

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Informovanost žen v produktivním věku
o nebezpečí a prevenci sexuálně přenosných chorob
v okrese Jindřichův Hradec**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:
PhDr. Drahomíra Filausová

Autor:
Eva Kosová

Awareness of working-age women about the hazard and the prevention of sexually transmitted diseases in the district Jindřichův Hradec.

Sexually transmitted diseases that spread almost exclusively through sexual intercourse have recently seen an increase in their occurrence. These represent a significant health problem affecting the entire population regardless of age, religion, or race. Therefore, they are justly referred to as social diseases.

Sexually transmitted diseases are frequently reported to be a civilization threat affecting approximately 15 % of women in sexually active age. STDs have a negative impact on women's fertility and can, in pregnant women, even lead to an abortion. The course of these diseases is often asymptomatic which results in their further spreading.

The objective of the bachelor's thesis at hand was to identify women's knowledge of and opinions on the risks related to sexually transmitted diseases, prevention options; and to find out how midwives help to increase awareness of the risks and prevention relating to sexually transmitted diseases. The empirical part of the thesis is based on a quantitative research. The technique employed in order to collect data involved a questionnaire that was designed for women in sexually active age and living in the district of Jindřichův Hradec. The processed results of the research are shown in graphs. With the objectives in mind, three hypotheses were defined. Hypothesis 1: *Women in productive age have the knowledge of the risks of sexually transmitted diseases* has been validated. Hypothesis 2: *Women in productive age have the knowledge of transmission methods of sexually transmitted diseases* has also been validated by a survey carried out in gynecological clinics in the district of Jindřichův Hradec. Hypothesis 3: *Women in productive age receive enough information on the risks and prevention of sexually transmitted diseases from midwives* has not been validated. The main outcomes of the research include the fact that women in productive age have the knowledge of the risks and transmission methods of sexually transmitted diseases. Yet, such women are not sufficiently informed by midwives on prevention options concerning sexually transmitted diseases. The outcomes of the research led to producing a draft of information leaflet that provides elementary information on the

risks of sexually transmitted diseases. This leaflet introduces a comprehensive structure comprising basic information on sexually transmitted diseases.

Prohlášení

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

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

V Českých Budějovicích 3. 5. 2012

.....

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce PhDr. Drahomíře Filausové za její cenné rady, vstřícnost a ochotu při zpracování bakalářské práce.

Velké díky patří též mé rodině, bez jejíž podpory bych se neobešla, a zároveň děkuji za pomoc kolegyním z gynekologicko-porodnického oddělení nemocnice Jindřichův Hradec.

Obsah	
Úvod.....	3
1 Současný stav	4
1.1 Historie pohlavních chorob	4
1.2 Registr pohlavních nemocí (RPN)	8
1.3 Kapavka (gonorrhoea)	8
1.4 Syfilis.....	11
1.4.1 Syfilis a gravidita	13
1.4.2 Léčebný postup při syfilis v graviditě	14
1.4.3 Léčba časně a pozdní syfilis.....	14
1.5 Infekce HIV.....	15
1.5.1 Prevence vertikálního přenosu infekce a postup při HIV infekci v těhotenství	17
1.5.2 Klinický obraz a diagnóza	18
1.5.3 Antiretrovirová a kombinovaná léčba	19
1.6 Hepatitís B	19
1.7 Trichomonas vaginalis	20
1.7.1 Příznaky a léčba.....	21
1.8 Ulcus mole (měkký vřed).....	22
1.9 Condylomata accuminata	23
1.10 Chlamydie	24
1.10.1 Příznaky a léčba.....	24
1.11 Lymphogranuloma venerum.....	25
1.12 Prevence pohlavně přenosných infekcí (STI)	26
1.13 Role porodní asistentky v prevenci STD	27
1.14 Edukační proces v ošetrovatelské praxi.....	30
1.14.1 Proces edukace ve zdravotnickém zařízení.....	30
1.14.2 Zásady edukace v ošetrovatelském procesu.....	31
1.14.3 Edukační metody.....	32
2 Cíle práce a hypotézy	33
2.1 Cíle práce	33
2.2 Hypotézy práce.....	33
3 Metodika.....	34
3.1 Metodika a technika výzkumu	34
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru	34
4 Výsledky	35
5 Diskuze	59

6	Závěr	70
7	Seznam použitých zdrojů	72
8	Klíčová slova	76
9	Přílohy	77

Úvod

Přístup k boji proti STD se v porovnání s přístupem k jiným infekčním onemocněním značně liší. Veřejnost dnes zdravý způsob života a preventivní opatření už přijímá se značným pochopením, zatímco boj proti promiskuitě, apelace na bezpečný sex a zodpovědnost v navazování sexuálních vztahů zůstávají bez patřičné odezvy.

Záněty ženských pohlavních orgánů patří mezi nejčastější gynekologická onemocnění. Jejich incidence neustále stoupá, což souvisí jednak s patrně progresivně se snižující imunitou populace, ale především s mimořádným rozvojem sexuálně přenosných chorob tzv. druhé generace (bakteriální vaginózy, chlamydiové infekce, HPV, AIDS atd.). Pro ženu jsou podstatným osobním, ekonomickým a společenským handicapem. Výrazně zvyšují nemocnost žen v produktivním věku a jejich možné trvalé následky znamenají vážné porušení reprodukční funkce ženy.

Často se hovoří o pohlavně přenosných chorobách jako o civilizační hrozbě postihující přibližně 15 % žen v sexuálně aktivním věku. STD negativně ovlivňují plodnost a u těhotných žen mohou způsobit až potrat. Zákeřnost těchto onemocnění podporuje fakt, že velmi často probíhají asymptomaticky.

Prevence STD spočívá prvotně v šíření informovanosti o bezpečném sexu a osvětě zejména v rizikových populacích.

Jsem si proto vědoma, že odpovědnost a hlavně uvědomění si velkého, neustále podceňovaného nebezpečí je pro další šíření infekce klíčové. Chtěla bych proto svou práci zaměřit na vyhodnocení informovanosti a přístupu k prevenci STD a to žen v produktivním věku v okrese Jindřichův Hradec. Zároveň bych byla ráda, kdyby výzkum mé práce sloužil jako prvotní impuls k založení aktivního poradenství v nemocnici Jindřichův Hradec a přispěl tak alespoň malou měrou k potlačení této zákeřné skupiny onemocnění, kterou STD bezpochyby tvoří.

1 Současný stav

1.1 Historie pohlavních chorob

Sexuálně přenosné nemoci, jimž se dříve říkalo „pohlavní (venerické) nemoci“, je soubor onemocnění, jejichž šíření mezi populací je umožněno převážně nebo výhradně pohlavním stykem. Dnes se k označení celosvětově používá mezinárodní název „sexually transmitted diseases“ (STD), nebo také „sexually transmitted infections“ (STI). Řadí se právem k nejstarším lidským infekčním chorobám, už jen proto, že jsou úzce spjaty s přirozeným způsobem rozmnožování bez ohledu na citové vztahy.

Všechna STD se přenáší sexuálním kontaktem, u řady z nich se však nemusí jednat o jedinou cestu přenosu. Některé se přenášejí krví, kontaktem s tělními sekrety, prostřednictvím injekčních jehel či prací s biologickým materiálem.

Jako nejstarší pohlavní choroba je označována kapavka, kterou pojmenoval řecký lékař Galén ve 2. stol. př. n. l. Albert Neiser určil v roce 1879 jejího původce – bakterii *Neisseria gonorrhoeae*.

Syfilis patřící mezi nejznámější pohlavní choroby zaujímá druhé místo v období nejzhoubnějších nemocí novověku. V 15. stol. se pandemicky šířila a byla považována za novou nemoc, nikoliv však pohlavní. Časové určení pandemie souvisí s objevením Ameriky a zavlečením nové choroby Kolumbovskými námořníky do Evropy.

V minulosti docházelo velmi často k záměně sexuálně přenosných chorob s chorobami jinými, například ve středověku byly považovány za stejnou nemoc příjice /syfilis/ a malomocenství. Nemocní ve starověku se důsledně izolovali od zdravých jedinců v tzv. leprosáriích. K propuštění nemocného mezi zdravou populaci vedlo vymizení syfilitické vyrážky, což mělo za následek další šíření choroby. Nemoc se léčila rtuťovými mastmi, hladem a pocením. V tomto období se nemoc označovala jako *Lues venera* – venerický mor nebo také *Venušina nemoc* (3, 20, 23).

Postižení, kteří podléhali infekci, pocházeli nejen z chudších vrstev tehdejší populace, ale stejně tak i ze šlechtických rodů. K progresivnímu šíření STD přispěli

zejména i vojenské akce, zahrnující přesuny velkých armád, a žoldněři vracující se domů.

V 16. a 17. století došlo k tak markantnímu šíření syfilis, že dosahovalo charakteru pandemie. Následkem nízké obranyschopnosti populace a nespecifické léčby nemocný umíral ještě před tím, než došlo k plnému rozvinutí terciární orgánové syfilis.

Na přelomu 18. a 19. století je zaznamenána u postižených terciární orgánová syfilis dosahující maximálního rozvoje. Ke zpomalení rozvoje nemoci došlo až ve 20. století pomocí účinnější terapie.

Po druhé světové válce se naše země naštěstí vyhnula výraznému nárůstu STD. V roce 1921 byl vydán zákon o potírání pohlavních nemocí. V roce 1943 byl poprvé použit penicilin v léčbě příjice, což znamenalo obrovský průlom v léčbě STD. V neposlední řadě přispělo svým obrovským dílem také zvýšení životní úrovně a zdravotního uvědomění obyvatelstva. Díky všem těmto okolnostem v padesátých letech poklesl výskyt sexuálně přenosných nemocí na hranici naprostého minima.

Během let šedesátých však došlo ke zvratu a za dalších 20 let vzrostl v zemích Evropy počet nákazy syfilis pětkrát. Zároveň se významně začala rozšiřovat nákaza kapavkou. Mezi tyto tzv. „klasické „ nemoci se přidružily ještě minimálně dvě desítky dalších sexuálně přenosných nákaz, které v minulosti nebyly považovány za STD, nebo jejichž pathogeneza byla umožněna až s rozvojem moderních diagnostických metod. V tomto směru slaví velký úspěch zejména identifikace virových agens, jež jsou původci řady sexuálně přenosných infekcí)

K nejčastěji se vyskytujícím virovým původcům STD je řazen HSV (herpes simplex virus), pocházející ze skupiny dosud 8mi známých druhů lidských herpesvirů. U některých z nich je důvodné podezření, že se podílejí na vzniku maligních nádorů (2, 5, 27).

K STD agens vedoucím k pohlavně přenosným nákazám jsou dále řazeny viry hepatitidy typu B (HBV), vzácně C (HCV) a virus lidské imunodeficiencie HIV-1 objevený v roce 1983 a HIV-2 rozpoznáný v roce 1985.

Ve 21. století bohužel pohlavní choroby netvoří uzavřenou kapitolu. Naopak rozšiřují své řady o nové druhy onemocnění. Neznamená to však, že bychom se tzv.

„klasických nález“, jež zastupují mimo jiné stále zmiňovaná kapavka a syfilis, už neměli obávat. V poslední době je dokonce zaznamenán jejich explozivní růst v některých postkomunistických zemích. Velký podíl viny nese zcela určitě lehkomyšlnost s neznalostí, někdy v kombinaci s promiskuitou, kdy je na zdraví ohrožena velká skupina obyvatelstva. V málokteré oblasti medicíny proto došlo v posledních deseti až patnácti letech k tak velmi pronikavým změnám jako v hodnocení STD.

Infekce a choroby, které se přenáší výhradně nebo převážně pohlavním stykem jsou známy již od nepaměti, ale poznatky o nich, o jejich klinickém obrazu a léčbě jsou dnes díky novým a specifickým metodám jejich průkazu daleko více přístupné.

Celkový počet nemocí přenášející se pohlavním stykem neustále vzrůstá. Mění se však jejich zastoupení. „Klasické“ venerické nákazy přenechávají svá prvenství infekcím chlamydiovým a virovým. Rozhodují v boji proti STD je včasná diagnostika, proto fakt, že řada onemocnění probíhá asymptomaticky, činí v identifikaci nemocných závažný problém. Navíc možnost vertikálního přenosu těchto nález z nemocné matky na dítě zvyšuje několikanásobně rizikovitost těchto chorob a současně i jejich epidemiologický význam (4, 8, 13,27).

Při sledování vývoje epidemiologické situace ve výskytu hlášených pohlavních nemocí – syfilis a kapavky – v ČR je zřejmé, že rokem 1990 končil stav, kdy počet těchto onemocnění mohl být ještě pokládán za stabilizovaný. Spolu s otevřením hranic, společenskými změnami, konzumní a tržní orientací společnosti i v oblasti sexu, a následně z toho vyplývajícím rychlým vzrůstem různých forem neregulované nekontrolované heterosexuální i homosexuální prostituce a v důsledku řady dalších známých etických i behaviorálních faktorů, jakož i drogové problematiky, došlo k výraznému vzestupu hlášených případů pohlavních nemocí v roce 1991 a v dalších letech.

Rizikovitost pohlavních chorob souvisí i s mnoha dalšími oblastmi společenské činnosti zasahující do hodnotového systému, etiky, oblasti morálky, sexuality a mezilidských vztahů. Ovlivňují kriminalitu, diskriminují, mají sociální a ekonomický dopad. Onemocní nejen ti, kteří se rizikově chovají, ale též nevinní nevědoucí nic o

partnerově zdraví. Onemocnění se řetězovitě šíří a je nutno je chápat jako aspekt veřejného zdraví (9, 11, 13,15).

Syfilis a kapavka

Od roku 1991 je možno pozorovat určité nové trendy, kdy došlo proti předchozímu roku ke zvýšení celkového počtu onemocnění syfilis o 51 %, přičemž v tomto období dramaticky vzrostl počet nových případů o 231 %, zejména ve věkové kategorii 15-24 let. K dalšímu výraznému zvýšení o 58,4 % došlo v roce 1994, následně další vývoj směřoval až k celkovému počtu 1376 případů nově zachycené syfilis v r. 2001.

V roce 1994 se znovu objevila vrozená syfilis, která byla považována v ČR již za eradikovanou. Velká většina infikovaných matek postižených dětí se nedostavila k vyšetření v prenatálních poradnách, a tudíž u nich nebyla infekce včas rozpoznána a léčena.

Poněkud jiný vývoj je patrný v počtu hlášených případů onemocnění kapavkou. V roce 1991 bylo hlášeno o 12,69 % případů více oproti roku 1990. V roce 1998 však došlo již k výraznému poklesu hlášených případů, a to ze 7455 v předešlém roce na 4700. Klesající tendence výskytu onemocnění měla postupného pokračování a v roce 1999 dosáhla incidence onemocnění na hodnoty pod 1000 případů ročně.

V současné době tyto počty hlášených případů bohužel neodrážejí snížení skutečného výskytu onemocnění v populaci, který je odhadován asi tak 5-6 krát vyšší, jsou však odrazem jiných příčin (5, 15).

Nepřesnosti v hlášených případech syfilis a kapavky v posledních letech mohou být také způsobeny rozdílným klinickým průběhem. Mezi počáteční příznaky kapavky patří zánět postižených orgánů, nejčastěji urogenitálních, s výtokem různé intenzity a dysurickými potížemi, které obvykle nejsou neodborníky správně rozlišeny. Naproti tomu syfilis patří k STD manifestujícími se ulcerózními projevy v oblasti genitálu (ale i extragenitálně), pro které je nemocný spíše odeslán k dermatovenerologovi. Pacient pak bývá bez zjištění původce často chybně léčen při současné absenci správných epidemiologických opatření. Infekce se šíří v populaci na další kontaktní osoby a to s veškerými důsledky a riziky pro oblast veřejného zdraví (1).

1.2 Registr pohlavních nemocí (RPN)

Účelem zjišťování registrace pohlavních nemocí je zajištění informací o vybraných onemocnění sloužících k posouzení vývoje epidemiologické situace na území ČR, k řízení poskytované zdravotní péče a ke sledování zdravotního stavu obyvatelstva. Registr zahrnuje veškerá epidemiologická hlášení o pohlavní nemoci, podezření z onemocnění nebo nákazy pohlavní nemocí, označené zdroje nákazy a o úmrtí na pohlavní nemoc. Výsledky se předávají Světové zdravotnické organizaci.

Správce registru je Ministerstvo zdravotnictví, odbor strategie a řízení podpory a ochrany veřejného zdraví. Koordinační středisko rezortních zdravotnických informačních systémů (KSRZIS) tvoří základního zpracovatele RPN.

Legislativa je zastoupena: 1. Zákonem č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů

2. Vyhláškou č. 19/2005 Sb., kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče

3. Směrnicí č. 30/1968 Věstníku MZ, o opatřeních proti pohlavním nemocem ve znění pozdějších předpisů (11).

1.3 Kapavka (gonorrhoea)

Kapavka je sexuálně přenosné onemocnění, které vyvolává gramnegativní aerobní diplokok *Neisseria gonorrhoeae*. Patří mezi klasické sexuálně přenosné onemocnění podléhající povinnému hlášení.

U obou pohlaví onemocnění často probíhá zcela asymptomaticky. Nejvyšší prevalence vzniká u mladých, sexuálně aktivních lidí a snižuje se po 25. roce věku.

Původce onemocnění, *Neisseria gonorrhoeae*, vykazuje citlivost ke vlivům zevního prostředí. Bakterie je citlivá na kyslík, světlo, teplo a na většinu dezinfekčních prostředků. Na vzduchu přežije jednu až dvě hodiny. Bakterie má primární afinitu k cylindrickému a přechodnému epitelu rekta, urogenitálního traktu, orofaryngu a

očních spojivek (stěry na kultivační průkaz se proto odebírají z uretry, cervixu, anu a faryngu).

Po primární infekci cervixu se může infikovat horní genitální trakt ascendentní cestou. Hrozí pak vznik hlubokého pánevního zánětu často s těžkými následky. Při vzniku. V případě uretritidy se infekce šíří do močového měchýře a ledvin pouze ojediněle. *Neisseria gonorrhoeae* se v moči nemnoží. Růstu zabraňuje vysoká koncentrace solí a nevyhovující pH. Ve velmi vzácných případech se může rozvinout diseminovaná forma onemocnění s postižením endokardu, pohybového aparátu, duhovky, mozkových plen a kůže (5, 18, 23, 30).

Předpokládá se, že při nechráněném pohlavním styku s infikovaným partnerem dojde k nakažení u 20-50 % mužů a 60-90 % žen. Nepohlavní přenos choroby je téměř nemožný. U 10-17 % žen, které se neléčí, vznikne hluboký pánevní zánět. Kapavka se často spojuje i s dalšími pohlavně přenosnými chorobami. Po dlouhou dobu byla kapavka považována za rizikový faktor pro získání syfilis. U 20- 40 % nakažených můžeme diagnostikovat chlamydiové infekce, ale i ostatní pohlavně přenosné onemocnění, zvláště infekce vyvolané virem HIV.

Průměrná inkubační doba onemocnění se pohybuje mezi 3 až 5 dny, krajní rozmezí je však 1-14 dnů. Na rozdíl od mužů onemocnění u valné většiny žen probíhá podstatně mírněji a častější je i asymptomatický průběh. Časnými příznaky kapavky u žen jsou příznaky uretritidy, časté nucení na močení, pálení a řezání při a po močení. Příznaky uretritidy a cervicitidy jsou často přehlédnuty a zaměněny s jiným gynekologickým onemocněním.

K nejdůležitějším příznakům kapavky patří výtok. Klasicky dominuje hnisavý nebo hlenohnisavý výtok z děložního hrdla, z uretry nebo anu. Děložní hrdlo bývá zarudlé, edematózní a kontaktně krvácí. Uretra může svědit nebo pálit a je také zarudlá. Při chronickém průběhu onemocnění je často zmnožena sekrece čirého nebo lehce zakaleného hlenu z děložního hrdla. Obdobný nález bývá velmi často i u chlamydiových infekcí (8, 14, 19).

Gonokoková vulvovaginitida u prepubertálních dětí má většinou velmi vážný průběh. Typickým příznakem je dysurie a hnisavý výtok. Sliznice na genitálu jsou oteklé a zarudlé. Děti jsou většinou infikovány dospělými.

Dále infekce často proniká do glandulae Bartholini, načež nejčastěji vzniká jednostranné zduření labií. Na počátku infekce lze vykultivovat gonokoky z hnisu pocházející z této žlázy. Postupně se vytváří absces, který může spontánně perforovat. Z cervixu se kapavka šíří ascendentně přes vnitřní branku do děložní dutiny. Průnik mikroorganismu do dělohy usnadňuje celkové oslabení organismu.

Klinické projevy jsou závislé na fázi menstruačního cyklu, ve které gonokoky do endometria pronikly. Uprostřed cyklu se endometritida projevuje minimálně. Během menstruace se sliznice odloučí a zánět se může spontánně zahojit. Při průniku infekce v průběhu menstruace nebo těsně po ní, v období kdy není endometrium dostatečně vyvinuté, postihuje zánět i děložní svalovinu a vzniká endomyometritida. Pacientka má výrazné subjektivní potíže, teplotu a bolesti v podbřišku. Při palpačním vyšetření se zjišťuje zvětšená, prosáklá a bolestivá děloha. Může se objevit abnormální krvácení, jelikož zánět znemožňuje obnovu sliznice. Při postižení endometria se většinou infekce šíří ascendentně na vejcovody, ovaria a pánevní peritoneum. Vzniká hluboký pánevní zánět – salpingitida, perisalpingitida, ooforitida, periooforitida, peritonitida, tuboovariální absces a absces v Douglasově prostoru. Mezi následky proběhlého zánětu dominuje poškození vejcovodů a vznik adhezí s následnou sterilitou, pánevní bolestí a nebezpečím mimoděložního těhotenství (2, 3, 28).

Z neznámých příčin se může u asymptomatických žen vyvinout systémová infekce – diseminovaná infekce. Objevuje se pustulózní, vezikulózní nebo hemoragický exantém. Během zánětu svalových šlach a kloubů je většinou postižen jeden kloub, často kolenní. Byly zaznamenány i případy meningitidy a endokarditidy.

Stanovit diagnózu kapavky můžeme mikroskopickým vyšetřením barveného preparátu (dle Grama). Tu je však potřeba následně potvrdit kultivací na speciálních kultivačních půdách. Výhodu kultivačního vyšetření představuje možnost zjištění citlivosti bakterií. Pro správnou diagnostiku je nutné provést adekvátní odběr vzorku, který se odebírá z endocervixu nebo z uretry, odběr z pochvy je pro diagnostiku

bezvýznamný. Další možností je odebrat vzorky z rekta, laryngu, spojivek, nosu. Velmi přínosný je i odběr vzorku z cervixu v průběhu menses, kdy může nastat exacerbace asymptomatické infekce. Pokud se infekce potvrdí, podléhá povinnému hlášení na tiskopisu „Hlášení pohlavní nemoci“ UZIS 0173 (viz příloha 1). Po zjištění onemocnění je důležité předat pacientku do péče dermatovenerologa, který zajistí evidenci, depistáž a následnou léčbu. Pacientka musí absolvovat veškerá povinná vyšetření a musí být řádně poučena o svém onemocnění. Nemocný v žádném případě nesmí onemocněním ohrozit jiné osoby, přičemž porušení je poté klasifikováno jako trestný čin „Ohrožování pohlavní nemocí“.

Kapavka spadá mezi klasické pohlavní nemoci. Pro všechny infikované osoby je léčba onemocnění povinná. Nekomplikované formy je možno léčit jednorázovou aplikací antibiotik s vysokým průnikem do tkání a vysokou sérovou koncentrací. Nejčastěji se používají penicilinová, cefalosporinová a makrolidová antibiotika. Při léčbě je nezbytné pomýšlet na možnost smíšené infekce, především kombinace s chlamydiovou infekcí.

Nekomplikovanou formu kapavky lze léčit ambulantně. Onemocnění vyvolané rezistentními kmeny a komplikované formy léčíme za hospitalizace (8, 9).

1.4 Syfilis

Syfilis je sexuálně přenosné onemocnění, které vyvolává spirochéta *Treponema pallidum*. Onemocnění se přenáší téměř výhradně sexuálním kontaktem. Nebezpečný je i přenos transplacentární, eventuálně kontaminovanými předměty. Do organismu nejčastěji proniká drobnými poraněními pokožky a sliznice při pohlavním styku.

Primární syfilis se manifestuje zhruba za 10 až 90 dní. V místě infekce se nejprve vytvoří plochá papulla, přecházející postupně v erozi a konečně pak vřed- tzv. *ulcus durum*. Většinou je uložen u žen na cervixu a v pochvě, tudíž není zaregistrován. U mužů se vřed lokalizuje na penisu nebo v krajině perianální. Možný je i extragenitální výskyt na rtech, bukální sliznici, tonzilách nebo prstech. Současným příznakem je i lymfadenitida- regionální uzliny se stávají zvětšené, tuhé, avšak na pohmat nebolestivé.

Během tohoto stadia je onemocnění vysoce nakažlivé. Vřed může perzistovat jeden až pět týdnů, načež spontánně vymizí. Při zjištění vředu jsou sérologické testy negativní, séropozitivita se objevuje s jeden až čtyřtýdenním odstupem.

Sekundární syfilis je projevem systémové generalizace onemocnění, ke které dochází po klinicky němém období v rozmezí šesti týdnů až šesti měsíců po primárním stadiu, některé zdroje uvádějí do dvou let. Manifestuje se nesvědčivým, symetrickým makulopapulozním exantémem nejčastěji lokalizovaným na ploskách nohou a dlaních. Vyrážku současně provází zvětšení lymfatických uzlin a teplota, která je reakcí na systémové rozšíření spirochet. Postižení sliznic úst a genitálu je až u 80 % nemocných. V místech vlhké zapáčky mohou eflorescence splývat a vytvářet ploché bradavičnaté výrůstky, tzv. kondylomata lata.

V tomto stadiu se z kožních se z kožních lézí aktivně uvolňují spirochéty, což jej činí vysoce nakažlivé. Na místě je tedy vysoká obezřetnost při vyšetřování pacientů se suspektními kožními lézemi. Často je toto stadium doprovázeno alopecií, kdy vlasy a vousy vypadávají v chumáčích a vzniká tzv. alopecia areata. Syfilitická angína, charakterizována difúzním začervenáním hrdla, je dalším celkem konstantním projevem druhého stadia. Zánětem mohou být dále postiženy i oči (uveitis), kosti (periostitid), meningy, játra, slezina a ledviny, může nastat i senzorická hluchota.

Pokud není včas zahájena specifická léčba, kožní léze spontánně mizí za dva až čtyři týdny. V této fázi infekce hovoříme o časně latentní syfilis. Během relapsů se onemocnění může přenášet sexuálním kontaktem nebo transplacentárně - tehdy způsobuje kongenitální syfilis. V pozdější fázi, kterou označujeme jako pozdní latentní stadium, se stává sexuálním kontaktem nepřenositelné.

Až u 5 – 10 % nemocných se vyvine neurosyfilis s meningovaskulárním postižením, později s generalizovanou parézou a pomateností. Dochází také k postižení jiných orgánů nebo probíhá onemocnění jako benigní terciární syfilis kůže.

Velmi důležité je vyšetření v oblasti zevního genitálu a perianální oblasti, palpací lymfatických uzlin a důsledná inspekce kožního povrchu a sliznic. Následuje zajištění biologického materiálu na speciální mikrobiologická vyšetření v rámci diagnostiky ostatních STD. Zásadní je odběr z děložního hrdla a případných lézí

exocervixu, stěr ze zadní poševní klenby a stanovení pH pochvy. Nedílnou součástí je i výtěr z hltanu, rekta, spojivek a odběr krve na sérologické vyšetření a HIV protilátek (1, 2, 5, 8, 19).

1.4.1 Syfilis a gravidita

Průběh onemocnění není těhotenstvím ovlivněn, ale syfilis představuje výrazné riziko pro plod. Plod může být infikován v kterémkoli stupni těhotenství a zároveň může být nakažen v každém stádiu nemoci. Riziko infekce u plodu je přímo úměrné množství spirochet u matky korelující se stadiem onemocnění matky, které je nejvyšší u primární a sekundární syfilis. Většina plodů se nakazí právě v tomto období. U 50 % dětí se po narození manifestuje kongenitální syfilis.

Důsledky syfilis pro plod jsou různorodé, jelikož treponemy přestupují přes fetomaternální bariéru ve všech stupních těhotenství. Infekce před 18. týdnem těhotenství je velmi vzácná vzhledem k imunokompetenci plodu. Naopak, po 18. týdnu těhotenství plod na infekci již reaguje imunitní reakcí způsobující tkáňové poškození. Riziko poškození plodu je větší, čím dříve v těhotenství nastane kontakt s infekcí. Těžká infekce způsobuje buď intrauterinní smrt plodu, potrat nebo se děti narodí se známkami infekce. Infekce progredující v šesti týdnech před porodem nemusí způsobit onemocnění plodu.

Když se novorozenec narodí se známkami nemoci, nebo se choroba projeví u dětí do dvou let života, hovoříme o časně kongenitální infekci. Může být postižen kterýkoliv orgán plodu, jelikož se treponemy okamžitě šíří hematogenně. Syfilitická placenta je charakteristicky křehká, hydropická a zvětšená. V placentě se objevují nezralé klky. Častý je polyhydramnion. Postižení novorozenci se mohou narodit s lymfadenopatií, hepatitidou, anemií, makulopapulárním exantémem, postižením sliznic, laryngitidou, pneumonií, osteochondritidou či aktivní syfilis. S tímto klinickým obrazem se již naštěstí neseťkáváme díky prováděnému prenatalnímu screeningu a možnostem léčby.

U dětí, u kterých se následně vytvoří stigmata kongenitální syfilis, hovoříme o tzv. pozdní kongenitální syfilis, charakterizované tzv. Hutchinsonovou trias

(intersticiální keratitida, soudkovité řezáky a senzorická hluchota). Mezi další typické příznaky patří šavlovité tibie jako následek osteochondritidy, dále sedlovitý nos a huhňavá mluva.

U každé ženy, u které se během gravidity vyskytne vřed na genitálu, je důležité provést vyšetření na syfilis a herpes genitalis. Tyto testy potvrzují prodělání infekce v kterémkoliv stádiu života a zůstávají pozitivní celý život i po úspěšné léčbě (8, 9).

1.4.2 Léčebný postup při syfilis v graviditě

Všechny ženy, které jsou dispenzarizované pro syfilis, mají povinnost případnou graviditu nahlásit svému dermatovenerologovi, a současně naopak informovat lékaře v prenatální poradně o probíhajícím či prodělaném onemocnění. Vyhledávací testy (sérologická vyšetření) se provádějí ve III. – IV. A VII. – VIII. měsíci těhotenství.

U těhotných, které mají v anamnéze léčenou syfilis nebo u kterých byly zjištěny pozitivní sérreakce, je důležité začít zajišťovací léčbou penicilinem v první a druhé polovině těhotenství.

Děti žen ohrožených syfilis nebo s onemocněním léčeným i neléčeným, jež bylo zjištěno v těhotenství, se vyšetřují ihned po porodu sérologicky na přítomnost IgM protilátek v pupečnickové krvi pomocí specifických i nespecifických vyhledávacích testů.

Séronegativní neléčené děti se do jednoho roku věku podrobují vyšetření jednou za čtyři měsíce. Séropozitivní neléčené děti se musí vyšetřit sérologicky i klinicky v 1., 2., 3., 6. a 12. měsíci života (19, 20).

1.4.3 Léčba časně a pozdní syfilis

Lékem první volby pro léčbu syfilis je samozřejmě penicilin. V časných stádiích (v primárním, sekundárním a časném latentním) se doporučuje začít 10 denní léčbou prokain penicilinem 0,6 – 1,2 MU 1x denně intramuskulárně.

Při alergii na penicilin se jako alternativní řešení doporučuje podávat doxycyklin 2x100 mg po dobu 14 dnů nebo erytromycin 500 mg 4x denně 14 dnů.

Zvláště v počátečních stádiích onemocnění může při léčbě dojít ke vzniku Jarischově-Herxheimerově reakci. Je vyvolána uvolněním protizánětlivých cysteinů, které jsou uvolněny jako odpověď na hynoucí bakterie (spirochety), nejde však o alergickou reakci. Projevuje se febriliemi, bolestí hlavy a svalů. Může být příčinou zhoršení zdravotního stavu v prvních 12-24 hodinách po zahájení léčby. Proto je u těhotných doporučována léčba za hospitalizace.

Pozdní stádia syfilis vyžadují o něco delší léčbu než časná stádia syfilis. Lék první volby zde zaujímá benzathin-benzylpenicilin G (1.2 MU 1x denně intramuskulárně po dobu 30 dnů).

Taktéž v těchto stádiích, v případě alergie na penicilin, představuje doxycyklin (2x100mg po dobu 30dnů) či erytromycin (500mg 4x denně po dobu 30dnů) možnou alternativu.

Léčba syfilis v těhotenství se odvíjí od stádia onemocnění. Prvním lékem volby je opět penicilin. Alergie na penicilin vytváří velký problém, jelikož aplikace tetracyklinů je v těhotenství kontraindikována. Jednou z možností je léčba erytromycinem (makrolidy). Vzhledem k možnému výskytu rezistencí je však tato léčba méně účinná. Po třetím měsíci gravidity může léčba plodu selhat. Léčbu v těhotenství je nutné zahájit co nejčasněji, optimálně již před 20. týdnem těhotenství, z důvodu zabránění vzniku kongenitálních stigmat. Při aplikaci erytromycinu je vhodnější aplikace i. v. Jako další alternativa se nabízí desenzibilizace alergie na penicilin. K prevenci Jarischově-Herxheimerově reakci podáváme současně s penicilinem i kortikoidy (19).

1.5 Infekce HIV

Infekce HIV (Human Immunodeficiency Virus – virus humánní imunodeficiency) je celosvětově se vyskytující (od roku 1981) epidemická infekce vyvolaná retrovirem HIV napadající imunitní systém. Na světě je 40 miliónů lidí

nakažených virem HIV, z toho 30 miliónů v subsaharské Africe. V České republice bylo v kumulaci k roku 2009 zaznamenáno 1508 případů HIV pozitivních, z toho 352 případů AIDS. Skutečný počet nakažených lidí se však odhaduje až na desetinásobek.

Původcem je virus HIV-1, který postihuje obyvatele Severní Ameriky a Evropy, dále pak HIV-2 vyskytující se u populace západní Afriky. HIV-1 má minimálně 10 subtypů (A – J), což ztěžuje vývoj vakcíny. Nejčastějším typem v západním světě je typ B. K přenosu viru na člověka došlo pravděpodobně z primátů v subsaharské Africe. K nákaze dochází především pohlavním stykem (85 % případů), při intravenózní drogové závislosti sdílením injekčních jehel a perinatálně a peripartálně. Přenos aplikovanou krví či krevními deriváty stále existuje v malé míře.

Rizikovými faktory přenosu pohlavním stykem jsou: nepoužívání kondomu, neprovedená obřízka, ulcerující i neulcerující pohlavně přenosné choroby. HIV je přítomen v infekčním množství v genitálních sekretech, v krvi a mateřském mléce. Byl však prokázán ve většině tělních tekutin.

Virus HIV infikuje pomahačské CD4+ T-lymfocyty, současně i antigen prezentující buňky, v kterých dochází k množení. Dochází ke vzniku specifické imunitní odpovědi, vzniku specifických cytotoxických T-lymfocytů a jejich postupné likvidaci. Na počátku infekce je jejich úbytek vyvážen jejich produkcí. Dochází však postupně k vyčerpání těchto kompenzačních mechanismů a tím k poruše buněčné i humorální imunity. Virus se po celou dobu infekce rychle množí v CD4+ buňkách (lymfocytech, monocytech, makrofázích).

Během každého dne se vytvoří jedna miliarda nových virových částic napadající nepřetržitě nové CD4+ buňky. Po nákaze se zvyšuje zánik CD4+ buněk a tím je zrychlena i jejich obnova. Imunitní systém se naprosto vyčerpává zrychleným obratem CD4+ buněk.

V průběhu těhotenství fyziologicky klesá počet CD4+ lymfocytů a vrací se k původním hodnotám několik měsíců po porodu. Během gravidity byla také prokázána zvýšená vnímavost vůči některým bakteriálním a virovým infekcím. Přesto nebylo prokázáno, že by gravidita ovlivnila ženy s asymptomatickým nosičstvím HIV infekce a

že by doba přežití byla zkrácená. Nebyl zhodnocen ani vliv gravidity na ženy s pokročilým imunodeficitem při HIV (1, 5, 9, 14).

1.5.1 Prevence vertikálního přenosu infekce a postup při HIV infekci v těhotenství

Vertikální přenos infekce z matky na plod může nastat v jakékoliv fázi gravidity, při porodu a šestinedělí během kojení. Pravděpodobnost přenosu HIV v rozvinutých zemích Evropy a Ameriky z pozitivní matky na plod je 15-20 %. Riziko přenosu se může výrazně snížit podáváním antiretrovirové terapie matce a novorozenci a dále vedením porodu. Přenos infekce na plod se významně zvyšuje při pokročilém onemocnění matky. Riziko infekce zvyšují i další faktory a to: instrumentální vaginální porod, předčasný odtok plodové vody, použití skalpové elektrody, episiotomie, ale i nízká porodní hmotnost a kojení.

V průběhu gravidity může virus HIV infikovat plod maternofetálním přenosem pomocí infikovaných lymfocytů. Dosud není popsána HIV infekce placenty. Kojené děti matek, které se infikovaly postnatálně, jsou ohroženy přenosem HIV asi ve 29 %. Větší riziko tvoří vrcholná virémie novorozence, u kterého protilátky nejsou přenesené transplacentárně. Délka kojení s rizikem přenosu infekce koreluje. Samotné kojení je doporučeno do 6. měsíce, poté je-li to možné přejít na umělou stravu.

U HIV pozitivních žen je doporučeno přerušení gravidity ze dvou důvodů. Prvním rizikem je přenos infekce na plod a druhým přežití matky a péče o zdravé dítě několik následujících let. Pokud nedojde k přerušení gravidity, jsou prováděná opatření k minimalizaci rizika přenosu infekce na plod.

Nejdůležitější je korelace mezi virovou náloží a rizikem přenosu infekce. Na základě této skutečnosti je v graviditě aplikována antiretrovirová léčba. Na základě klinických studií je prokázána efektivita primárního císařského řezu při redukcii vertikálního přenosu.

Do 3 měsíců po porodu se u dětí provádí vyšetření krve na přítomnost HIV. Pokud je prokázána pozitivita, lze předpokládat, že dítě bylo infikováno. Infekce není s největší pravděpodobností přítomna, je-li test 2x negativní (5, 14, 17).

1.5.2 *Klinický obraz a diagnóza*

V 80 % případů po inkubační době 3 – 6 týdnů je akutní retrovirový syndrom symptomatický. Jsou zpravidla přítomny celkové příznaky „virózy“ – teplota, malátnost, artralgie, noční pocení, myalgie, strnulá šije, nauzea, fotofobie, bolesti v krku atd.. Odeznívají do 1 měsíce, popř. vzniká perzistující generalizovaná lymfadenopatie. Objevuje se makulopapulózní symetrický exantém asi v 70 % postihující trup, plosky a dlaně. Může být přítomný i exantém, vředy na genitálu, slizniční kandidóza.

Lepší prognózu mají nemocní asymptomatictí či s kratším asymptomatickým obdobím. HIV protilátky lze laboratorně prokázat metodou ELISA do 3-4 týdnů od infekce. Pomocí metody PCR lze detekovat virovou nukleovou kyselinu v krvi, jejíž hladina se ustaluje po 6 měsících infekce. Je současně jedním z prognostických ukazatelů postupu nemoci.

S postupujícím úbytkem CD4+ T-lymfocytů nemoc plynule přechází v asymptomatické období provázené sérologickými a virologickými známkami infekce. Časná symptomatická fáze je provázena celkovými příznaky (hubnutí, teploty, recidivující průjmy, cefalgie a únava). Oportunní infekce doprovázejí pozdní symptomatickou infekci v důsledku hluboké imunoprese.

Pokročilá infekce AIDS s těžkou imunopresí probíhá současně s několika se vyskytujícími infekcemi či neoplazmiemi.

Ukazatelem zhoršující se imunity a prognózy bývá dermatovenerologická symptomatologie, která často vede ke stanovení diagnózy HIV infekce. Špatná odpověď na léčbu, vznik ulcerací, přetrvávání a recidivy projevů, diseminace infekce či nádoru svědčí pro zhoršující se stav imunity.

Mezi rutinní diagnostiku patří screeningový test protilátek ELISA. Ten musí být při pozitivitě potvrzen metodou western blot. Před provedením testu musí být získán souhlas nemocného.

Mezi další vyšetřovací metody založené na přímém průkazu HIV patří PCR, p24 antigen test, kultivace HIV a elektronová mikroskopie (3, 14, 27).

1.5.3 Antiretrovirová a kombinovaná léčba

Základní léčbu HIV tvoří antiretrovirová chemoterapie, která nejefektivněji potlačuje virovou replikaci a ovlivňuje příznivě průběh HIV infekce. Antiretrovirová léčba se projevuje vymizením některých celkových příznaků, zlepšením celkového stavu, snížením frekvence oportunních infekcí, vzestupem tělesné hmotnosti, zvýšením počtu CD4+ lymfocytů, prodloužením života a poklesem virové nálože. Nástup rezistence viru limituje délku účinku léčby.

V graviditě antiretrovirová léčba významně snižuje riziko vertikálního přenosu. Musí se však uvážit možná rizika léčby pro plod a vznik rezistence. Převládá názor, že v graviditě se má nasadit léčba vždy ihned po diagnostice těhotenství nebo při prokázání HIV infekce. Některé zdroje uvádějí jako optimální dobu zahájení léčby ve druhém trimestru, protože se předpokládá, že před třetím trimestrem se infikují pouze 2 % dětí.

Trojkombinace je doporučována v současné době pro léčbu žen s pokročilým HIV onemocněním, nízkým počtem CD4+ lymfocytů nebo vysokou virovou náloží, jelikož riziko přenosu infekce na plod přímo koreluje s těmito parametry.

Přestože nejsou dosud k dispozici dostatečná data o bezpečnosti antiretrovirových léků v těhotenství, předpokládá se, že benefit léčby výrazně převyšuje možná rizika. U matek s pokročilým HIV onemocněním, které v žádném případě nechtějí ohrozit své dítě zvýšeným rizikem kombinované léčby, se doporučuje monoterapie zidovudinem a ukončení těhotenství primárním císařským řezem (14, 34).

1.6 Hepatitis B

Hepatitida B je velmi závažné onemocnění často přecházející do chronické fáze cirhózy jater. Onemocnění se přenáší při sexuálním kontaktu, vertikálně z infikované matky na plod a krevními deriváty. Většina akutních onemocnění není diagnostikována, neboť pouze u 25 % pacientů se rozvine žloutenka.

U osob infikovaných v mladším věku se snáze vyvine chronické nosičství infekce, například pokud se novorozenci infikují při porodu, u 80 % z nich se vyvine chronické nosičství infekce.

U všech gravidních žen se v České republice provádí v začátku těhotenství sérologický screening hepatitidy B, kdy během akutní infekce je možno v séru diagnostikovat povrchový antigen hepatitidy B- HBsAg. Po 6 týdnech od nakažení se objeví protilátky, které zůstávají dlouhodobě markerem setkání organismu s infekcí.

E-antigen vymizí z krve ve chvíli, kdy organismus začne vytvářet anti-e protilátky. V době přítomnosti e-antigenu je nemocný vysoce infekční. Detekce přítomnosti anti-c protilátek se využívá pro diagnostiku chronické infekce.

Chronická hepatitida se často vyvine u osob, které se nedokážou vyrovnat s akutní infekcí. Léčbu musí provádět hepatolog. V současné době je možná pouze léčba interferonem. Jsou však zaváděny již další antivirové léky, které jsou vysoce účinné proti viru hepatitidy B. Je nezbytné provádět vakcinaci dětí narozených matkám s hepatitidou B. Dětem matek s pozitivním e-antigenem je aplikován imunoglobulin proti hepatitidě (5, 23).

1.7 *Trichomonas vaginalis*

Trichomoniáza patří celosvětově k nejrozšířenějším sexuálně přenosným nemocem. Předpokládá se 180 miliónů případů ročně a to celosvětově.

Trichomonády vyvolávají zánět exocervixu a pochvy. Mohou vyvolat zánětlivé komplikace po chirurgických intervencích a infekci horního genitálního traktu. Neprokázal se však jejich vztah k předčasnému porodu a k předčasnému odtoku plodové vody.

Optimální pro množení a růst trichomonád jsou anaerobní podmínky. K jejich růstu a zhoršení klinických příznaků dochází během menstruace, jelikož zvýšená koncentrace iontů železa jsou ve velkém množství obsaženy v menstruační krvi. Po prodělané infekci jsou v séru přítomny protilátky.

Trichomonády patří mezi sexuálně přenosné organismy. K přenosu dochází častěji z muže na ženu. Mohou přežívat krátkou dobu ve vlhkém prostředí (bazén, kohoutková voda, sedátko). K nákaze často dochází i tělesnými sekrety (vaginální sekret, sperma, moč). Perinatální přenos infekce na novorozence od nakažené matky je vzácný.

Až u 95 % případů nacházíme zvýšené pH nad 4,5. Odlišit trichomonádovou infekci od bakteriální vaginózy je možné pomocí vyhodnocení nativního preparátu. Více jak 95 % infekcí lze diagnostikovat kultivací na speciálních půdách. Nejoptimálnější se jeví kombinace kultivačního a mikroskopického vyšetření.

Patogeneze trichomonádové infekce závisí na řadě faktorů. Velkou roli hrají faktory virulence organismu, ke kterým patří schopnost adherence, schopnost získávat některé makromolekuly hostitele atd. Dále je ovlivněna pohlavím a imunitní reakcí organismu (8, 23, 34).

1.7.1 Příznaky a léčba

Až u 50 % pacientů probíhají infekce zcela asymptomaticky. U gravidních až v 80 %. Mezi nejčastější spouštěcí mechanismy patří menstruace.

Nejčastější příznaky jsou výtok (často zapáchající) a vulvovaginální podráždění. Pokud je přítomen mukopurulentní výtok z hrdla děložního, je nezbytné zároveň vyloučit možnou probíhající kapavku nebo chlamydiovou infekce.

Musí být přeléčeny všechny pacientky i jejich sexuální partneři, u kterých se diagnostikuje infekce.

Základem pro léčbu trichomonádových infekcí je metronidazol a irnidazol. Při přeléčení všech sexuálních kontaktů se úspěšnost pohybuje kolem 95 %. Jako doplňující léčba je doporučováno podávání clotrimazolu po dobu 6 dnů.

Léčba infekce v těhotenství je problematická. V I. trimestru metronidazol použit nelze. Ve vyjimečných případech je možné aplikovat lokálně clotrimazol. Léčba všech sexuálních partnerů je podmínkou úspěšnosti (2, 5, 34).

1.8 *Ulcus mole (měkký vřed)*

Ulcus mole je sexuálně přenosné onemocnění charakterizované bolestivým vředem v genitální oblasti a inguinální lymfadenitidou s erytémem a přítomnou fluktuací. Onemocnění vyvolává gramnegativní tyčka *Haemophilus ducrey*. Obvyklý výskyt je v Africe, západní Indii, jihovýchodní Asii, v našich zemích se onemocnění nevyskytuje. K přenášení infekce obvykle dochází pohlavním stykem, ojediněle byla popsána infekce i na ruku. Měkký vřed významně zvyšuje riziko získání infekce HIV. Inkubační doba se pohybuje mezi 3-5 dny.

Onemocnění se v časných fázích projevuje vezikulopapulózním exantémem v pochvě, na cervixu a hrázi. V pozdějších fázích léze splývají, degenerují a vytváří se vřed miskovitého tvaru s ohraničeným zánětlivým valem. Léze bývá značně bolestivá s hojným sekretem, který je velice infekční. U některých nemocných je přítomen mnohočetný výsev vředů. U více než 60 % případů je přítomna bolestivá inguinální lymfadenitida. Uzliny, které jsou zvětšené, mohou nekrotizovat a spontánně se drenovat.

Kultivační průkaz *Haemophilus ducrey* je velmi obtížně izolovatelný a prokazatelný pouze u třetiny pacientů. Klinická diagnóza je spolehlivější. Bakterie se nejlépe izolují z hnisu získaný punkcí inkuinálních uzlin.

V rámci diferenciální diagnostiky se kromě syfilis musí vyloučit lymfogranuloma venerum, genitální herpes a granuloma inquinale.

Důležitou součástí léčby je dodržování osobní hygieny a omývání postižených míst mýdlem. Sedací koupele jsou taktéž vhodné. Základem léčby infekce je celková aplikace antibiotik. Často se komplikuje rozdílnou citlivostí původce onemocnění. V některých případech se musí léčebná kúra opakovat.

Špatně léčený nebo neléčený vřed se může sekundárně infikovat nebo perzistovat. U mužů může neléčený vřed způsobovat dlouhodobé obtíže a zjizvení. Přenosu infekce zabraňuje používání kondomu, stejně tak důležité je omytí genitálu mýdlem po styku (14, 18, 28).

1.9 Condylomata accuminata

Condyloma acuminatum (genitální bradavice) jsou kožní výrůstky vznikající obvykle v oblasti zevních pohlavních orgánů. Mají bělavou nebo pleťovou barvu, ale mohou být i tmavěji pigmentované. Jejich velikost se pohybuje od zcela malých, stěží postihnutelných bradaviček až po větší květákovité útvary. U žen se vyskytují kolem poševního vchodu, v pochvě nebo na děložním hrdle. Mohou být i v perianální oblasti, kolem ústí konečníku nebo vzácněji v tříselech. Nejzávažnějším následkem je karcinom děložního čípku

V posledních letech došlo k celosvětovému nárůstu této infekce o desítky procent v důsledku značného uvolnění sexuálních kontaktů.

Původcem infekce je lidský papilomavirus (HPV), což je nejčastější sexuálně přenosná infekce. Během života se HPV nakazí až 85 % sexuálně aktivních lidí. U části infikovaných se projeví výsevem genitálních bradavic, většinou však proběhne bez jakýchkoliv příznaků. Onemocnění může být provázeno pruritem, krvácením nebo sexuálním dyskomfortem.

Kondylomata jsou dobře detekovatelné pouhým okem, HPV infekce ale ne. Mezi nepřímé diagnostické metody řadíme kolposkopii, histologii, cytologii a serologii. Mezi přímé metody pak průkaz DNA papillomavirů.

Léze, které jsou viditelné, se obvykle odstraňují chirurgickou excizí. Nebo pomocí chemických látek jako je např. podofylin.

Po chirurgickém odstranění lézí se většinou ještě používají imunomodulační a antivirové látky např. interferony inhibující replikaci viru.

Časnou prevenci tvoří vakcína proti HPV, která byla uvedena na trh v roce 2006. Umožňuje očkování proti nejčastěji sexuálně přenosné chorobě a lézím spojené s infekcí HPV – cervikálním, vaginálním, vulvárním a intraepiteliálním dysplaziím dále pak genitálním bradavicím a rakovině děložního čípku.

. K dispozici je kvadrivalentní vakcína Silgard proti lidským papillomavirům typu 6, 11, 16 a 18 nebo bivalentní vakcína Cervarix proti papillomavirům typu 6 a 11.

Optimální doba pro vakcinaci se uvádí před zahájením sexuálního života. Uvádí se také jednoznačný přínos vakcinace pro ženy s abnormálním cytologickým výsledkem, condylomaty nebo ošetřenou prekancerózou (2, 18, 31).

1.10 Chlamydie

Chlamydie jsou velmi nebezpečné bakterie, které šíří v těle člověka infekci – chlamydiózu, jež způsobuje širokou škálu trvalých, bolestivých i jinak nepříjemných zdravotních potíží. Napadají zejména močopohlavní orgány a plíce, posléze klouby, srdce a mozek.

Chlamydiová infekce se v těle hostitele šíří tak, že mikroorganismy vniknou do buňky a přetvoří ji ke svému přežití a množení. To trvá tak dlouho, až buňka praskne a tak se šíří dále těla. Bakterie často v buňce přebývají a projeví se teprve, když je oslaben imunitní systém člověka. Zákeřnost infekce spočívá v zaměnitelnosti příznaků s méně závažnými onemocněními.

Chlamydií existuje několik druhů, patogenní pro člověka jsou ale pouze tři druhy. Nejvýznamnější je *Chlamydia trachomatis*, která způsobuje nejrozšířenější pohlavní infekci na světě. *Chlamydia pneumoniae* představuje druhý, avšak neméně nebezpečný a rozšířený typ, způsobující respirační infekce. Třetím patogenem je *Chlamydia psittaci*, jež se na člověka přenáší z ptáků.

Chlamydia trachomatis způsobuje pohlavní infekci, která ročně postihuje 90 miliónů mužů a žen, nejčastěji mladých od 15 do 30 let věku. Přenáší se zejména nechráněným pohlavním stykem, může se ale šířit i dotykem nebo přes kontaminované předměty (např. spodní prádlo). Vždy ale potřebuje k šíření vlhké prostředí, přenos je možný i v sauně či na plovárně (6, 7, 20).

1.10.1 Příznaky a léčba

Infekce napadá pohlavní a močové cesty, ale i konečník. Způsobuje zánět močové trubice, nadvarlat, prostaty, děložního hrdla nebo i některých kloubů.

Chlamydióza může vést až k neplodnosti, a to u obou pohlaví. U žen způsobují chlamydie srůsty ve vejcovodech. U těhotných žen může dojít až k potratu nebo poškození plodu.

Častým příznakem je malý defekt na vnějších částech genitálií (puchýř, uzlinka), svědění, výtok (často zapáchající), bolestivost pohlavního styku s možným mírným krvácením, podrážděná močová trubice, bolesti v podbřišku. Záludnost nákazy spočívá v tom, že zhruba 80 procent žen nepocituje téměř žádné nebo vůbec žádné příznaky.

Nemoc je možné určit od 7 dnů od nakažení a to stěrem z děložního čípku či močové trubice, krve nebo DNA. Léčí se antibiotiky, která se musejí brát velmi důsledně. Vyšetření je nutné u obou partnerů. Pomáhá i podpůrná léčba, tzv. systémová enzymoterapie, která má protizánětlivé účinky a zlepšuje účinnost antibiotik. V současné době vědci pracují na novém testu, který by měl pracovat na principu těhotenského testu a odhalit nákazu do hodiny (6, 7, 22).

1.11 Lymphogranuloma venerum

Jedná se o pohlavně přenosnou chlamydiovou infekci, která je endemická v tropech a subtropích projevující se vředem s výraznou lymfadenopatií. Původcem je *Chlamydia trachomatis* pronikající poškozenou sliznicí.

Stanovení diagnózy je založeno na provedení mikroimunoflorescenčního testu s vysokým titrem protilátek. Inkubace se pohybuje kolem 14 dnů. Během prvního stadia vzniká drobný vřídek, který je často přehlédnut. Poté následuje druhé stádium se zduřením spádových uzlin splývající v masu, které postupně kolikvují a vytvářejí píštěle s hnisavým výtokem. Postupně se hojí vtaženými jizvami. Často bývají přítomné celkové příznaky, které jsou provázeny nespecifickými enantémy. Ve třetím stadiu dochází důsledkem jizvení k poruše lymfatického oběhu.

Nejčastěji se podávají antibiotika např. doxycyklin nebo erytromycin. Prognóza je po léčbě dobrá (2, 3, 23).

1.12 Prevence pohlavně přenosných infekcí (STI)

Klinická prevence zahrnuje sexuální výchovu a poradenství, vyhledávání nakažených osob (i včetně asymptomatických), účinnou diagnostiku a léčbu infikovaných jedinců, jejich sexuálních partnerů, popř. preventivní vakcinaci některých STI (např. hepatitida B, A, HPV infekce aj.).

Definice, výčet a zásady péče o pohlavní nemoci je dána zákonnými normami a metodickými doporučeními.

1. Zákon 20/1966 Sb. „Zákon o péči a zdraví lidu“
2. Směrnice MZ ČSR 30/1968 Sb. „Opatření proti pohlavním nemocem“
3. Zákon č. 36/1975 Sb. „Zákon o péči o zdraví lidu“
4. Vyhláška MZ ČR č. 204/1988 Sb. „Seznam přenosných infekcí“
5. Vyhláška MZ ČR 225/1996 „O způsobu hlášení pohlavních chorob“
6. Metodický pokyn MZ ČR 12/97 částka 10 „Standardy vyšetřovacích postupů“
7. Zákon 258/00 Sb. „O ochraně veřejného zdraví“
8. Vyhláška 440/00 Sb. „Předcházení vzniku a šíření infekčních nemocí“

Tyto normy a metodická doporučení zahrnují: povinnost hlášení pohlavní choroby, dispensární péči a poučení nemocného, depistážní šetření (zjištění zdrojů a kontaktů infekce), ohrožení infekcí jiných osob, povinnost léčby a kontrol nemocného a zachování lékařského tajemství.

V prevenci pohlavních chorob je velmi důležitá osvěta v rizikových populacích a šíření informací o bezpečném sexu, zachování věrnosti v partnerském vztahu, používání bariérové antikoncepce (kondom, poševní pesary). Nedílnou součástí preventivních opatření tvoří krevní dárce novorozenců a jejich vyšetření, screening těhotných žen, screening dárců krve a orgánů a profylaktická vakcinace HPV. Účinná diagnostika a léčba infikovaných osob, společně s léčbou a osvětou sexuálních partnerů osob nakažených pohlavní nemocí jsou také samozřejmou součástí prevence.

Základní pilíř tvoří sexuální výchova, která obsahuje informace o hygieně pohlavního života, pohlavních chorobách, cestách šíření infekce, rizikových technikách sexuálního styku a orálněgenitálních praktikách.

Důležitost v prevenci sexuálně přenosných chorob je připisována sexuální hygieně. Porodní asistentka musí klientku upozornit, že obecně platí potřeba vyhnout se oběma extrémům, nedostatečné hygieně, ale i nadměrně pečlivě prováděné hygieně. V současné společnosti dochází nejčastěji k tomu, že hygiena ženy je nadměrná, kdežto hygiena muže bývá spíše nedostatečná.

Výplachy pochvy patří již mnoho let k překonané záležitosti, většina porodních asistentek je nedoporučuje v rámci prevence sexuálně přenosných chorob. V mnoha studiích bylo prokázáno, že jsou pro zdraví nežádoucí. Ženy, které prováděly poševní výplachy alespoň jedenkrát měsíčně, měly o 40 % větší pravděpodobnost výskytu vaginální infekce v důsledku osídlení určitými druhy bakterií. Narušují přirozené bakteriální osídlení pochvy (zejména laktobacily) a usnadňují tak pomnožení kvasinek nebo bakterií. Mohou vést také k nepříjemným pocitům suchosti v pochvě, které často značně zneprůjemňují pohlavní styk. Zároveň je třeba podotknout, že výplachy pochvy po nechráněném pohlavním styku nemá žádnou antikoncepční účinnost, jak se dříve věřilo a bohužel se v některých kruzích traduje do dnes. Intimní hygienu ženy je třeba omezit na oblast vulvy s důkladným omytím velkých a malých stydkých pysků, klitorisu a poševního vchodu. Porodní asistentka musí klientce zdůrazňovat, jak vést očistné pohyby, to znamená zepředu dozadu, nikdy naopak.

Přes veškerá doporučení a metody prevence sexuálně přenosných chorob nadále zůstává jako nejspolehlivější způsob ochrany dlouhodobý vztah s jedním neinfikovaným partnerem a nutnost vyvarovat se rizikovému pohlavnímu styku (2, 9, 11,16,20, 30).

1.13 Role porodní asistentky v prevenci STD

Schopnost komunikovat slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s klientkou, proto musí porodní asistentka používat tuto dovednost jako součást svého profesionálního vybavení.

Pro všechny, kteří pracují v profesích, ve kterých se setkávají s člověkem jako příjemcem své práce, je velmi důležitá sociální oblast dovedností. Ošetřovatelská praxe

staví schopnost interakce s nemocnými i kolegy na významné místo. Formou interakcí a komunikace se odehrává veškeré dění uvnitř i styk s okolím. Interakce probíhá neustále, je to reakce lidí navzájem. Pokud dojde k výměně informací, jedná se o komunikaci. Porodní asistentka pomáhá nemocným rozšířit jejich sociální kompetence. Nemoc, odloučení od rodiny, nemožnost pracovat, to vše má za následek zhoršení pacientových komunikačních dovedností, a zde je právě prostor pro práci porodní asistentky.

V oblasti prevence sexuálně přenosných chorob používá porodní asistentka zejména tzv. specifickou (strukturovanou) komunikaci. Jedná se o oblast komunikace, kdy sdělujeme důležitá fakta, snažíme se motivovat klientku k další léčbě a působit edukačně. Klademe zvýšené nároky na srozumitelnost sdělení, přijatelnou formu s ohledem k aktuálnímu stavu klientky. Na závěr je důležité ověřit, zda klientka sdělení rozuměla a akceptuje ho. Potřebujeme-li, aby naše komunikace byla efektivní a přinesla to, co očekáváme, musíme sledovat z oblasti verbální i neverbální řadu prvků. Dobře komunikovat neznamená jen zvolit slova, ale je důležité soustředit pozornost k dalším prvkům jako např. rychlost řeči, hlasitost, výška hlasu, pomlky, délka projevu, intonace, přítomnost embolických slov apod. Porodní asistentka může pomocí pomlky nebo úplného přerušování hovoru dávat prostor klientce odpočinek k přemýšlení. Mlčet neznamená nutně nemít co říci, naopak vyplnění času planým hovorem nepůsobí pozitivně. Mezi kritéria úspěšné komunikace řadíme jednoduchost, kdy sdělení musí být stručné, jasné, přičemž některé obraty běžně používané zdravotníky nejsou známé širší veřejnosti. Pokud se klientka obává zeptat, může dojít k závažnému nedorozumění. Dále pak stručná informace působí profesionálně, naopak zbytečné oklidy vzbuzují nedůvěru, zda mluvčí vůbec ví, o čem mluví a zda se dostane k podstatě věci. Po stručném sdělení necháváme prostor pro dotazy. Nesmí se však zaměřovat stručnost ze strohostí nebo neochotou mluvit. Klientka vnímá čas, kdy poskytujeme informace, jako dobu, kdy je jí věnována pozornost. Použití zkratk může vést k nepochopení a je nepřijatelné. Porodní asistentka musí při komunikaci vyjádřit podstatu věci, při pochybách sdělení opakovat.

Načasování je velmi důležité zvláště u závažných a choulostivých témat jakou bezpochyby sexuálně přenosné choroby tvoří. Mezi základní podmínky patří klid pro

sdělení, nerušený prostor a dostatek času. Reakcím nemocného je nutné přizpůsobit styl hovoru. Ponecháme čas na oddech, pokud ho sdělení rozruší. Pokud klientka sděluje svůj problém, nemluví do prázdna, ale porodní asistentka jí naslouchá a snaží se podpořit jí v projevu. I mlčení může nastat z velkého šoku, kdy se často stane, že klientka přestane mluvit po nepříjemné zprávě, která ji tak zasáhne, že není schopna slova. Zvláště pak mlčení plné rozpaků bude v praxi porodní asistentky spojeno s rozhovory na intimní téma, bude se setkávat se studem klientky. Proto musí být k takovému tichu velmi vnímavá a schopna pomoci takové rozpaky překonat.

Pro porodní asistentku je v rozhovoru s klientkou důležitá úcta, důvěryhodnost, ochota dávat, nejen přijímat, ochota odložit masku, připravenost ke změnám a revizi postojů a citlivé odkrývání překážek rozhovoru společně s navozením přátelské atmosféry. Porodní asistentka by měla být tím, kdo umí rozhovor dovést ke vzájemné kooperaci a kdo zvládne komunikovat s jakýmkoli pacientem. Nedílnou součástí rozhovoru jsou otázky, které se rozlišují na otevřené, uzavřené, věcné a osobní. Není vůbec vhodné klást tzv. otázky pro otázky. Ticho je z hlediska psychologického stejně důležité jako řeč a proto se i v tichu něco děje.

Nedirektivní vedení rozhovoru porodní asistentkou patří k technikám vycházející ze zásad na klienta zaměřené psychoterapie. Základním principem je nedirektivita, kdy porodní asistentka aktivně podporuje v rozhovoru, povzbuzuje klientku ke sdílnosti a nabízí svou přítomnost. Pomocí empatie předpokládá, jak bude klientka reagovat a může pak zvolit vhodný způsob komunikace. Profesionálně vystupující porodní asistentka se snaží o aktivní empatické vystupování, všímá si situace, ve které se klientka nachází, zvažuje okolnosti a další vývoj nemoci s důsledky. Neopomíná dávat najevo zájem o situaci, ukazuje nemocnému, že k němu má vztah jako k člověku. Při nedirektivním vedení rozhovoru aktivně naslouchá, podporuje klientku k rozhovoru, snaží se o reflexi, vyjádření, akceptaci a autentičnost. Nechává iniciativu na pacientovi, dává najevo své sympatie a pochopení pro její situaci. Základním a podstatným předpokladem je opravdový zájem o pocity klientky (22,24, 25, 29).

1.14 Edukační proces v ošetrovatelské praxi

Edukační proces je činnost lidí, při které dochází buď k záměrnému, nebo nezáměrnému učení. Probíhá od prenatálního života až do smrti. Do procesu vstupují edukanti, edukátor, edukační konstrukty a edukační prostředí. Edukantem je subjekt učení, edukátorem je aktér edukační aktivity. Ve zdravotnictví to jsou lékaři, všeobecná sestra, porodní asistentka, fyzioterapeut a nutriční terapeut aj. Kvalitu edukačního procesu ovlivňují plány, zákony, předpisy, edukační standardy, edukační materiály, které souhrnně nazýváme edukačními konstrukty. Místo, ve kterém edukace probíhá je edukační prostředí. Významnou roli zaujímá osvětlení, barva, zvuk, prostor, nábytek a sociální klima. Příkladem edukačního prostředí může být ambulance, ve které probíhá edukační proces, kdy edukátorem je porodní asistentka a edukantem klientka. Za závaznou normu pro udržení požadované úrovně kvality edukace považujeme edukační standard, což je předem naplánovaná edukace pro klientku.

Úkolem edukace ve zdravotnictví je přispění k předcházení nemoci, udržení nebo navrácení zdraví či přispění ke zkvalitnění života klientky. Významnou roli zaujímá v rámci primární, sekundární a terciární prevence. Porodní asistentka předává nové vědomosti či dovednosti klientce pomocí základní edukace (např. nově diagnostikované klientce se syfilidem apod.), dále pak reedukačně navazuje na předchozí vědomosti a dále je prohlubuje. Za komplexní edukaci považuje předávání ucelených informací a postojů ve zdraví prospěšných opatřeních, která vedou k udržení nebo zlepšení zdraví (10, 23).

1.14.1 Proces edukace ve zdravotnickém zařízení

Edukace se zpravidla dělí na fázi počáteční pedagogické diagnostiky, fáze projektování, fázi realizace, fázi upevnění a prohlubování učiva a fázi zpětné vazby. K posouzení edukantky přistupuje porodní asistentka po počátečním sběru informací o individuálních potřebách klientky. Informace mají subjektivní a zároveň objektivní charakter. Na základě sebraných informací a jejich analýzy stanovuje porodní asistentka edukační potřeby, za které považuje deficit v oblasti vědomostí, dovedností, návyků a

pozitivních postojů edukanta ke svému zdraví. Poté následuje proces plánování a přípravy na základě získaných anamnestických údajů. Nezbytným předpokladem správného plánování je důkladný sběr informací o klientce zaměřený zejména na znalosti klientky v dané problematice. Porodní asistentka, která provádí edukaci, musí jednoznačně vědět, jakou změnu ve vědomostech, postojích, dovednostech, hodnotové orientaci a návycích potřebuje vytvořit. Důležité je správně zformulovat cíle jako očekávaný výsledek, kterého chce u klientky dosáhnout. Dělí se na krátkodobé, dlouhodobé, nižší a vyšší (10, 22, 30).

1.14.2 Zásady edukace v ošetrovatelském procesu

Zásady v edukačním procesu jsou prostředkem pozitivně ovlivňujícím kvalitu výuky, nikoliv cíl edukace. V edukačním procesu musí didaktické zásady působit ve vzájemné shodě. Zásada názornosti patří mezi nejstarší didaktické zásady. Při učení je nutné zapojit co nejvíce analyzátorů pro smyslové vnímání spolu s poznávací a myšlenkovou aktivitou jedince. Proto je vhodné usnadnit edukantovi proces učení zvolením takové metody a formy výuky, které by tuto zásadu respektovaly. Platí tu stará moudrost: „Co slyším, to zapomenu, co vidím, to si pamatuju a co si vyzkouším, tomu rozumím.“ (Konfucius) Vědomosti a dovednosti získané prostřednictvím edukačního procesu by měl umět edukant uplatnit i v praktickém životě. Obsah vzdělávání by měl být v souladu se současnými poznatky z oblasti zdravotnictví a pedagogiky a proto vyžaduje od porodních asistentek soustavné celoživotní vzdělávání. Pro dodržení zásady přiměřenosti se musí dbát na to, aby obsah, obtížnost, rozsah učiva, zvolené metody edukace korespondovaly s momentálními vědomostmi a dovednostmi edukanta. Porodní asistentka se snaží získat informace o úrovni vědomostí, dovedností, návyků a postojů klientky a identifikovat tak její edukační potřeby. Zásadou zpětné vazby po celou dobu edukace získává edukátor vhodným způsobem informace, zda předkládaná fakta chápe a rozumí jim. K dodržení zásady uvědomělosti a aktivity je nutné, aby se snažil edukátor využít vnitřní i vnější motivaci klientky. Při plánování a realizaci edukace je nutné respektovat zdravotní a psychický stav edukantky, její individuální

potřeby, osobní zkušenosti, zvláštnosti sociálního prostředí a kulturní odlišnosti. Je důležité uspořádat obsah učiva do logických celků. Předávání vědomostí by mělo probíhat podle určitého logického systému, na jehož základě klientka navazuje na svoje předchozí vědomosti a dovednosti a trvale je prohlubuje. Porodní asistentka musí vždy na začátku edukace klientku seznámit s cílem a obsahem probíraného učiva, provést kontrolu pomocí kontrolních otázek, zda edukantka pochopila učivo a logicky shrnout obsah učiva. Konečně zásada kulturního kontextu vychází z požadavku respektování zvláštnosti jednotlivých kultur, sociálních skupin a pohlaví (10, 22, 24, 30).

1.14.3 Edukační metody

Můžeme je chápat jako cílevědomé a promyšlené působení edukátora aktivizujícího edukanta v jeho učení, směřujícímu k efektivnímu naplnění edukačního cíle. Výběr efektivní a vhodné metody je nutné respektovat aktuální zdravotní a psychický stav klientky a také prostředí, ve kterém bude edukace probíhat. Nejčastější metoda rozhovoru je součástí každodenní praxe porodní asistentky, která musí mít dobré komunikační schopnosti a dovednosti. Základním pilířem této metody je kladení otázek mezi porodní asistentkou a klientkou, načež dochází k vzájemné výměně informací. Rozhovor je nejčastěji používán ke sběru informací o edukantce, ke sdělení nových poznatků, k upevnění a opakování získaných vědomostí. Otázky musí být formulovány jazykově správně včetně slovosledu, spíše stručně a v logické posloupnosti. Pomocí metody vysvětlování se snaží edukátor objasnit příčiny a souvislosti tak, aby klientka podstatu problému následně pochopila. Vysvětlování nejčastěji používá, pokud není možné opřít se o předcházející klientky. Je důležité postupovat vždy systematicky, logicky, srozumitelně objasňovat vztahy, souvislosti a fakta. Jednou z nejčastěji používaných metod ve zdravotnictví je práce s textem nebo písemným materiálem jako např. leták, brožura, plakát, článek v časopise nebo kniha (10, 22).

2 Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit znalosti a názory žen o nebezpečí sexuálně přenosných chorob a možnosti prevence.

Cíl 2: Zjistit jak porodní asistentky přispívají k vyšší informovanosti o nebezpečí a prevenci sexuálně přenosných chorob.

2.2 Hypotézy práce

Hypotéza 1: Ženy v produktivním věku mají znalosti o nebezpečí sexuálně přenosných nemocí.

Hypotéza 2: Ženy v produktivním věku mají znalosti o způsobech přenosu sexuálně přenosných chorob.

Hypotéza 3: Ženy v produktivním věku získávají dostatečné informace o nebezpečí a prevenci sexuálně přenosných chorob od porodních asistentek.

3 Metodika

3.1 Metodika a technika výzkumu

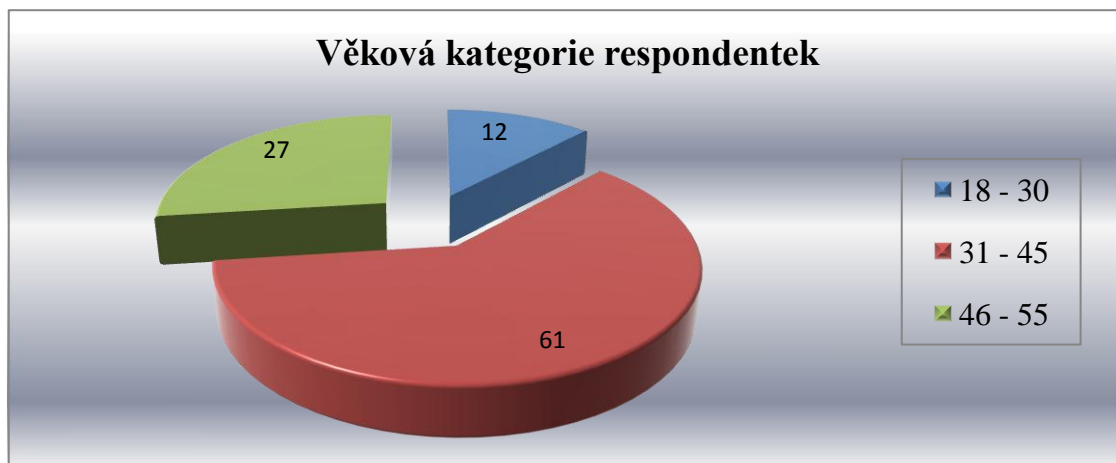
Pro výzkumné šetření byl zvolen kvantitativní výzkum, který byl zpracován technikou anonymních dotazníků a určen ženám v produktivním věku. Nestandardizovaný dotazník obsahoval 20 otázek polouzavřených, 8 uzavřených, 4 filtrující, 1 otevřenou a 2 otázky identifikační (viz příloha 2) se zaměřením na téma nebezpečí a prevence sexuálně přenosných chorob. K ověření dostatečné srozumitelnosti nabízených otázek byla provedena pilotní studie u žen hospitalizovaných na oddělení gynekologie Jindřichův Hradec, která se obešla bez zjevných problémů. Na základě objektivního posouzení respondentkami byla upravena pouze 1 otázka a to z důvodu nemožnosti vybrat více možností odpovědí. V ambulancích obvodních gynekologů bylo celkem osloveno k vyplnění dotazníků 110 žen. Celkem 10 dotazníků nebylo možno využít ke zpracování z důvodu nekompletního vyplnění. Za účelem výzkumného šetření bylo zpracováno celkem 100 dotazníků řádně a kompletně vyplněných. Výsledky dotazníků byly dále zpracovány formou grafů s popisky.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Zkoumanou skupinu tvořili ženy v produktivním věku pocházející z okresu Jindřichův Hradec. Dotazníky byly rozdávány v čekárnách obvodních gynekologů. Po dobu našeho výzkumného šetření jsme se nesečkali s odmítavým postojem respondentek k vyplňování dotazníků, naopak oceňujeme vstřícnost a ochotu všech zúčastněných žen.

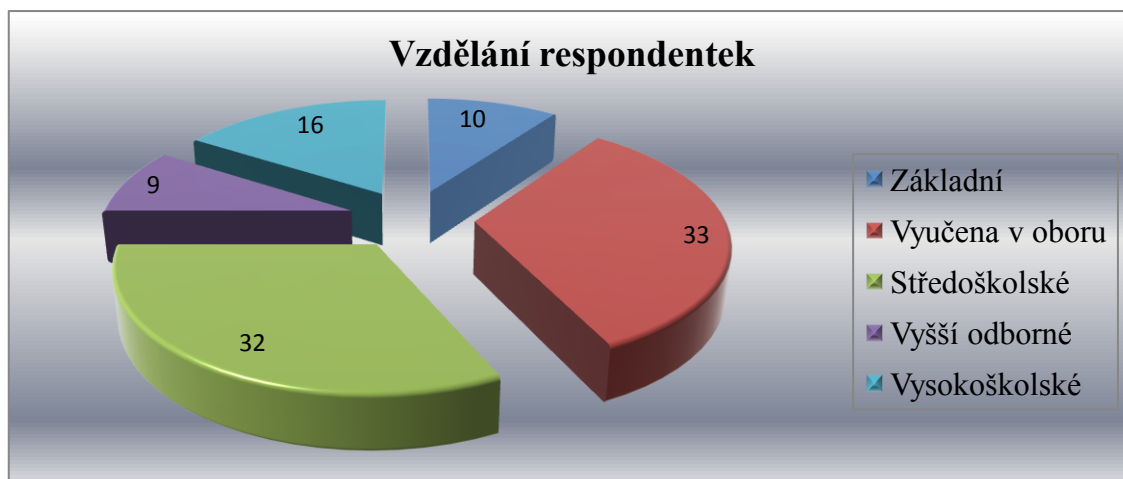
4 Výsledky

Graf 1



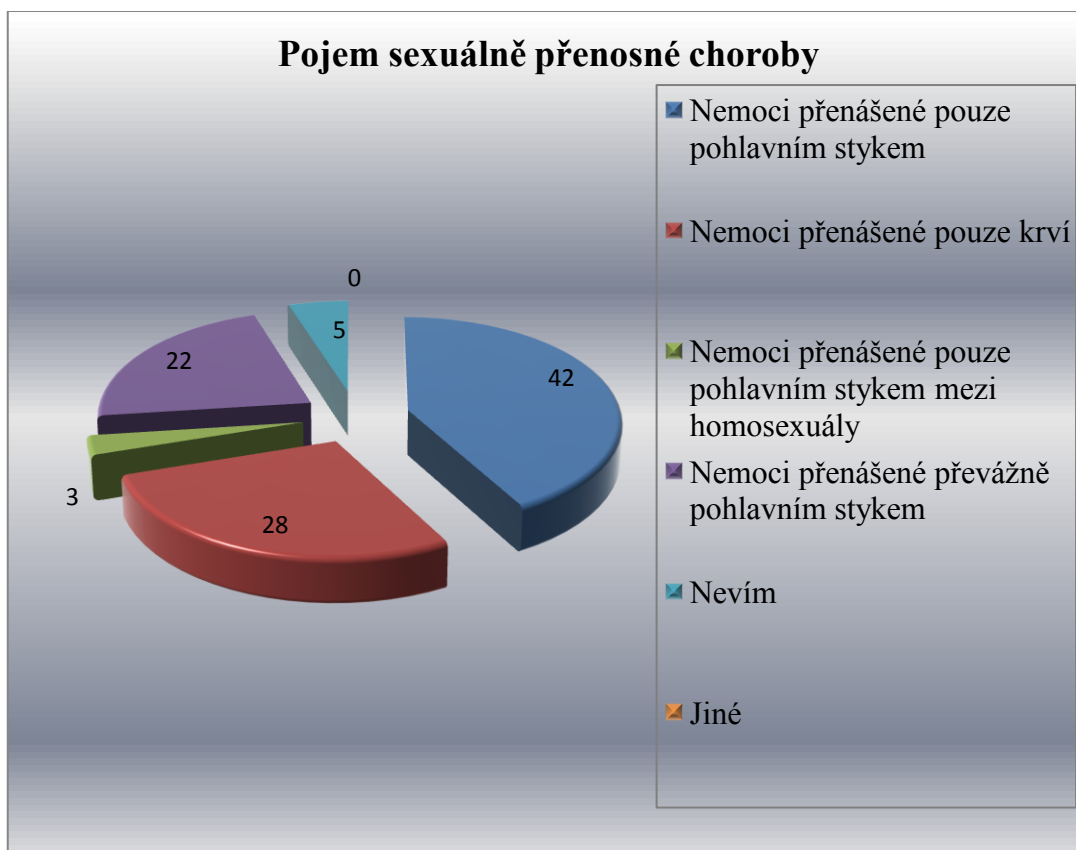
Ve sledovaném souboru, který byl tvořen ze 100 respondentek, bylo 12 (12 %) ve věku 18 – 30 let, největší skupinu tvořilo 61 (61 %) respondentek ve věkové kategorii 31 – 45 let a 27 (27 %) žen ve věku 46 – 55 let.

Graf 2



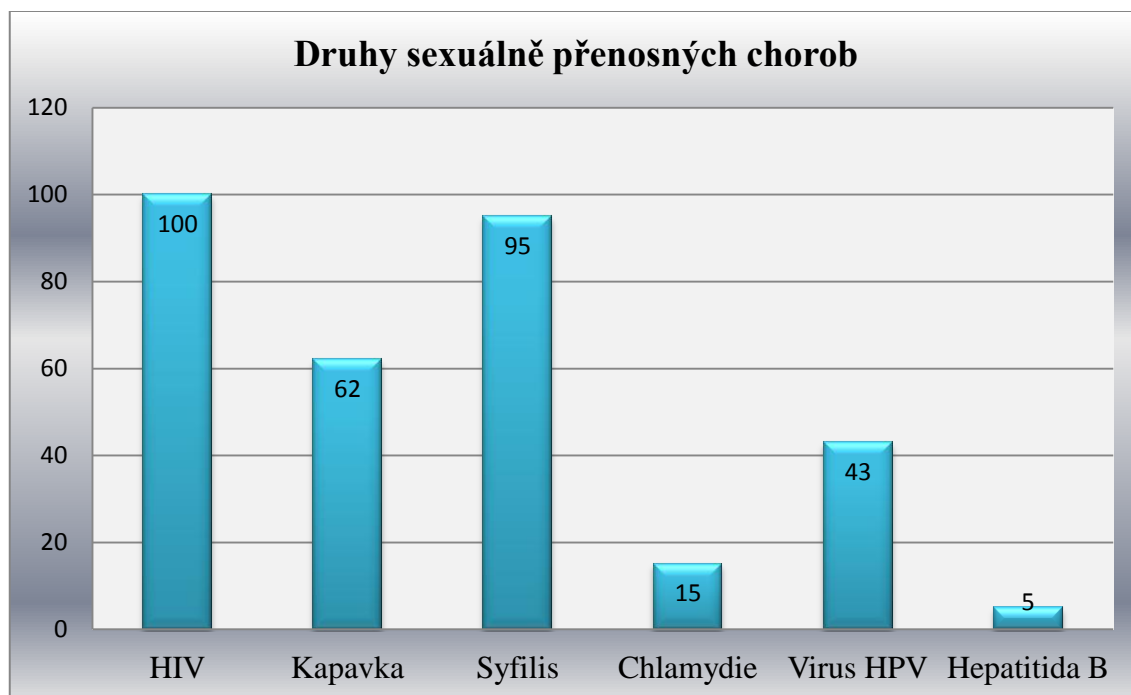
Základní vzdělání mělo 10 (10 %) respondentek, vyučeno v oboru bylo 33 (33 %) respondentek, střední školu dokončenou maturitou mělo 32 (32 %) respondentek, vyšší odborné vzdělání 9 (9 %) a vysokoškolské vzdělání mělo 16 (16 %) respondentek.

Graf 3



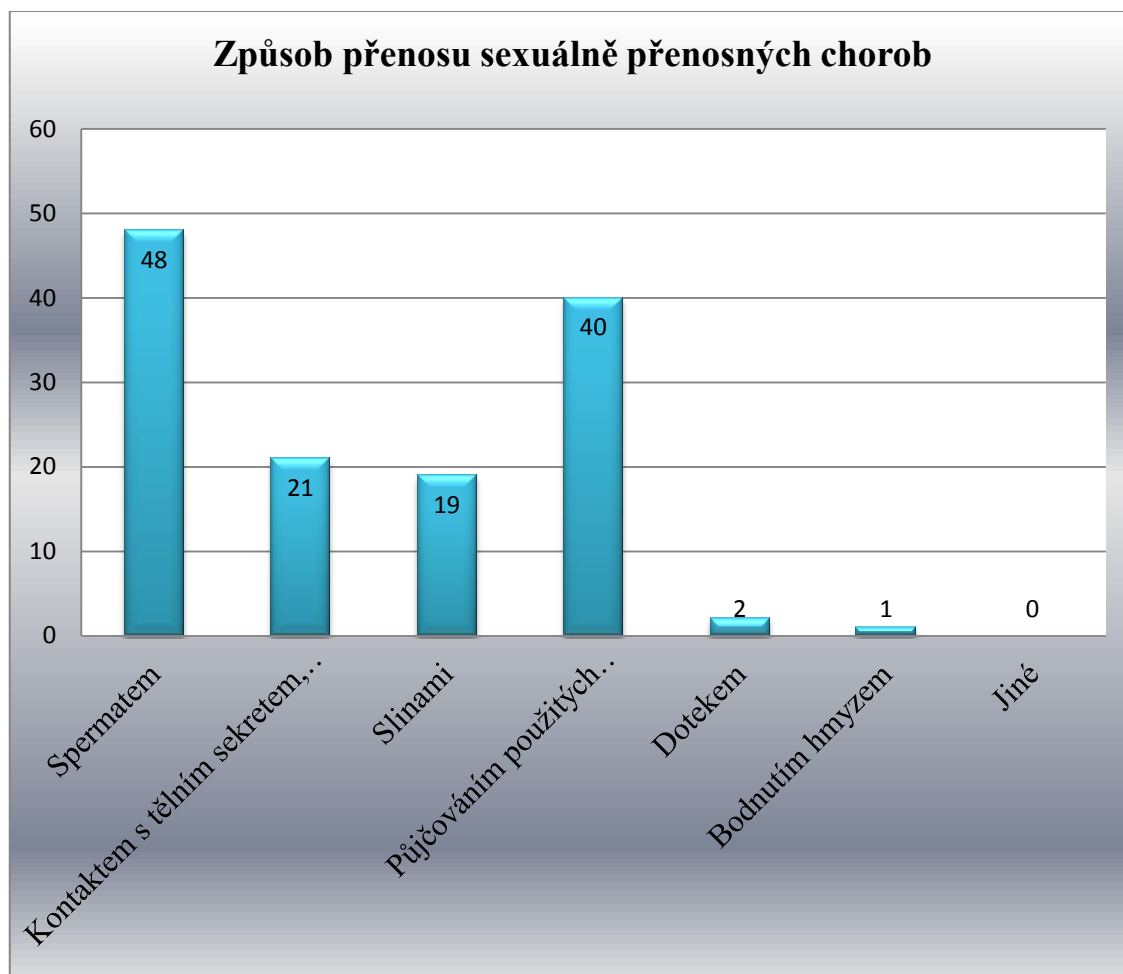
Největší počet respondentek 42 (42 %) si pod pojmem sexuálně přenosné choroby představují nemoci, které jsou přenášené *pouze pohlavním stykem*, 28 (28 %) respondentek zvolilo nemoci *přenášené pouze krví*. Nemoci přenášené *převážně pohlavním stykem* označilo 22 (22 %) respondentek. 5 (5 %) respondentek *nevědělo* a 3 (3 %) respondentky zvolily odpověď, že sexuálně přenosné choroby jsou nemoci přenášené *pouze pohlavním stykem mezi homosexuály*. Možnost *jiné*, ne zvolila žádná z žen.

Graf 4



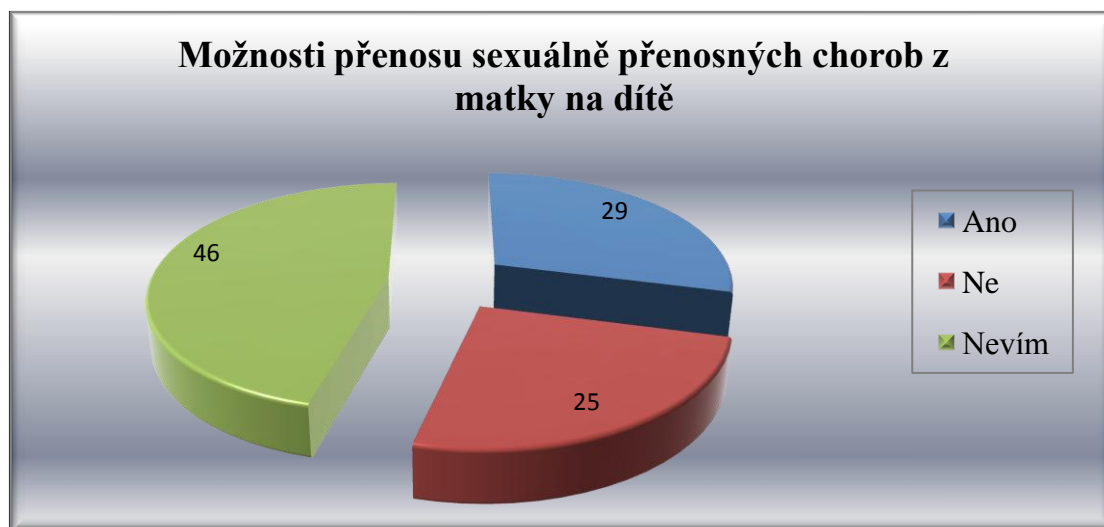
Tento graf znázorňuje četnost odpovědí, kdy bylo celkem získáno 320 odpovědí, z toho 100krát byl označen *virus HIV*, 62 krát *kapavka*, 95krát *syfilis*, *virus HPV* 43krát, *chlamydie* 15krát a *hepatitida B* 5krát.

Graf 5



Tento graf znázorňuje četnost odpovědí, kdy bylo celkem získáno 131 odpovědí, z toho 48krát bylo označováno jako způsob přenosu sexuálně přenosných chorob *sperma*, 21krát *kontakt s tělním sekretem a kreví*, 19krát přenos *slinami*, *půjčování použitých jehel u narkomanů* bylo zvoleno 40krát, *dotek* 2krát a *bodnutí hmyzem* bylo označeno 1krát. Poslední možnost *jiné* nezvolila žádná z respondentek.

Graf 6



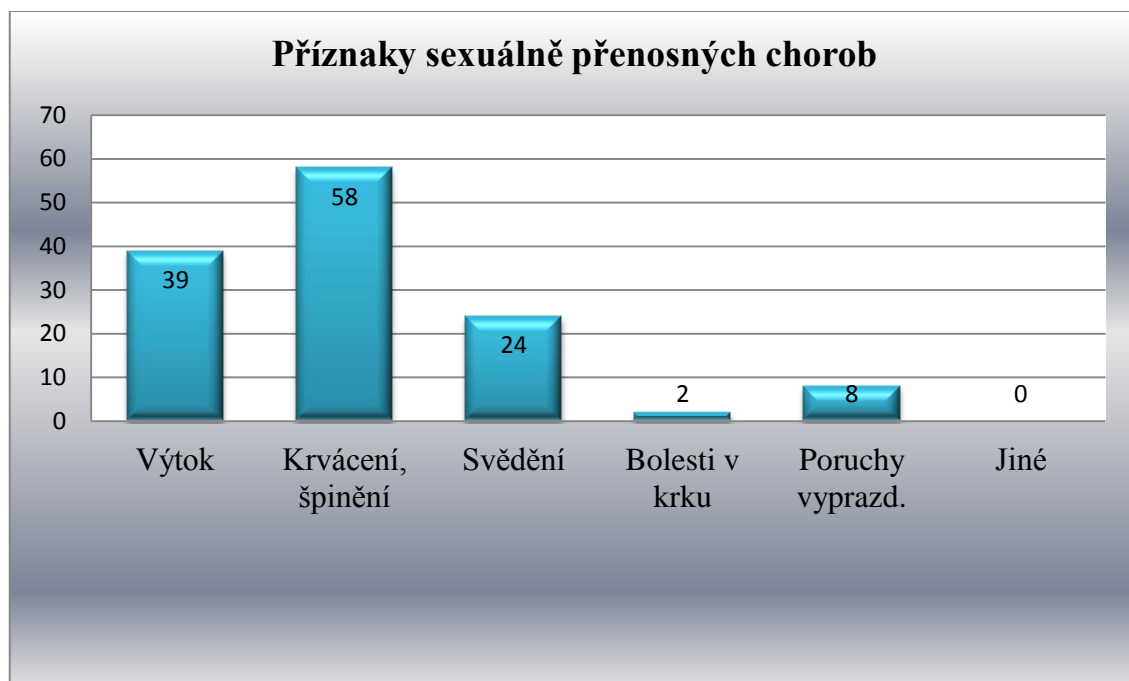
Zda je možný přenos sexuálně přenosných chorob z matky na dítě označilo možnost *ano* 29 (29 %) respondentek, *ne* zvolilo 25 (25 %) respondentek a 46 (46 %) žen odpověď *neznalo*.

Graf 7



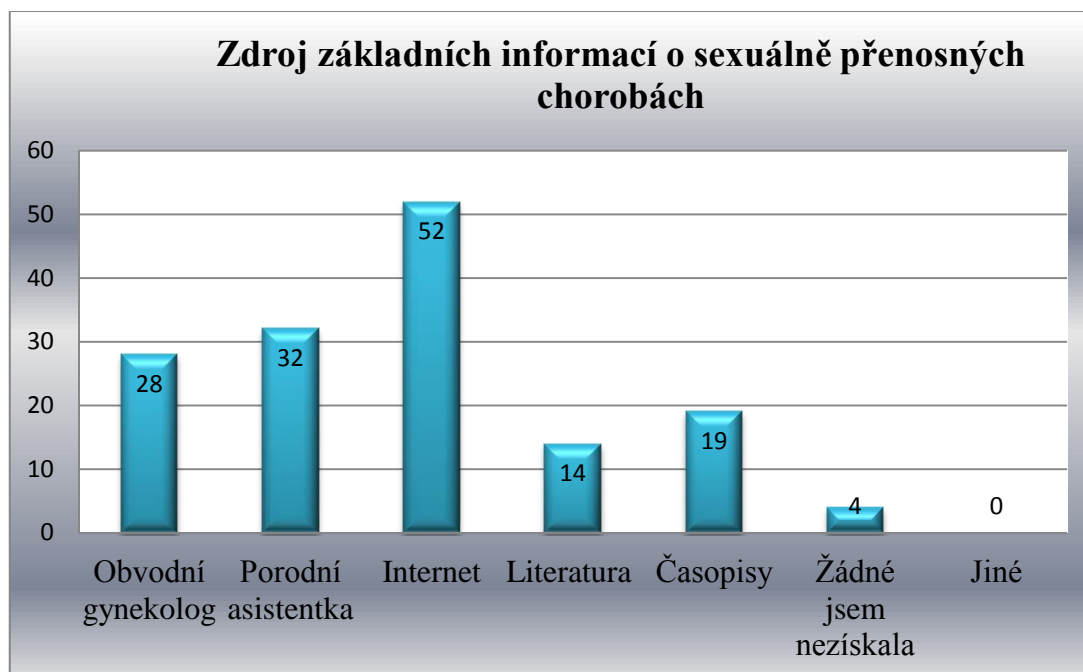
Nejčastěji označovanou odpovědí, zda je možný bezpriznakový průběh sexuálně přenosných chorob, byla možnost *ano* a to v 16 (16 %) případech, druhá nejčastější odpověď bylo *ne* a to 26krát (26 %) a *nevím* zvolilo 58 (58 %) respondentek.

Graf 8



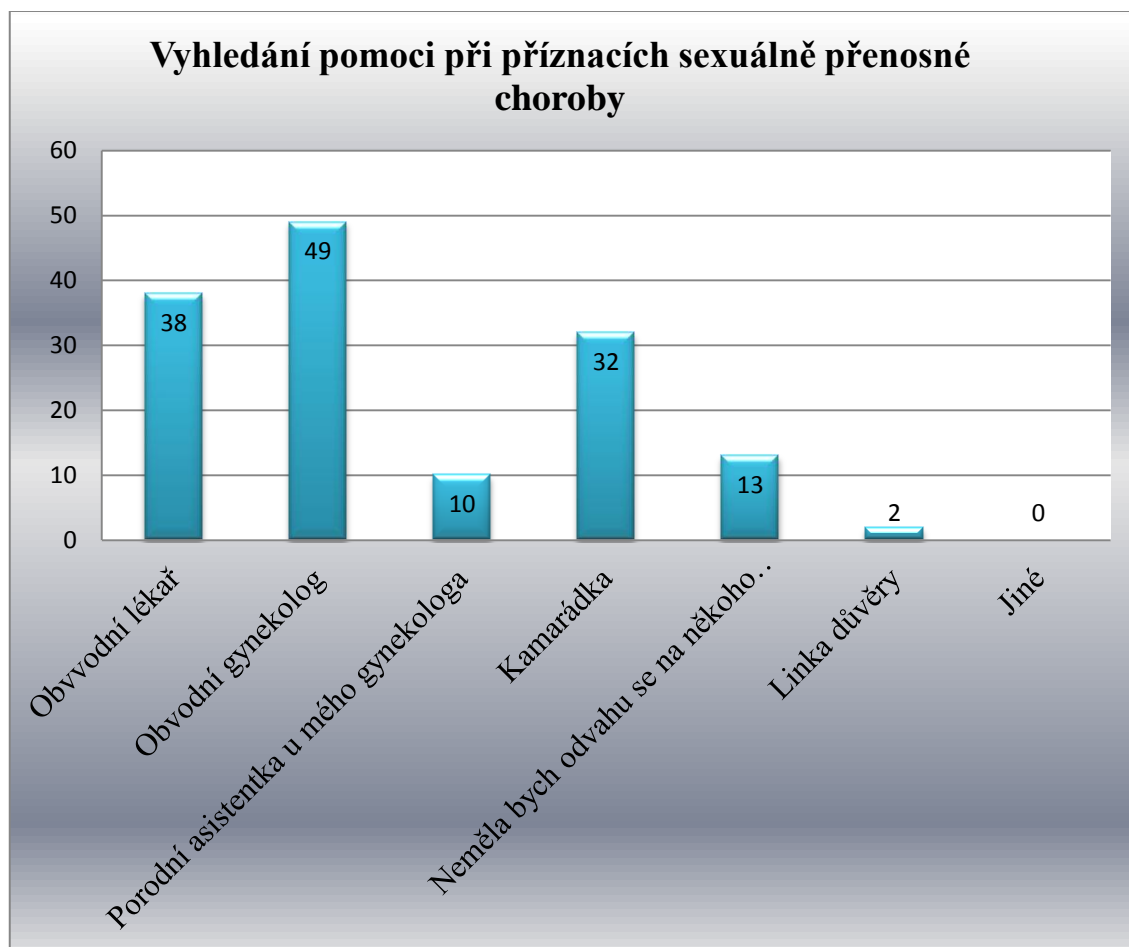
Tento graf znázorňuje četnost jednotlivých odpovědí. Celkem bylo získáno 131 odpovědí, z toho jako nejčastěji volený příznak sexuálně přenosných chorob bylo *krvácení a špinění* a to 58krát. *Výtok* byl volen 39krát, *svědění* 24krát. *Poruchy vyprazdňování* byly označeny celkem 8krát a 2krát *bolesti v krku*. *Jiný* příznak neudala žádná respondentka.

Graf 9



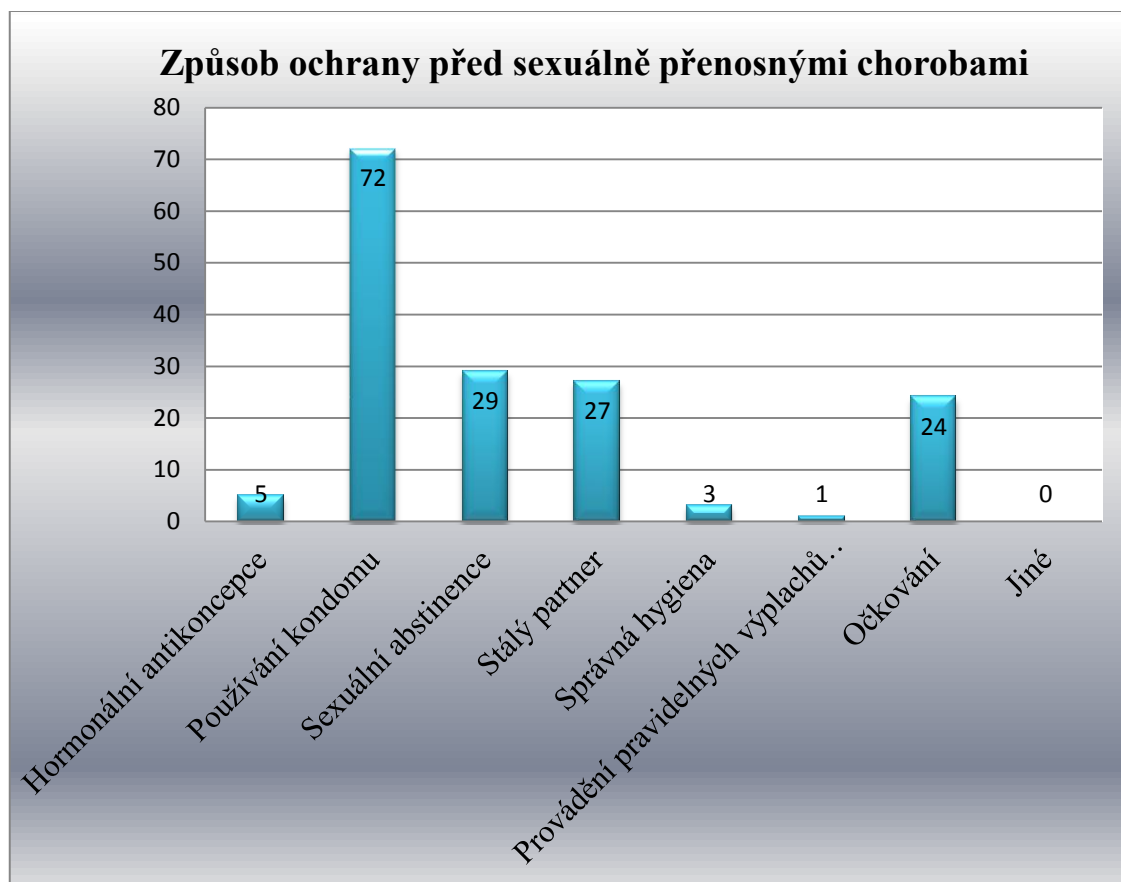
I tento graf znázorňuje četnost odpovědí. Celkem bylo získáno 149 odpovědí, kdy 28krát byl označován jako zdroj informací *obvodní gynekolog*, 32krát *porodní asistentka*, 52krát *internet*, *literatura* 14krát a *časopis* 19krát. *Žádné informace* byly zvoleny 4krát. Poslední možnost, v níž respondentky mohly napsat *svůj vlastní zdroj*, ne zvolila žádná.

Graf 10



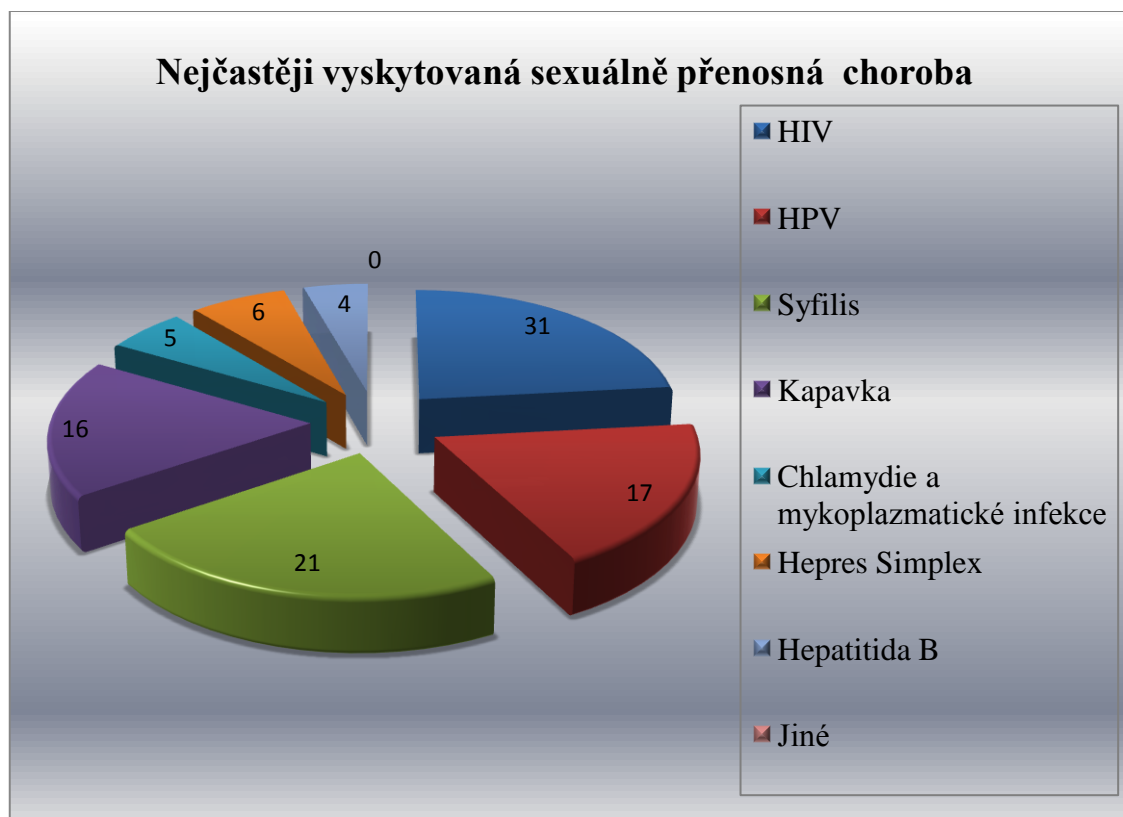
Tento graf opět znázorňuje četnost odpovědí. Celkem bylo získáno 144 odpovědí. Při příznacích sexuálně přenosných chorob byla pomoc ze strany *obvodního lékaře* označena 38krát, 49krát *obvodní gynekolog*, *porodní asistentka u gynekologa* 10krát, *pomoc od kamarádky* byla zvolena 32krát. 13krát byla označena možnost, že by *neměly odvahu se na někoho obrátit*, *linka důvěry* by byla volána 2krát.

Graf 11



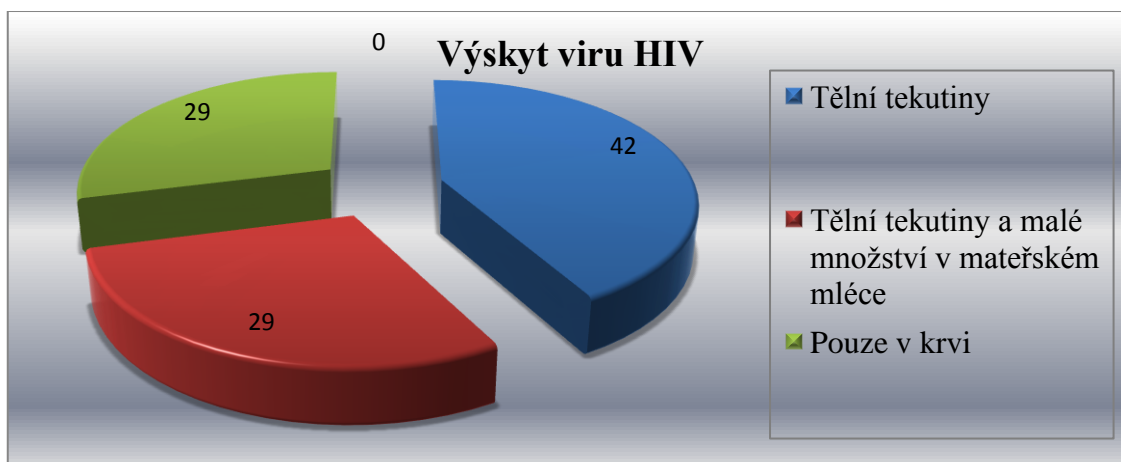
Tento graf znázorňuje opět četnost odpovědí. Celkem bylo získáno 161 odpovědí, z toho jako nejčastěji označovaný způsob ochrany před sexuálně přenosnými chorobami byl označován *kondom* a to 72krát, druhý způsob *očkování* 24krát, 5krát *hormonální antikoncepce*, 29krát *sexuální abstinence*, 27 krát *stálý partner*, 3krát *správná hygiena* a 1krát bylo označeno *provádění pravidelných výplachů pochvy*. Možnost *jiné*, nebyla zvolena ani jednou.

Graf 12



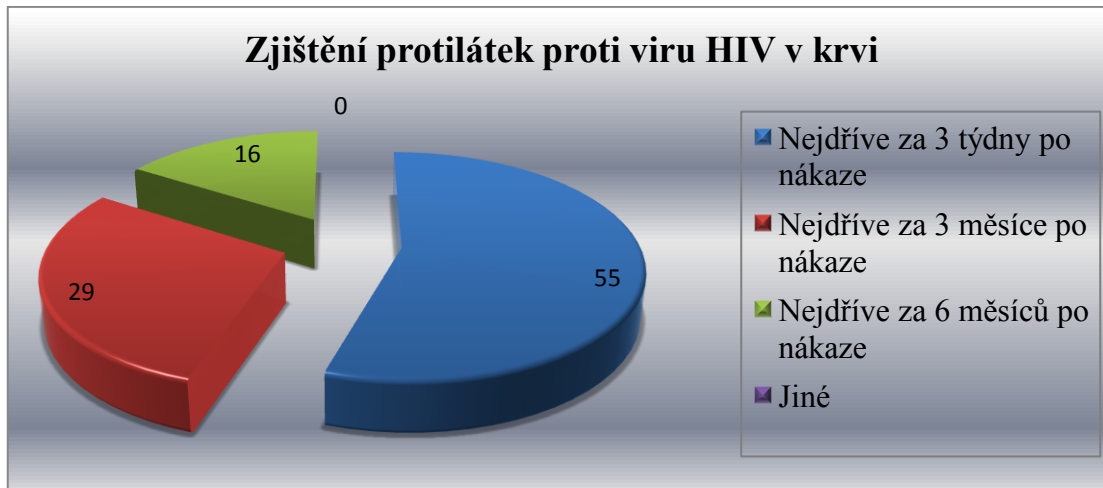
Jako nejčastěji vyskytované sexuálně přenosné choroby byl zvolen *HIV* a to 31 (31 %) respondentkami, dále *syfilis* 21 (21 %) respondentkami. 17 (17 %) respondentek označilo *HPV*, 16 (16 %) žen udalo kapavku. *Herpes Simplex* 6 (6 %), *chlamydie a mykoplazmatické infekce* 5 (5 %) a *hepatitidu B* zvolily 4 (4 %) respondentky. Možnost *jiné* nezvolila žádná z dotazovaných žen.

Graf 13



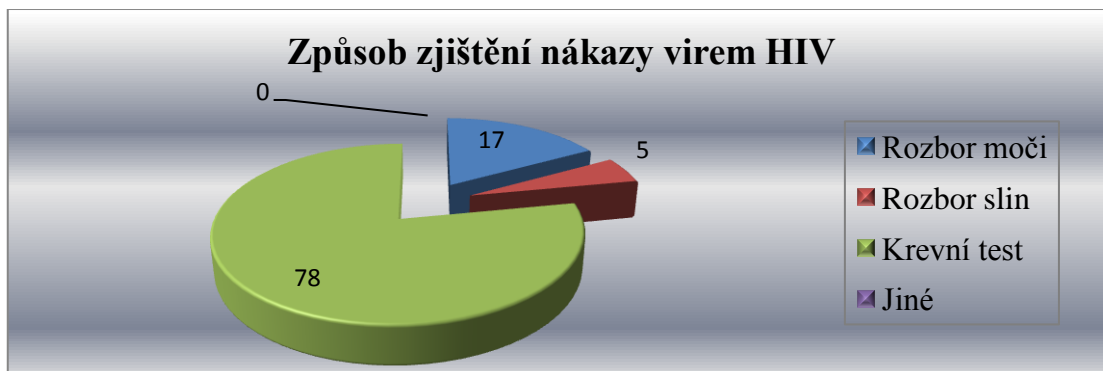
Z celkového počtu 100 (100 %) respondentek, celkem 42 (42 %) označilo, že vir HIV se vyskytuje v *tělních tekutinách*, 29 (29 %) respondentek zvolilo odpovědi *tělní tekutiny a malé množství v mateřském mléce*, a že se vyskytují *pouze v krvi* odpovědělo taktéž 29 (29 %) respondentek. Odpověď *jiné* nezvolila žádná z celkového počtu.

Graf 14



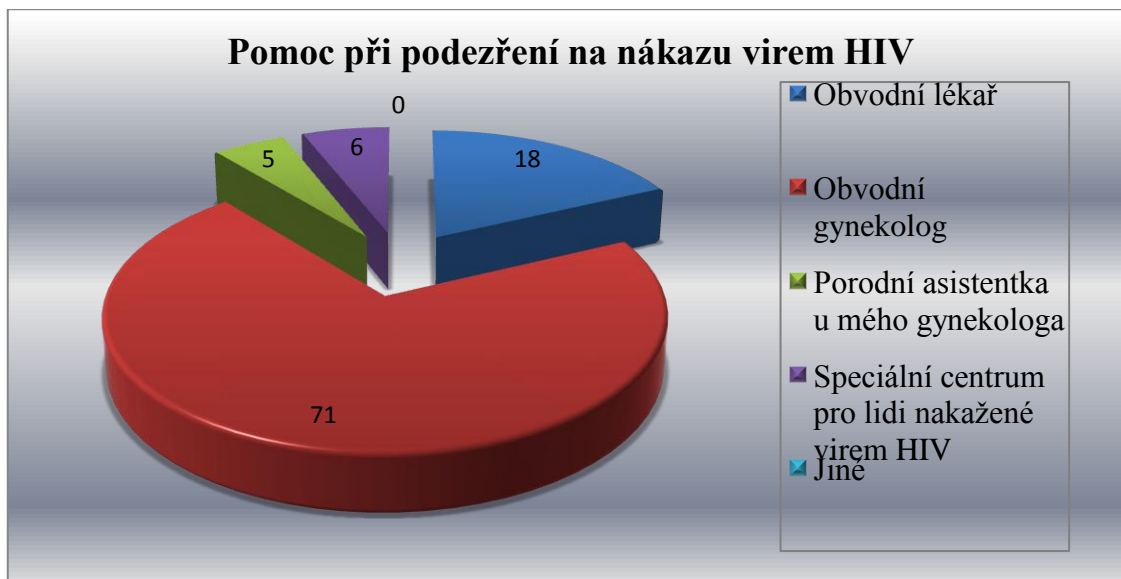
Z celkového počtu 100 respondentek se 55 (55 %) žen domnívá, že protilátky proti viru HIV se v krvi zjistí *nejdříve za 3 týdny po nákaze*, *za 3 měsíce po nákaze* označilo 29 (29 %) respondentek a 16 (16 %) žen si myslí, že správná odpověď je *nejdříve za 6 měsíců po nákaze*. Odpověď *jiné* nebyla volena ani jednou.

Graf 15



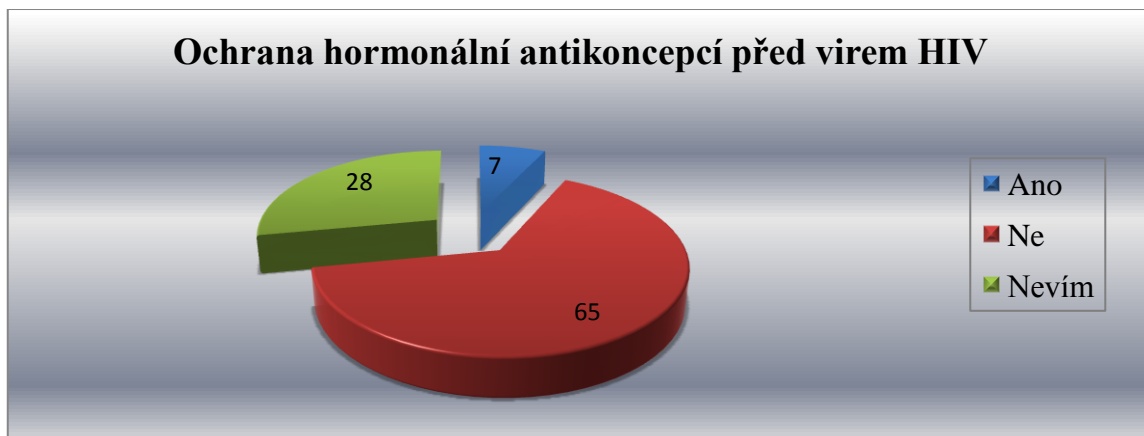
Krevní test, jako způsob zjištění nákazy virem HIV zvolilo 78 (78 %) respondentek, *rozbor moči* 17 (17 %) respondentek a 5 (5 %) respondentek označilo *rozbor slin*. Odpověď *jiné* neoznačila žádná žena.

Graf 16



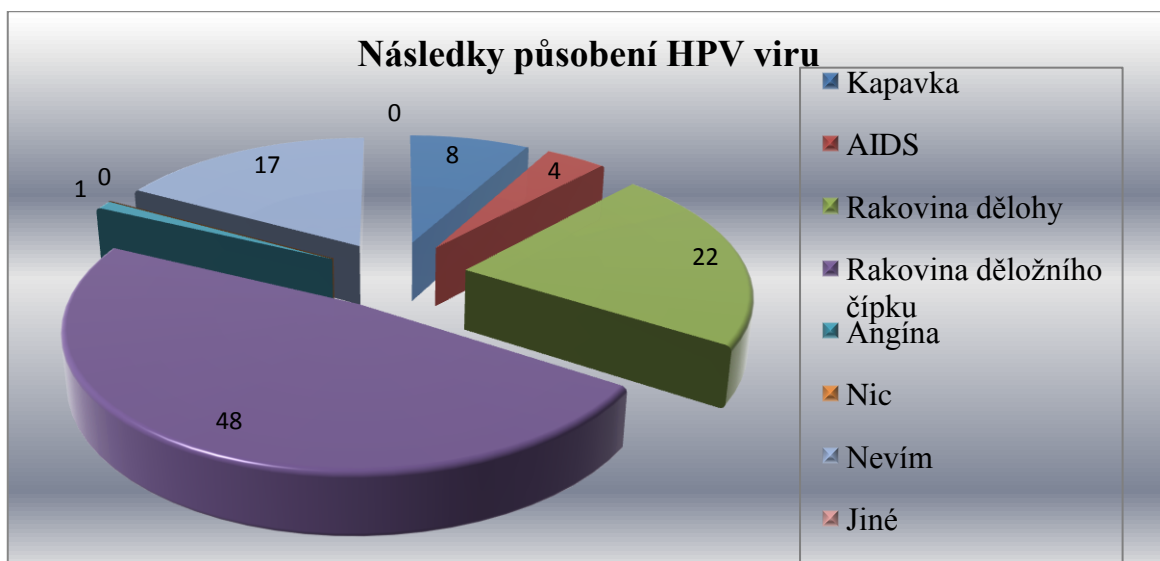
Z celkového počtu 100 (100 %) respondentek by se celkem 71 (71 %) při podezření na nákazu virem HIV obrátilo na *svého obvodního gynekologa*, 18 (18 %) respondentek na *obvodního lékaře*, 6 (6 %) respondentek by zašlo do *speciálního centra pro lidi nakažené virem HIV* a nejmenší počet 5 (5 %) respondentek by se obrátilo na *porodní asistentku u svého gynekologa*.

Graf 17



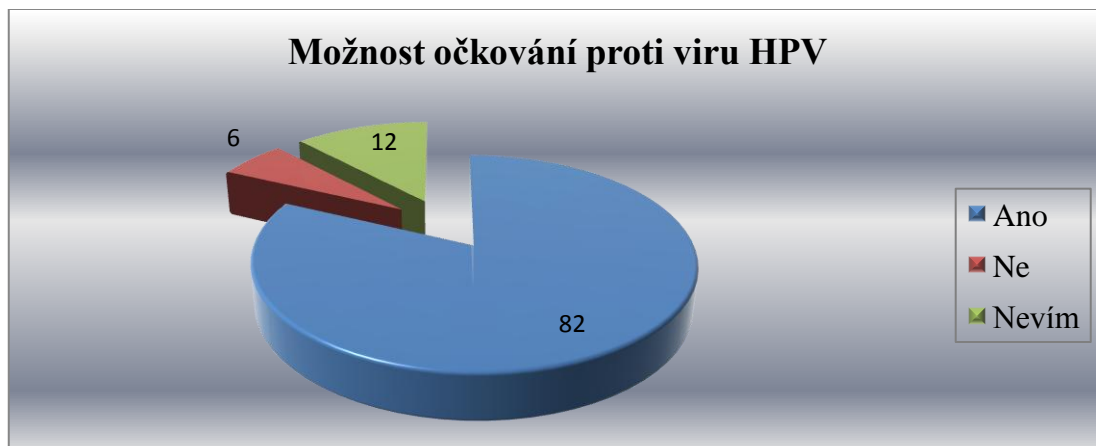
65 (65 %) respondentek si myslí, že antikoncepce *nepůsobí* jako ochrana před virem HIV, 28 (28 %) *neví* a 7 (7 %) respondentek antikoncepci *považuje* za vhodnou ochranu proti viru HIV.

Graf 18



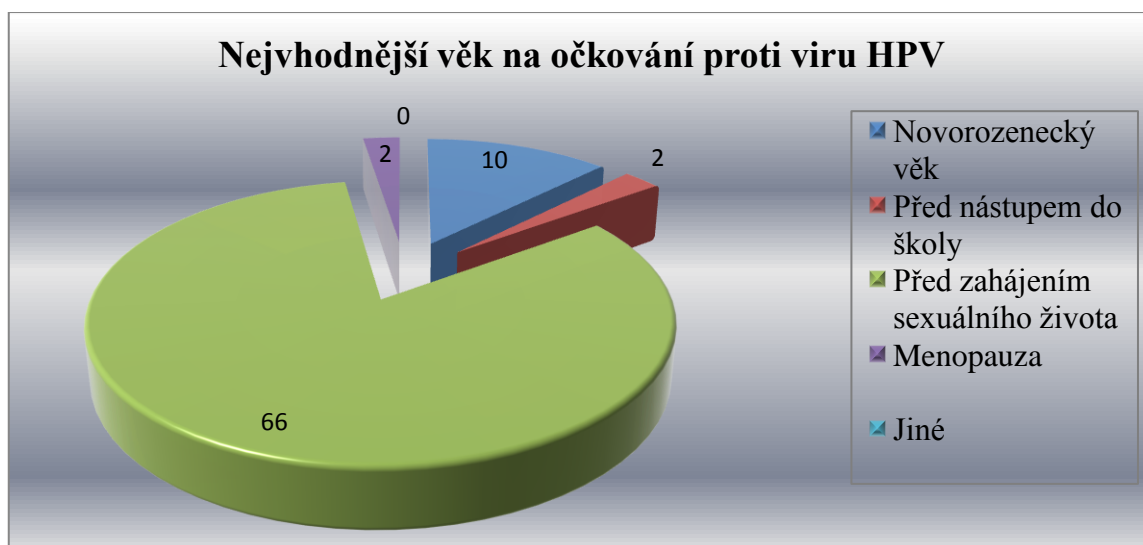
Nejvíce respondentek 48 (48 %) zvolilo jako následek působení HPV viru *rakovinu děložního čípku*. 22 (22 %) respondentek označilo *rakovinu dělohy*, 17 (17 %) *neví*, 8 (8 %) respondentek *kapavku*, 4 (4 %) *AIDS* a 1 (1 %) respondentka zvolila *angínu*. Možnost *nic a jiné* neoznačila žádná.

Graf 19



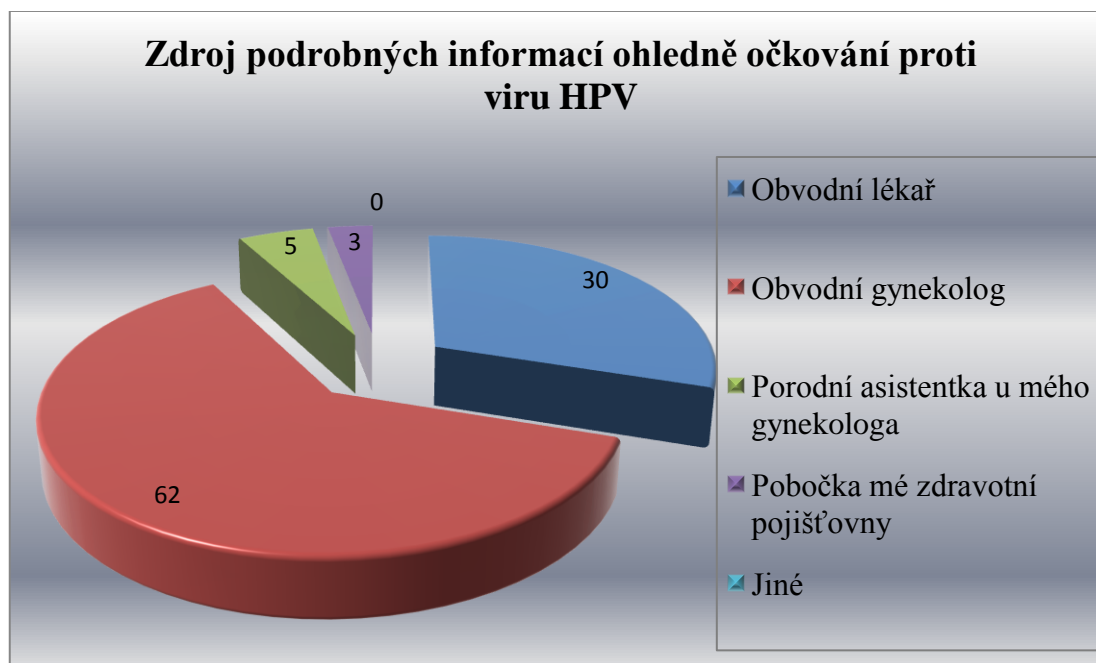
Z celkového počtu 100 (100 %) respondentek, celkem 82 (82 %) z nich ví, že je možné proti viru HPV očkovat, 12 (12 %) *neví* a 6 (6 %) respondentek označilo možnost *ne*.

Graf 20



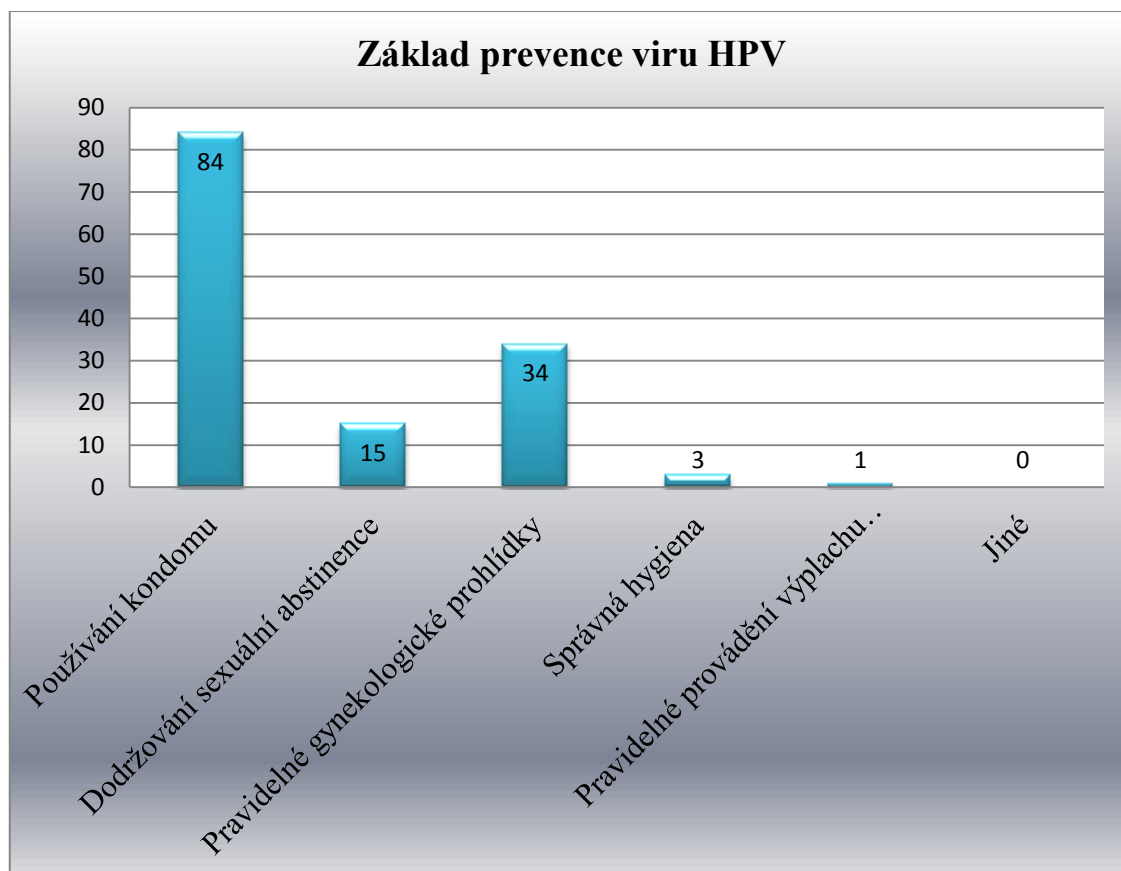
Z počtu 82 (100 %) respondentek, 66 (83 %) označilo, že nejvhodnější věk pro očkování je *před zahájením sexuálního života*, 10 (12 %) respondentek označilo *novorozenecký věk*. 2 (3 %) respondentky se domnívají, že nejvhodnější je období *menopauzy* a 2 (2 %) *před nástupem do školy*. Odpověď *jiné* ne zvolila žádná.

Graf 21



Nejvíce respondentek 62 (62 %) uvedlo *svého obvodního gynekologa*, jako místo kam by se obrátily v případě, že by chtěly podrobnější informace o očkování proti viru HPV, jako druhý byl označován *obvodní lékař* a to 12 (12 %) respondentkami. Celkem 5 (5 %) respondentek by požádalo *porodní asistentku u svého obvodního gynekologa* a 3 (3 %) respondentky by zašly do *pobočky své zdravotní pojišťovny*. Odpověď *jiné* ne zvolila žádná.

Graf 22



Tento graf znázorňuje četnost odpovědí. Celkem bylo získáno 137 odpovědí, z toho 84krát bylo označeno jako základ prevence proti viru HPV *používání kondomu*, 34krát byly zvoleny *pravidelné gynekologické prohlídky*, 15krát *dodržování sexuální abstinence*, 3krát *provádění správné hygieny* a 1krát *provádění pravidelných výplachů* pochvy. Možnost *jiné* nebyla volena ani jednou.

Graf 23



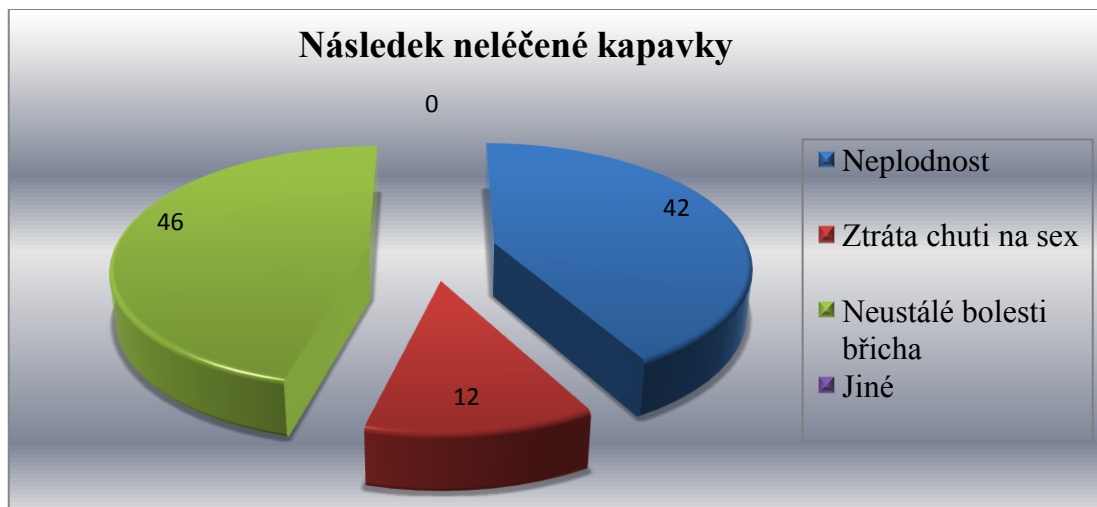
Z celkového počtu 100 (100 %) respondentek více jak polovina a to 55 (55 %) žen označila za hlavní příznak kapavky *výtok*, druhou nejvíce volenou odpovědí bylo *krvácení a špinění* a to 30 (30 %) respondentkami. *Svědění* označilo 10 (10 %) respondentek a 5 (5 %) respondentek uvedlo *nechuť k pohlavnímu styku*. *Jiný* příznak nenapsala žádná respondentka.

Graf 24



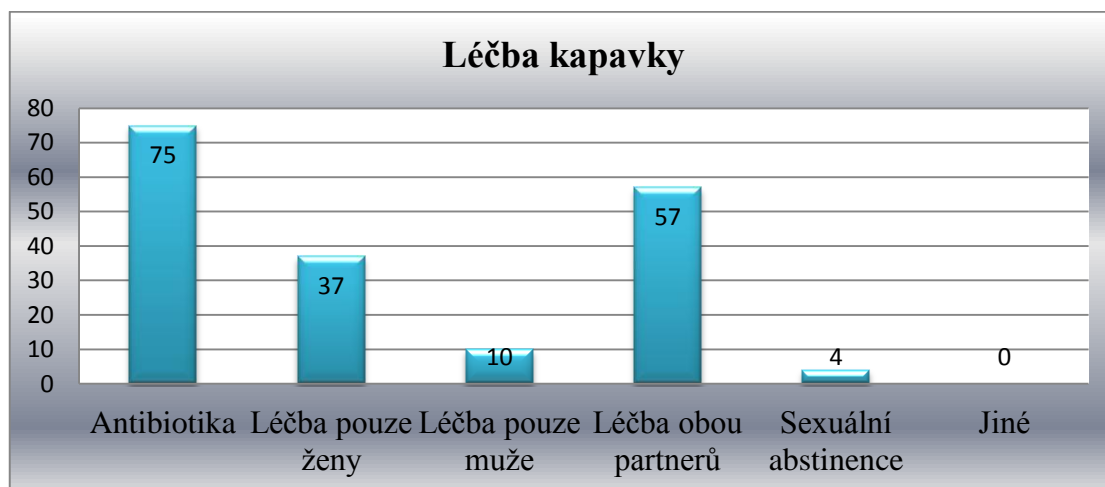
Tento graf opět znázorňuje četnost odpovědí. Celkem bylo získáno 151 odpovědí, z toho 70krát byl označen jako způsob přenosu kapavky *pohlavní styk*, *krevní cesta* byla volena 49krát, 29krát *orální sex* a *sliny* 3krát. Odpověď *jiné* nebyla označena ani jednou.

Graf 25



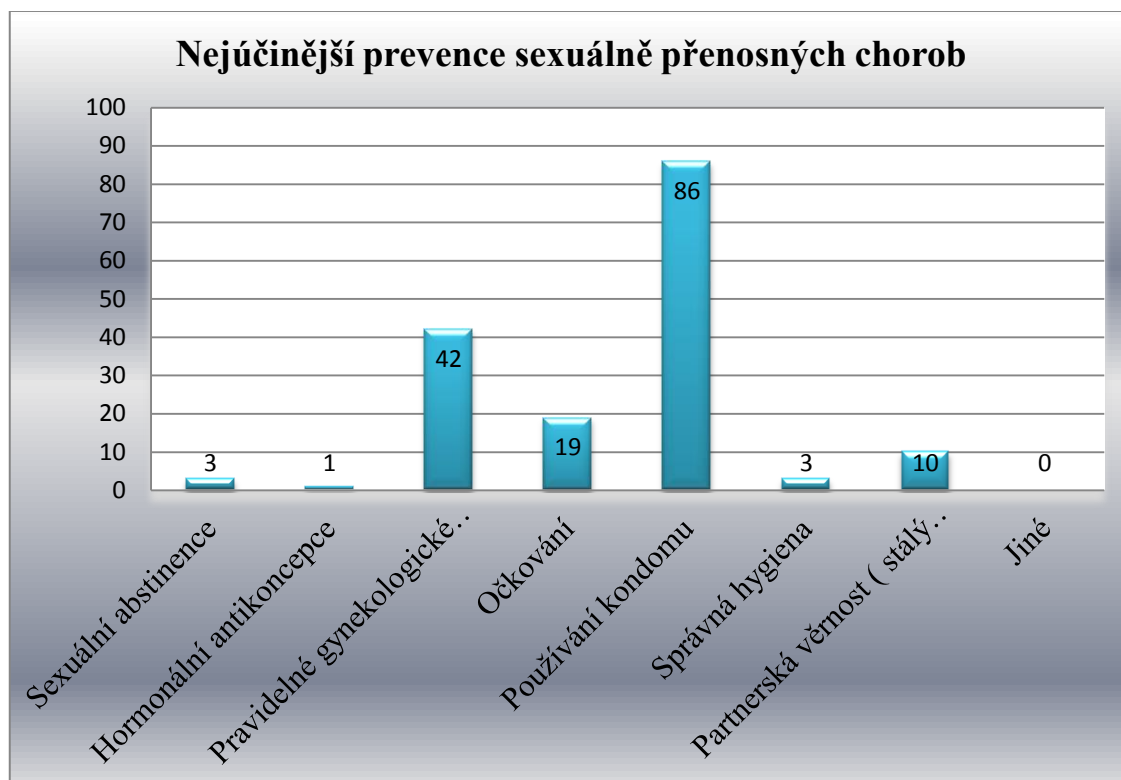
Celkem 46 (46 %) respondentek uvedlo *neustálé bolesti břicha* jako následek neléčené kapavky, 42 (42 %) *nepłodnost* a 12 (12 %) respondentek *ztrátu chuti na sex*. Možnost *jiné* neuvedla žádná respondentka.

Graf 26



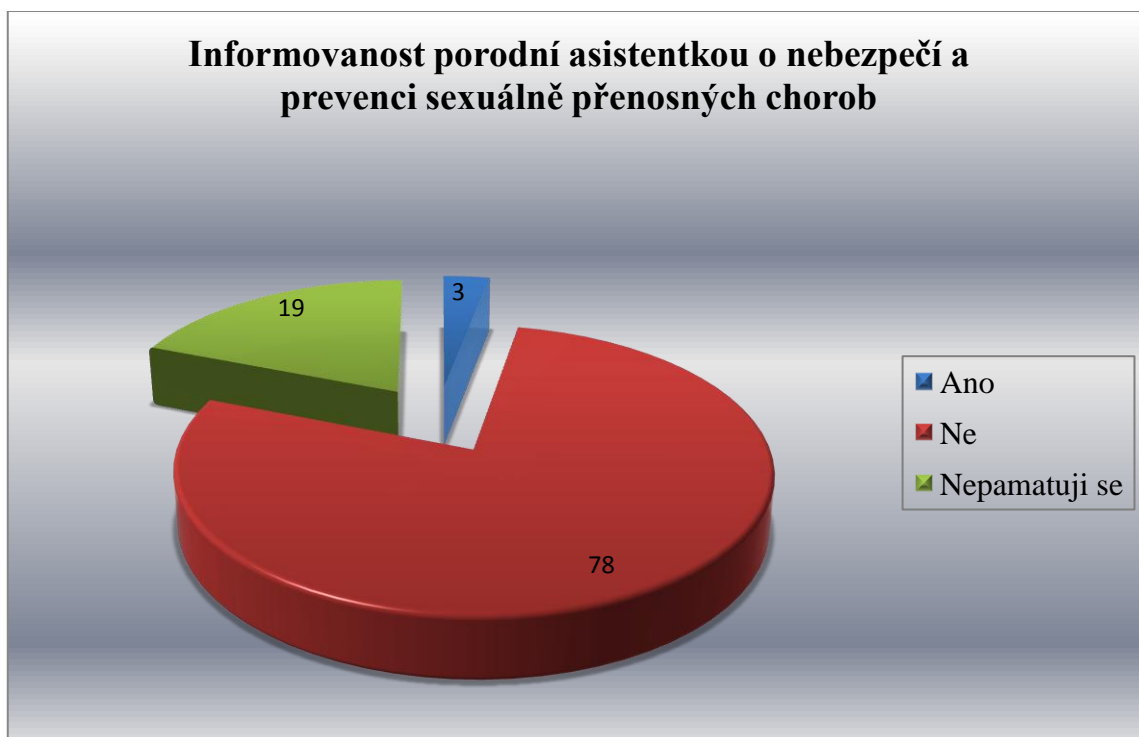
Tento graf znázorňuje četnost odpovědí. Celkem bylo získáno 183 odpovědí, z toho 75krát byla označena jako léčba kapavky *antibiotika*, 57krát *léčba obou partnerů*, 37krát *léčba pouze ženy*, 10krát *léčba pouze muže* a *sexuální abstinence* 4krát. Možnost *jiné* nebyla označena.

Graf 27



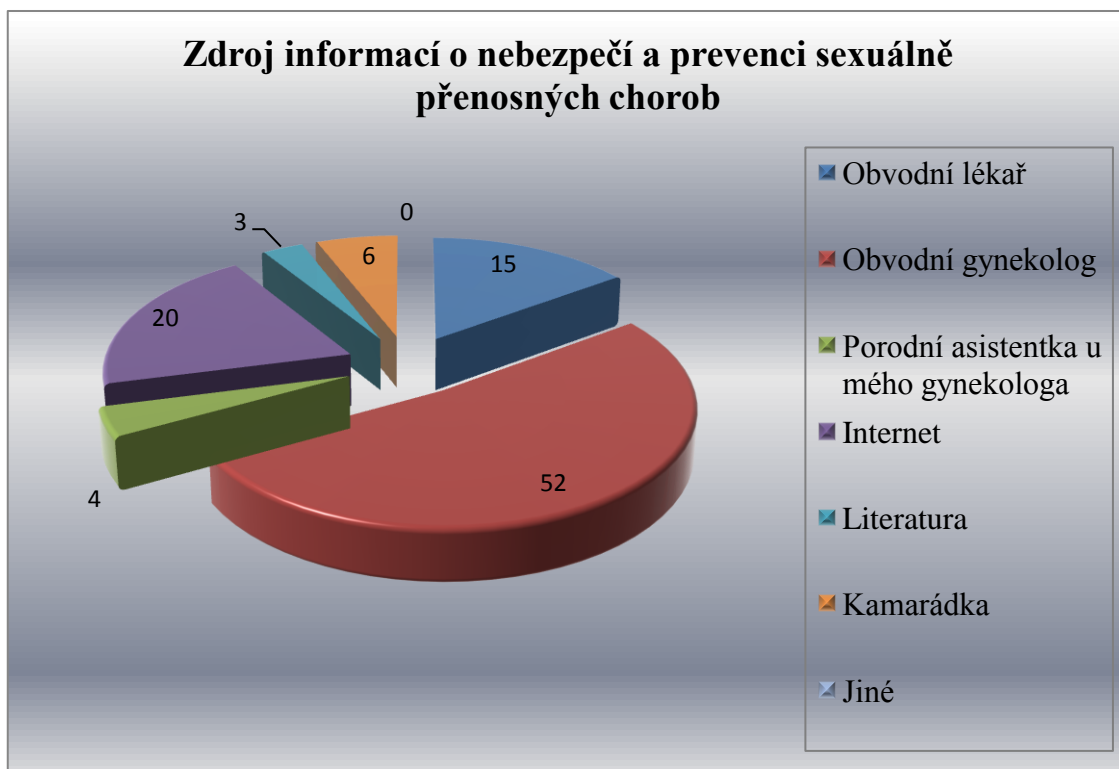
Tento graf znázorňuje četnost odpovědí. Celkem bylo získáno 164 odpovědí, z toho 86krát je považován za nejučinnější prevenci sexuálně přenosných chorob *kondom*, dále jsou to *pravidelné gynekologické prohlídky* 42 krát, *očkování* 19krát, *partnerská věrnost* 10krát, stejně volené odpovědi *sexuální abstinence* a *správná hygiena* 3krát, *hormonální abstinence* 1krát a 0krát možnost *jiné*.

Graf 28



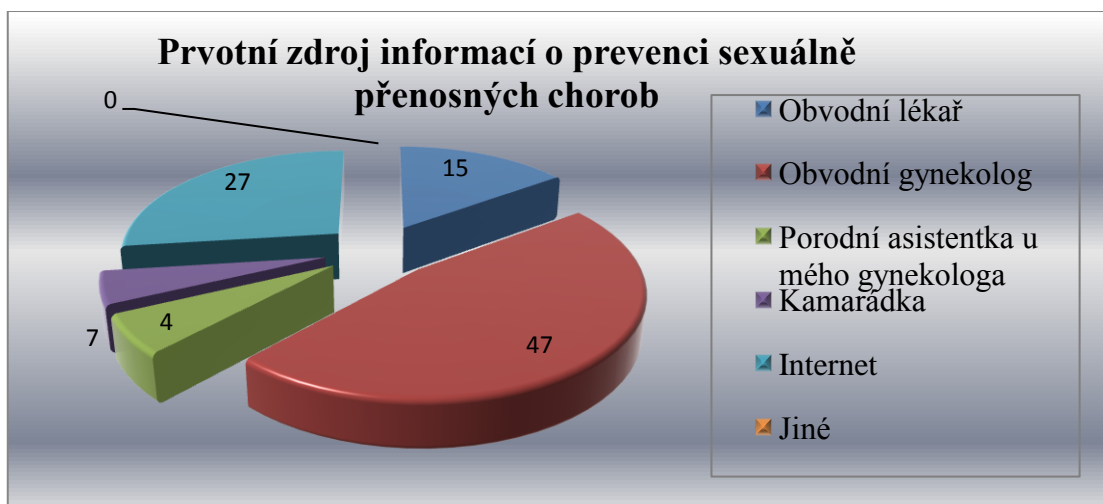
Celkem 78 (78 %) respondentek *nedostalo žádné informace* o nebezpečí a prevenci sexuálně přenosných chorob od porodní asistentky, 19 (19 %) *si to nepamatuje* a 3 (3 %) respondentky *byly ze strany porodní asistentky informovány*.

Graf 29



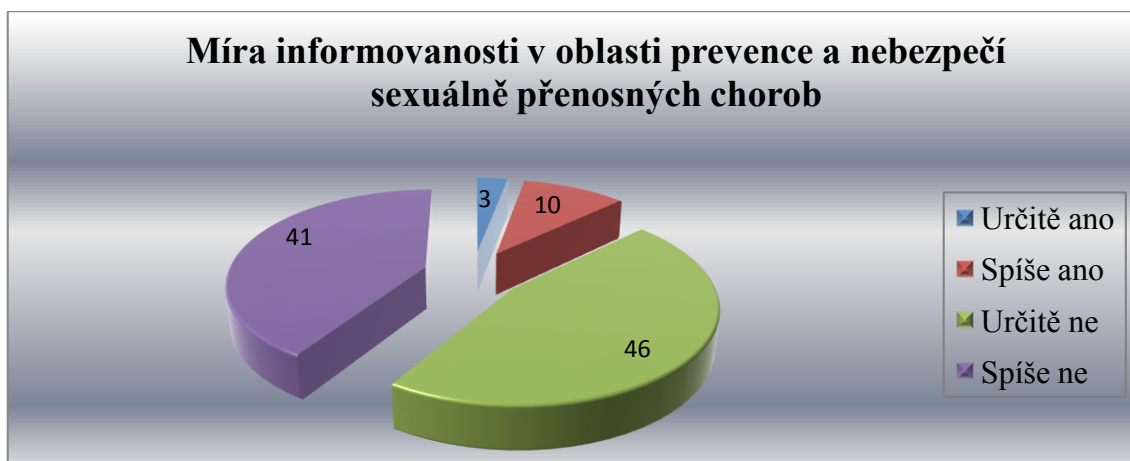
Z celkového počtu 100 (100 %) respondentek, 52 (52 %) dotazovaných žen dostalo nejvíce informací o nebezpečí a prevenci sexuálně přenosných chorob od svého *obvodního gynekologa*, 20 (20 %) respondentek si informace našlo na *internetu*, 15 (15 %) poučil *obvodní lékař*, 6 (6 %) respondentek *hovořilo s kamarádkou*, 4 (4 %) respondentkám poskytla informace *porodní asistentka u gynekologa* a 3 (3 %) respondentky hledaly informace *v literatuře*. *Jiný zdroj informací* neoznačila žádná.

Graf 30



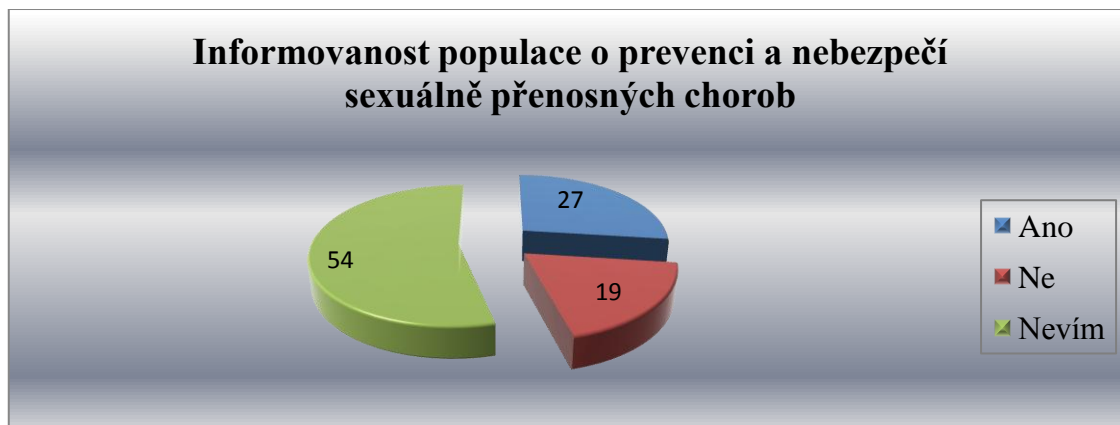
47 (47 %) respondentkám poskytl první informace o prevenci sexuálně přenosných chorob *obvodní gynekolog*, 27 (27 %) využilo *internet*, 15 (15 %) respondentek informoval *obvodní lékař*, *porodní asistentka* poučila 4 (4 %) z dotazovaných žen a 7 (7 %) respondentek uvedlo jako prvotní zdroj informací *kamarádku*. Možnost *jiná* zdroj neuvedla žádná respondentka.

Graf 31



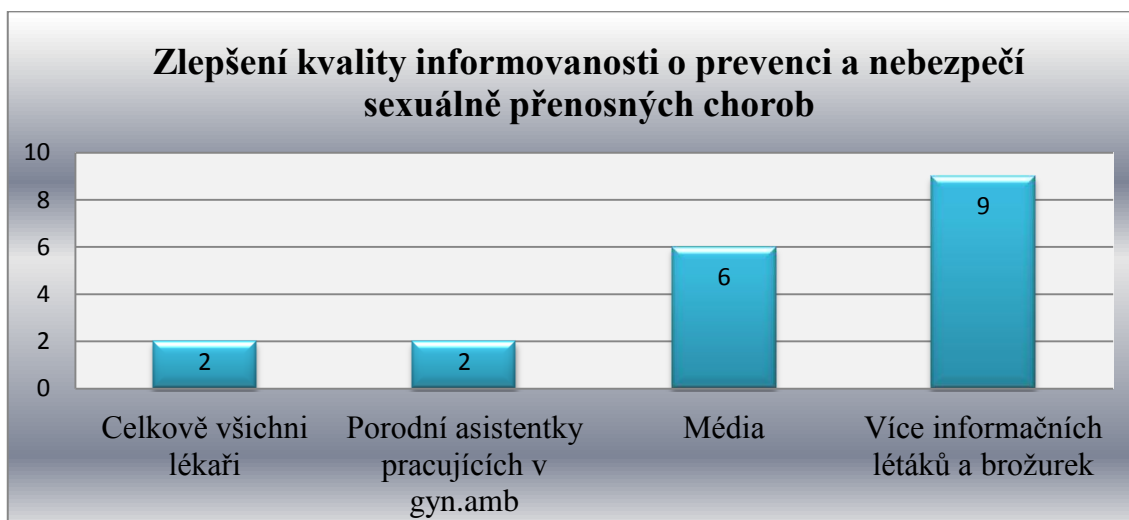
Celkem 46 (46 %) respondentek určitě nepovažuje svou informovanost v oblasti prevence a nebezpečí sexuálně přenosných chorob za *dostatečnou*, 41 (41 %) označilo možnost *spíše ne*, 10 (10 %) respondentek se domnívá, že je jejich informovanost *spíše dostatečná* a 3 (3 %) respondentek považuje své vědomosti za *dostačující*.

Graf 32



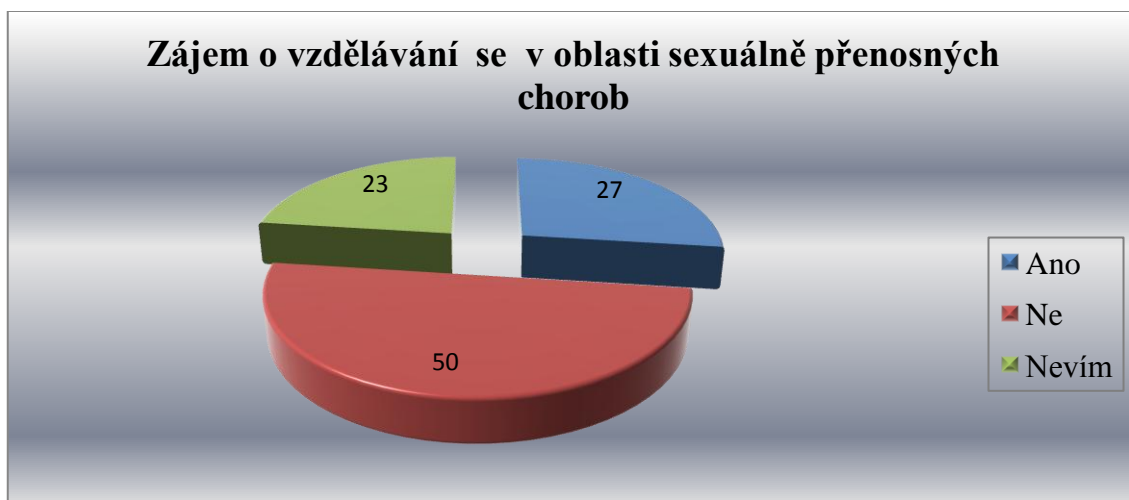
27 (27%) respondentek se domnívá, že informovanost populace o prevenci a nebezpečí sexuálně přenosných chorob je *dostatečná*, 19 (19 %) respondentek zvolilo odpověď *ne* a 54 (54 %) respondentek *neví*.

Graf 33



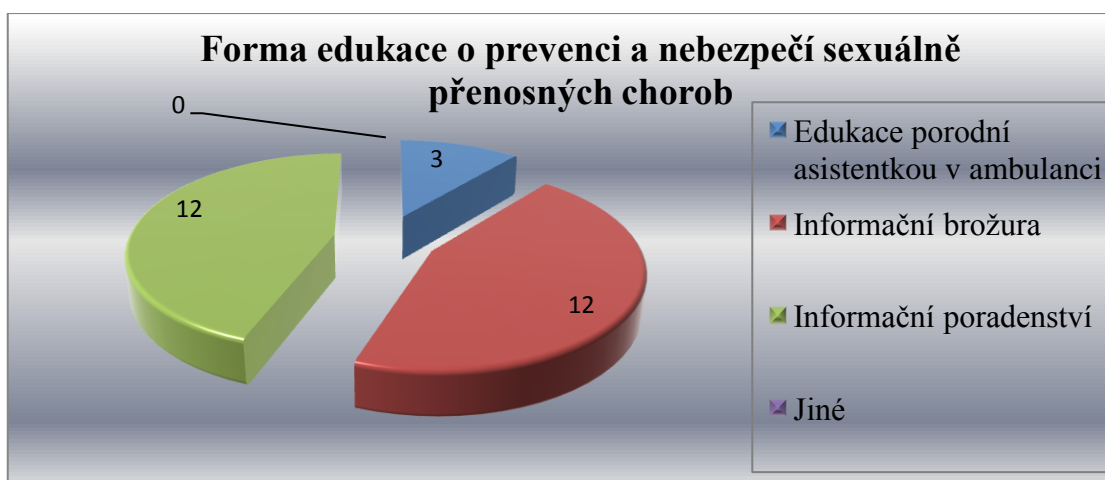
Z celkového počtu 19 (100 %) respondentek uvedlo, že ke zlepšení kvality informovanosti o prevenci a nebezpečí sexuálně přenosných chorob by přispělo vytvoření více *informačních létáků a brožurek*, tato možnost byla volena 9krát. Informovanost ze *strany médií* byla označena 6krát, *všichni lékaři* byly označeni 2krát a zlepšení ze strany *porodních asistentek* pracujících v gynekologické ambulanci 2krát.

Graf 34



50 (50 %) respondentek se *nechce* více vzdělávat v oblasti sexuálně přenosných chorob, 27 (27 %) respondentek *má zájem se více vzdělávat* a 23 (23 %) respondentek zvolilo odpověď *nevím*.

Graf 35



Z celkového počtu 27 (100 %) respondentek, které mají zájem se více vzdělávat v oblasti sexuálně přenosných chorob, by 12 (45 %) respondentek uvítalo jako formu edukace *informační brožury*, 12 (44 %) *informační poradenství*, 3 (11 %) respondentek *edukaci ze strany porodních asistentek v ambulancích*. *Jinou* formu neuvédla žádná z respondentek.

5 Diskuze

Bakalářská práce se zabývá zmapováním informovanosti žen v produktivním věku o možnosti nebezpečí a prevenci v oblasti sexuálně přenosných chorob. Jedná se o nemoci, které jsou přenášeny především sexuálním kontaktem, méně často pak krví, tělními tekutinami a v neposlední řadě také půjčováním injekčních jehel u narkomanů.

V úvodní části dotazníku jsme nejdříve sledovali věkovou kategorii respondentek. Ve sledovaném souboru, tvořeném 100 respondentkami, zaujímalo početnou skupinu, a to 61 respondentek, věkové rozmezí 31-45 let. 12 žen bylo ve věku 18-30 let a 27 žen ve věku 46-55 let. Respondentky projevily většinou pozitivní přístup k možnosti vyjádřit se jednotlivě k otázce dnes již netabuizovaných témat, k nimž zajisté STD (sexuálně přenosné nemoci) patří. Dle Kašánkové velký podíl na explozivním růstu sexuálně přenosných chorob má zcela jasně lehkomyšlnost s neznalostí, hlavně ve věkové kategorii adolescentů a produktivního věku lidí, jež však zaujímají podstatnou část populace (11). Z tohoto důvodu jsme se cíleně zaměřili na názory a vědomosti žen této kategorie.

Graf 2 znázorňuje různorodost vzdělání žen, které se účastnily výzkumného šetření. Základní vzdělání mělo 10 žen, vyučeno v oboru bylo 33, středoškolské vzdělání absolvovalo 32 respondentek, vyšší odborné vzdělání dokončilo 9 a vysokoškolské vzdělání získalo 16 z dotazovaných žen. Rizikovitost pohlavních chorob je úzce spojena s mnoha dalšími oblastmi společenské činnosti zasahující do hodnotového systému, etiky, oblasti morálky, sexuality a mezilidských vztahů, na což poukazuje ve své knize i Kuklová (17). Zastoupení žen všech úrovní vzdělání je nezbytné, neboť socioekonomický status respondentek může být do jisté míry ovlivněn právě vzděláním. Jelikož STD ovlivňují kriminalitu, diskriminují a mají taktéž sociální a ekonomický dopad, je nutné ovlivňovat přístup obyvatelstva pomocí náležité edukace s ohledem na různou úroveň vzdělání.

Celkový počet nemocí přenášejících se pohlavním stykem neustále vzrůstá. Klasické nákazy jako kapavka, syfilis a další přenechávají své vedení infekcím chlamydiovým a virovým. Zajímalo nás tedy, jaké druhy pohlavních nemocí

respondentky znají. Nejčastěji označovaný byl virus HIV a to 100krát, pravděpodobně díky masivní medializaci, dále 62krát kapavka, která v dnešní době patří k opomíjeným STD infekcím a 95krát byl uveden syfilis. Pouze 15krát byly označeny chlamydie, které jsou v posledních letech na obrovském vzestupu a představují významný medicínský problém. Dle Havlíka, který poukazuje na fakt neustálého podceňování chlamydiové infekce současnou společností, a vůbec neznalost této nebezpečné bakterie ze stran neodborné veřejnosti, spočívá zákeřnost této infekce v zaměnitelnosti příznaků s méně závažnými onemocněními, pramenící právě z nedostatečné informovanosti populace (6). Resl uvádí, že byť nákazy chlamydiovými infekcemi vykazují narůstající tendenci, z jejich skutečného výskytu jsou evidovány pouze zlomky (23). Podhlášenost STD je s největší pravděpodobností nejvyšší ze všech povinně hlášených onemocnění. Za zamyšlení stojí i fakt, že malé procento žen a to 43 uvedly HPV jako sexuálně přenosnou chorobu i přes velkou mediální propagaci.

Druhou nejrozšířenější sexuálně přenosnou nemocí je kapavka. Asi u 50 % žen s tímto onemocněním je průběh asymptomatický, případně jsou symptomy mírné či atypické. Některé ženy si mohou stěžovat na výtok, přičemž dominuje nejčastěji hnisavý výtok z děložního hrdla nebo uretry. Právě vaginální výtok představuje jeden z nejpodceňovanějších symptomů vůbec, jak uvedla Dvořáková (3). Je nutné připomenout, že v dnešní době trpí bakteriálními či kvasinkovými infekcemi spojenými s vaginálním výtokem poměrně velké procento žen a proto mu řada z nich nevěnuje patřičnou pozornost, necítí potřebu gynekologického vyšetření a ke stanovení diagnózy pak vůbec nedojde. Dotazovali jsme se proto respondentek na to, co považují za hlavní příznak kapavky. Jak je zřejmé z grafu 23, výtok jako hlavní symptom kapavky uvedlo 55 dotazovaných respondentek. Druhou nejvíce volenou odpovědí bylo krvácení a špinění a to v počtu 30 respondentek. Svědění označilo 10 žen z celkového počtu 100 a 5 respondentek uvedlo nechut' k pohlavnímu styku, což považují za výraz hluboké nevědomosti.

Jelikož znalost šíření infekčního agens patří k základům preventivního chování a kapavka se šíří prakticky pouze pohlavním stykem, zajímal nás v našem výzkumném šetření také názor žen na způsob přenosu této infekce. Valná většina, tedy 70

respondentek, považuje pohlavní styk za nejvíce rizikový v možnosti přenosu kapavky, 49 žen volilo možnost přenosu krevní cestou a 29 respondentek by se obávalo orálního sexu. Přenos infekce pomocí slin označily 3 respondentky. Odpověď „jiné“ nebyla uvedena ani jednou dotazovaných žen. K přenosu kapavky dochází i z matky na dítě při porodu. Infekce vyvolává hnisavý zánět spojivek, který dříve vedl k těžkému poškození zraku. Dnes se proto provádí tzv. kredeizace u každého novorozence pomocí antiseptického roztoku výplachem spojivkového vaku. Prevence kapavky tak představuje jeden z prvních kroků, s nimiž se v životě setkáme.

Výše popsané komplikace ve stanovení diagnózy kapavky, zanedbání potřeby důsledné terapie často vede k přechodu do chronického stadia. Žena je pak ohrožena rozvojem závažných gynekologických zánětů, často s následky projevujícími se poruchami plodnosti. V souvislosti s tímto faktem, jsme se dotazovali žen v produktivním věku, zda mají povědomí o následcích neléčené kapavky. Celkem 46 respondentek uvedlo neustálé bolesti břicha. 42 žen se domnívá, že pokud se nepodrobí léčbě kapavky, vyvine se u nich následná neplodnost a 12 respondentek označilo jako možnost ztrátu chuti na sex.

Další závažnou komplikací kapavky je její narůstající rezistence na běžně užívaná antibiotika. Stále narůstají obavy, že bychom se mohli dočkat okamžiku, kdy se objeví natolik odolný kmen, jenž nebude na žádná dostupná antibiotika citlivý. Tuto skutečnost navíc ztěžuje nezbytnost vyšetření všech sexuálních partnerů nakažené osoby dva měsíce zpětně pro určení cesty nákazy a následné přeléčení všech nakažených, což v praxi vyžaduje značnou spolupráci ze strany klientky. Zařadili jsme proto do výzkumného šetření otázku týkající se způsobu léčby kapavky. Nejvíce označovanou možností byla antibiotika, a to 75krát, dále 57 respondentek preferuje léčbu obou partnerů a 37 respondentek pouze léčbu ženy. 10krát byla ženami upřednostněna možnost léčby pouze muže a 4krát léčba sexuální abstinencí. V této otázce valná většina žen zjevně vykazuje přijatelnou informovanost. Přesto procento žen, jež označilo terapii cestou sexuální abstinence, není zanedbatelné a právě zde dle mého názoru je místo v prohloubení informovanosti běžné populace. Porodní asistentka může doporučit účinnou prevenci spočívající v používání bariérové antikoncepce,

poučít o příznacích pohlavních chorob a v neposlední řadě apelovat na spolupráci v důsledné léčbě již vzniklé infekce.

Pro prevenci je neméně důležité znát způsoby přenosu STD. Zákeřnost těchto infekcí spočívá zejména v jejich šíření nesuspektními a asymptomatickými jedinci. Taktéž možnost vertikálního přenosu z nemocné matky na dítě několikanásobně zvyšuje rizikovost a současně i epidemiologický význam STD infekcí, na což poukazuje ve své publikaci také Jirásková (9). Křemenová uvádí, že vertikální přenos infekce HIV z matky na plod může nastat v jakékoliv fázi gravidity, při porodu a šestinedělí, a proto je nutná a podstatná informovanost matky v prevenci vertikálního přenosu STD onemocnění. Zároveň uvádí, že i v dnešní době panuje nedostatečná informovanost populace v oblasti přenosu sexuálně přenosných infekcí (15). Toto tvrzení dokazuje i hodnocení další otázky na možnost přenosu STD z matky na dítě. Většina žen a to 46 označila možnost „nevím“, 29 respondentek odpovědělo „ano“ a 25 zvolilo odpověď „ne.“ Jak vidno, v této oblasti, kde bychom očekávali výraznější míru informovanosti v rámci všeobecných znalostí, představuje mezera ve vzdělání další bariéru boje s STD.

Jak bylo řečeno, STD choroby až v 50 % probíhají zcela asymptomaticky, což má vliv na jejich další lavinovité šíření. Například infekce *Trichomonas vaginalis*, která patří celosvětově k nejrozšířenějším STD nemocem, může mít až v 80 % případů bezpříznakový průběh. Na základě těchto skutečností jsme se v otázce č. 7 záměrně dotazovali na možnost bezpříznakového průběhu sexuálně přenosných chorob. Zde hodnocení odpovědí považuji opět za znepokojující. Nejčastěji označovanou odpovědí byla možnost nevím a to v 58 případech. Druhá nejčastější odpověď 26 respondentek zněla ne a 16 žen zvolilo ano. Z okruhů výsledků nám vychází zjištění, že důvod, proč dochází v poslední době k nárůstu počtu onemocnění STD, je neúplná znalost nebezpečí a průběhu těchto zákeřných infekcí.

Z vlastní zkušenosti mohu potvrdit, že ženy se často dotazují na možnost vyhledání pomoci při objevení příznaků STD onemocnění. Cítí se zcela zoufalé a ostýchají se o tomto často tabuizovaném tématu mluvit. Zajímalo nás tedy, na koho se při vyhledání pomoci se svým problémem obrátí. Pomoc ze strany obvodního gynekologa by uvítalo 49 žen, obvodního lékaře by požádalo o informace 38

respondentek. Dalších 32 dotazovaných by zvolily kamarádku, 10 respondentek by požádaly o pomoc porodní asistentku a 2 ženy by volaly o informace na linku důvěry. Možnost „jiné“ ne zvolila žádná z žen. Alarmující je odpověď“ neměla bych odvahu se zeptat“, kterou označilo 13 žen. Domnívám se, že porodní asistentka má možnost během svého profesního působení oslovit širokou laickou veřejnost a přispět tak nemalou měrou k primární prevenci STD infekcí. Spolu s ostatními zdravotníky by měla neustále vědomě přispívat k vytváření správných hygienických návyků a tím zároveň přispívat nemalou měrou k dodržování preventivních opatření a zároveň pomáhat klientkám v uvědomění si zodpovědnosti k vlastnímu zdraví.

Mezi jednu z nejčastějších a nejdiskutovanějších sexuálně přenosných nemocí patří virus HIV, který patří k celosvětově se vyskytující infekci. Zařadili jsme tedy do našeho výzkumu otázku týkající se doby zjištění protilátek proti viru HIV v krvi. Odpověď, že diagnózu lze stanovit nejdříve za 3 týdny zvolilo 55 respondentek, naopak 29 žen označilo možnost 3 měsíce po nákaze a zbylých 16 z oslovených si myslí, že 6 měsíců po nákaze. Z grafu 15 vyplývá, že jako spolehlivý způsob zjištění nákazy virem HIV je 78 respondentkami považován krevní test, 17 žen by upřednostnilo rozbor moči a zbylých 5 zúčastněných označilo rozbor slin. Zde je zřejmé, že povědomí společnosti, co se týče viru HIV, je uspokojivé, za což pravděpodobně vděčíme masivní medializaci tohoto onemocnění. Je důležité, aby porodní asistentka nenásilnou formou upozorňovala na fakt, že pokud existuje podezření z nákazy nebo dojde k objevení příznaků, které ukazují na možnost onemocnění sexuálně přenosnou nemocí, je třeba neprodleně a bez obav navštívit lékaře a podrobit se vyšetření (11).

V souvislosti s otázkou týkající se zjištění nákazy virem HIV nás také zajímalo, na koho by se v první řadě ženy obrátily o pomoc při podezření na nákazu virem HIV. Z celkového počtu 100 respondentek by se 71 žen obrátilo na svého obvodního gynekologa, 18 na obvodního lékaře, 6 respondentek by zašlo do speciálního centra pro lidi nakažené virem HIV a nejmenší počet 5 respondentek by kontaktovalo porodní asistentku u svého gynekologa. Na základě těchto výsledků se můžeme domnívat, že pravděpodobně porodní asistentky nezbuzují v ženách tolik důvěry, aby se jim svěřily do jejich odborné péče. Je velmi důležité a podstatné neustále upozorňovat ženy na

možnost přenosu STD a zajišťovat tak základní osvětu v prevenci sexuálně přenosných chorob a zároveň nenásilnou formou vzbuzovat důvěru klientek k porodním asistentkám.

O existenci kondomu, který představuje nejzákladnější ochranu před STD infekcí, by měly být poučeny již školní děti. Taktéž gynekologové a porodní asistentky by měli v praxi využívat každou příležitost k informacím o správném používání kondomu. V našem výzkumu jsme se více či méně opírali o fakt, že základní ochrana před přenosem STD infekcí je valné části populace známa. Nezbytnou součástí výzkumu proto bylo zjištění, jakým způsobem se lze před sexuálně přenosnými chorobami chránit. Nejčastěji označovaný byl kondom, a to 72krát, dále očkování 24krát, 5krát hormonální antikoncepce a 29 krát sexuální abstinence. Stálého partnera by jako způsob ochrany volilo 27 respondentek, správnou hygienu 3 a provádění pravidelných výplachů pochvy označila 1 žena. Dle mého názoru je rovněž důležité využívat v naší praxi každou příležitost k předávání informací o správném způsobu ochrany před STD chorobami a systematické vzdělávání žen v této problematice. Záměrně jsme tedy položili otázku, kterou jsme se dotazovali na možnost ochrany před sexuálně přenosnými chorobami pomocí hormonální antikoncepce. 65 respondentek se domnívaly, že hormonální antikoncepce nepůsobí v žádném případě jako ochrana před STD, 28 žen neznalo odpověď a 7 respondentek bohužel hormonální antikoncepci za vhodnou ochranu považovaly. Tuto otázku považuji v našem výzkumu za velmi podstatnou, jelikož poukazuje na nízkou míru informovanosti žen v preventivních opatřeních proti STD infekcím. Fakt, že některé respondentky považují hormonální antikoncepci za prostředek ochrany proti sexuálně přenosným chorobám je opět velmi znepokojující, i když se jedná jen o relativně malé procento dotázaných respondentek

Dalším virem, který patří také mezi sexuálně přenosné choroby, je HPV (human papilloma virus). Existuje více než 100 různých typů, z nichž přibližně 30-40 postihuje oblast genitálií. U většiny žen a dívek virus spontánně vymizí. Pokud ne, může vést infekce virem až ke vzniku rakoviny děložního čípku. V další otázce jsme se proto dotazovali na následky působení HPV viru. Nejvíce respondentek, a to 48 zvolilo právě rakovinu děložního čípku, 22 ženy označily možnost rakovinu dělohy, 17 neznalo

odpověď. Dalších 8 respondentek neváhalo označit kapavku jako následek nákazy virem HPV, 4 označily HIV virus. Jediná respondentka zvolila v nabídce možností angínu, přičemž možnost nic a jiné STD neoznačila žádná. Největší zásluhu na velké informovanosti žen v této problematice bych opět přisoudila mediím, v současné době probíhající kampaň pronikla do podvědomí mladých žen a žen s dcerami zejména v adolescentním věku.

Ani ideálně provedené očkování před začátkem sexuálního života neochrání ženu před vznikem přednádorových změn na čípku na 100%. U žen očkovaných teprve po zahájení pohlavní aktivity navíc existuje riziko, že kritická infekce proběhla již před očkováním (10). Proto se neustále zdůrazňuje, že i očkovaná žena by ve vlastním zájmu měla docházet na pravidelné preventivní roční gynekologické prohlídky, které se zaměřují na zachycení časných fází případných přednádorových změn ještě zcela vyléčitelných. Nejlepší ochranou před infekcí HPV virem je bariérová antikoncepce, a to kondom, nicméně ani ten neochrání na 100%. Alespoň jednou za život se s infekcí setká až 80% populace. Jako jediná možnost primární prevence existuje očkování proti HPV viru. Graf 19 ukazuje informovanost žen o možnosti cíleného očkování, kdy 82 respondentek je seznámeno s touto možností primární prevence proti HPV viru, 12 žen neví a současně 6 respondentek se domnívá, že neexistuje očkovací látka proti HPV viru. Čistě teoreticky lze očkovat každou ženu, účinnost vakcinace ale s věkem klesá. Dle Jiráskové se zvyšuje pravděpodobnost, že žena, která je již sexuálně aktivní, už se některým z rizikových HPV nakazila a tím očkování ztrácí na účinnosti. Zároveň je u starších žen nižší imunitní odpověď na očkování (10). Z vlastního okolí však vím, že zájem o očkování u žen po 25 roku se zvyšuje.

Jednoznačně největší užitek z očkování mají ženy, u kterých ještě k žádným sexuálními kontaktům nedošlo. Stejného názoru je i 66 respondentek, které upřednostňují očkovat dívky před zahájením sexuálního života. Dalších 10 žen by nechaly očkovat děti již v novorozeneckém věku, 2 respondentky by doporučovaly předškolní věk, zbylé 2 respondentky se domnívají, že nejvhodnější je období menopauzy. Jiné vyjádření svého názoru ne zvolila žádná.

Jestliže nás zajímala informovanost žen o možnosti očkování proti HPV viru a nejvhodnější věk k učinění tohoto preventivního kroku, bylo zároveň podstatné zjistit, jestli ženy znají zdroj, kde mohou získat podrobné informace. Nejvíce respondentek 62 uvedlo jako místo kam by se obrátily o informace svého obvodního gynekologa, jako druhý byl označován praktický lékař, a to 12 respondentkami. Dalších 5 žen by žádalo o informace porodní asistentku u svého obvodního gynekologa a 3 respondentky by překvapivě považovaly za zdroj pobočku své zdravotní pojišťovny. Pokud se pozastavíme nad výsledným zjištěním, že tak nízký počet respondentek považuje porodní asistentku za způsobilou poskytovat informace, je důležité následné odstranění bariér, které pravděpodobně tento stav způsobují. Může mezi ně samozřejmě patřit i nedostatečná aktivita samotných porodních asistentek v předávání informací a jejich následná vstřícnost přijímat zpětnou vazbu od žen. Existuje i možnost, že v běžné populaci je práce porodní asistentky stále vnímána pouze v souvislosti s porodem, jako odbornici v oboru gynekologie, je považována malým procentem žen.

Podstatnou součástí prevence STD infekcí je jednak úroveň informovanosti populace o cestách šíření infekce a jednak změna stereotypů v oblasti sexuálního chování. V této souvislosti respondentky odpovídaly na otázku nejúčinnější prevence sexuálně přenosných chorob. Jednoznačně za nejúčinnější preventivní krok je respondentkami považováno používání kondomu. Kuklová shodně uvádí, že nejspolehlivějším způsobem prevence je dlouhodobý vztah s jedním neinfikovaným partnerem a především použití kondomů (17). Problém může znamenat ostych žen při nakupování kondomů a špatná manipulace s nimi, která bývá ve většině případů příčinou selhání této bariérové ochrany. Považuji za více než nutné, aby porodní asistentka nabádala ženy k jejich používání a poskytovala informace o bezpečném sexu.

V našem výzkumu nás zajímala informovanost žen o nebezpečí a prevenci sexuálně přenosných chorob, proto bylo na místě položit respondentkám současně otázku, zda je porodní asistentka při pravidelné prohlídce informovala o reálné možnosti tohoto nebezpečí. Zjištění, že 78 žen ze 100 nikdy žádné informace týkající se prevence STD od porodních asistentek neobdržely, není vůbec uspokojivé. 19 respondentek uvedlo, že si nevzpomíná a zbylé 3 ženy odpověděly kladně. Porodní

asistentka by měla velkou měrou aktivně přispívat k upevňování sexuálního a reprodukčního zdraví.

Kontroverzní je otázka, pomocí které jsme chtěli cíleně dále rozvíjet debatu na téma „co nebo kdo tedy tvoří zdroj informací o nebezpečí a prevenci sexuálně přenosných chorob“. Ve výsledcích odpovědí jsme zaznamenali, že největší tok informací se dostává k respondentkám od obvodních gynekologů a to v počtu 52 dotazovaných žen. Dalších 20 respondentek si informace našlo na internetu, 15 žen překvapivě poučil obvodní lékař. Rozhovor s kamarádkou označilo 6 respondentek a pouze 4 ženám poskytly informace porodní asistentky u obvodního gynekologa. Zbýlé 3 ženy hledaly informace prostřednictvím literatury. Vliv internetu na informovanost dnešní populace je nepopíratelný. Tvoří nejdostupnější prostředek nepřeborného množství informací různé kvality, které lze získat ihned v době prvních pochyb. Jak již bylo uvedeno, kvalita informací je různá- od rad odborníků, přes vlastní zkušenosti, více či méně podbarvené subjektivním vnímáním věci, až po řadu spekulací a mýtů. Zde by porodní asistentka měla působit na usměrňování chápání informací správným způsobem a na boření předsudků.

Další oblastí výzkumu byla informovanost žen v oblasti prevence a nebezpečí sexuálně přenosných chorob. Požádali jsme respondentky, aby se v této otázce samy vyjádřily k tomu, zdali si připadají dostatečně informované a orientované v této nebezpečné oblasti. Celkem 46 respondentek určitě nepovažuje svou informovanost v oblasti prevence a nebezpečí sexuálně přenosných chorob za dostatečnou, 41 žen označilo možnost „spíše ne“. 10 respondentek se domnívá, že je jejich informovanost spíše dostatečná a 3 ženy považují své vědomosti za plně dostačující. Na základě získaných výsledků je zřejmé, že je podstatné a důležité vytvořit jednotnou koncepci vzdělávání populace v prevenci rizikového sexuálního chování z hlediska zdravotních rizik a dopadů, mající jednotnou oporu v kvalitním výzkumu. Měly by být vytvořeny preventivní informační programy s ohledem na věk a vzdělání cílové skupiny a prostřednictvím porodních asistentek dále šířeny mezi populací.

V návaznosti na otázku týkající se míry informovanosti, jsme se dále zaměřili na informovanost populace o prevenci a nebezpečí sexuálně přenosných chorob. 27

respondentek uvedlo, že dle jejich názoru je informovanost populace dostatečná, 19 zvolilo odpověď „ne“ a 54 žen nevědělo. Získané odpovědi korespondují s výsledky předešlé otázky a opět potvrzují fakt, kterým je nutnost vzdělávání populace v oblasti nebezpečí a prevence sexuálně přenosných nemocí.

Zlepšení kvality informovanosti o prevenci a nebezpečí sexuálně přenosných chorob je neustále podceňované téma. Hlavním nedostatkem je dle mého názoru neexistující jednotná představa o způsobu realizace preventivních programů a opatření. Proto nás dále v našem výzkumném šetření zajímalo, kde by se oblast kvality informací měla zlepšit. Dotazovali jsme se pouze respondentek, které si uvědomují nedostatečnost systému vzdělávání v této oblasti. Z celkového počtu 19 respondentek 9 žen uvedlo, že ke zlepšení kvality informovanosti o prevenci a nebezpečí sexuálně přenosných chorob by přispělo vytvoření více informačních letáků a brožurek. Informovanost ze strany médií byla označena 6 respondentkami, možnost zlepšení kvality informací u lékařů byla zvolena 2krát a zlepšení ze strany porodních asistentek pracujících v gynekologické ambulanci pokládají za důležité 2 respondentky. Z výsledků našeho výzkumu, které jsme zpracovali, je patrné, že respondentky upřednostňují formu edukace v této oblasti pomocí tištěných brožurek a letáků před edukací porodní asistentkou. Důležitou roli ve zvyšování celkové informovanosti samozřejmě hraje rodina a škola v součinnosti s médii, která také mohou pozitivně působit na sexuální výchovu a významnou měrou ji ovlivňovat. Je nespornou skutečností, že lidé, kteří jsou o sexu včas a otevřeně poučeni, se ve své sexuální praxi začínají chovat zodpovědněji a racionálněji než ti, kteří nebyli dostatečně poučeni. Přesto sexuální výchova ve škole představuje ožehavé téma, názory jsou prozatím stále kontroverzní. Vliv médií se osvědčil markantně, jak bylo patrné již v dotazech ohledně HIV a HPV infekcí.

Zajímalo nás i to, zda by ženy měly zájem se v oblasti nebezpečí a prevence sexuálně přenosných chorob dále vzdělávat. Dostalo se nám zajímavých odpovědí a to, že 50 respondentek vůbec neprojevovalo zájem se dále vzdělávat, přestože podstatnou část dotazovaných žen po zpětném dohledání tvořily ženy se základním vzděláním a vyučením v oboru. Předpokládali bychom, že právě ženy s nižším socioekonomickým statusem problematiku STD infekcí příliš neznají, a tudíž je velmi podstatné, aby

porodní asistentka řádně a důsledně tyto ženy edukovala. 27 žen nás naopak příjemně potěšilo kladným přístupem ke zvyšování své informovanosti. Zbylých 23 respondentek zvolilo odpověď „nevím“. Můžeme pouze spekulovat nad důvodem nezájmu se vzdělávat v této nebezpečné oblasti.

Abychom tedy mohli účinně podpořit vzdělávání populace, položili jsme otázku, jakou formu edukace by uvítalo 27 respondentek, které projevíly zájem o možnost zvýšení informovanosti. Edukaci pomocí informačních brožurek upřednostňuje 12 žen, stejný počet považuje za přijatelnou formu edukace informační poradenství. Zároveň je potěšujícím faktem zájem respondentek o edukaci z řad porodních asistentek, i když v menší míře a to 3 dotázaných. Jinou formu edukace neuvedla žádná z žen. Můžeme se tedy domnívat, že klíčovým momentem k odstranění komunikačních nedostatků, které pravděpodobně brání v navázání kontaktu a spolupráce mezi ženami a porodními asistentkami je systematické vzdělávání výše zmíněných subjektů. Vždyť výskyt pohlavních chorob je do značné míry indikátorem výchovných a společenských jevů.

6 Závěr

Pohlavně přenosná onemocnění šířící se téměř výhradně pohlavním stykem patří k chorobám vykazující v poslední době nárůst počtu onemocnění. Představují značný zdravotní problém postihující veškeré obyvatelstvo bez ohledu na věk, náboženství či rasu. Proto jsou právem označovány za choroby sociální.

Bakalářská práce je zaměřena na vyhodnocení míry informovanosti a přístupu k prevenci sexuálně přenosných chorob u žen v produktivním věku v okrese Jindřichův Hradec. Prvním cílem bylo zjistit znalosti a názory žen o nebezpečí sexuálně přenosných chorob a možnosti prevence. Druhým cílem bylo zjistit, jak porodní asistentky přispívají k vyšší informovanosti o nebezpečí a prevenci sexuálně přenosných chorob. Cíle práce byly splněny.

Na základě cílů byly stanoveny tři hypotézy. Hypotéza 1: Ženy v produktivním věku mají znalosti o nebezpečí sexuálně přenosných onemocnění byla potvrzena. Hypotéza 2: Ženy v produktivním věku mají znalosti o způsobech přenosu sexuálně přenosných chorob byla potvrzena pomocí výzkumného šetření provedeného v gynekologických ambulancích okresu Jindřichův Hradec. Hypotéza 3: Ženy v produktivním věku získávají dostatečné informace o nebezpečí a prevenci sexuálně přenosných chorob od porodních asistentek nebyla potvrzena. Na základě tohoto zjištění bylo navrženo vytvořit jednoduchou ucelenou formu informací ke zkvalitnění péče o ženy v produktivním věku, které jsou reálně ohroženy nakažením se a dalším šířením sexuálně přenosných onemocnění. Výsledky výzkumného šetření byly použity jako prvotní impuls k založení poradenství v nemocnici Jindřichův Hradec formou informační brožury (Příloha 4), která poskytuje ženám základní informace o sexuálně přenosných onemocnění. Důležitou součástí je jmenný seznam odborných pracovišť, na která se mohou ženy v případě žádosti o pomoc obrátit.

Zdraví každého z nás, i našich nejbližších představuje obrovskou životní devizu a záleží především na nás všech, pro jakou kvalitu života se rozhodneme. Proto je velmi důležité podpořit cílenou osvětou změnu v rizikovém chování jedinců, kteří si ještě plně neuvědomují zákeřnost a nebezpečnost sexuálně přenosných onemocnění a

jsou tudíž velmi reálně ohroženi nakažením se. V poslání porodních asistentek může tvořit klíčový moment bránící šíření sexuálně přenosných chorob jejich snaha zapojit se do aktivního poradenství a to pomocí systematického a aktivního vzdělávání ohrožených skupin, mezi které ženy v produktivním věku samozřejmě patří.

7 Seznam použitých zdrojů

1. DROZENOVÁ, H. *Syfilis stále aktuální*. Dermatovenerologická klinika, 3. LF UK a FNKU, Praha, Lékařské listy, roč. 59, č. 19, 2010, s. 33-34, [online].[citace 2010-06-25]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/archiv/priloha-lekarskelisty/>
2. DVOŘÁKOVÁ, K. *Diferenciální diagnostika a léčba nejčastějších virových sexuálně přenosných infekcí genitálu*. [online]. [cit. 2009-10-10]. Dostupné z: <http://www.solen.cz/cs>.
3. DVOŘÁKOVÁ, K. *Nejčastější sexuálně přenosné infekce a možnosti jejich léčby*. Klinická farmakologie a farmacie, 2009, roč. 23, č. 1, s. 24-29. ISSN 1212 – 7973
4. GOPFERTO VÁ, D. et al. *Epidemiologie infekčních nemocí: Učebnice pro lékařské fakulty (bakalářské a magisterské studium)*. Dotisk 1. vydání Praha: Karolinum, 2003, 230s. ISBN 80-246-0452-3
5. GOPFERTO VÁ, D. PAZDIORA, P., DÁŇOVÁ, J., *Epidemiologie (obecná a speciální epidemiologie infekčních nemocí)*. 1. vydání Praha: Karolinum, 2006, 299 s. ISBN 80-1232-1
6. HAVLÍK, J. *Chlamydie patogenní pro člověka – klinika a terapie*. Interní medicína pro praxi, 2007, roč. 9, s. 429-432. ISSN 1212-7299
7. HAVLÍK, J. *Chlamydie patogenní pro člověka-význam pro gynekologickou a porodnickou praxi*. 1. Infekční klinika 2. LF UK, FN Bulovka, Praha, Praktická gynekologie, roč. 12, č. 4, 2008, s. 212-215. ISSN 1801-8750
8. HORAŽDOVSKÝ, J. et al. *Přenosné choroby*. 1 vydání České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2001, 82s, ISBN 80-7040-496-5
9. JIRÁSKOVÁ, M. *Dermatovenerologie: Učební texty pro bakaláře*. 1. vydání Praha: Karolinum, 2003, 223s. ISBN 80-246-0636-4

10. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání Praha: Grada, 2010, 77s. ISBN 978-80-247-2171-1
11. KAŠTÁNKOVÁ, V. *Pohlavní nemoci v ČR-zdravotní a sociální problém*. Referátový výběr z dermatovenerologie: odborný čtvrtletník, 2009, roč. 51, speciál I, s. 21-24. ISSN 1213-9106
12. KOJANOVÁ, M. VELEVSKÝ, P., KUKLOVÁ, I., *Současný stav problematiky sexuálně přenosných onemocnění*. Dermatovenerologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha, roč. 83, č. 3, 2008, s. 115-122. ISSN 0009- 0514
13. KŘEMENOVÁ, S. *Aktuální problematika sexuálně přenosných infekcí*. Lékařské listy: příloha zdravotnických novin, 2003, č. 15, s. 16-17
14. KŘEMENOVÁ, S., KŘEMEN, J. *STD v éře AIDS. Přehled původců STD*. 1. vydání Praha: Karolinum, 2003, 161s. ISBN 80 – 7046 – 1321 – 5
15. KŘEMENOVÁ, S. *Sexuálně přenosné infekce jako problém veřejného zdraví*. Dermatovenerologická klinika 3 LF UK a FNUK, Praha, Lékařské listy, č. 4, 2009, s. 20-22. ISSN 1410- 0507
16. KUKLOVÁ, I. *Prevence sexuálně přenosných nemocí*. Moderní gynekologie a porodnictví, 2006, roč. 15, č. 3, str. 429-433. ISSN 1211-1058
17. MAŠATA, J., JEDLIČKOVÁ, A. *Infekce v gynekologii a porodnictví a základy jejich antiinfekční léčby*, Maxdorf 2004, 371s. ISBN 80-7345-038-0
18. PÁRALOVÁ, L. *Pohlavní choroby-II díl*. Dermatovenerologie pro praxi, 2008, roč. 2, č. 3, s. 140-143. ISSN 1820-2960
19. PETRÁŠOVÁ, L. *Hygienik varuje před syfilitidou* [online].[cit. 2007-08-30]. Dostupné z: <http://www.idnes.cz>
20. PODSTATOVÁ, H. *Základy epidemiologie a hygieny*. 1. vydání Praha: Galén, 2009, 158s. ISBN 978-80-7262-597-0

21. RESL, V. et al. *Dermatovenerologi* : Učební texty pro bakalářské studium. 1. vydání Praha: Karolinum, 2001, 138s. ISBN 80-7184-395-4
22. SLEZÁKOVÁ, L. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. vydání Praha: Grada, 2011, 269s. ISBN 978-80-247-3373-9
23. STRNADEL, R. *Kapavka*. Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry, 2004, roč. 14, č. 3, s. 26. ISSN 1210-0404
24. ŠPATENKOVÁ, N. KRÁLOVÁ, J., *Základní otázky komunikace*. 1. vydání Praha: Galén, 2009, 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4
25. ŠTORK, J. et.al. *Dermatovenerologie*. 1. vydání Praha: Galén, 2008, 502 s. ISBN 978-80-7262-371-6
26. UZEL, R. *Sexuálně přenosné choroby*. Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu. [online]. [cit. 2009-9-10]. Dostupné z: <http://www.planovanirodiny.cz>.
27. UZEL, R. *STD dříve a dnes*. Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu. [online].[cit. 2008-01-02]. Dostupné z: <http://www.planovanirodiny.cz>.
28. VELEMÍNSKÝ, M. *Pohlavní choroby*. Kontakt, 2001, roč. 2, č. 4, 222s.
29. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vydání Praha: Grada, 2006, 144s. ISBN 80-247-1262-8
30. VIGUÉ, J. *Zdravý sexuální život*. Přeložila Jurkemíková R., 1 vydání Praha: REBO produktions CZ, 2006, 292s. ISBN 80-7234-537-0
31. WILDOVÁ, O. *Novinka v léčbě condyloma accuminatum* [online].[cit. 2010-01-15]. Dostupné z: <http://www.medicina.cz/verejne/clanek>.
32. ZÁHEJSKÝ, J. *Infekce přenosné pohlavním stykem*. Klinická farmakologie a farmacie, 2009, roč. 23, č. 1, s. 24-29. ISSN 1212-797

33. ZÁRUBA, F. et al. *Dermatovenerologie*. 2. přepracované vydání Praha: Karolinum, 2002, 269s. ISBN 80-7066-693-7

8 Klíčová slova

Edukace

Komunikace

Porodní asistentka

Prevence

Sexuálně přenosné choroby

Ženy v produktivním věku

9 Přílohy

Příloha 1 Hlášení pohlavní nemoci

Příloha 2 Dotazník

Příloha 3 Vybrané ošetrovatelské diagnózy

Příloha 4 Informační brožura

Příloha 1 Hlášení pohlavní nemoci

HLÁŠENÍ POHLAVNÍ NEMOCI DŮVĚRNĚ

A

IČO/PČZ odd. rodné číslo č. obce byd.

Zdravotnické zařízení
 Adresa bydliště Okres

(Pozn.: V následující části dotazníku vždy zakroužkujte odpovídající možnost)

Ekonomická aktivita 01. dítě 02. žák, student 03. v domácnosti 04. voják základní služby 05. voják profesionál 06. zaměstnanec MV 07. ostatní zaměstnanec 08. důchodce invalidní 09. důchodce starobní 10. nezaměstnaný 11. jiná 12. neudána	Vzdělání 1. základní neukončené 2. základní ukončené 3. střední odborné 4. úplné střední odborné 5. úplné střední všeobecné 6. bakalářské 7. vysokoškolské 8. dítě předškolního věku 9. nejištěno Stav 1. nejištěn 2. svobodný(á) 3. ženatý(á) 4. rozvedený(á) 5. ovdovělý(á) 6. druh / družka	Sexuální zaměření 1. heterosexuál 2. homosexuál 3. bisexuál 4. jiné 5. nejištěno Sexuální chování <i>(zakroužkujte i kombinaci uvedených možností)</i> 1. prostituce 2. promiskuita 3. náhodný styk 4. jiné 5. nejištěno	Sexuální a ostatní rizika <i>(zakroužkujte i kombinaci uvedených možností)</i> 1. styk s cizincem 2. nechráněný styk 3. alkoholik 4. i.v. uživatel drog 5. vazba 6. vězeň 7. bezdomovec 8. jiná 9. nejištěna Vyšetření HIV 1. pozitivní 2. negativní 3. nejištěno	Výskyt onemocnění 1. poprvé v životě 2. poprvé ve sled. roce 3. reinfekce Onemocnění zjištěno 1. náhodně 2. pro typické potíže 3. pro atypické potíže 4. depistáž 5. při porodu 6. při úmrtí Gravidita / týden 1. ano 2. ne <input type="checkbox"/>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Etnikum
 1. Čech
 2. Rom
 3. cizinec

Datum 1. návštěvy: den měsíc rok
Datum vyšetření: den měsíc rok
Datum zahájení léčby: den měsíc rok
Datum vyšetření HIV: den měsíc rok

Diagnóza potvrzena
(zakroužkujte i kombinaci uvedených možností)
 01. kultivačně
 02. serologicky
 03. mikroskopicky
 04. LCR, GEN-PROBE
 05. v zástínu
 06. netreponem. testy (RRR, VDRL)
 07. anti syfilis EIA
 08. anti syfilis IgM EIA
 09. TPI test
 10. TPHA
 11. 19 S IgM SPHA
 12. FTA-ABS
 13. pitva
 14. jinak

Léčen
 1. ambulantně
 2. při hospitalizaci
 3. neléčen

ATB/druh
 01. Amoxicilin
 02. Azithromycin
 03. Benzathin-Penicilin
 04. Benzyl-Penicilin
 05. Ceftriaxon
 06. Doxycyklin
 07. Erythromycin
 08. Ofloxacin, Ciprofloxacin
 09. Spectinomycin
 10. Tetracyklin
 11. jiná ATB

Kombinace s jinými sexuálně přenosnými nemocemi
 (s A49.3, A56, A59, A60, A63, A64, B20.8, B37.3, B37.4, B85, B86, N34.1)
 1. ano
 2. ne
 DG1 DG2 DG3

Zdroj
 1. znám
 2. neznám

Kontakty
 1. ano
 2. ne

B) Diagnózy dle podrobného seznamu MKN - 10

A 50 VROZENÁ SYFILIS:
 .0 - časná s příznaky (do 2 let od narození)
 .1 - časná, latentní (bez klin. projevů s poz. serolog. reakcí a neg. testem v likvoru)
 .2 - časná vrozená syfilis, NS
 .3 - pozdní vrozená syfil. okulopatie
 .4 - pozdní vrozená neurosyfilis (juvenilní neurosyfilis)
 .5 - jiná pozdní s příznaky (2 a více let po narození)
 .6 - pozdní, latentní (bez klin. projevů, s poz. serolog. reakcí a neg. testem v likvoru)
 .7 - pozdní vrozená syfilis, NS
 .9 - vrozená syfilis, NS

A 51 ČASNÁ SYFILIS:
 .0 - primární genitální syfilis
 .1 - primární řitní syfilis
 .2 - primární syfilis jiných lokalizací
 .3 - sekundární syfilis kůže a sliznic
 .4 - jiná sekundární syfilis
 .5 - časná syfilis. latentní (získaná bez klin. projevů s poz. serolog. reakcí a neg. testem v likvoru do 2 let po infekci)
 .9 - časná syfilis, NS

A 55 LYMPHOGRANULOMA VENEREUM (CHLAMYDIOVÝ):
A 57 CHANCROID - ULCUS MOLLE:

A 52 POZDNÍ SYFILIS:
 .0 - kardiovaskulární syfilis
 .1 - neurosyfilis s příznaky
 .2 - asymptomatická neurosyfilis
 .3 - neurosyfilis, NS
 .7 - jiná pozdní syfilis s příznaky
 .8 - pozdní syfilis, latentní
 .9 - pozdní syfilis, NS

A 53 JINÁ A NEURČENÁ SYFILIS:
 .0 - latentní - neurč. jako časná nebo pozdní
 .9 - syfilis, NS

A 54 GONOKOKOVÁ INFEKCE:
 .0 - dolního pohl. a moč. ústrojí bez abscesu periuretrálních a přídát. žláz
 .1 - dolního pohl. a moč. ústrojí s abscesem periuretrálních a přídát. žláz
 .2 - pelviperitonitida a jiné gonokokové infekce pohl. a moč. ústrojí
 .3 - oka
 .4 - svalové a kosterní soustavy
 .5 - gonokoková faryngitida
 .6 - řiti a rekta
 .8 - jiné gonokokové infekce
 .9 - gonokokové infekce, NS

Datum hlášení den měsíc rok

Razítko a podpis lékaře

DEPISTÁŽNÍ ŠETŘENÍ pohlavní nemoci

DŮVĚRNÉ

Jméno nemocného: Rozený / á: R. Č.:

Adresa bydliště:

Zaměstnání: Pracoviště:

Hospitalizace/Zdrav. zařízení:

od den měsíc rok do den měsíc rok

Dispensarizace/Zdrav. zařízení:

den měsíc rok

ZDROJ NÁKAZY:

Příjmení			
Jméno			
Věk			
Adresa bydliště			
Okres			
Rodinný stav			
Pracoviště			
Zaměstnání			
Popis osoby			
Datum a místo koitu			
Jiné údaje			
Vyšetření u:			
Léčen u:			
DG			
Depistáž odeslána datum, kým			
Předán adresa zdrav. zařízení			
Poznámka			

KONTAKTY A DALŠÍ OHROŽENÉ OSOBY (manžel/ka, živ. partner/ka, děti, rodiče, sourozenci, atd.)

Příjmení			
Jméno			
Věk			
Adresa bydliště			
Okres			
Rodinný stav			
Pracoviště			
Zaměstnání			
Popis osoby			
Datum a místo koitu			
Jiné údaje			
Vyšetření u:			
Léčen u:			
DG			
Depistáž odeslána datum, kým			
Předán adresa zdrav. zařízení			
Poznámka			

Vyplnil:

Razítko a podpis lékaře:

Datum den měsíc rok

Příloha 2 Dotazník

Vážené klientky,
jmenuji se Eva Kosová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia obor Porodní asistentka Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Dovoluji si Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce. Samozřejmostí je zachování anonymity a důvěrnosti Vašich odpovědí. Data budou použita pouze k účelům vyhodnocení zjištěných údajů.

Vámi zvolené odpovědi prosím zakroužkujte.

Za vyplnění dotazníku Vám předem děkuji

S pozdravem Kosová Eva

1. Do jaké věkové kategorie se řadíte:

- a. 18 – 30 let
- b. 31 – 45 let
- c. 46 – 55 let

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- a. Základní
- b. Vyučena v oboru
- c. Středoškolské
- d. Vyšší odborné
- e. Vysokoškolské

3. Definujte, co se představíte pod pojmem sexuálně přenosné choroby:

- a. Nemoci přenášené pouze pohlavním stykem
- b. Nemoci přenášené pouze krví
- c. Nemoci přenášené pouze pohlavním stykem mezi homosexuály
- d. Nemoci přenášené převážně pohlavním stykem
- e. Nevím
- f. Jiné

4. Vypište sexuálně přenosné choroby, které znáte:

.....
.....

5. Sexuálně přenosné nemoci se mohou přenášet:

(můžete označit více možností)

- a. Spermatem
- b. Kontaktem s tělním sekretem, krví
- c. Slinami
- d. Půjčováním použitých injekčních jehel u narkomanů
- e. Dotekem
- f. Bodnutím hmyzem
- g. Jiné

6. Myslíte si, že je možný přenos sexuálně přenosných chorob z matky na dítě:

- a. Ano
- b. Ne
- c. Nevím

7. Myslíte si, že některé sexuálně přenosné choroby mohou probíhat bezpříznakově:

- a. Ano
- b. Ne
- c. Nevím

8. Jaké příznaky se podle Vás projevují u sexuálně přenosných chorob:

(můžete označit více možností)

- a. Výtok
- b. Krvácení, špinění
- c. Svědění
- d. Bolesti v krku
- e. Poruchy vyprazdňování
- f. Jiné

9. Kde jste získala základní informace o sexuálně přenosných chorobách:

(můžete označit více možností)

- a. Obvodní gynekolog
- b. Porodní asistentka u mého gynekologa
- c. Internet
- d. Literatura
- e. Časopisy
- f. Žádné jsem nezískala
- g. Jiné

10. V případě, že by se u Vás vyskytly některé příznaky sexuálně přenosných chorob, na koho byste se obrátila:

- a. Obvodního lékaře
- b. Obvodního gynekologa
- c. Porodní asistentku u mého gynekologa
- d. Kamarádku
- e. Neměla bych odvahu se na někoho obrátit
- g. Na linku důvěry
- h. Jiné

11. Jakým způsobem je možné se chránit před sexuálně přenosnými chorobami:

(můžete označit více možností)

- a. Hormonální antikoncepci
- b. Používáním kondomu
- c. Sexuální abstinencí
- d. Mít stálého partnera
- e. Správnou hygienou
- f. Prováděním pravidelných výplachů pochvy
- g. Očkováním
- h. Jiné

12. Jaká sexuálně přenosná choroba se, podle Vašeho názoru, v dnešní době nejvíce vyskytuje:

- a. HIV (virus lidské imunodeficience)
- b. HPV (human papillomavirus)
- c. Kapavka
- d. Chlamydie a mykoplazmatické infekce
- e. Herpes Simplex (opar)
- f. Hepatitida B (žloutenka typu B)
- g. Syfilis
- h. Jiné

13. Kde se podle Vás vyskytuje virus HIV (virus lidské imunodeficience) :

- a. V tělních tekutinách
- b. V tělních tekutinách a v malém množství i v mateřském mléce
- c. Pouze v krvi
- d. Jiné

14. Za jak dlouho, si myslíte, že lze zjistit protilátky proti HIV (virus lidské imunodeficience) v krvi:

- a. Nejdříve za 3 týdny po nákaze
- b. Nejdříve za 3 měsíce po nákaze

- c. Nejdříve za 6 měsíců po nákaze
- d. Jiné

15. Jakým spolehlivým způsobem lze zjistit nákazu virem HIV (virus lidské imunodeficiency) :

- a. Rozborem moči
- b. Rozborem slin
- c. Krevním testem
- d. Jiné

16. Na koho byste se obrátila při podezření, že jste se nakazila virem HIV (virus lidské imunodeficiency):

- a. Obvodního lékaře
- b. Obvodního gynekologa
- c. Porodní asistentku u mého gynekologa
- d. Speciální centrum pro lidi nakažené virem HIV
- e. Jiné

17. Myslíte si, že hormonální antikoncepce chrání před Virem HIV (virus lidské imunodeficiency) :

- a. Ano
- b. Ne
- c. Nevím

18. Co podle Vás, způsobuje virus HPV (human papillomavirus):

- a. Kapavku
- b. AIDS
- c. Rakovinu dělohy
- d. Rakovinu děložního čípku
- e. Angínu
- f. Nic
- g. Nevím
- h. Jiné

19. Domníváte se, že je možné proti viru HPV (human papillomavirus) očkovat:

- a. Ano
- b. Ne
- c. Nevím

20. Pokud jste zvolila odpověď ANO, v kterém věku je nejvhodnější očkovat:

- a. V novorozeneckém věku
- b. Před nástupem do školy
- c. Před zahájením sexuálního života
- d. V menopauze
- e. Jiné

21. Pokud jste v otázce č. 21 zvolila odpověď ANO, koho byste požádala o podrobnější informace o očkování a kde byste o očkovací látku zažádala:

- a. Obvodního lékaře
- b. Obvodního gynekologa
- c. Porodní asistentku u mého obvodního gynekologa
- d. Pobočku mé zdravotní pojišťovny
- e. Jiné

22. Základem prevence viru HPV (human papillomavirus) je dle Vašeho názoru:
(můžete označit více možností)

- a. Používání kondomu
- b. Dodržování sexuální abstinence
- c. Pravidelné gynekologické prohlídky
- d. Správná hygiena
- e. Pravidelné provádění výplachu pochvy
- f. Jiné

23. Za hlavní příznak kapavky považujete:

- a. Krvácení a špinění
- b. Výtok
- c. Svědění
- d. Nechuť k pohlavnímu styku
- e. Jiné

24. Jakým způsobem se kapavka přenáší:

(můžete označit více možností)

- a. Pohlavním stykem
- b. Orálním sexem
- c. Krevní cestou
- d. Slinami
- e. Jiné

25. Co podle Vás způsobuje neléčená kapavka:

- a. Neplodnost
- b. Ztráta chuti na sex
- c. Neustálé bolesti břicha
- d. Jiné

26. Jakým způsobem se dle Vašeho názoru kapavka léčí:

(můžete označit více možností)

- a. Antibiotiky
- b. Léčbou pouze ženy
- c. Léčbou pouze muže
- d. Léčbou obou partnerů
- e. Sexuální abstinencí
- f. Jiné

27. Co řadíte mezi nejúčinnější prevenci sexuálně přenosných chorob:

(můžete označit více možností)

- a. Sexuální abstinenci
- b. Hormonální antikoncepci
- c. Pravidlené gynekologické prohlídky
- e. Očkování
- f. Používání kondomu
- g. Správnou hygienu
- h. Partnerskou věrnost (stálý partner)
- h. Jiné

28. Informovala Vás porodní asistentka při pravidelné preventivní prohlídce u Vašeho gynekologa o nebezpečí a prevenci sexuálně přenosných chorob:

- a. Ano
- b. Ne
- c. Nepamatuji se

29. Od koho jste doposud získávala nejvíce informací o nebezpečí a prevenci sexuálně přenosných chorob:

- a. Od obvodního lékaře
- b. Od obvodního gynekologa
- c. Od porodní asistentky u mého gynekologa
- d. Z internetu
- e. Z literatury
- f. Od kamarádky
- g. Jiné

30. Koho byste v první řadě požádala o informace ohledně prevence sexuálně přenosných chorob:

- a. Svého obvodního lékaře
- b. Svého obvodního gynekologa
- c. Porodní asistentku u mého gynekologa
- d. Kamarádku
- e. Hledala bych informace na internetu
- f. Jiné

31. Považujete svou informovanost v oblasti nebezpečí a prevence sexuálně přenosných chorob za dostačující:

- a. Určitě ano
- b. Spíše ano
- c. Určitě ne
- d. Spíše ne

32. Domníváte se, že je informovanost v populaci o sexuálně přenosných chorobách dostačující:

- a. Ano
- b. Ne
- c. Nevím

33. Pokud jste zvolila odpověď Ne, kde by se oblast kvality informací měla zlepšit:

- a. Celkově u všech lékařů
- b. U porodních asistentek pracujících v gynekologických ambulancích
- c. V médiích – televize, rádia, noviny, internet
- d. Větší produkce informačních letáků a brožurek

34. Máte zájem o zvýšení vzdělávání se v této oblasti:

- a. Ano
- b. Ne
- c. Nevím

35. Pokud jste zvolila odpověď ANO, jakou formu edukace byste uvítala:

- a. Edukaci ze strany porodní asistentky v ambulanci
- b. Vypracování informační brožury
- c. Založení informačního poradenství
- d. Jiné

Zdroj: vlastní

Příloha 3 Vybrané ošetřovatelské diagnózy

00016 Porušené vyprazdňování moči je standardizovaný název ošetřovatelského problému u člověka, který trpí poruchou ve vyprazdňování moči.

00126 Deficitní znalost je standardizovaný název ošetřovatelského problému člověka, který má chybějící nebo nedostatečné informace o aplikaci léků do pochvy a zásady správné životosprávy.

00124 Beznaděj je standardizovaný název ošetřovatelského problému člověka přijímajícího neměnnost situace, neschopného pro její změnu zmobilizovat veškerou energii.

00120 Situačně snižená sebeúcta je standardizovaný název ošetřovatelského problému člověka, který svým negativním sebehodnocením reaguje na onemocnění sexuálně přenosnou chorobou.

00118 Porušený obraz těla je standardizovaný ošetřovatelský problém člověka zmateného z psychického vnímání a zobrazení vlastního těla.

00065 Neefektivní sexuální život je standardizovaný název ošetřovatelského problému člověka vyjadřujícího starost o svou sexualitu (pohlavní, sexuální život).

00148 Strach se projevuje reakcí člověka na hrozbu, kterou si připouští jako nebezpečí.

00059 Sexuální dysfunkce je standardizovaný název ošetřovatelského problému člověka, který vnímá změnu sexuálních funkcí jako neuspokojivou, neadekvátní a nevhodnou.

00004 Riziko infekce je standardizovaný název ošetřovatelského problému člověka, který je zvýšeně ohrožen vstupem patogenních organismů do těla.

00046 Porušená kožní integrita je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka, který má změněný epidermis nebo dermis.

00043 Neefektivní odolnost je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka, který má sníženou schopnost ochrany vůči vnějším nebo vnitřním ohrožením, což je choroba nebo zranění.

00007 Hypertemie je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka, který má tělesnou teplotu nad normu 37 stupňů.

00132 Akutní bolest je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka, prožívajícího nepříjemnou bolest intenzity od střední k prudké s náhlým nebo pozvolným nástupem a je u ní předpoklad vymizení do 6 měsíců.

00053 Sociální izolace je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka, který se cítí v důsledku chování lidí osamoceny, což má na jeho stav negativní nebo ohrožující vliv.

00135 Dysfunkční smutek je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka prožívajícího prodlouženou a neuspokojivou intelektuální i emocionální reakci na ztrátu, pomocí které se snaží upravit sebepojetí.

Zdroj: MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 264 s. ISBN 80-247-1399-5

Příloha 4 Informační brožura



Sexuálně přenosné choroby

Autor: Kosová Eva

Sexuálně přenosné choroby – základní informace



Pohlavní nemoci se přenáší takřka výhradně pohlavním stykem, jen zřídka i jiným způsobem. Postihují primárně zevní a vnitřní orgány močopohlavního systému, v případě chronického nebo komplikovaného průběhu i systémy další - kardiovaskulární, pohybový, zažívací, imunitní apod.

Riziko pohlavně přenosnými chorobami, které jsou obvykle přenášeny mezi partnery nějakou formou sexuální aktivity (vaginální, orální a anální sex) je poměrně velké.

Odborně se těmto nemocem říká Sexuálně přenosné nemoci (SPN), popřípadě Sexuálně přenosné infekce (SPI).

Jaké rozeznáváme pohlavní choroby

1. Bakteriální pohlavní choroby

Syfilis



Syfilis je závažné onemocnění, které probíhá v několika stádiích. Zprvu se u žen na zevních rodidlech nebo u konečníku utvoří rudý nebolestivý vřed tzv. primární syfilis. Během tohoto stadia je onemocnění vysoce nakažlivé. Druhé stádium -sekundární syfilis- se projevuje v rozmezí šesti týdnů až šesti měsíců. Projevuje se nesvědivou vyrážkou nejčastěji umístěnou na ploskách nohou a dlaních. Vyrážku současně provází zvětšení lymfatických uzlin a teplota.

Pokud není včas zahájena specifická léčba, vyrážka spontánně mizí za dva až čtyři týdny. V této fázi infekce hovoříme o časně latentní syfilis. V pozdější fázi, kterou označujeme jako pozdní latentní stadium, se onemocnění stává sexuálním kontaktem nepřenositelné.

SYFILIS TEST

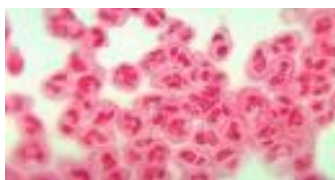


Tento test vám umožní rychle a spolehlivě zjistit, zda jste se nakazili syfilidou. Je to rychlý screeningový test, který je používán praktickými lékaři po celém světě.

Ještě před léčbou začíná prevence. Prevencí rozumíme věrnost partnerovi, odpovědné sexuální chování, tzn. bezpečný sex s použitím kondomu, který při správném použití snižuje riziko přenosu na minimum. Na druhou stranu v případě, že jsou infekční ložiska mimo oblast krytou kondomem, nemůže ani ten nemoci zabránit.

Základem léčby je včasná diagnóza. Léčbu zajišťuje dermatovenerolog na příslušném oddělení. K vyléčení se aplikují antibiotika, většinou penicilin. Nejčastěji se lék podává injekcí do svalu. V případě první a druhé fáze nemoci trvá léčba přibližně 14 dní.

Kapavka



Kapavka je infekce přenášená se přímým pohlavním stykem. U obou pohlaví onemocnění často probíhá bez příznaků. Předpokládá se, že při nechráněném pohlavním styku s infikovaným partnerem dojde k nakažení u 20-50 % mužů a 60-90 % žen. Nepohlavní přenos choroby je téměř nemožný. Kapavka se často spojuje i s dalšími pohlavně přenosnými chorobami. Po dlouhou dobu byla považována za rizikový faktor pro získání syfilis. K nejdůležitějším příznakům kapavky patří výtok. Klasicky dominuje hnisavý nebo hlenohnisavý výtok z děložního hrdla, z močovodu nebo konečníku.

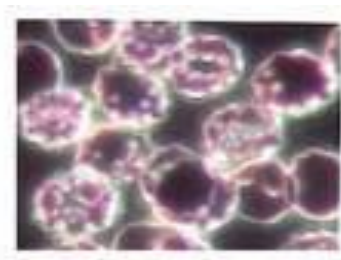


nosohltanu.

V těhotenství představuje infekce kapavkou riziko předčasného porodu či potratu. Děti infikovaných matek se mohou nakazit kapavkou při průchodu porodními cestami. Onemocnění se u novorozenců může projevit jako zánět spojivek (konjunktivitida) či infekce v oblasti

Kapavka spadá mezi klasické pohlavní nemoci. Pro všechny infikované osoby je léčba onemocnění povinná. Neléčení infekce může jak u mužů, tak i u žen, vést k neplodnosti. Léčba je dlouhodobá a komplikovaná pomocí antibiotik a je také nutné zdržet se pohlavního styku.

Chlamydiová infekce



Chlamydie je velmi rozšířená pohlavně přenosná choroba, která způsobuje širokou škálu trvalých, bolestivých i jinak nepříjemných zdravotních obtíží. Bakterie napadají zejména močopohlavní orgány a plíce, posléze klouby, srdce a mozek. Nejznámější je Chlamydie trachomatis, která způsobuje nejrozšířenější pohlavní infekci na světě, projevující se u ženy výtokem z pochvy a svěděním genitálu. Nemoc také velice často probíhá bez příznaků. Ženy především ohrožuje zánětem vnitřních rodidel a následnou neplodností. Zákeřnost choroby spočívá i v jejím tzv. latentním stádiu, během kterého nakažený na sobě několik let nemusí pozorovat žádné příznaky. Sekundárně rozvinutá fáze infekce se projevuje stejnými příznaky jako běžná léčitelná bakteriální napadení pohlavních orgánů (kapavka, trichomonáza) či virové nákazy (chřipka, zápal plic, borelióza).

Chlamydie léčí venerolog, gynekolog nebo urolog pomocí chemoterapeutik a antivirotik.



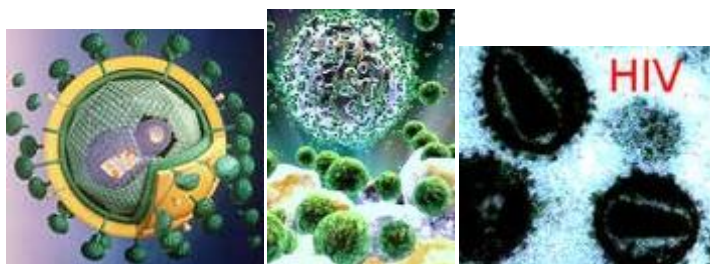
Léky se mohou podat jednorázově v jedné dávce, častěji se však přistupuje k léčbě po dobu jednoho až dvou týdnů. Prevencí rozumíme dodržování pravidel bezpečného sexu a snížení počtu sexuálních partnerů. U pacientů

s prokázanou pohlavní infekcí je důležitá současná terapie všech sexuálních partnerů (i přes absenci příznaků).

2. Virové pohlavní choroby

AIDS

Onemocnění bylo poprvé diagnostikováno v osmdesátých letech 20. století v USA. Jedná se o syndrom snížené imunity organismu v důsledku infekce virem HIV. Tento vir, který se šíří pohlavním stykem, krví krevními produkty v lidském těle uměle navozuje takové příznaky, které oslabují přirozenou obranyschopnost lidského organismu. Následkem toho dochází k výraznému ohrožení zdraví celou řadou dalších, mezi jinými také nádorových, onemocnění. Nemoc probíhá zpočátku bez příznaků, může se projevit jako lehká chřipka.



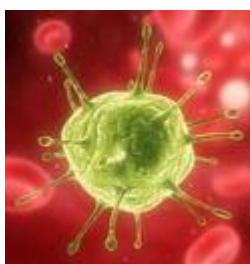
Symptomatické příznaky AIDS způsobuje trojice onemocnění:

- Oportunní infekce: infekce, vyvolané mikroorganismy, které zdravý organismus běžně potlačí díky řádně fungujícímu imunitnímu systému. U pacienta s AIDS nejčastěji napadají plíce, trávicí soustavu, mozek a kůži.
- Nádorová onemocnění: Kaposiho sarkom postihuje 35% pacientů. Jde o fialově nebo hnědě zbarvené kožní léze. Ty postihují také mízní uzliny, plíce a ostatní vnitřní orgány.
- Neurologické potíže: v 90% případů se u pacientů projevují neurologické komplikace jako výpadky paměti, zhoršenou koordinaci projevů, zmatenou mluvu, snížení ostrosti zraku a psychotické chování. V současné době neexistuje očkování proti viru HIV ani léčba, která by dokázala AIDS vyléčit, je však schopna oddálit propuknutí nemoci a

zpomalit její průběh. K dispozici jsou prostředky pro léčbu určitých příznaků souvisejících s HIV infekcí a pro zlepšení kvality života HIV pozitivních pacientů. Prognóza nemoci je ale do značné míry odvislá od fáze nemoci, ve které se HIV pozitivní člověk začíná léčit. Zahájí-li se léčba vhodnými prostředky krátce po nakažení virem HIV, má pacient vysoké šance prožít dlouhý život bez nástupu AIDS. K brzkému zjištění nákazy slouží snadno dostupný HIV test, který můžete absolvovat na kterémkoliv krajské hygienické stanici.

Prevence HIV je prozatím tedy jediným účinným prostředkem boje proti šíření viru. AIDS je jedna z mála nemocí, kterou člověk není zasažený, ale ve většině případů se jí sám nakazí. Pouze změna chování (sexuální praktiky a sdílení jehel) může populaci uchránit před HIV a AIDS.

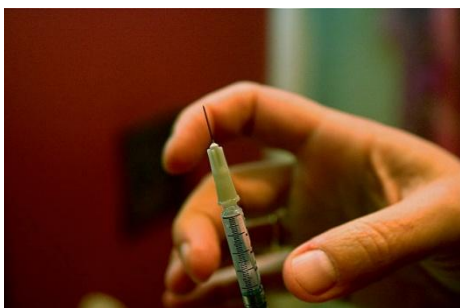
Lidský papilomavir (Human papillomavirus - HPV)



Lidský papilomavirus patří mezi viry napadající buňky lidské pokožky a sliznic. Některé typy HPV napadající buňky pokožky jsou zodpovědné za vznik bradavic. Jiné typy - tzv. genitální papilomaviry - způsobují změny na ženském i mužském genitálu. Některé z těchto změn mohou později vést k rakovině děložního čípku. Infekce většinou probíhá bez výrazných změn či dokonce nevyvolává žádné příznaky.

Léčba, která by odstranila papilomaviry z těla, neexistuje. Chirurgicky lze odstranit ("vyříznout") postižená místa, virus však v těle přetrvává a může se projevit znovu.

V současné době existují dva způsoby, jak předejít HPV infekci a rozvoji přednádorových změn děložního hrdla. Prvním z nich je sexuální abstinence, což je situace těžko představitelná až neúnosná pro naprostou většinu populace. Snížit rizika přenosu HPV infekce pak lze rozumným přístupem k sexualitě. Přiměřený věk vstupu do sexuálního života, chráněný styk, stejně jako stálý sexuální partner jsou parametry zdravého sexuálního života. Druhým a převratným způsobem absolutního zamezení HPV infekce je očkování.



Očkovací látky jsou určeny pro ženy a je doporučeno provádět toto očkování před započítím sexuálního života dívky, optimálně ve věku 11 – 13 let, což se doporučuje ve většině zemí. V současné době jsou v České republice k dispozici dvě možné očkovací látky omezující riziko nákazou HPV. Jedná se o vakcínu **Silgard**, která je dostupná od roku 2006 a vakcínu **Cervarix** (od roku 2007).

3. Parazitické pohlavní nemoci

Muňka



Infekce filčkami (pedikulóza) patří mezi sexuálně přenosné choroby, které se v našich zeměpisných šířkách běžně vyskytují. Toto onemocnění je způsobeno vší muňkou (*Phtirus pubis*). Veš je drobný, světle zbarvený hmyz, jehož dospělí jedinci jsou několik milimetrů dlouzí a denně sají krev. Bez potravy hynou za několik dní.

Po pokousání muňkami dochází ke svědivé vyrážce, kůže lehce krvácí, což nakažený pozná na spodním prádle, objevují se strupy nebo ekzémy. Vznikají až několik centimetrů velké namodralé skvrny na kůži v důsledku působení enzymu, který mají paraziti ve slinách a který tímto způsobem působí na krevní barvivo. Tyto příznaky se objeví na místech, kde muňky přežívají.

Léčbu zajišťuje kožní lékař, ale dost často stačí pouhá návštěva lékárny, kde jsou k dispozici volně prodejné přípravky proti zavšivení.

- Diffusil H92-P - volně prodejný přípravek proti zavšivení (používá se také na vši ve vlasech). Sprej, který se nastříká na všechna ochlupená místa, rozetře se, určenou dobu se nechá působit a smyje se. Parazity je vhodné z chlupů vyčesat nebo vybrat.
- Orthosan H
- Stop - Antiparasiten Shampoo - hubí jen dospělé jedince a aplikaci je třeba po týdnu opakovat.
- Jacutin gel - ničí oboje - vši i hnidy.

Odvšivovací přípravek by měl využít i partner (partneři), členové domácnosti apod. Rovněž se doporučuje vyprat ložní prádlo a oblečení na teplotu alespoň 70°C, která hubí i zárodky vší, nebo jej ošetřit insekticidním přípravkem.

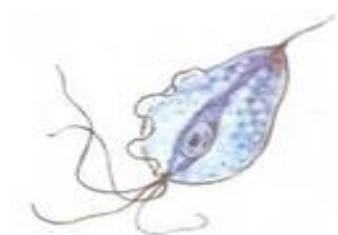
Svrab



Svrab je roztoč, jehož celý životní cyklus probíhá na lidském hostiteli. Samička vyvrtá pod kůží chodbičky dlouhé až několik milimetrů, kde naklade vajíčka. Zavrtává se pod kůži, především v místech, kde je pokožka velmi jemná – v okolí genitálií, na hýždích nebo prsou. Přenáší se intimním nebo sexuální kontaktem. Možný je i přenos pomocí kontaminovaného osobního nebo ložního prádla či spaní v jedné posteli s infikovanou osobou. Na kůži se objeví červené pupínky, které svědí.

Nemoc se léčí mastí s obsahem síry, kterou se potírá celé tělo. Doporučuje se dvou až třídní izolace. Během léčby by se nemocný měl zdržet pohlavního styku. Bezpodmínečně nutná je dezinfekce domácnosti pacienta hygienicky. Zároveň se musí pečlivě vyvařit a vyžehlit ložní i spodní prádlo.

Bičenka poševní (Trichomoniáza)



Trichomonády patří mezi sexuálně přenosné organismy. K přenosu dochází častěji z muže na ženu. Mohou přežívat krátkou dobu ve vlhkém prostředí (bazén, kohoutková voda, sedátko).

K nákaze dochází i tělesnými sekrety (vaginální sekret, sperma, moč). Hlavními příznaky jsou výtok a pálení při močení. Až u 50 % pacientů však může infekce probíhat zcela bez příznaků. Po celou dobu infekce, což může u neléčených jedinců představovat i několik let, trvá období nakažlivosti.



Musí být přeléčeny všechny pacientky i jejich sexuální partneři, u kterých se diagnostikuje infekce. Základem pro léčbu trichomonádových infekcí jsou chemoterapeutika. Během léčby je nutná naprostá sexuální abstinence.

Jak se vyhnout pohlavním chorobám



1. Omezte počet sexuálních partnerů

Časté střídání sexuálních partnerů je vysoce rizikové. Zejména je nebezpečné vyhledávání anonymních či nahodilých sexuálních partnerů.

2. Používejte kondom

Kondom je jediným prostředkem, který dokáže minimalizovat riziko přenosu pohlavní choroby. Snižuje riziko nákazy při styku do pochvy, konečníku i úst. Podmínkou však je, že jej partneři používají po celou dobu sexuálního styku.

3. Dodržujte dostatečnou sexuální hygienu

Doporučuje se vyhnout extrémům: nedostatečné hygieně, ale i nadměrně pečlivě prováděné hygieně. Pozor!
Intimní hygiena zahrnuje také partie kolem análního otvoru a hráze.

Základní hygienická pravidla:

- Nepoužívat příliš agresivní mycí prostředky.
- Neaplikovat na intimní partie parfémované či dezodorační prostředky (i přesto, že řada kosmetických firem intimní deodoranty vyrábí a doporučuje). Pro ženy jsou ideálním řešením speciální intimní mýdla s kyselým pH.
- Vyměňovat spodní prádlo min. 1x denně.

- Vyhýbat se příliš těsným kalhotám – klasickou příčinou podráždění a následných kvasinkových onemocnění.
- Během menstruace vyměňovat vložky či tampóny minimálně třikrát denně (i při slabším průběhu).
- Po stolici se zásadně očišťovat pohybem ruky zepředu dozadu, nikdy ne naopak, aby nedošlo k zanesení střevní flóry do pochvy.

4. Buďte maximálně obezřetní!

Před pohlavním stykem s náhodným partnerem je důležité věnovat pozornost příznakům svědčícím pro možnou pohlavně přenosnou infekci (například výtok, zejména hnisavý, z močové trubice či pochvy, kožní vyrůstky, vřídky, rozškrabané stroupky v okolí pohlavních orgánů a konečníku a u mužů zánět předkožky).

5. Vyhledejte lékaře při jakýchkoliv obtížích a pochybnostech.

Pohlavní choroby, pokud nejsou včas léčeny, mohou poškodit schopnost rozmnožování. Při jakýchkoli pochybnostech navštivte raději lékaře. Pro klid své i partnerovy duše je vhodné nechat se preventivně vyšetřit i před zahájením společného sexuálního života.

6. Nikdy se nesnažte léčit sami!

Pouze přesná diagnóza a správná léčba zamezí přenosu infekce na sexuálního partnera a vzniku možných komplikací. Do doby než je známa diagnóza by nemělo dojít k pohlavnímu styku. Je-li podezření na pohlavně přenosné onemocnění potvrzeno, je nutné vyšetřit všechny sexuální partnery klienta z poslední doby. Tato vyšetření se provedou opakovaně, protože určitou dobu trvá, než se projeví příznaky infekce (hovoříme o tzv. inkubační době). Při onemocnění pohlavně přenosnou nemocí nebo po nechráněném rizikovém sexuálním styku je vhodné požádat lékaře o vyšetření na HIV protilátky. Některé infekce (např. HIV infekce, virové žloutenky a příjice) může v bezpříznakovém období odhalit pouze laboratorní vyšetření.

Seznam odborných pracovišť

(venerologická, dermatovenerologická, kožní oddělení):

JIHOČESKÝ KRAJ

Nemocnice České Budějovice
Dermatovenerologie
B. Němcové 54, České Budějovice
tel : 387 878 615

PRAHA – STŘEDOČESKÝ KRAJ

Všeobecná fakultní nemocnice
Kožní klinika-venerologické oddělení
Mudr. Kaštánková Věra
Apolinářská 4, Praha 2
tel : 222 233 279

KRÁLOVEHRADECKÝ KRAJ

FN-klinika nemoci kožních a pohlavních
Pospíšilova třída 365, Hradec Králové
tel : 495 836 238

PARDUBICKÝ KRAJ

Nemocnice-kožní oddělení
Kyjevská 44, Pardubice
tel : 466 014 405

PLZEŇSKÝ KRAJ

FN Plzeň – kožní klinika
Dr.E.Beneše 13, Plzeň
tel : 377 402 148

KRAJ VYSOČINA

Nemocnice Jihlava-kožní oddělení
Vrchlického 56, Jihlava
tel : 567 157 462

KARLOVARSKÝ KRAJ

Nemocnice Sokolov-kožní oddělení
Slovenská 35, Sokolov
tel : 352 520 299

ZLÍNSKÝ KRAJ

Baťova nemocnice-kožní odd.
Havlíčkovo nábřeží 600, Zlín
tel : 577 552 217

ÚSTECKÝ KRAJ

Masarykova nemocnice
Kožní oddělení-Sociální péče 3316/12A
Ústí nad Labem tel : 477 112 742

OLOMOUCKÝ KRAJ

FN – dermatovenerologická klinika
I.P. Pavlova 6, Olomouc
tel : 588 444 527

MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ

MNOF – dermatovenerologické oddělení
Nemocniční 20 , Ostrava
tel : 596 1194 463

LIBERECKÝ KRAJ

Kožní ordinace
Klášteří 11/2, Liberec
tel : 485 312 826

JIHOMORAVSKÝ KRAJ

FN U sv. Anny – kožní klinika
Pekařská 53, Brno
tel : 543 182 802

Seznam použitých zdrojů:

HORAŽŤDOVSKÝ, J. et al. *Přenosné choroby*. 1 vydání České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2001, 82s, ISBN 80-7040-496-5

KOJANOVÁ, M. VELEVSKÝ, P., KUKLOVÁ, I., *Současný stav problematiky sexuálně přenosných onemocnění*. Dermatovenerologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha, roč. 83, č. 3, 2008, s. 115-122. ISSN 0009- 0514

PODSTATOVÁ, H. *Základy epidemiologie a hygieny*. 1. vydání Praha: Galén, 2009, 158s. ISBN 978-80-7262-597-0

KUKLOVÁ, I. *Prevence sexuálně přenosných nemocí*. Moderní gynekologie a porodnictví, 2006, roč. 15, č. 3, str. 429-433. ISSN 1211-1058

