádku a důležitý (ocenění svých vlastních pocitů)

6-9	Informace Poskytuje informace o	Dovednosti Umožňuje dětem	Postoje Pomáhá dětem rozvíjet
Vztahy a životní styl	▪ různé vztahy související s láskou, přátelstvím atd. ▪ různé rodinné vztahy • manželství, rozvod; společný život	▪ sám se vyjádřit v rámci vztahů ▪ být schopen se dohodnout na kompromisu, projevit toleranci a empatii ▪ vytvářet společenské kontakty a přátelství	▪ přijetí závazku, zodpovědnosti a cti jako základu pro vztah ▪ respekt k ostatním ▪ přijetí odlišnosti
Sexualita zdraví a blaho	▪ pozitivní vliv sexuality na zdraví a blaho ▪ nemoci spojené se sexualitou ▪ sexuální násilí a agrese • kde sehnat pomoc	▪ vytvářet hranice ▪ věřit svým instinktům a provádět třístupňový model (říci ne, jít pryč, mluvit s někým komu důvěřuji)	▪ smysl pro zodpovědnost za vlastní zdraví a blaho ▪ vědomí si existence volby a možností ▪ vědomí si existence rizik
Sexualita a práva	▪ právo na vlastní vyjádření ▪ sexuální práva dětí (informace, sexuální výchova, tělesná integrita) ▪ zneužívání ▪ zodpovědnost rodičů za bezpečí dětí	▪ požádat o pomoc a informace ▪ obrátit se na někoho, komu důvěřuji, když mám potíže • pojmenovat svá práva • vyjádřit přání a potřeby	▪ pocity zodpovědnosti za sebe a ostatní ▪ vědomí si práv a volby
Sociální a kulturní determinace sexuality (hodnoty/normy)	▪ úlohy pohlaví ▪ kulturní rozdíly ▪ věkové rozdíly	▪ hovořit o vlastních zážitcích, přáních a potřebách v souvislosti s kulturními normami ▪ rozpoznat a umět jednat s odlišnostmi	▪ respekt k odlišným životním stylům, hodnotám a normám

PŘÍLOHA 2

Podklady pro sexuální výchovu na ZŠ pro věkovou skupinu 9 – 12

9-12	Informace Poskytuje informace o	Dovednosti Umožňuje dětem	Postoje Pomáhá dětem rozvíjet
Lidské tělo a lidský vývoj	- tělesná hygiena (menstruace, ejakulace) - počáteční změny v pubertě (mentální, fyzické, sociální a emocionální změny a jejich možné varianty) - vnitřní a vnější sexuální a rozmnožovací orgány a jejich funkce	- integrovat tyto změny do svého vlastního života - znát a používat správnou slovní zásobu - komunikovat o změnách v pubertě	- pochopení a přijetí změn a rozdílů každého těla (velikost a tvar penisu, prsa a pochva se mohou výrazně lišit, standardy se krásy se mění s časem a liší mezi kulturami) - pozitivní tělesný vzhled a vlastní image: sebeúcta
Plodnost a rozmnožování	- reprodukční a rodinné plánování - rozdílné typy antikoncepce a jejich použití; mýty o antikoncepci - příznaky otěhotnění, rizika a následky nechráněného sexu (nechtěné otěhotnění)	- pochopit vztah mezi menstruací/ejakulací a plodností - efektivně v budoucnu používat kondomy a antikoncepci	pochopení, že antikoncepce je zodpovědnost za obě pohlaví
Sexualita	- první sexuální zkušenosti - pohlavní orientace - sexuální chování mladých lidí (variabilita sexuálního chování) - láska, být zamilovaný - potěšení, masturbace, orgasmus - rozdíly mezi pohlavní identitou a biologickým pohlavím	- komunikovat a pochopit rozdílné sexuální pocity a hovořit o sexualitě patřičným způsobem - vědomě se rozhodnout mít nebo nemít sexuální zážitky - odmítnout nechtěné sexuální zážitky - rozlišovat mezi sexualitou v „reálném životě“ a sexualitou v médiích - používat moderní média (mobilní telefon, internet) a být si vědom rizik a výhod s tím spojených	- přijetí, respekt a pochopení rozdílnosti v sexualitě a sexuální orientaci (sex by měl být vzájemně konsensuální, dobrovolný, rovnocenný, věku přiměřený, souvislostem odpovídající a sebe-respektující) - pochopení sexuality jako procesu učení se - přijetí odlišnosti ve vyjádření sexuality (líbání, dotyky, mazlení atd.) - pochopení, že každý má svůj vlastní „časový rozpis“ sexuálního vývoje
Emoce	- různé emoce, např. zvědavost, zamilovanost, nerozhodnost, nejistota, stud, strach a žárlivost - rozdíly v individuálních potřebách intimity a soukromí - rozdíly mezi přátelstvím, láskou a chtíčem - přátelství a láska k lidem stejného pohlaví	- vyjadřovat a rozpoznat různé emoce u sebe a ostatních - vyjadřovat potřeby, přání a hranice a respektovat je u ostatních - zvládat zklamání	- pochopení emocí a hodnot (např. nepociťovat stud nebo vinu ze sexuálních pocitů nebo tužeb) - respekt k soukromí ostatních

9-12	Informace Poskytuje informace o	Dovednosti Umožňuje dětem	Postoje Pomáhá dětem rozvíjet
Vztahy a životní styl	▪ rozdíly mezi přátelstvím, společenstvím a vztahem a různé způsoby randění ▪ různé druhy příjemných a nepříjemných vztahů (vliv (pohlavní) nerovnosti ve vztazích)	▪ vyjádřit přátelství a lásky různými způsoby ▪ vytvořit sociální kontakty, přátelství, vybudovat a udržet vztahy • <i>komunikovat o vlastních očekáváních a potřebách ve vztahu</i>	▪ pozitivní postoj k rovnosti pohlaví ve vztazích a svobodná volba partnera ▪ přijetí závazku, zodpovědnosti a cti jako základu pro vztah ▪ respekt k ostatním • <i>pochopení vlivu pohlaví, věku, náboženství, kultury atd. na vztahy</i>
Sexualita zdraví a blaho	▪ symptomy, rizika a následky nebezpečí, nepříjemné a nechtěné sexuální zážitky (STI, HIV, nechtěné otěhotnění, psychologické následky) ▪ převažující a odlišné typy sexuálního zneužívání, jak se mu vyhnout a kde sehnat pomoc ▪ pozitivní vliv sexuality na zdraví a blaho	▪ převzít zodpovědnost za bezpečné a příjemné sexuální zážitky u sebe a ostatních ▪ vyjádřit hranice a přání a vyhnout se nejistým a nechtěným sexuálním zážitkům • <i>požádat o pomoc a podporu v případě problémů (puberta, vztahy atd.)</i>	▪ uvědomění si volby a možností ▪ uvědomění si rizik • <i>pocit vzájemné zodpovědnosti za zdraví a blaho</i>
Sexualita a práva	▪ sexuální práva, definována IPPF a WAS • <i>národní zákony a předpisy (povolený věk)</i>	▪ jednat v rámci těchto práv a zodpovědností • <i>požádat o pomoc a informace</i>	▪ uvědomění si práv a možností volby • <i>přijetí sexuálních práv pro sebe a ostatní</i>
Sociální a kulturní determinace sexuality (hodnoty/normy)	▪ vliv tlaku vrstevníků, médií, pornografie, kultury, náboženství, pohlaví, zákonů a socioekonomického stavu na sexuální rozhodnutí, partnerství a chování	▪ diskutovat o těchto vnějších vlivech a vytvářet osobní stanoviska • <i>osvojit si kompetence s moderními médii (mobilní telefon, internet, zacházení s pornografií)</i>	▪ respekt k odlišným životním stylům, hodnotám a normám • <i>přijetí různých názorů, pohledů a chování s ohledem na sexualitu</i>

PŘÍLOHA 3

Podklady pro sexuální výchovu na ZŠ pro věkovou skupinu 12 - 15

12-15	Informace Poskytuje informace o	Dovednosti Umožňuje dětem	Postoje Pomáhá dětem rozvíjet
Lidské tělo a lidský vývoj	▪ znalosti o těle, tělesný vzhled a tělesné modifikace (poškození ženských genitálií, obřízka, panenská blána, anorexie, bulimie, piercing, tetování) ▪ menstruační cyklus; sekundární sexuální tělesné charakteristiky, jejich funkce u mužů a žen a doprovodné pocity • zprávy o kráse v médiích; tělesné změny v lidském životě • služby, kam teenageři mohou jít ohledně problémů souvisejících s těmito tématy	▪ popsat, jak lidské pocity z vlastního těla mohou ovlivnit jejich zdraví, vlastní image a chování • přijít s termíny puberty a odolání tlaku vrstevníků • být kritický ke zprávám z médií a průmyslu vydávajícím na lidské kráse	• kritické myšlení související s tělesnou úpravou (modifikací) • přijetí a chápání různých tělesných tvarů
Plodnost a rozmnožování	▪ dopad (mladého) mateřství a otcovství (ve smyslu výchovy dětí – plánování rodiny, kariéry, antikoncepce, rozhodování a péče v případě nechtěného těhotenství) ▪ informace o antikoncepčních službách ▪ neúčinná antikoncepce a její příčiny (alkohol, postranní účinky, zapomnětlivost, pohlavní nerovnocennost atd.) ▪ těhotenství (také v homosexuálním vztahu) a neplodnost ▪ fakta a mýty (spolehlivost, výhody a nevýhody) související s různou antikoncepcí (včetně pohotovostní antikoncepce)	▪ rozpoznat znaky a příznaky těhotenství ▪ získat antikoncepci na správném místě, např. návštěvou zdravotnického odborníka ▪ vědomě se rozhodnout mít nebo nemít sexuální zážitky • komunikovat o antikoncepci • vědomě si zvolit antikoncepci a používat vybranou antikoncepci účinně	▪ osobní postoje (normy a hodnoty) k (mladému) mateřství a otcovství, antikoncepci, potratu a adopci ▪ pozitivní postoj převzetí vzájemné zodpovědnosti za antikoncepci
Sexualita	▪ očekávání a chování v souvislosti se sexuálním vzrušením a pohlavní odlišností • pohlavní identita a sexuální orientace, včetně chození/homosexuality • jak si užívat sexualitu patřičným způsobem • první sexuální zážitky • potěšení, masturbace, orgasmus	▪ rozvíjet schopnosti v intimní komunikaci a dohodě • učinit svobodná a zodpovědná rozhodnutí po zhodnocení následků, výhod a nevýhod každé možné volby (partneři, sexuální chování) • užít si sexualitu ohleduplným způsobem • rozlišit mezi reálnou a mediální sexualitou	▪ pochopení sexuality jako procesu učení se • přijetí, respekt a pochopení rozdílnosti v sexualitě a sexuální orientaci (sex by měl být vzájemně konsensuální, dobrovolný, rovnocenný, věku přiměřený, souvislostem odpovídající a sebe-respektující)
Emoce	▪ rozdíl mezi přátelstvím, láskou a chůčem ▪ různé emoce, např. zvědavost, zamilovanost, nerozhodnost, nejistota, stud, strach a žárlivost	▪ vyjádřit přátelství a lásku různými způsoby ▪ vyjádřit vlastní potřeby, přání a hranice a respektovat je u ostatních • zacházet s různými/konfliktními emocemi, pocity a touhami	▪ přijetí, že se lidé cítí odlišně (kvůli jejich pohlaví, kultuře, náboženství atd. a jejich vlastní výklad těchto pojmů)

12-15	Informace Poskytuje informace o	Dovednosti Umožňuje dětem	Postoje Pomáhá dětem rozvíjet
Vztahy a životní styl	▪ vliv věku, pohlaví, náboženství a kultury • různé styly komunikace (verbální a nonverbální) a jak je zlepšit • jak rozvíjet a udržovat vztahy • rodinná struktura a změny (např. jeden rodič) • různé druhy (příjemné a nepříjemné) vztahů, rodiny a způsoby života	▪ zaměřit se na nespravedlnost, diskriminaci, nerovnoprávnost ▪ vyjadřovat přátelství a lásku různým způsobem ▪ vytvářet společenské kontakty, přátelství, vybudovat a udržovat vztahy • komunikovat svá vlastní očekávání a potřeby v rámci vztahu	▪ zájem vytvořit rovnocenný a naplňující vztah • pochopení vlivu pohlaví, věku, náboženství, kultury atd. na vztahy
Sexualita zdraví a blaho	▪ tělesná hygiena a sebepozorování ▪ převaha a různé typy sexuálního zneužívání, jak se mu vyhnout a kde sehnat pomoc • rizikové (sexuální) chování a jeho následky (alkohol, drogy, tlak vrstevníků, šikana, prostituce, média) • příznaky přenosu a prevence STI, včetně HIV • zdravotnický systém a služby • pozitivní vliv sexuality na zdraví a blaho	▪ dělat zodpovědná rozhodnutí a volby a „dobře informované“ volby (v souvislosti se sexuálním chováním) ▪ požádat o pomoc a podporu v případě problémů • vytvářet dohodu a komunikační schopnosti, abych měl bezpečný a uspokojivý sex • odmítnout nebo ukončit nepříjemný nebo nejistý sexuální kontakt • efektivně získat a používat kondomy a antikoncepci • rozpoznat rizikové situace a být schopen se s nimi vyrovnat • rozpoznat příznaky STI	▪ pocít vzájemné zodpovědnosti za zdraví a blaho • smysl pro zodpovědnost v souvislosti prevence STI/HIV • smysl pro zodpovědnost v souvislosti nechtěného otěhotnění • smysl pro zodpovědnost v souvislosti prevence sexuálního zneužívání
Sexualita a práva	▪ sexuální práva, jak byla definována IPPF a WAS • národní zákony a předpisy (povolený věk)	▪ brát na vědomí sexuální práva svá i ostatních ▪ požádat o pomoc a informace	▪ přijetí sexuálních práv u sebe a ostatních
Sociální a kulturní determinace sexuality (hodnoty/normy)	▪ vliv tlaku vrstevníků, médií, pornografie, kultury, náboženství, pohlaví, zákonů a socioekonomického stavu na sexuální rozhodnutí, partnerství a chování	▪ vypořádat se s konfliktními (vnitřně) osobními normami a hodnotami v rodině a společnosti ▪ získat mediální kompetence a vyrovnat se s pornografií	▪ osobní náhled na sexualitu (jez je flexibilní v měnící se společnosti nebo skupině)

PŘÍLOHA 4

Dotazník

Milí žáci,

jmenuji se Radka Lisnerová a jsem studentkou pátého ročníku Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. Mým studijním oborem je kombinace Výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání a Český jazyk se zaměřením na vzdělávání.

Chtěla bych Vás požádat o vyplnění následujícího dotazníku, který je součástí mojí diplomové práce na téma „*Informovanost žáků druhého stupně základních škol o sexuálně přenosných chorobách*“.

Veškeré údaje jsou anonymní a budou použity pouze pro vyhodnocení dotazníků.

POKYNY K VYPLNĚNÍ:

Zakroužkujte vždy jednu nebo více variant podle toho, co je uvedeno v závorce za otázkou, případně **doplňte požadované informace**.

U otázek, kde je uvedeno **ANO/NE** **podtrhněte nebo zakroužkujte správnou odpověď**.

Děkuji

Radka Lisnerová

Pohlaví: CHLAPEC / DÍVKA (*správné zakroužkujte nebo podtrhněte*)

Třída:.....

Místo bydliště:

- a) vesnice
- b) město

- 1) O sexuálně přenosných chorobách jsme se učili: **ANO / NE**
- 2) Pokud **ANO**, v jakém předmětu:
 - a. Výchova ke zdraví
 - b. Přírodopis
 - c. Jiný předmět:
- 3) Největším zdrojem informací o problematice sexuálně přenosných chorob je pro mne: *(může být i více odpovědí)*
 - a. škola
 - b. internet
 - c. rodina (rodiče, prarodiče, sourozenci)
 - d. kamarádi, parta
 - e. časopisy – název.....
 - f. jiný zdroj.....
- 4) Problematiku sexuálně přenosných chorob považuji za: *(pouze jedna odpověď)*
 - a. velmi důležitou
 - b. důležitou
 - c. nedůležitou
- 5) Informace týkající se problematiky sexuálně přenosných chorob nám byly ve vyučování sdělovány formou : *(může být i více odpovědí)*
 - a. výkladu
 - b. prezentace
 - c. diskuzí, dialogem
 - d. dokumentu
 - e. praktickou činností (např. navlékání, kondomu, představení druhů antikoncepce)
 - f. peer programu
- 6) K problematice sexuálně přenosných chorob jsem se v rámci vyučování zúčastnil(a) i jiných forem vzdělávání např. přednášky, besedy, peer programu apod.: **ANO / NE**

7) Pokud **ANO**, o jakou formu se jednalo: *(může být i více odpovědí)*

a. peer program

Název:

b. přednáška

Název:

c. beseda

Název:

d. jiná forma

Název:

8) Které z následujících chorob **NEPATŘÍ** mezi sexuálně přenosné choroby
(možnost více odpovědí)?

a. lupenka

b. syfilis

c. kapavka

d. hemeroidy

e. HIV infekce (AIDS)

f. chlamýdiové infekce

g. kondylomata

h. opar zevního pohlavního ústrojí

i. afty

j. trichomoniáza a kandidóza

9) O které ze sexuálně přenosných chorob jste se ve škole nejvíce učili *(pouze jedna odpověď)*

a. AIDS

b. syfilis

c. kapavka

d. jiné

- 10) Sexuálně přenosné choroby jsou nebezpečné protože: *(možnost více odpovědí)*
- a. mohou se nakazit při běžném kontaktu (podání ruky,...)
 - b. postihují organismus jako celek, někdy probíhají bez zjevných příznaků
 - c. mohou trvale poškodit reprodukční zdraví (sterilita - neplodnost)
 - d. bez lékařské pomoci je nelze vyléčit a jedinec může i zemřít
 - e. mohou se léčit i bez lékařské pomoci
- 11) Myslíš si, že hormonální antikoncepce chrání jedince před sexuálně přenosnými chorobami? **ANO/NE**
- 12) Zkratka STD z anglického pojmenování znamená: *(pouze jedna odpověď)*
- a. sexuálně přenosné choroby
 - b. označení pro antikoncepci
 - c. sexuálně nepřenositelné choroby
- 13) Nákazou sexuálně přenosnou chorobou jsem bezprostředně ohrožen(a): *(možnost více odpovědí)*
- a. při nechráněném pohlavním styku
 - b. při chráněném pohlavním styku (kondom)
 - c. při použití stejného nádobí
 - d. při promiskuitním chování (časté střídání sexuálních partnerů)
 - e. při běžném sociálním kontaktu
- 14) Člověk, který o své pohlavní nákaze ví, ale přesto infekci vědomě rozšiřuje může být: *(pouze jedna odpověď)*
- a. stíhán pro ublížení na zdraví
 - b. nehrozí mu žádný postih
- 15) Mezi dosud nevyléčitelnou sexuálně přenosnou chorobu patří: *(pouze jedna odpověď)*
- a. syfilis
 - b. kapavka
 - c. HIV infekce (AIDS)

- 16) AIDS je: *(pouze jedna odpověď)*
- a. syndrom získaného selhání srdeční soustavy
 - b. syndrom získaného selhání krevního oběhu
 - c. syndrom získaného selhání imunity
- 17) Virus HIV se přenáší: *(pouze jedna odpověď)*
- a. pohlavním stykem, krví (injekční aplikace drog, transfuze krve aj.), z matky infikované virem na plod
 - b. běžným sociálním kontaktem
 - c. vodou, potravinami, používáním stejných jídelních příborů
- 18) Jaký je nejspolehlivější způsob ochrany před virem HIV *(možnost více odpovědí)*:
- a. sexuální abstinence
 - b. hormonální antikoncepce (tabletky)
 - c. věrnost
 - d. chemická antikoncepce (krémy, čípky aj.)
 - e. používání kondomu
- 19) Kapavka (gonorea) se projeví jako: *(pouze jedna odpověď)*
- a. akutní hnisavý zánět sliznic močového a pohlavního ústrojí
 - b. tvrdý nebolestivý vřed v místě vstupu infekce do organismu
- 20) Jak je charakterizováno onemocnění syfilis: *(pouze jedna odpověď)*
- a. tvrdý, lesklý, nebolestivý vřed v místě vstupu infekce do organismu
 - b. akutní hnisavý zánět sliznic močového a pohlavního ústrojí
- 21) HPV viry, které jsou původcem HPV infekce, jsou zodpovědné za tvorbu *(možnost více odpovědí)*:
- a. kondylomat (genitálních bradavic)
 - b. rakoviny děložního čípku
 - c. chronických zánětů močových cest

22) Jak se lze nejvhodněji před HPV infekcí chránit? (*pouze jedna odpověď*)

- a. pravidelnými gynekologickými prohlídky
- b. očkováním před zahájením pohlavního života
- c. kombinací pravidelných gynekologických prohlídek a očkováním

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Radka Lisnerová
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotní PdF UP Olomouc
Vedoucí práce:	Mgr. Jana Majerová
Rok obhajoby:	2012
Název práce:	Informovanost žáků osmých a devátých tříd základních škol o sexuálně přenosných chorobách
Název v angličtině:	Sexually Transmitted Diseases awareness of students in 8th and 9th grade of elementary school.
Anotace práce:	Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit informovanost žáků osmých a devátých tříd o sexuálně přenosných chorobách. V teoretické části bylo charakterizováno období dospívání z hlediska psychického i tělesného. Dále jsem konkrétně popisovala jednotlivé sexuálně přenosné choroby a také jsem se zabývala prevencí a sexuální výchovou na základní škole. V praktické části jsem prováděla výzkum u žáků osmých a devátých tříd zaměřený na zjištění skutečného stavu úrovně informovanosti v oblasti sexuálně přenosných chorob.
Klíčová slova:	Sexuálně přenosné choroby, AIDS, HIV virus, Kapavka, Syfilis, HPV
Anotace v angličtině:	Main goal of this diploma thesis was to find out the level of awareness of the students in 8 th and 9 th grade of the elementary school in terms of sexually transmitted diseases. In the theoretical part I have been characterizing periods of adolescence both from psychic and physical point of view. Secondly, I was explicitly describing every single sexually transmitted disease as well as going into ways of prevention and learning about content of the sexual education lesson on the elementary school. In the practical part I have done research in 8 th and 9 th grades of several elementary schools to find out the real level of informational awareness in area of sexually transmitted diseases of the students.
Klíčová slova v angličtině:	Sexually transmitted diseases, AIDS, HIV virus, gonorrhoea, syphilis, HPV
Přílohy vázané v práci:	4
Rozsah práce:	113 stran
Jazyk práce:	Čeština