

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**Pohled na problematiku sexuálně přenosných nemocí u
pomáhajících profesí**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Vedoucí práce: PhDr. Jolana Ročňová

Autor: Bc. Lucie Stříteská

2010

Abstract

Name of the dissertation is: "View of sexually transmitted diseases in case of assisting professions".

I decided to deal with sexually transmitted diseases because the number of these diseases is relatively high and numbers of newly ill people keep increasing. This opinion is confirmed by the fact that, for example, number of HIV positive individuals in the Czech Republic slightly exceeded 100 in the year 1990 whereas the number HIV positive individuals was 1,344 in the year 2009, i.e. 19 years later. Considering also the fact that this disease is an incurable one and treatment of this disease is demanding on the ill people from their mental as well as physical aspect and considering also the total effect for society, it is very important indeed to pay attention on this issue.

Theoretical part divides sexually transmitted diseases according the often used division in classic general diseases. They include inguinal granuloma, gonorrhoea, soft chancre, syphilis and venereal lymphogranuloma. Another diseases which include HIV/AIDS, hepatitis, genital herpes, infections caused by the virus Human papillom, scabies or pubic lice were dealt with only marginally. The last chapter is focused on assisting professions.

The goal of the work was to look at the issue from the point of view of assisting professions staff. To find out whether they are interested in the issue, what is their awareness, etc. This goal has been met.

Conversations, for example, revealed that employees who are in everyday contact with people who live risky way of living (drug addicts, homeless people, etc.) are better aware of issue concerning sexually transmitted diseases than respondents who work with children or seniors. None of the respondents underwent any additional training in this issue.

The selected methodology was represented by quality research and the selected method was represented by partially controlled interview with six selected representatives from assisting professions.

The overall knowledge will be used not only to find out but also the to complete or correct information on the issue for employees in assisting professions. Information on the issue can be further disseminated among clients via these professionals within primary prevention.

Prohlášení

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

V Českých Budějovicích 16. 8. 2010

.....
podpis studenta

Poděkování

Děkuji vedoucí práce, za odborné vedení práce, poskytování rad, cenných připomínek a trpělivost. Také děkuji osloveným respondentům za ochotu při provádění výzkumu.

Obsah

Úvod	8
1. Současný stav	10
1.1 Rozdělení pohlavně přenosných onemocnění	11
1.1.1 Klasické pohlavně přenosné nemoci	12
1.1.2 Pohlavně přenosné nemoci podle původce	12
1.2 Historie pohlavně přenosných onemocnění	13
1.3 Současná situace pohlavně přenosných onemocnění ve světě	14
1.4 Klasické pohlavně přenosné nemoci	15
1.4.1 Kapavka	15
1.4.2 Syfilis	19
1.4.3 Ulcus molle	23
1.4.4 Venerický lymfogranulom	25
1.4.5 Ingvinální granulom	26
1.5 Ostatní pohlavně přenosné nemoci	27
1.5.1 Bakteriální, chlamydiové a mykoplasmové infekce	27
1.5.2 Virové infekce	27
1.5.2.1 HIV/AIDS	28
1.5.2.2 Hepatitida	29
1.5.2.3 Herpes genitalis	31
1.5.2.4 Human papilloma virus	32
1.5.3 Parazitární onemocnění	32
1.5.3.1 Svrab	33
1.5.3.2 Veš muňka	33

1.5.4	Infekce prvoky	34
1.6	Preventivní opatření	35
1.7	Pomáhající profese	35
1.7.1	Pohlavně přenosné choroby v ústavní péči	36
2.	Cíl práce	37
3.	Metodika	38
3.1	Výzkumná metoda	38
3.2	Charakteristika výzkumného vzorku	39
4.	Výsledky	40
5.	Diskuse	77
6.	Závěr	83
7.	Seznam použitých zdrojů	85
8.	Klíčová slova	92
9.	Seznam zkratk	93
10.	Přílohy	94

Úvod

Mládí, odhalování těla, experimentování – pudovost, sexualita, alkohol, drogy, padání zábran – „sex na jednu noc“ → sexuálně přenosná nemoc, případně nechtěná těhotenství.

Kondom je často vnímán jako zbytečnost, na prvním místě je ochrana před nechtěným otěhotněním, což spousta mladých dívek řeší hormonální antikoncepcí, sexuálně přenosná onemocnění se v daný moment „neřeší“.

Posloupnost těchto myšlenek odpovídá myšlení společnosti dnešních sexuálně aktivních lidí. Přidáme-li vliv médií (sexualita ve filmech, reklamních spotech, chování jednotlivců pracujících v médiích – promiskuita, alkohol, drogy apod.) je tedy nasnadě stoupající počet nových případů sexuálně přenosných onemocnění.

Lehkovážný přístup mladistvých (ti tvoří největší podíl sexuálně aktivních osob), léků prodlužujících život s HIV či farmaka, které sexuálně přenosná onemocnění vyléčí zcela, tyto nezodpovědné aktivity jen podporují.

Následky těchto nemocí – ať už zdravotní, sociální, psychické či ekonomické jsou řešeny, samotnými potencionálně nakaženými jedinci, až na posledním místě.

Sexuálně přenosná onemocnění lze dělit dle různých kritérií. Zaměřila jsem svou pozornost především na klasická pohlavně přenosná onemocnění (kapavka, syfilis, měkký vřed, venerický lymfogram, inguinální granulom). Ostatní onemocnění (bakteriálním; virovým – HIV/AIDS, hepatitida, herpes genitális, Human papilloma virus ; a parazitárním – svrab, veš muňka) jsem se věnovala jen okrajově.

Stejně jako těmto nemocem, včetně jejich následků, je společností věnována také minimální pozornost lidem pracujících v pomáhajících profesích. Jedná se o práci jak psychicky, tak i fyzicky velmi náročnou, která je společností málokdy oceněna, o špatných finančních ohodnoceních raději nemluvě.

Pravděpodobně právě díky těmto dvěma faktům, jsem se na tyto dvě, na první pohled, spolu ne příliš související záležitosti zaměřila, a věnovala jim pozornost v této práci. K dané problematice bylo vybráno šest zástupců z řad pomáhajících profesí, pracujících s různými klienty (děti, narkomani, bezdomovci apod.).

Ke snížení výskytu onemocnění je důležité zaměřit pozornost především na prevenci. Nicméně pouhé poskytování informací výskyt těchto nemocí příliš nesníží, důležité je, aby se lidé chovali zodpovědně a uměli si vážit svého zdraví.

1. Současný stav

Podle Světové zdravotnické organizace vzniká každoročně asi 500 miliónů nových případů sexuálně přenosných nemocí (67).

Pro příklad, jen v České republice vzrostl mezi lety 1990 – 2001 počet nově nemocných syfilis z 1, 6 na 13, 6 / 100 000 osob (64).

Nicméně neopomenutelný je ovšem fakt, že výskyt klasických sexuálně přenosných onemocnění, jako je např. syfilis nebo kapavka, v posledních letech poklesl (41).

Sexuálně přenosná onemocnění se dříve nazývala pohlavními nemocemi. Mezinárodně se dnes používá označení „Sexually Transmitted Diseases“, zkratka STD, nebo také „Sexually Transmitted Infections“, zkratka STI (38).

Pohlavní nemoci, nebo-li venerické infekce jsou nemoci vyvolané bakteriemi, parazity, plísněmi, prvoky nebo viry (7).

Kromě klasických onemocnění jsou pod tento pojem zahrnovány i další infekce, jejichž původci jsou přenášeni z muže na ženu sexuálním stykem (např. infekce chlamydiemi, trichomonádami, kvasinkami apod.) (38).

V současné době je známo více než 30 nemocí, které se mohou přenášet pohlavním stykem (7).

Od roku 1949 funguje v českých zemích informační systém dat o klasických pohlavních chorobách: příjice - syfilis, kapavka - gonorrhoea, lymfogranuloma venereum, měkký vřed (a od roku 1986 také HIV/AIDS). Zdrojem informací je formulář „Hlášení pohlavní nemoci“, jenž se povinně vyplňuje při diagnostice pohlavní nemoci (20).

V České republice se nejčastěji objevuje kapavka a syfilis (39).

V minulosti bývaly pohlavně přenosné nemoci velmi časté, obzvláště v poválečných obdobích, kdy docházelo k jejich značnému růstu. Po druhé světové válce se Česká republika vyhnula prudšímu růstu těchto infekcí. Na tomto faktu se podílel především objev penicilinu, ale také zákon o potírání pohlavních nemocí.

V 80. letech vzrostl v Evropě počet nákazy kapavkou třikrát a příjice dokonce pětkrát (30).

Hranice mezi zdravím a nemocí není jednoznačně a s definitivní platností určená. Závisí tedy na tom, co je či není na dané úrovni vědění za nemoc považováno (56).

Pravděpodobně právě proto, byly sexuálně přenosné nemoci (dále již STD) v minulosti často zaměňovány s jinými chorobami, např. ve středověku byla takto zaměňována, resp. za stejnou nemoc považována, příjice a malomocenství. Kapavka a příjice se od sebe začaly oddělovat až koncem 18. století (55).

Zajímavostí je, že STD trápí v České republice častěji muže než ženy: v průměru posledních pěti let je výskyt příjice u mužů vyšší o 42 procent a téměř 2,5 násobný u kapavky (5).

Chlamýdiová infekce se aktuálně řadí na přední místo STD na celém světě. Rozšířenou se začíná jevit i skupina chorob, způsobených Human papilloma virem a virem Herpes simplex. Počet těchto onemocnění roste velmi rychle, a tak se dostává na přední místo STD (14).

Nelze nezmínit i neustále stoupající počty HIV pozitivních. Před rokem 2007 bylo lékaři zjištěno ročně jen pár nových případů HIV pozitivních osob za rok. Během tohoto půlroku bylo zjištěno 12 případů (42). Celkem bylo tedy v České republice ke dni 31. 12. 2009 1 134 HIV pozitivních osob (51). Vezmeme-li v potaz, že se jedná o nevyléčitelné onemocnění, je dané číslo velmi vysoké.

1. 1 Rozdělení pohlavně přenosných onemocnění

Pohlavní nemoci, nebo-li venerické infekce (STD sexually transmitted diseases) jsou nemoci vyvolané bakteriemi, parazity, plísněmi, prvoky nebo viry (7).

Jako klasické pohlavní nemoci se označují infekce šířené téměř výhradně pohlavním stykem. Tyto nemoci podléhají povinnému hlášení, evidenci, sledování osob

podezřelých z nákazy nebo pacientů po léčbě a epidemiologickému pátrání po zdroji či kontaktu infekce (39).

1.1.1 Klasické pohlavně přenosné nemoci

Mezi klasické pohlavně přenosné nemoci řadíme: **kapavka** (gonorrhoea), **příjice** (syphilis), **měkký vřed** (ulcus molle, také znám jako chancroid), **venerický lymfogranulom** (lymfogranuloma venerum), **ingvinální granulom** (39).

Kromě klasických pohlavně přenosných onemocnění jsou pod pojem STD zahrnovány i další infekce, jejichž původci jsou přenášeni z muže na ženu sexuálním stykem (např. infekce chlamydiemi, trichomonádami, kvasinkami apod.) (38).

Jejich etiologie připouští (ovšem jen ve velmi malém procentu) i šíření jiným než přímým genitálním kontaktem, zejména u osob se sníženou imunitou (35).

STD můžeme také rozdělit také podle původce přenosu (14).

1.1.2 Pohlavně přenosné nemoci podle původce

Pohlavně přenosné nemoci lze kromě klasického dělení, zmíněného výše, dělit také podle původce na: **infekce bakteriální; chlamýdiové a mykoplasmové; virové infekce; parazitární a infekce prvoky** (viz Příloha 1) (14).

Některé nemoci se vyskytují spíše v tropických a subtropických zemích, přihlídneme-li však k rostoucímu cestovnímu ruchu, jehož součástí je u mnohých i sexuální turistika, je samozřejmostí i import sexuálně přenosných nemocí (12).

Např. venerický lymfogranulom se objevuje spíše v tropických a subtropických zemích, než-li v Evropě (poslední výskyt v České republice byl zaznamenán v roce 1991) (46).

Také *ulcus molle* se v ČR takřka nevyskytuje. Nicméně obě tyto nemoci podléhají povinnému epidemiologickému hlášení (53).

1.2 Historie pohlavně přenosných onemocnění

Všímáme-li si spíše popisu chorob a nikoliv jen názvů nemocí, poté průběh a příznaky svědčí o jejich výskytu v již velmi dávných dobách. V Číně např. r. 2736 před. n. l. léčili vředy a projevy, které připomínaly syfilis rtutí. Ze spisů Alexandrinových – Život Mojžíšův a Flaviových – *Antiquitates Judeorum* vyplývají zprávy o velmi nakažlivých pandemiích, kdy bývali postiženi pobíjením. Popisy se podobají příznakům kapavky, syfilis, venerického granulomu a lepry (43).

Kapavku nebo-li gonorrhoeu pojmenoval Galén ve 2. stol. n. l.. Název vznikl na základě mylné představy, že při nemoci dochází k samovolnému odchodu spermatu (gonos z řec. semeno, rheo z řec. téci) (u). Původce kapavky byl objeven ve Vratislavi roku 1879 Albertem Neisserem (43).

Syfilis se objevila jako nová nemoc na konci 15. stol. ve formě zhoubné pandemie. V Evropě je původ této nemoci vykládán dvojím způsobem. Buď zavlečením choroby z nově objevené Ameriky, nebo vývinem venerické syfilis z podobné endemické formy existující již po staletí v oblastech Skandinávie, Středozeří a Mezopotámie. Název syfilis pochází z roku 1521 od Giroloma Francastora, který roku 1530 vydal báseň *Syphilis sive morbus gallicus* (58).

Původce syfilidy, *Treponema pallidum* (dřívější označení *Spirochaeta pallida*), byl objeven Fritzem Schaudinnem a Erichem Hoffmanem až v roce 1905 (64). Nemoc byla zprvu léčena rtutí, která se aplikovala v podobě masti (směs sádla, olejů, popelu vinné révy + rtuti), poté byla používána tzv. rumělka (58).

V 19. stol. se léčily pohlavní nemoci velmi často jodem. Zvratem v léčbě byl objev penicilinu A. Flemmingem v roce 1928, který se však do praxe dostává až v roce 1940 a roku 1943 jím F. Mahoneye zkouší léčit syfilis (43).

Historie onemocnění AIDS se datuje od roku 1981, kdy byly prvně publikovány zprávy o raritních onemocněních (pneumocystová pneumonie a Kaposiho sarkom) u mladých a „zdravých“ osob žijících ve Spojených státech. V letech 1981 – 1982 počet takto nemocných osob prudce narůstal. Záhy bylo zřejmé, že výskyt zmiňovaných onemocnění je u těchto osob podmíněn přítomností nového typu získaného buněčného imunodeficitu (w). Vir HIV byl nezávisle objeven v letech 1983 – 1984 L. Montagnierem a R. Galloem a jejich spolupracovníky (26).

Co se týká ostatních pohlavně přenosných nemocí, tak roku 1882 McLeod popsal granuloma venereum, r. 1889 Augusto Ducrey popsal původce měkkého vředu a v roce 1913 popsal Nicolas Favre lymfogranuloma venereum (43).

1.3 Současná situace pohlavně přenosných onemocnění ve světě

Frekvence výskytů nemocí přenášených sexuální aktivitou je bez výraznějších výkyvů, to ale neplatí pro skupinu virových hepatitid, HIV/AIDS a syfilis. Početně výskyt těchto nemocí stoupá (53).

K velmi často vyskytujícím se sexuálně přenosným nemocem v současné době patří infekce chlamýdiemi. Tyto infekce jsou častější než nemoci vyvolané ostatními pohlavně přenosnými nemocemi, včetně kapavky. K dalším často frekventovaným pohlavně přenosným nemocem patří infekce způsobené Human papilloma virem (25).

Alarmující a v současné době často opakovaným problémem je i stoupající počet nově nakažených virem HIV. Do roku 1990 bylo v České republice diagnostikováno 108 HIV pozitivních osob (z toho u 21 osob již propuklo onemocnění AIDS). O deset let později, tedy v roce 2000, bylo diagnostikováno 501 HIV pozitivních osob (z toho 149 osob mělo AIDS), o devět let později (tedy v roce 2009) vzrostl počet HIV pozitivních na 1344 (z toho 292 osob mělo AIDS). Vážnost situace dokazuje i fakt, že dle statistik se jen během prvních dvou měsíců roku 2010 diagnostikovalo 24 nových HIV pozitivních osob (50).

Počet nově nakažených syfilis v České republice také stoupá, např. v roce 2006 bylo 502 nakažených osob, o rok později vzrostl počet na 822 (65).

V roce 2008 bylo z celkového počtu hlášených pohlavních nemocí 850 osob nakažených onemocněním syfilis (dle Mezinárodní klasifikace nemocí diagnóza A50 – A53). Kapavka byla v tomtéž roce diagnostikována v 816 případech (54).

Pohlavními nemocemi trpí v České republice častěji muži. Vypovídají o tom výsledky z hlášených pohlavních onemocnění z roku 2008, např. syfilis mělo celkem 551 mužů, žen bylo 299. U 234 mužů a 242 žen bylo toto onemocnění objeveno náhodně, typické potíže mělo 199 mužů a jen 19 žen, atypické potíže byly přítomny u 29 mužů a 1 ženy, depistáží byla nemoc zjištěna u 89 mužů a 36 žen (54).

1.4 Klasické pohlavně přenosné nemoci

Průběh STD je často asymptomatický, což má vliv na další zvýšení počtu nakažených osob. Problémem STD je i vysoká promořenost populace s rozvojem rezistence na antibiotika. Infekce se také často sdružují a jsou vyvolány odlišnými organismy s odlišnou inkubační dobou i klinickým obrazem (1).

Tyto nemoci podléhají povinnému hlášení (29).

1.4.1 Kapavka (gonorea)

Nemoc lze definovat jako hnisavý zánět, postihující primárně sliznice urogenitálního traktu. Může způsobit i zánět oční spojivky, rekta a ve vzácných případech i sliznice nosu, úst a hltanu. Krevní cestou může vyvolat i onemocnění pohybového aparátu, endokardu a oční duhovky (43).

Předpokládá se, že při nechráněném pohlavním styku s partnerem, který je infikovaný, dojde k nákaze u 20 – 50 % mužů a u 60 – 90 % žen (29).

Jedná se o onemocnění, které se vyskytuje celosvětově (29). Přičemž nejvyšší výskyt je zaznamenán ve velkoměstech, poté v oblastech s nižší úrovní vzdělání, u promiskuitních lidí a samozřejmě i u lidí, praktikujících nechráněný pohlavní styk (66).

Původce: gramnegativní aerobní diplokok *Neisseria gonorrhoeae* (29).

Inkubační doba: u mužů: 2 dny – 2 týdny; u žen: 1 – 3 týdny (59).

Přenos: vaginální, orální i anální styk, kdy pro přenos není nutné, aby došlo k ejakulaci (66).

Klinické příznaky: Průběh je odlišný u mužů a u žen (17).

Na rozdíl od mužů probíhá onemocnění u žen mírněji a častější je i asymptomatický průběh. Časnými příznaky kapavky u žen jsou příznaky zánětu močové trubice, pálení při močení, po močení a časté nucení na močení (29).

Přičemž nejběžnějším počátečním příznakem této nemoci je výtok z močové trubice, který je řídký a bělavý nebo hlenový, hustý a žlutý (66).

Výtok může být nejen z močové trubice, ale také z děložního hrdla nebo konečníku. Močová trubice je také zarudlá, může svědit nebo pálit (29).

Kapavka muže

Urethritis gonorrhoeica acuta anterior

Onemocnění postihuje distální část urogenitálního ústrojí. Projevuje se brněním až mravenčením, šimráním, bodáním až intenzivní bolestí. Pacienti také uvádí pálení při močení, přítomen je i výtok z močové trubice. Ústí močové trubice bývá červené, zduřelé a vychlíplé (17).

Urethritis gonorrhoeica acuta anterior et posterior

Přechod do zadní části močové trubice znamená, že byla prolomena přirozená bariéra zevního svěrače močové trubice a otevřela se možnost k stoupání infekce po cestách močových i pohlavních. Příznaky jsou v tomto případě buď více vystupňované, bývá retence moči, terminální hematurie, dochází k bolestivým erekcím a polucím nebo naopak jsou potíže málo vyvinuté a přestup infekce se pozná až vyšetřením moči (43).

Gonorrhoea chronica

Chronická kapavka se v dnešní době vyskytuje velmi vzácně. Infekce přetrvává nejčastěji v prostatě. Mezi chronické následky patří např. neplodnost (17).

Asymptomatické formy infekce mohou být často zdrojem infekce u kontaktů. Prevalence u sexuálně aktivních mužů se pohybuje v rozmezí 0,5 – 2 % (26).

Kapavka ženy

Urethritis gonorrhoeica acuta et chronica

Pacientky udávají průběh buď bezpříznakový nebo pálení v močové trubici a při močení, obtížné až bolestivé močení, zduření sliznice močové trubice a hnisavý výtok z močové trubice. S přechodem do chronického stádia projevy ustupují (17).

Cervicitis gonorrhoeica acuta et chronica

Nákaza postihuje zevní ústí hrdla děložního, které je zarudlé, vychlípené a často také lemované krvácivou pseudoerozí (43).

Dochází k výtoku, který je zpočátku hlenový, pak hnisavý, později hlenohnisavý (chronický) (17).

Často dochází ke spojení obou zmiňovaných jednotek. Komplikace nastávají v případech, kdy není zahájena včas léčba. Mezi následky mohou patřit např. hnisavý zánět vejcovodů, neplodnost. Chronická kapavka může mít komplikace i mimo urogenitální trakt (17).

Diagnostika: Samozřejmostí je anamnéza, vyšetření, odběr materiálu. Před stěrem z močové trubice by muž neměl 3 hodiny močit (21).

Kapavku lze stanovit mikroskopickým vyšetřením barveného preparátu (podle Gramma). Je nutné diagnózu potvrdit kultivací na speciálních kultivačních půdách (29).

Stále častěji se používají metody přímého důkazu gonokoků. Tyto testy jsou založeny na průkazu specifické DNA *Neisseria gonorrhoeae* PCR (polymerázová řetězová reakce) (21).

Při zjištění infekce, podléhá kapavka povinnému hlášení. Hlášení je povinností každého lékaře, který kapavku diagnostikuje (29).

Nemocný je také poučen o nemoci, potvrzuje zákaz pohlavního styku do posledního kultivačního vyšetření. Je provedena depistáž možných kontaktů. Provádí se také kontrolní vyšetření, kdy důkazem vyléčení je negativní kultivační nález, který se provádí 3 – 7 dní po ukončení léčby (21).

Léčba: Léčba těchto onemocnění přísluší venerologovi nebo je venerologem řízená. Léčebný postup je v České republice upraven metodickým pokynem České dermatovenerologické společnosti s přihlédnutím k doporučení Světové zdravotnické organizace (29).

K léčbě se používají vhodná antibiotika (59). Přičemž léčba nekomplikovaných forem probíhá ambulantně, zatímco pacienti s komplikovanou formou nebo nemocněním vyvolaným rezistentními kmeny jsou hospitalizováni (29).

V žádném případě není vhodné, aby si nakažený sám diagnostikoval nemoc a naordinoval léčbu (66).

1.4.2 Syfilis (lues, příjice)

Syfilis je chronické infekční onemocnění, které je vyvolané spirochetou *Treponema pallidum*. Onemocnění má širokou škálu příznaků. Průběh bývá intermitentní (přerušovaný) (43).

Onemocnění původně postihuje kůži a sliznici, při neléčení dochází k orgánovým postižením se závažnými komplikacemi (13).

Původce: jednobuněčná spirální bakterie *Treponema pallidum* (26).

Inkubační doba: 9 – 110 dnů, její prodloužení je možné vlivem léčby antibiotiky (17).

Přenos: 95 % přenosu se děje pohlavním stykem, podstatně méně pak krevní cestou, transplacentárně (17).

Přenosnost syfilidy se odhaduje zhruba ve 30 %, u některých jedinců vyvolalo infekci již 10 treponemat. Riziko vrozené syfilidy se odhaduje na 30 – 80 % záleží na délce trvání nemoci u matky (64).

Syfilis lze dělit podle způsobu přenosu:

- **získaná** – 3 stádia onemocnění:

I. stádium (primární syfilis) – dochází k rozvoji tzv. tvrdého vředu (64).

II. stádium (sekundární syfilis) – dochází k rozsáhlému šíření (64).

III. stádium (terciární syfilis) – poruchy centrální nervové soustavy, kardiovaskulárního systému atd. (66).

- **vrozená** (13).

Klinické příznaky: Jak již bylo řečeno, onemocnění se vyvíjí v několika fázích. Každá z nich má vlastní klinické projevy, které bez léčby vedou k velmi vážným následkům a nakonec i ke smrti (66).

Primární syfilis

V počátečním stádiu dochází k rozvoji tzv. tvrdého vředu (ulcus durum). Jeho vznik způsobuje zánět drobných cév a pokles krevního průtoku v infikované oblasti tkáně. Obvykle se objeví asi 3 týdny po přenosu infekce (64).

Tvrký vřed je mělký, jakoby seříznutý, masové barvy, tuhé spodiny vředu. Dochází k sekreci tkáňového moku ze spodiny vředu (vysoce infekční obsah) (13).

Objevuje se v místě vstupu infekce - u žen na cervixu nebo v pochvě. U mužů je vřed umístěn na penisu nebo v perianální krajině. V některých případech je vřed lokalizován i na rtech, sliznici tváře, krčních mandlí nebo prstech. Při zjištění vředu jsou sérologické testy negativní, pozitivita se objevuje za 1 – 4 týdny (29).

Proces vzniku tvrdého vředu je nebolestivý, což je pravděpodobně dáno vstupem treponemat do nervů (64).

Za cca 2 týdny dochází ke zduření spádových mízních uzlin. Opět se jedná se nebolestivý proces. Vřed se zhojí spontánně za 3 – 6 týdnů od vzniku. V místě, kde se vřed vyskytoval zůstává jizva (13).

V tomto stádiu je onemocnění vysoce nakažlivé (29).

Sekundární syfilis

Objevuje se za několik týdnů po primární infekci (29).

V tomto období dochází k rozsáhlému šíření *Treponemy pallidum*, která napadá orgánové systémy a potencionálně veškeré tělesné tekutiny (64).

Typické jsou „chřipkové příznaky“ – teplota, bolest hlavy, bolest v krku apod., včetně zduření mízních uzlin (13).

Mezi charakteristické příznaky sekundárního stádia patří kožní a slizniční projevy – vyrážka, která bývá lokalizována na dlaních nebo ploskách nohou, a výrůstky zvané condylomata lata (64).

Někdy se může také objevit ztráta vlasů, kdy vlasy vypadávají v chomáčích. Dále mohou být postiženy i kosti (záněty okostice), oči, mozkové pleny, ledviny, játra, slezina. V některých případech se vyskytuje i senzorická hluchota (29).

Projevy se opět vyhojí i bez léčby, obvykle během 2 – 6 týdnů. Pokud se pacient neléčí, mohou se během několika následujících let infekce objevit opětovná vzplanutí onemocnění. Po zhojení projevů se infekce stává klinicky němou a nastupuje fáze latence (64).

Fáze latence

Kdykoliv během tohoto období se mohou rozvinout a objevit pozdní příznaky nebo může dojít k přenosu infekce z matky na plod. *Treponema pallidum* během této doby mohou lokálně přetrvávat a navozovat „doutnající“ zánětlivý stav, který se stává podkladem terciární syfilidy (64).

Tato fáze trvá obvykle 2 – 5 let. Od 2. roku se jedná o pozdní latentní stádium (6).

Terciární syfilis

Objeví se za velmi dlouhou dobu (většinou 10 – 20 let) po úvodní infekci. Projevy mohou mít tři základní podoby: manifestující se jako gummata, kardiovaskulární syfilis nebo jako neurosyfilis (64).

Gumma – jedná se o zánětlivý projev připomínající nádor, jenž může být kdekoliv v těle. Začíná jako tužší hrbol, později dochází k měknutí, v centru zkapalňuje a při perforaci naléhající kůže z něj vytéká tekutina (59). Obvykle se nachází v kůži, sliznicích, v kostech, ale také v centrální nervové soustavě, ve vnitřních orgánech nebo v oku (64).

Kardiovaskulární syfilis se objevuje 10 – 15 let po napadení infekcí a postihuje asi 10 % neléčených pacientů. Postihuje zejména aortu a koronární tepny (6). Dochází

k zánětům aorty. Degenerace aorty a ukládání aterosklerotických plátů může vyústit ve vznik výdutě (64).

Neurosyfilis postihuje nervový systém a je přítomen u 6 – 7 % neléčených nemocných (6).

Průběh u vrozené syfilidy se poněkud liší od průběhu získané syfilidy (64).

Čím dříve dojde v těhotenství ke kontaktu s infekcí, tím větší je riziko poškození plodu (29).

Treponemata vstupují přímo do krevního oběhu plodu, proto je zde absence tvrdého vředu. Jelikož jsou treponemata ve všech tkáních plodu, může také dojít k potratu (64).

Infekce v šesti týdnech před porodem onemocnění plodu způsobit nemusí (29).

Klinické známky časně vrozené syfilidy odpovídají spíše sekundární získané syfilidě. Časté jsou i výskyty olupující se kůže, dochází také k postižení nosní sliznice, což může způsobit syfilitickou rýmu s výtokem z nosu. Tento proces dále postupuje a může dojít k zánětu kostí a chrupavek (64).

Pokud se novorozenec narodí se známkami infekce nebo se choroba projeví do dvou let, jedná se o tzv. časnou vrozenou infekci. Pozdní vrozený syfilis je u dětí, u kterých se následně vytvoří stigmata vrozené syfilis, a u těch, u kterých se po druhém roce života vytvoří tzv. Hutchinsonova trias (intersticiální zánět rohovky, soudkovité řezáky a senzorická hluchota). Mezi další znaky patří např. sedlovitý nos, huhňavá mluva aj. Některé děti mohou být ale také zcela asymptomatické (29).

Diagnostika: Diagnóza je stanovena na základě klinického obrazu, epidemiologické anamnézy a výsledků laboratorních vyšetření (10).

Přičemž symptomy onemocnění se liší podle jednotlivých stádií, čemuž také odpovídají diagnostická vyšetření, která zahrnují: metodu prokázání primární léze nebo tvrdého vředu v první fázi, dále krevní vyšetření a v terciárním stádiu je pro určení diagnózy třeba provést punkci mozkomíšního moku (66).

V České republice se provádí u všech novorozenců screening na syfilis z pupečnickové krve (29).

Léčba: Pro léčbu časně syfilis je lékem první volby penicilin (29). Léčba penicilínem je nejefektivnější a náhradní terapie, např. při alergické reakci, nemusí být vždy účinná (64).

Délka léčby trvá kolem 3 – 4 týdnů, kdy následuje dlouhodobé sledování pacienta. Důležité je vyloučení orgánového postižení – oka, centrálního nervového a kardiovaskulárního systému. Samozřejmostí je zákaz pohlavních styků po dobu léčení a dále dle výsledků léčby (13).

1.4.3 Ulcus molle (měkký vřed, chancroid)

Jedná se o onemocnění, které je charakterizováno bolestivým vředem na genitálu a tříselnými abscesy (6).

Vedle těchto vředů je typické zduření mizních uzlin, vznik tzv. bubonů (44).

Původce: gramnegativní bakterie *Haemophilus Ducreyi* (29).

Inkubační doba: 3 – 5 dnů (6).

Přenos: V minulosti se jednalo v Evropě o časté onemocnění, postihující osoby s nízkou hygienou (43).

V České republice se onemocnění v současné době nevyskytuje. Jeho výskyt je však poměrně častý v rozvojových zemích (44).

Postihuje především muže, 8 – 10 x častěji, než ženy. Nosiči jsou ale patrně ženy (43).

Klinické příznaky: V časných fázích se onemocnění projevuje jako vyrážka na hrázi, v pochvě nebo cervixu (29).

U mužů je nejčastější lokalizace v oblasti předkožky, žaludu nebo uzdičky (44).

Později léze splývají, degenerují a vytváří se ohraničený miskovitý vřed. Léze je velmi bolestivá s hojným sekretem, který je infekční (29).

Spodina vředu při stisknutí nebo tření velmi snadno krvácí. Jakmile dosáhne vřed velikosti fazole, již dále neroste a začíná se hojit jizvou (43).

Nález se často komplikuje neschopností přetáhnout předkožku přes žalud tzv. fimózou (26).

Ke zduření uzlin dochází během několika dnů až týdnů. Značné zduření je v oblasti třísel (může být jedno nebo i oboustranné) a vždy je doprovázené bolestí (44).

Zpočátku má kůže nad uzlinami normální barvu, posléze zarudne, vyhladí se a stane se lesklou. Dochází ke srůstání uzlin s kůží a vznikají píštěle z nichž vytéká hnís zbarvený krví (26).

Diagnostika: Klinická diagnóza je spolehlivější, než-li kultivační průkaz bakterie způsobující onemocnění. *Haemophilus Ducreyi* se velmi obtížně izoluje a prokazuje se pouze u třetiny pacientů. Nejlépe se bakterie izolují z hnisu, který se získá punkcí tříselných mizních uzlin (29).

Léčba: Důležitou součástí léčby je dobrá osobní hygiena a omývání postižených míst mýdlem, přičemž vhodné jsou i sedací koupele. Základem farmakologické léčby je podávání vhodných antibiotik (29).

1.4.4 Venerický lymfogranulom (lymfogranuloma venerum)

Jedná se o velmi infekční onemocnění, které se vyskytuje převážně v tropických a subtropických zemích (17).

Původce: bakterie *Chlamyda trichomatis* (sérotypy L1, L2, L3) (17).

Inkubační doba: značné rozpětí, nejčastěji 7 – 21 dnů (43).

Přenos: pohlavním stykem (59).

Klinické příznaky: Mezi první příznaky patří malý, nebolestivý pupínek (papula) nebo uzlík na genitálu (17). Tato papula se posléze rozpadne na vřídek velikosti čočky, který se rychle hojí a stává se, že unikne pozornosti nemocného (43).

Poté postupuje zánět do mizních uzlin, opět v oblasti genitálu (u mužů spíše v oblasti třísel, zatímco u žen v oblasti pánve) (17). Tyto uzliny vznikají prvně na jedné a až později i na druhé straně. Mají tužší konzistenci a jsou mírně bolestivé. Přidávají se bolesti hlavy, horečka, třesavka, bolesti kloubů. Kůže nad uzlinami je modravě červené barvy. (43) Poté dochází ke zhnisání těchto uzlin, které mohou vytvářet abscesy a perforovat, vznikají píštěle, ze kterých vytéká žlutozelený sekret (17).

Je možné pozorovat rozdílný obraz u mužů a u žen. U mužů se tvoří další drobné abscesy v blízké oblasti genitálu. Infekce vyústí v otok zevních genitálií a distorzi penisu (tzv. „saxofonový penis“). U žen dochází k zánětu konečníku, zánětu pojiva kolem konečníku (periproktitida) nebo také ke zúžení konečníku (43).

Diagnostika: Těžištěm zůstává klinický obraz. Kultivační pokus se provádí vždy, ikdyž naděje na izolaci původce je 50 %. Dále se také používal Freiův intradermální test, nebo také průkaz protilátek v séru nemocného (40).

Léčba: Vhodně zvolená antibiotika.

1.4.5 Inguinální granulom (granuloma inguinale, donovanosis)

Jedná se o vleklou nemoc, která se pomalu rozvíjí a postihuje kůži a podkoží genitálií a přilehlých oblastí (45).

Onemocnění se vyskytuje na Nové Guinei, Austrálii, Indii, Africe a v mnoha dalších tropických a subtropických zemích. Ve Velké Británii, USA a u nás je její výskyt vzácný (19).

Původce: gramnegativní tyčinka *Kalymmatobacterium granulomatis* (40).

Inkubační doba: u muže v průměru 13 dnů, u žen 11 dnů (40).

Přenos: Pohlavní styk, převážně u promiskuitních osob s nízkou úrovní hygieny. Infekčnost je poměrně malá, původce se vyskytuje v endemických oblastech jako střevní parazit (45).

Klinické příznaky: Po uplynutí inkubační doby dochází ke vzniku jednoho nebo také několika podkožních uzlíků, které na povrchu kůže erodují. Vznikají ohraničené, většinou nebolestivé vředy, které snadno krvácejí a postupně se zvětšují (19).

Primární ložisko zvětšuje svou velikost. Během několika dnů praskne, krvácí a mění se ve vřed. Tento nehojící se vřed se dále šíří, u mužů do oblasti třísel, u žen k oblasti konečníku. Podkožní uzlíky snadno prasknou a krvácejí, což je právě pro tuto nemoc typickým projevem (45).

Diagnostika: kulturační průkaz Donovanových tělísek (40).

Léčba: Onemocnění bez léčby probíhá chronicky a po delší době může dojít k značné lokální destrukci (59). K léčbě se používají vhodně zvolená antibiotika (19).

1.5 Ostatní pohlavně přenosné nemoci

Dále se jen velmi stručně zmíním o dalších infekcích, jejichž původci jsou přenášeni z muže na ženu sexuálním stykem (38).

Tyto infekce jsou v Příloze 1.

1.5.1 Bakteriální, chlamydiové a mykoplasmové infekce

Převážně většině těchto infekcí byla věnována pozornost již v předchozích kapitolách.

Nákaza chlamydiovými mikroorganismy je podle mnoha autorů, v současné době, po rakovině a AIDS třetím nejzávažnějším problémem světového zdravotnictví.

Chlamydie trachomatis je nejčastějším sexuálně přenášeným patogenem na světě. Promořenost populace je kolem 10 %. Chlamydie velmi často doprovázejí kapavku a u žen způsobují záněty vnitřních pohlavních orgánů (67).

Mykoplasmata, způsobující mykoplasmové infekce, jsou to mikroorganismy, jenž jsou běžně přítomny na poševní sliznici sexuálně aktivních žen. Avšak často bývají součástí abnormální mikrobiální flóry při bakteriální vaginóze. *G. Vaginalis* je např. jedním z nejdůležitějších patogenů podílejících se na vzniku těchto vaginóz (31).

1.5.2 Virové infekce

Jedná se o častá onemocnění, jejichž původci jsou ze široké skupiny virů, přičemž některá onemocnění nelze vyléčit. Lze do určité míry zmírnit nebo zabránit projevům nemoci, nikoliv však virus v lidském organismu zcela zlikvidovat. Do této

skupiny patří virus HIV, oparový virus Herpes simplex, virus bradavic Papilloma virus a virus infekční hepatitidy (13).

1.5.2.1 HIV/AIDS

HIV (human immunodeficiency virus) je virus lidské imunodeficiencie, který způsobuje onemocnění AIDS (Acquired immunodeficiency syndrome) (59).

Onemocnění AIDS se tedy může projevit jako následek infekce HIV, a to zejména v posledním stadiu vývoje viru v organismu (37).

Jedná se o smrtelné onemocnění, které způsobuje postupný rozvrat a vyčerpání imunitního systému (8).

Původce: virus HIV (jsou známy 2 typy –HIV 1, HIV 2) (8).

Inkubační doba: Inkubační doba HIV se pohybuje obvykle v rozmezí 1 - 3 týdnů, poté propukne akutní HIV infekce. Protilátky proti HIV se tvoří již od 2 - 4 týdnů, ale mohou také později. Proto se tedy doporučuje testování k prokázání negativity až po 2 - 3 měsících od rizikového chování (36).

Přenos: Pohlavním stykem, prostřednictvím kontaminovaných jehel a stříkaček u intravenózních uživatelů drog (přenos krví a krevními produkty), přenos z infikované matky na dítě (8).

Např. přenos HIV při nechráněném análním sexu připadá na 5 - 30 případů na 1000 expozic, zatímco přenos prostřednictvím kontaminované krve (krevní transfuze) se pohybuje v rozmezí 900 - 1000 případů (9).

Klinické příznaky: Počáteční příznaky, ke kterým dochází asi u 50 % infikovaných za několik týdnů po nákaze, bývají chřipkového charakteru (8).

Jako varovné příznaky infekce HIV uvedlo Centrum pro kontrolu a prevenci nemocí tyto: rychlé hubnutí, suchý kašel, opakující se horečka, hluboká a nevysvětlitelná únava, zduření lymfatických uzlin v podpaží, tříslech nebo na krku, průjem, který trvá více než týden, bílé skvrny nebo neobvyklé skvrny na jazyku, v ústech nebo v hrdle, zápal plic, červená, hnědá, růžová nebo purpurová skvrnitost na nebo pod kůží, případně v ústech, nosu či na očních víčkách, ztráta paměti, deprese a další neurologické poruchy (11).

Po odeznění zmiňovaných příznaků, nastává dlouhé období latence (0,5 roku – 10 let), kdy je člověk zcela bez obtíží. Poté se začínají objevovat trávicí obtíže, poškození centrální nervové soustavy, rozvrat buněčné imunity a v důsledku toho i různé oportunní infekce (8).

Klinické příznaky AIDS závisí na stádiu onemocnění, závažnosti poruchy imunity, expozice patogenním nebo fakultativně patogenním mikroorganismům, případně přítomnosti eventuálních onkologických komplikací. Do značné, poměrně vysoké míry má vliv i životospráva, výživa a samozřejmě léčba nemocného (4).

Diagnostika: Diagnostika HIV infekce spočívá na nepřímém i přímém průkazu přítomnosti HIV v organismu (3).

Léčba: Základem léčby je vedle profylaxe a včasného zahájení léčby oportunních infekcí protivirová terapie (34).

1.5.2.2 Hepatitida

Existuje několik typů hepatitid. Jednotlivé typy se od sebe liší jak cestou přenosu, tak působením viru (28).

Virus hepatitidy A je vyvolán virem A a vstupuje do těla trávicím ústrojím (prostřednictvím znečištěných potravin a špinavých rukou) (59).

Virus hepatitidy B a C se přenáší tělními tekutinami – nejčastěji krví a pohlavním stykem (28).

Přenos hepatitidy C je možný prostřednictvím pohlavního styku, ale jedná se o méně časté případy, než-li u přenosu krví (6).

Jelikož se v případě hepatitidy typu A nejedná o nemoc přenášenou pohlavním stykem (na rozdíl od hepatitid typu B a C), a ostatní hepatitidy jsou spíše exotické, nebude jim proto v této práci věnována pozornost.

Hepatitida B

Tento typ hepatitidy patří celosvětově k nejčastějším. Virus je obsažen v krvi a tělesných tekutinách (ejakulát, vaginální sekret, sliny, slzy, mateřské mléko) (6).

Inkubační doba se pohybuje v rozmezí 6 týdnů až půl roku, průměrně však 90 dní (59).

Onemocnění má kromě žaludečních a střevních obtíží, časté také příznaky podobné chřipce, dále mohou být příznaky kloubní, kožní nebo neurologické. Po příznacích ohlašujících příchod nemoci (prodromech) dochází k poškození jater s jejich zvětšením, tmavší moči, světlejší stolicí a v některých případech i se žlutým zbarvením kůže a sliznic (ikterus). Pravděpodobnost přechodu do chronicity je nepřímo závislá na věku infikovaného (90 - 95 % novorozenci, 25 - 50 % 1 - 5ti leté děti, 5 - 10 % u starších dětí a dospělých jedinců) (8).

Léčba je spíše podpůrná, doporučuje se klid na lůžku a mírnění obtíží. Využívají se také léky, které chrání jaterní buňky (hepatoprotektiva). Proti tomuto onemocnění se lze nechat očkovat (57).

Hepatitida C

Původcem je virus hepatitidy C, který je rozšířen po celém světě (6).

Infikovaní mohou mít nespecifické obtíže např. přechodná ztráta chuti k jídlu, svědění kůže, pocit napětí v pravém podžebří (15).

Objevují se také žaludeční a střevní potíže, únava, avšak v 50 -70 % akutních infekcí bývá průběh asymptomatický. K přechodu do chronicity dochází u většiny (70 - 80 %) infikovaných. Inkubační doba je v průměru 45 dní, ale může se pohybovat v rozmezí 14-180 dní (8).

Infekce se prokazuje vyšetřením krve (vyšetření protilátek proti viru hepatitidy C). Léčba akutní formy probíhá za hospitalizace na infekčním oddělení a klinikách, podávají se podpůrné léky. Chronická forma se léčí interferony a ribavirinem (15).

1.5.2.3 Herpes genitalis

Herpes genitalis způsobuje výsev drobných puchýřků (viz Příloha 6), které jsou naplněny čirou tekutinou (47).

Původcem onemocnění je Herpes simplex většinou typu II (47). Nemoc se přenáší pohlavním stykem a může se při porodu přenést i na dítě (4).

Inkubační doba se pohybuje v rozmezí 3 – 6 dnů (6).

Mezi klinické příznaky patří puchýřky, které jsou bolestivé na dotek. Po určité době dojde k jejich prasknutí, hojí se strupem. Výskyt se opakuje na stejném místě (47).

V době, kdy nejsou vysety puchýřky, přetrvává virus v organismu infikovaného nadále (6).

Pod vlivem řady různých faktorů (horečka, trauma, močové nebo genitální infekce atd.) dochází k znovupropuknutí infekce (47).

Při léčbě se podává acyklovir (6).

1.5.2.4 Human papilloma virus

Odhaduje se, že nejméně 50 % sexuálně aktivních jedinců má genitální HPV infekci. HPV lze rozdělit na dva typy: tzv. „low risk HPV“ - vyvolávají nezhoubné léze nebo genitální bradavice, a typy „high risk HPV“ nebo-li onkogenní typy, ty jsou považovány za příčinu karcinomu cervixu (8).

K „low risk“ patří typy 6 a 11. Mezi typy „high risk“ řadíme typy 16, 18, 31, 33, 35, 45, 51, 52, 56, 58 (6).

Inkubační doba se pohybuje v rozmezí 2 – 3 měsíců, s rozpětím 1 – 20 měsíců (8).

Condyloma acuminatum – je způsobené Human papilloma virem typu 6, 11 atd., přežívající v hlubších vrstvách pokožky (6).

Způsobuje kožní výrůstky v oblasti zevních orgánů (ženy – především stydké pysky, muži – předkožka a žalud penisu) nebo v okolí análního otvoru (viz Příloha 7). Tyto výrůstky bývají mnohočetné a mohou vytvářet až květákovité útvary s druhotnými změnami (59).

Diagnostika spočívá v klinickém vyšetření, cytologii (6).

Léčba prostřednictvím laseru na dermatovenerologické či urologické klinice (47).

1.5.3 Parazitární onemocnění

Primárně se jedná o infekční kožní onemocnění, které však vzhledem ke své lokalizaci a chování původce patří mezi přenositelné pohlavním stykem (13).

1.5.3.1 Svrab

Onemocnění je způsobeno roztočem, zákožkou svrabovou (*Sarcoptes scabiei*). Samička se zavrtává do kůže, kde tvoří chodbičky a klade zde vajíčka (4).

Klinické příznaky jsou typické, kdy v místech s jemnější pokožkou (meziprstní štěrbiny, genitál, zápěstí, hrudník apod.) jsou čárkovité proužky, na jednom jejichž konci je bělavá hrudka. Postižená místa, zvláště po zahřátí, silně svědí (26).

Inkubační doba je 2 – 6 týdnů (59). Diagnóza se opírá o průkaz parazitů, fragmentů jejich těl nebo vajíček (4). Při léčbě je nutné přelíčit všechny osoby, které s nemocným přišly do styku. Používají se látky obsahující hexachlorcyklohexan, příp. sirná mast (43).

1.5.3.2 Veš ohanbí

Pubické vši (*Phthirus pubis*) jsou plošní paraziti, kteří se vyskytují především v ochlupení genitálu, někdy i na řasách a obočí (66).

Inkubační doba je 3 – 4 týdny. Klinické příznaky jsou následující – svědění genitálním ochlupením, kde lze nalézt vajíčka (hnidy), lpějící na ochlupení, živé jedince a šedomodravé skvrnky v místě sání (13).

Diagnóza je stanovena dle typických příznaků, případně nález parazita nebo hnid. K léčbě se používají volně dostupné přípravky, jenž hubí vši (66).

V současné době je výskyt muněk velmi nízký. Na čemž se pravděpodobně podílí depilace intimních míst a to jak u žen, tak i u mužů (2).

1.5.4 Infekce prvoky

Mezi původce onemocnění zde řadíme *Trichomonas vaginalis* a bičenkou poševní. Muž je často bezpříznakovým nositelem onemocnění. Přenos je díky schopnosti původce přežívat ve vlhkém prostředí a tělesných tekutinách docela častý i nepohlavní cestou. Klinické příznaky u žen – řídký, vodnatý, žlutavý a zpěněný výtok z pochvy. Léčba je antibiotiky a je nutné léčit všechny sexuální partnery (13).

1.6 Preventivní opatření

Narůstající výskyt STD a jejich přesun do nižších věkových skupin je alarmující. V rámci prevence je tedy vhodné zaměřit se na dospívající a mladé dospělé lidi. Je důležité zdůrazňovat zásady bezpečnějšího sexu, pečlivý výběr sexuálního partnera a varovat před promiskuitním chováním (6).

K pravidlům bezpečnějšího sexu patří např. znalost partnera (zvláště jeho zdravotního stavu), používání prezervativu, vyhýbání se kontaktu s ejakulátem, vaginálním sekretem či krví, vyhýbat se také sexuálním „dobrodružstvím“ pod vlivem alkoholu apod. Přičemž k nejjistější způsob prevence STD je sexuální abstinence, monogamní vztah a zodpovědné chování (66).

Tato opatření se týkají všech sexuálně přenosných onemocnění. Samozřejmostí je i dodržování pravidelných hygienických návyků a řešení příznaků některých onemocnění s odborníkem v dané problematice.

1.7 Pomáhající profese

V rámci činnosti pomáhajících povolání jsou myšlena nejrůznější profese vyznačující se „prací s lidmi“ (18).

Existuje však řada povolání, jejichž hlavní náplní je pomáhat lidem: lékaři, zdravotní sestry, pedagogové, sociální pracovníci, pečovatelky, vychovatelky, psychologové apod.(22).

Vyjmenované profese lze zařadit do oblasti zdravotnické, sociální či výchovně-vzdělávací, lze však také hovořit i o pomáhajících profesích v širším kontextu (18).

Velmi podstatnou roli hrají u pracovníků v pomáhajících profesích také lidský vztah mezi klientem a pomáhajícím profesionálem (22).

Od těchto pracovníků je očekáváno jednání, jež respektuje prospěch jiných osob; ochotu pomoci druhému; empatické chování; schopnost sdílení problémů dalších osob apod. (18).

Rozdíl od ostatních profesí, jejichž činnost spočívá v denním kontaktu s lidmi (prodavač, kadeřnice, úřednice...) spočívá ve faktu, kdy v těchto profesích je postačující chování v souladu s konvencí, tj. slušně. Není zde očekáván osobní vztah (22).

Pomáhající profesi lze tedy definovat, jako odbornou profesi, jejíž náplní je takový přístup a jednání vůči druhému člověku, při kterém odborníci poskytují určitou pomoc v dané situaci. Poskytnutá pomoc může mít různé podoby (60).

1.7.1 Pohlavně přenosné choroby v ústavní péči

Zaměřím se na sexualitu lidí s postižením, jelikož právě těmto lidem jsou často sexuální práva upírána. Kolem sexuality lidí s postižením koluje plno mylných informací a smutnou realitou je i sexuální zneužívání těchto osob (52).

V dnešní době je sex spojován s mládím a dobrou fyzickou kondicí, člověk s postižením je považován za asexuálního jedince. Což, samozřejmě, není pravdou – člověk s handicapem je také sexuální bytostí, stejně tak, jako lidé bez mentálního, fyzického či kombinovaného omezení (16).

Z výzkumu, který byl proveden v roce 1988 se ukázalo, že 83 % žen a 32 % mužů s mentálním postižením bylo sexuálně zneužito. 49 % zneužitých mentálně postižených osob bylo zneužito desetkrát a více (52).

Ani osobám s postižením se nevyhýbají sexuálně přenosné nemoci. Ze studie provedené ve 44 státech USA bylo například zjištěno, že virem HIV, případně nemocí AIDS bylo nakaženo 45 osob. Předpokládá se však, že ve skutečnosti bude číslo několikrát násobně vyšší (24).

2. Cíl práce

Cílem této práce bude náhled a porovnání úhlu pohledu na danou problematiku (sexuálně přenosné choroby) z různých pracovních pozic vybraných zástupců pracovníků v pomáhajících profesích.

Pod slovem náhled, mám na mysli, zjištění postoje respondenta k danému tématu.

Úhel pohledu je myšlen, jako postoj (názor, orientace v problematice zmiňovaných nemocí a jejich dopadech apod.), jež sice spojuje okruh pracovníků pomáhajících profesí, ale liší se oblastí, ve které působí (např. zařízení sociálních služeb dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, školská zařízení apod.).

Zároveň v závěru výzkumné části vyplynou i odpovědi na stanovené výzkumné otázky.

Výzkumné otázky:

1. Jaká je informovanost o sexuálně přenosných nemocech u pomáhajících profesí?
2. Jak se liší úhly pohledu (názory) na problematiku sexuálně přenosných nemocí z různých pozic pracovníků v pomáhajících profesích?
3. Jaká je situace ohledně sexuálně přenosných nemocí v oblasti, ve které působí jednotliví zástupci pomáhajících profesí?
4. Zda-li a případně v čem spatřují podstatu problému narůstajícího počtu nemocných sexuálně přenosných nemocí?
5. Zda-li vidí nějaké možné řešení ke zlepšení současné situace sexuálně přenosných nemocí?

3. Metodika

3.1 Výzkumná metoda

Ke sběru informací byla zvolena kvalitativní forma výzkumu. Vybranou metodikou byl položený rozhovor s vybranými zástupci pomáhajících profesí. Malou, nicméně ne nedůležitou součástí, tvořilo i pozorování respondentů při jednotlivých rozhovorech.

Rozhovor byl rozdělen na 3 části:

- 1) základní informace o respondentovi, organizaci, ve které pracuje a klientech
- 2) obecná část, jenž se týká převážně informovanosti
- 3) osobní část, kde jsou vyjádřeny názory a osobní postoje jednotlivých pracovníků

Interview bylo prováděno v klidném, nerušeném prostředí, převážně u respondentů doma, bez přítomnosti jiných osob. Ze všech rozhovorů byl pořízen záznam, jenž byl doplněn i o poznatky z pozorování (neverbální projevy) respondenta. Délka během níž interview probíhalo byla různá (90 – 120 minut).

Výsledky výzkumu, vzhledem k počtu respondentů, není možné generalizovat, nicméně poskytly nové poznatky.

Vyplývající hypotézy by bylo dobré následně otestovat v kvantitativním výzkumu.

Písemný souhlas respondentů se záznamem rozhovorů je uchován, příp. k dispozici k nahlédnutí, u tazatele.

3.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný soubor tvořilo šest náhodně vybraných respondentů (školní psycholog, terénní sociální pracovník, sociální pracovník, pečovatelka, zdravotní sestra, pedagog).

Tři respondenti pocházeli ze Zlínského kraje, dále po jednom z Jihočeského kraje, Západočeského kraje a Vysočiny.

Většina z dotazovaných zástupců pomáhajících profesí (pět) měla vysokoškolské vzdělání, jen jeden měl vzdělání středoškolské. Nejmladší respondent měl 25 let a nejstarší 48 let.

Všechny respondenty jsem před započítím rozhovoru požádala o souhlas se záznamem, dále jsem je také informovala o zachování jejich anonymity, včetně jimi poskytnutých informací.

4. Výsledky

4.1 Zástupce pomáhající profese číslo 1

1. část:

Respondent: profese: kontaktní a sociální pracovnice

pohlaví: žena

věk: 27 let

délka praxe: 2 roky

Respondent pracuje v Jihočeském kraji v kontaktním a doléčovacím centru pro osoby závislé na drogách.

Počet klientů je více než 300 ročně, kdy početně převažují muži nad ženami, průměrný věk je 26,5 let. Většina žije ve squatech, případně přímo na ulicích. Špatná úroveň bydlení se podepisuje také na zdravotním stavu klientů (flegmóny, kazivost zubů, nedostatečná výživa apod.)

Na pracovišti se respondent s klienty, kteří mají pohlavně přenosné choroby setkává poměrně často.

Problematická situace, jenž někdy na pracovišti respondenta nastává, je provozování sexuálních praktik klientů na toaletách a ve sprchách.

2. část:

1. problematika STD – obecně

V zařízení se respondent setkává s velmi pestrou škálou zdravotních potíží, včetně pohlavně přenosných nemocí.

Vzhledem k cílové skupině, s nimiž je pracováno, je, ze strany pracovníků, této problematice věnována pozornost ve vyšší míře.

Sexuálně přenosné nemoci, které respondent vyjmenoval: HIV, AIDS, syfilis, kapavka, svrab, veš muňka, žloutenka, genitální opar.

2. problematika STD a klienti, se kterými respondent pracuje

Vzhledem k podmínkám, ve kterých narkomani žijí, nezodpovědnému jednání pod vlivem drog, promiskuitě a vůbec celkově k jejich životnímu stylu, je více než zřejmé, že výskyt pohlavně přenosných nemocí je u nich častější, než-li u většinové populace.

Počátečním příznakům většina klientů nevěnuje pozornost, čímž tedy mizí možnost zahájení včasné léčby, ale narůstá pravděpodobnost nevědomého šíření nemocí.

2.1. informovanost ostatních pracovníků v zařízení

Klienti se často ptají nebo přímo ukazují příznaky různých nemocí a pracovníci, se samozřejmě, klientům snaží podat relevantní informace.

Přehled o pohlavně přenosných nemocech mají všichni pracovníci orientační.

Větší pozornost a tudíž i více informací mají o HIV/AIDS a žlutence, které jsou častým dotazem klientů.

3. problematika sexuality klientů

Promiskuita u klientů je opravdu vysoká. Především u těch, kteří obývají squaty, zde je časté střídání sexuálních partnerů považováno za normální, nicméně používání prezervativů je zde velmi výjimečné.

Prostituce je méně častá, na čemž se nemalou měrou podílí na první pohled zřejmý špatný zdravotní stav, ale také zanedbaný vzhled uživatelů/uzivatelek drog.

4.informovanost klientů

Míra informací o pohlavně přenosných nemocech, ale i celkově o všech nemocech je u jednotlivých klientů velmi rozdílná.

Starší klienti, měli především v 80. a 90. letech kapavku, ti příznaky poznají a mnozí z nich si ji dokonce i sami léčí.

Klienti se velmi často radí mezi sebou, poté si nelegální cestou seženou potřebné léky a léčí se sami, případně s pomocí kamarádů.

V některých případech dochází za pracovníky s prosbou o radu, předběžné stanovení diagnózy a získání potřebných léků. Všichni klienti, u kterých je podezření na jakoukoliv nemoc, jsou odesláni na vyšetření k lékaři.

5.spolupráce s jinými organizacemi

Spolupráce se zdravotnickými zařízeními je celkově špatná. Klienti nemají v tyto zařízení důvěru, raději se ošetřují sami, případně od pracovníků zařízení.

Lepší je spolupráce s lékaři zajišťující substituční léčbu.

6.dostupnost informačních materiálů

Klienti si mohou vzít informační letáčky v kontaktní místnosti a pracovníci, jim rádi zodpoví veškeré dotazy spojené se sexualitou a s ní spojenými problémy.

3.část:

1.zájem o STD

Respondent se o danou problematiku zajímá. Zájem vyplývá částečně i ze zájmu klientů, aby jim bylo možno podat dostatek informací.

2.informace o dané problematice

Otázky klientů se často vztahují k nemoci AIDS, proto je tedy této nemoci věnována větší pozornost a informace se studují do větší hloubky, než-li u ostatních nemocí.

3.zdroj informací

Hlavním zdrojem jsou odborné publikace, ale také internet, informační materiály určené klientům, příp. poradenství s odbornými lékaři.

Doplňkově také diskuze s kolegy a klienty. Tyto informace jsou však brány jen jako orientační. Respondent si je vědom faktu, že se nemusí vždy jednat o pravdivé údaje.

4.vzdělávání na pracovišti ohledně STD

Respondent na daném pracovišti neprošel žádnou z forem vzdělávání (přednáška, konference, diskuze s odborníkem apod.) ohledně této problematiky.

5.tabuizace

Ve společnosti se osoby, které sexualitu a vše s ní spojené, budou za tabu považovat pravděpodobně najdou.

Klienti však pracovníkům důvěřují, nemají tedy problém se svěřit i s intimními problémy.

6.podstata problému narůstajícího počtu osob nakažených STD

Podle respondenta tkví problém především v narůstající promiskuitě společnosti. Lidé ztrácí obavy z případných nemocí, mnozí mladí lidé nemají o těchto nemocech ani základní informace.

Většina sexuálně aktivních osob řeší možnosti, jak lze zabránit nechtěnému otěhotnění, ale na nemoci a s nimi spojenými dopady nemyslí.

Roli zde hraje i neochota, především mužské populace, používat prezervativy. O možnostech používání ženských prezervativů mnoho žen doposud ani netuší.

Nemalou měrou se na zvýšení výskytu těchto nemocí podílí i média. V reklamách, ale i filmech je zdůrazňována přitažlivost lidského těla, a střídání partnerů je bráno jako zcela normální. Negativní dopad má i samotné, často promiskuitní, chování filmových hvězd, které mnozí mladí lidé mají za svůj vzor.

7.možnost snížení výskytu

Jako cestu, vedoucí k možnosti snížení výskytu sexuálně přenosných onemocnění, spatřuje respondent ve zvýšení pozornosti věnované primární prevenci a to již u žáků, na prvních stupních základních škol.

8.situace v oblasti, ve které působí

Statistiky respondent nesleduje, ale z vlastního pozorování vyvodil závěr, že situaci narůstajících počtů osob nakažených těmito nemocí, je skutečně potřeba nějakým způsobem řešit.

volné dodatky respondenta:

Špatná spolupráce a nedůvěra klientů ve spolupráci se zdravotnickými zařízeními je dána zkušeností, kdy při úrazech, které vyžadovaly lékařské ošetření bylo klientům na pohotovosti opakovaně odmítnuto ošetření.

K rozpoznání příznaků některých nemocí bylo dále dodáno, že např. svrab respondent pozná, ale kdyby nebyli klienty informováni o tom, že mají např. syfilis nebo HIV, tak nemohou dané onemocnění poznat.

poznámky tazatele:

Respondent zmínil k otázce zodpovědného chování klientů fakt, že pokud se jedná o léčitelnou nemoc (např. syfilis), klienti se převážně chovají nezodpovědně – nechodí na kontroly, nedodržují léčebná opatření, špatně spolupracují se zdravotnickým personálem apod., zatímco v případě nákazy HIV, došlo k obratu v chování klienta. Klient je velmi zodpovědný, sexuálně abstinuje (obavy z možného protržení prezervativu a nakažení jiné osoby), jehly k aplikaci drog nepůjčuje ba naopak sám začal měnit sterilní materiál za použitý.

4.2 Zástupce pomáhající profese číslo 2

1. část:

Respondent: profese: sociální pracovnice Denního centra pro lidi bez domova

pohlaví: žena

věk: 48 let

délka praxe: 4 roky

Respondent pracuje s klienty bez domova, kterým se snaží poskytnout na přechodnou dobu pomoc, podporu a zázemí pro zajištění základních životních potřeb.

Kapacita denního centra je 15 osob, přičemž za den projde zařízením asi 20 osob (za rok přibližně 120 klientů). Početně převažující klientelu tvoří muži, ženy tvoří asi čtvrtinu celkového počtu. Věkové rozložení je různé, nejmladšímu bylo 18 let a nejstaršímu 60 let.

Bez domova, resp. na ulici žijí klienti průměrně 4 roky.

2. část:

1. problematika STD - obecně

Ze pohlavně přenosných onemocnění byl vyjmenován: syfilis, AIDS, žloutenka, svrab, kapavka a genitální opar. Dále respondent dodal, že onemocnění je více, ale na další si asi již nevzpomene.

2. problematika STD a klienti, se kterými respondent pracuje

V denním centru pro lidi bez domova se problematikou pohlavně přenosných nemocí nikterak více do hloubky nezabývali.

Jedna klientka se sice živila prostitucí, ale zdravotní problémy neměla a o prostituci, a s ní souvisejícími problémy, se bavit nechtěla.

2.1. informovanost zaměstnanců

Respondent uvedl, že informovanost je u všech pracovníků orientační.

Ale některé, na první pohled zjevné, typické příznaky pro dané onemocnění poznají.

Všichni pracovníci jsou zdravotně proškolení a v případě podezření na tento problém u klienta, mají povinnost zajistit lékařskou péči.

3. problematika sexuality klientů

Jak již bylo uvedeno, tuto problematiku nebylo v zařízení potřeba doposud řešit.

Noclehárna je rozdělena podle pohlaví (jedná se o dvě samostatné, oddělené místnosti), což je klienty plně respektováno.

Onemocnění a jeho potenciální šíření je možné u prostituujících klientů, se kterými jsou ochotni se na dané téma bavit a případně poskytnout poradenství pracovníci daného zařízení nebo si mohou sami klienti vyhledat informace v letáčích a brožurách, které jsou k dispozici ve společných prostorách nebo také na internetu.

4. informovanost klientů

Dle mínění respondenta nízká. Klienti vědí, že existují tyto nemoci, ale příznaky nepoznají.

O sexualitě a s ní spojených rizicích diskutovat nechtějí a zdravotní problémy, pokud je příliš „neobtěžují“ neřeší.

Informace z vlastní iniciativy nevyhledávají, o čemž svědčí například i nezájem o informační materiál ve společných prostorách.

5.spolupráce s jinými organizacemi

Pokud jde o informační materiál (letáky, brožury apod.) není velký problém je získat, domluva je dobré úrovni.

Horší je situace, pokud se týká přímé práce zdravotnických pracovníků s klienty. Zde se pracovníci potýkají s problémy, ale vše se, samozřejmě, odvíjí od osobnosti lékaře.

6.dostupnost informačních materiálů

Informačních materiálů je v zařízení k dispozici poměrně dost.

3. část:

1.zájem o STD

Pracovníci z vlastní iniciativy tyto informace nevyhledávají.

2.informace o dané problematice

Jak již bylo řečeno z vlastní iniciativy, tyto informace nejsou vyhledávány.

3.zdroj informací

Pokud se v zařízení objeví potřeba tuto problematiku řešit, vyhledávají se informace především z informačních materiálů, které jsou k dispozici klientům.

4.vzdělávání na pracovišti ohledně STD

Vzdělávání zaměřené jen, nebo z převážné části, problematice sexuality a sexuálně přenosných chorob, v zařízení uskutečněno nebylo. Předávání informací probíhá na pracovních poradách.

5.tabuizace

Tabuizace v zařízení není. Pracovníci vnímají dané téma jako aktuální a otevřené.

6.podstata problému narůstajícího počtu osob nakažených STD

Jako největší problém je zde spatřována nedostatečná osvěta – informovanost veřejnosti, a to především mladistvých osob.

Příznakům a dopadům (zdravotních, sociálních...) těchto nemocí by měla být věnována podstatně větší pozornost.

Osoby, prostituující nebo promiskuitní berou tuto problematiku na příliš lehkou váhu.

7.možnost snížení výskytu

Větší informovanost, zdůraznění dopadů onemocnění a přebrání osobní zodpovědnosti za své chování.

8.situace v oblasti, ve které působí

Problematika zodpovědného sexuálního chování se týká všech osob.

Jelikož se však s potřebou řešit otázky sexuálně přenosných onemocnění pracovníci tohoto zařízení nesetkali, nesledují a nijak více nevyhledávají informace o situaci této problematiky u své cílové skupiny osob.

volné dodatky respondenta:

Problematika se týká spíše větších měst, než-li je Valašské Meziříčí (Zlínský kraj), kde se zařízení nachází.

Nicméně osvěta, nebo nějaká forma šíření informací ohledně této problematiky nebyla respondentem v daném městě vůbec zaznamenána. Přičemž i převážná část informačních materiálů je získávána z ordinací gynekologů.

Problém spolupráce lékařů s klienty je spatřován v předsudcích a předem odmítavém postoji zdravotníků k lidem bez domova.

Stigmatizace, jako taková, je překážkou ve všech rovinách života cílové klientely.

poznámky tazatele:

Jako ne příliš vyhovující vnímám fakt, že klientům nejsou k dispozici zdarma prezervativy.

Největším problémem, zde není neuvědomění si pozitivních přínosů tohoto preventivního opatření, nýbrž nedostatek financí k jejich obstarání, a také fakt, že většina klientů je závislá na alkoholu, a tudíž se snaží zpeněžit vše, co mohou dostat zdarma.

Zaměříme-li se na stigmatizaci, domnívám se, a nejen já, ale i ostatní pracovníci daného zařízení, souvislosti s nedostatečnou hygienou klientů. Faktem je, že ji není věnována dostatečná pozornost. Od zanedbaného vzhledu a případného zápachu, se pak odvíjí neochota spolupráce pracovníků jiných zařízení, se kterými posléze lidé bez domova jednají a vyřizují si potřebné záležitosti.

4.3 Zástupce pomáhající profese číslo 3

1. část:

Respondent: profese: pedagog

pohlaví: muž

věk: 28 let

délka praxe: 3 roky

Respondent pracuje v Západočeském kraji na druhém stupni základní školy.

Práci s dětmi se věnuje i ve volném čase, jakožto vedoucí volnočasového kroužku.

Se závažnějšími problémy, které by se týkaly problematiky sexuality se neseťkal.

2. část:

1. problematika STD - obecně

Ze sexuálně přenosných onemocnění respondent vyjmenoval: HIV, AIDS, kapavku, syfilis, žloutenku, chlamýdie.

2. problematika STD a klienti, se kterými respondent pracuje

Respondent pracuje s dětmi od 12 – 15 let. Otázka sexuality se tedy týká spíše experimentů, než-li samotného pohlavního styku. Nicméně problematika sexuality a vztahů je častým námětem hovorů.

2.1. informovanost pedagogů

Pedagogové do jejichž učebních osnov spadá i problematika sexuality, pohlaví, zdraví člověka apod. mají informace nastudovány podrobněji, než-li ostatní pedagogové, u kterých jsou informace jen orientační.

3. problematika sexuality klientů

Během doby, kdy respondent pracuje s dětmi nebylo potřeba řešit žádný problém.

Jak již bylo řečeno, klienti spíše experimentují. Ale najdou se, samozřejmě, i tací, kteří byt' ještě nepřekročili hranici 15ti let, již mají zkušenosti s pohlavním stykem. Tyto informace se však pedagog dozví jen náhodně z rozhovorů ostatních studentů.

4. informovanost klientů

Informace se k žákům dostávají v rámci výuky, ale také prostřednictvím preventivních programů, které zajišťují jiné organizace, s nimiž škola spolupracuje.

Jedná se především o preventivní přednášky týkající se dospívání, sexuality a nástrah či rizik s těmito vývojovými fázemi člověka spojenými.

5. spolupráce s jinými organizacemi

Spolupráce s organizacemi či lékaři, kteří provádějí preventivní přednášky, diskuze či jiné formy preventivních programů je na velmi dobré úrovni.

6. dostupnost informačních materiálů

Jako velmi přínosné považuje respondent videonahrávky a diskuze ve výuce.

Letáky a brožury se k studentům dostávají většinou na konci jednotlivých preventivních programů, jinak jsou k dispozici u výchovného poradce.

3. část:

1.zájem o STD

Informace respondent nevyhledává, pokud tedy něco konkrétně nepotřebuje. Článcům v médiích, tedy spíše populární, než-li odborné zdroje informací, si respondent přečte, ale jen spíše ze zvědavosti než pro rozšíření vědomostí.

2.informace o dané problematice

Jak již bylo uvedeno, respondent, aktivně nevyhledává.

3.zdroj informací

Spíše populární články v časopisech nebo na internetu.

Respondent si je vědom toho, že tyto články nemusí být zcela pravdivé, proto tyto informace bere spíše jen jak orientační.

Pokud je potřeba získat validní informace, získává je z odborných publikací.

4.vzdělávání na pracovišti ohledně STD

Daná problematika nespadá do osnov vyučovaných předmětů respondenta.

Nicméně vyučující jsou přítomni jako dozor na preventivních programech žáků, tudíž i oni zde naslouchají informacím, jenž jsou určeny především studentům.

5. tabuizace

Jako tabu je sexualita brána u mladších žáků (první stupeň), i když i mezi nimi již odpadají zábrany.

Mezi staršími žáky a vůbec celkově lidmi do třiceti let téma rozhodně tabuizováno není, ba naopak, jedná se o docela často diskutované téma.

Respondent se dále domnívá, že s rostoucím věkem, roste i ostych o sexualitě mluvit.

6. podstata problému narůstajícího počtu osob nakažených STD

Chování sexuálně aktivních osob, promiskuita, vliv médií, které sexuálními nárážkami přímo „čiší“ a také neuvědomění si rizik, souvisejících s pohlavním stykem s náhodnými sexuálními partnery.

7. možnost snížení výskytu

Respondent uvedl, že zvýšením informovanosti lze pravděpodobně částečně omezit nárůst těchto onemocnění, nicméně pokud si každý jedinec tato rizika neuvědomí, nezačne jednat s rozmyslem a nebude se chránit, žádná osvěta nepomůže.

8. situace v oblasti, ve které působí

Vzhledem k tomu, že respondent nevyhledává informace týkající problematiky pohlavně přenosných onemocnění, netuší, jaké procento mezi osobami s těmito nemocemi zaujímají mladiství lidé, případně kolik je nemocných v České republice apod.

volné dodatky respondenta:

Podle respondenta by měly být prezervativy za nižší ceny, v ideálním případě zdarma. Argument byl podpořen názorem žáka, kterého učil, jež uvedl, že než si kupovat kondomy za 30 Kč, tak si raději koupí pivo, protože většina holek stejně užívá antikoncepční prášky a nemoci se přece dají vyléčit.

poznámky tazatele:

žádné

4.4 Zástupce pomáhající profese číslo 4

1. část:

Respondent: profese: školní psycholog

pohlaví: žena

věk: 33 let

délka praxe: 7 let

Respondent pracuje ve Zlínském kraji na základní škole, která má celkem 860 žáků. Většina z nich je bezproblémových. V případě, že se nějaké problémy objeví, týkají se převážně nevhodného chování, což velmi často souvisí s případnou poruchou pozornosti typu ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorders).

Se závažnějšími problémy, které by se týkaly problematiky sexuality se nesetkal.

2. část:

1. problematika STD - obecně

Ze sexuálně přenosných onemocnění respondent vyjmenoval jen tři nemoci (AIDS, kapavka, syfilis), nad ostatními přemýšlel, nicméně si na žádné jiné nevzpomněl.

2. problematika STD a klienti, se kterými respondent pracuje

Respondent uvedl, že tato problematika se týká všech osob, protože některé nemoci, jako např. AIDS se přenáší z matky na dítě, tudíž se týká i těch, kteří ještě nejsou sexuálně aktivní.

Samozřejmostí je i prevence, která by se měla týkat především osob, které s pohlavním životem teprve začínají.

2.1. informovanost pedagogů

Respondent uvedl, že ohledně této problematiky jsou do větší hloubky informováni pedagogové, kteří tuto problematiku mají zahrnutou v osnovách předmětů, jenž vyučují. Dále se domnívá, že u těch osob je informovanost na dostačující úrovni k poskytnutí základní informací. Úroveň informovanosti ostatních pedagogů obsahuje základní poznatky.

3. problematika sexuality klientů

Problematika sexuálního chování žáků, především druhého stupně základní školy, spočívá spíše ve fázi, kdy vyhledávají informace, diskutují nad nimi s kamarády, než-li přímo pohlavního styku. Ale samozřejmě jsou i tací, kteří již nejrůznější sexuální praktiky vyzkoušeli.

Nemalou měrou se na posouvání těchto hranic, kdy se přechází od teorie k praxi, zcela jistě, podílí i média.

4. informovanost klientů

Informace, které se poskytují v rámci výuky jsou, dle mínění respondenta, dostačující. Navíc žáci si tyto informace vyhledávají do značné míry i sami, jelikož se jedná o téma mezi teenagery velmi zajímavé. Otázkou ovšem je, do jaké míry jsou tyto informace (podávané v neodborných zdrojích, kde jsou tyto informace vyhledávány nejčastěji) pravdivé.

5.spolupráce s jinými organizacemi

Pokud jde o prevenci, je spolupráce s jinými organizacemi na dobré úrovni.

Situaci spolupráce se zdravotnickými zařízeními např. u nezletilých matek, nemůže respondent posoudit, jelikož podobnou situaci nezažil.

6.dostupnost informačních materiálů

Letáků, brožůrek apod. je na pracovišti poměrně dostatek. Problémem ovšem je, že někteří pedagogové s nimi neumí dostatečně pracovat (zařadit je do výuky).

3. část:

1.zájem o STD

Respondent se sám, z vlastní iniciativy o danou problematiku nezajímá, nevyhledává takto zaměřené články v médiích ani odborné publikace.

Domnívá se, že má základní přehled a je-li to potřeba, tak si informace dohledá.

2.informace o dané problematice

Jak již bylo řečeno, respondent, z vlastní iniciativy, tyto informace nevyhledává.

3.zdroj informací

Pokud tedy již nějaké informace vyhledává, zaměřuje se především na odbornou literaturu, důvěryhodné zdroje na internetu, případně se zeptá kolegů nebo jiných pracovníků, kteří mají o této problematice lepší znalosti

4.vzdělávání na pracovišti ohledně STD

Pracoviště se snaží vycházet maximálně vstříc (samozřejmě s ohledem na finanční situaci) pedagogům, jenž mají otázku sexuality ve svých učebních osnovách.

5.tabuizace

Ohnisko zájmu není zaměřeno na tuto problematiku, ale o tabuizaci jako takové, hovořit nelze.

6.podstata problému narůstajícího počtu osob nakažených STD

Nárůst počtu osob s pohlavně přenosnou nemocí nebo nemocemi souvisí pravděpodobně se sníženou obezřetností, kdy lidé nevnímají tolik rizika a jsou celkově rozvolněnější.

Roli hraje i fakt, že na téměř všechny tyto nemoci jsou léky, což případné obavy z nákazy, ještě více odsune do pozadí mysli.

7.možnost snížení výskytu

Jelikož se respondent o danou problematiku nezajímá poněkud více do hloubky, nenapadá jej, žádné řešení, jak by bylo možné narůstající počty těchto nemocí omezit.

8.situace v oblasti, ve které působí

Otázka sexuality a s ní spojených i sexuálně přenosných chorob se žáků základních škol týká, ale jelikož se s těmito problémy nesetkal, tak se do větší hloubky o situaci mezi mladistvými nezajímal.

volné dodatky respondenta:

žádné

poznámky tazatele:

U vyjmenovávání pohlavně přenosných chorob, bylo na respondentovi vidět, že jej trápí, že si na další choroby nemůže vzpomenout (přemýšlení „nahlas“, mimika, gesta apod.).

Dále uvedl, že není problém s dostupností informačních materiálů, nicméně některé brožury byly až 14 let staré.

4.5 Zástupce pomáhající profese číslo 5

1. část:

Respondent: profese: pečovatelka

pohlaví: žena

věk: 27 let

délka praxe: 5 let

Respondent pracuje se seniory, jejichž věk je 65 let a více. Celkový počet klientů je 35, v poměru 20 žen : 15 mužům, s různou mírou soběstačnosti. Zařízení (Domov pro seniory), kde respondent pracuje se nachází v kraji Vysočina.

2. část:

1.problematika STD - obecně

Respondent předem uvedl, že se o danou problematiku nezajímá, tudíž tomu bude odpovídat i míra jeho informovanosti.

Ze sexuálně přenosných onemocnění si vzpomněl jen na kapavku.

2.problematika STD a klienti, se kterými respondent pracuje

Po celou dobu, co respondent v daném zařízení pracoval, se s problémy týkající se sexuálně přenosných chorob neseťkal.

U několika pacientů se vyskytlo onemocnění vyvolané Zákožkou svrabovou, která se však rozšířila vinou nedostatečné hygieny.

2.1.informovanost ostatních spolupracovníků

Úroveň lze jen velmi těžko posuzovat. Domnívá se však, že mladší kolegové budou mít informace lepší, jelikož školu opustili v kratší době, než starší spolupracovníci.

3.problematika sexuality klientů

Vzhledem k věku klientů a jejich zdravotnímu stavu, se problémy v oblasti sexuality, resp. pohlavně přenosných nemocí, nevyskytují.

Někteří klienti, alespoň podle jejich vyprávění, však ve svých mladších letech sexuální partnery poměrně často střídali, především muži.

Nutno však dodat, že se jedná o fakta, která nemusí vždy zcela korespondovat s realitou, jelikož se jedná o vzpomínky klientů.

4.informovanost klientů

Informace, které klienti mají, pochází převážně z dřívějších dob, proto se lze domnívat, že mnohé jsou zastaralé a některé neúplné či zkreslené.

Nepravdivé informace kolují mezi seniory převážně o HIV/AIDS.

5.spolupráce s jinými organizacemi

Respondent si není vědom spolupráce s organizací, která by zajišťovala služby nebo vzdělávání ohledně dané problematiky.

6.dostupnost informačních materiálů

Letáky či brožury, které by bylo zaměřeny na sexualitu, se v zařízení nevyskytují.

Klienti však mají přístup k televizi nebo internetu, kde si mohou informace vyhledat. Dále se mohou také zeptat personálu nebo zažádat o zapůjčení literatury, která se této problematice věnuje.

3. část:

1.zájem o STD

Respondent se o danou problematiku nezajímá.

2.informace o dané problematice

Respondent informace nevyhledává a v mediích jim nevěnuje pozornost.

3.zdroj informací

Pokud by bylo potřeba, informace by nejspíše hledal na internetu a u mladších kolegů.

4.vzdělávání na pracovišti ohledně STD

Respondent se žádného vzdělávání, které by bylo zaměřeno na sexualitu, pohlavně přenosné choroby nebo témata, které by s touto problematikou jakkoliv souvisely, nezúčastnil.

5.tabuizace

Otázky sexuality, nemocí souvisejících se sexuálním životem či nahoty, pro seniory, do jisté míry, tabu představují.

I když nelze tuto odpověď zevšeobecňovat, jelikož záleží na osobnosti seniora.

6.podstata problému narůstajícího počtu osob nakažených STD

Nezodpovědné chování mladých lidí, kteří si neuvědomují rizika a dopady svého neuváženého jednání.

Roli zde sehrává i nízká úroveň vzdělanosti populace, s čímž souvisí nedostatek informací o šíření těchto onemocnění.

7.možnost snížení výskytu

Osvěta, která by byla zaměřena na širokou veřejnost, od mladistvých až po starší občany.

8.situace v oblasti, ve které působí

Jak již respondent uvedl, problematika sexuálně přenosných onemocnění jej nezajímá, proto tedy informacím tohoto směru nevěnuje pozornost.

volné dodatky respondenta:

žádné

poznámky tazatele:

Nad okruhem otázek týkajících se problému narůstajícího počtu onemocnění, bylo na respondentovi možno spatřit známky neklidu, které se projevovaly v neverbálním projevu (zvýšená gestikulace, poposedávání, zrychlená mluva...).

4.6 Zástupce pomáhající profese číslo 6

1. část:

Respondent: profese: zdravotní sestra

pohlaví: žena

věk: 48 let

délka praxe: 12 let

Respondent pracuje ve Zlínském kraji v nemocnici, na chirurgickém oddělení, kde se setkává s různě starými klienty, kteří mají rozličné druhy zranění.

Během své praxe, se sexuálně přenosnými nemocemi setkal jen asi ve dvou případech.

2. část:

1.problematika STD - obecně

Respondent vyjmenoval tyto nemoci: kapavka, syfilis, AIDS, genitální opar, HPV a žloutenku.

Domnívá se, že podle příznaků, by v pokročilých stádiích, pravděpodobně, některá onemocnění (jako např. žloutenku nebo genitální opar) rozpoznal.

2.problematika STD a klienti, se kterými respondent pracuje

V rámci své práce se s klienty o těchto nemocech nebaví. Přihlédne-li se však k různé věkové i vzdělanostní struktuře pacientů, lze předpokládat i různou míru informovanosti.

2.1.informovanost ostatních spolupracovníků

Nejvyšší stupeň informací mají lékaři, věnující se problematice těchto nemocí a pracující personál na těchto odděleních.

Zdravotní sestry, které pracují na jiných odděleních, mají, dle respondenta, poznatky a přehled o příznacích některých těchto onemocnění orientační.

3.problematika sexuality klientů

Otázky sexuality se na chirurgickém oddělení neřeší, jedná se o čistě soukromé záležitosti pacientů.

4.informovanost klientů

Respondent může soudit, jen na základě poznatků z rozhovorů, kdy si s pacienty nezávazně povídá ve volnějších chvílích své pracovní doby.

Stupeň informovanosti koreluje s věkem. Starší pacienti mají převážně méně informací a ty, které mají jsou často zkreslené nebo neodpovídající novým vědeckým poznatkům.

5.spolupráce s jinými organizacemi

Spolupráce s venerologickými nebo gynekologickými odděleními je dobrá.

6.dostupnost informačních materiálů

Na odděleních, které se těmto nemocem věnují je informačních letáků, televizních spotů a brožur v čekárnách dostatečné množství.

3. část:

1.zájem o STD

Cíleně vzdělávací materiály k této problematice respondent nevyhledává, pokud ale v televizi běží dokumenty týkající se sexuality nebo se v tištěných médiích objeví tyto články, věnuje jim pozornost.

2.informace o dané problematice

Pozornost respondenta je zaměřena spíše na zajímavosti, kterými se zabývají média, než-li na informace, podložené vědeckou činností.

3.zdroj informací

Jak již bylo uvedeno, mezi hlavní zdroje patří televize a noviny.

4.vzdělávání na pracovišti ohledně STD

Respondent doposud žádnou vzdělávací činností, která by byla zaměřena na sexuálně přenosné nemoci nenavštívil.

5.tabuizace

Dle respondenta, lze společnost rozdělit na dvě části, jedna je konzervativní, pro kterou jsou otázky sexuality tabu a na druhou část, která je v této otázce velmi otevřená.

K první skupině patří především senioři, žijící mimo větší města a lidé, kteří jsou silně věřící.

Opačné názory a postoje má mladší populace, ale také lidé, kteří žijí ve velkých městech.

6. podstata problému narůstajícího počtu osob nakažených STD

Jako podstata je vnímáno lehkovážné a nezodpovědné chování společnosti.

Problém je i ve výchově dětí, kdy rodiče jsou příliš benevolentní a dětem povolí i věci, na které ještě nemají dostatečný věk (př. předčasné předepisování antikoncepce, navštěvování diskoték apod.).

7. možnost snížení výskytu

Snížení výskytu nebo alespoň zastavení nárůstu počtu nově nemocných osob, spočívá hlavně ve změně uvažování každého jedince.

Lidé by si měli více vážit svého zdraví.

8. situace v oblasti, ve které působí

Vzhledem k počtu pacientů na odděleních, které se tímto nemocem věnují, se respondent domnívá, že dané problematice by bylo dobré věnovat větší pozornost, než-li jí je věnována doposud.

volné dodatky respondenta:

žádné

poznámky tazatele:

U tabuizace, kdy respondent rozdělil společnost na dvě skupiny, bylo tvrzení podkládáno následujícími tvrzeními: postojem k potratům, kdy senioři a lidé silně věřící jsou razantně proti, zatímco přístup tzv. druhé skupiny je uvolněnější.

Dále zde byl zmiňován i průběh umírněné vesnické zábavy a bouřlivé diskotéky ve velkoměstech, s čímž souvisí i výskyt alkoholu a drog, které ovlivňují jak pudovost, tak i zdrženlivost jedince.

Těmito příklady se respondent snažil dosvědčit pravdivost svého laického, dichotomického rozdělení populace.

Souhrn kvalitativního šetření

1. problematika STD – obecně (uvedené sexuálně přenosné nemoci)

Respondent 1 (kontaktní a sociální pracovník): HIV, AIDS, syfilis, kapavka, svrab, veš muňka, žloutenka, genitální opar

Respondent 2 (sociální pracovník): syfilis, AIDS, žloutenka, svrab, kapavka, genitální opar

Respondent 3 (pedagog): HIV, AIDS, kapavka, syfilis, žloutenka, chlamýdie

Respondent 4 (školní psycholog): AIDS, kapavka, syfilis

Respondent 5 (pečovatelka): kapavka

Respondent 6 (zdravotní sestra): kapavka, syfilis, AIDS, genitální opar, Human papilloma virus, žloutenka

2. problematika STD a klienti, se kterými respondent pracuje

Respondent 1 (kontaktní a sociální pracovník): uživatelé drog – daná problematika je respondentem s klienty probírána často

Respondent 2 (sociální pracovník): lidé bez domova – pracovníci se danou problematikou více do hloubky nezabývali

Respondent 3 (pedagog): děti – spíše ve fázi experimentů, nevyskytla se potřeba danou problematiku řešit

Respondent 4 (školní psycholog): děti – problematika se týká všech osob (př. přenos z matky na dítě, kdy dítě, byť ještě není sexuálně aktivní, již může mít vrozenou sexuálně přenosnou nemoc)

Respondent 5 (pečovatelka): senioři – daná problematika, během působení respondenta na pracovišti, řešena nebyla (rozšíření zákožky svrabové bylo způsobeno špatnou hygienou)

Respondent 6 (zdravotní sestra): hospitalizovaní klienti – problematika není podstatná pro léčbu klientů (informace a názory jsou získávány během rozhovorů respondenta s klienty)

2.1 informovanost ostatních pracovníků v zařízení

Respondent 1 (kontaktní a sociální pracovník): orientační – vyšší míra informovanosti o HIV a žlutence (na tyto nemoci směřují své dotazy klienti častěji, než-li na ostatní sexuálně přenosné nemoci)

Respondent 2 (sociální pracovník): orientační – všichni pracovníci daného zařízení absolvovali zdravotní proškolení

Respondent 3 (pedagog): míra informovanosti je lepší u pedagogů, do jejichž aprobace spadá problematika sexuálně přenosných nemocí

Respondent 4 (školní psycholog): základní informovanost

Respondent 5 (pečovatelka): kolegové, kteří ukončili studium a poté nastoupili do zařízení, jsou informováni lépe, než-li kolegové, jež působí v praxi déle

Respondent 6 (zdravotní sestra): odborný personál, pracující na odděleních, jež se tato problematika bezprostředně týká, je informována podstatně více, než-li personál na ostatních odděleních

3. problematika sexuality klientů

Respondent 1 (kontaktní a sociální pracovník): promiskuita vysoká, prostituce méně častá

Respondent 2 (sociální pracovník): doposud nebylo na pracovišti řešeno

Respondent 3 (pedagog): nebyla řešena, nicméně lze předpokládat zkušenosti s pohlavním stykem i u dětí mladších 15ti let

Respondent 4 (školní psycholog): jedná se o relativně časté téma rozhovorů žáků druhého stupně základních škol

Respondent 5 (pečovatelka): vzhledem k věku cílové skupiny, se otázce sexuality nevěnuje pozornost

Respondent 6 (zdravotní sestra): jedná se o čistě soukromou záležitost, nemající vliv na léčbu, kterou klienti nesdělují

4.informovanost klientů

Respondent 1 (kontaktní a sociální pracovník): rozdílná, starší klienti, kteří některé nemoci např. kapavku již měli, daná onemocnění rozpoznají a posléze se mezi sebou i léčí

Respondent 2 (sociální pracovník): nízká, klienti vědí o existenci těchto nemocí, ale pokud je nemoc příliš „neobtěžuje“, nevěnují ji pozornost

Respondent 3 (pedagog): v rámci výuky a preventivních akcí, dobrá

Respondent 4 (školní psycholog): dostačující (otázkou však zůstává pravdivost informací, které si klienti našli sami)

Respondent 5 (pečovatelka): zastaralé informace z dřívějších dob (časté mýty o HIV/AIDS)

Respondent 6 (zdravotní sestra): dle analýzy ze soukromých rozhovorů, informovanost koreluje s věkem

5.spolupráce s jinými organizacemi

Respondent 1 (kontaktní a sociální pracovník): se zdravotnickými zařízeními - špatná

Respondent 2 (sociální pracovník): se získáváním informačních brožur není problém, ale přímá spolupráce se zdravotnickými zařízeními - problematická

Respondent (pedagog): organizace, provádějící preventivní akce - výborná

Respondent 4 (školní psycholog): se zdravotnickými zařízeními doposud nespolupracoval, s organizacemi provádějící preventivní akce nebyl problém se domluvit

Respondent 5 (pečovatelka): není si vědom spolupráce s organizací, jejíž činnost by se týkala problematiky sexuálně přenosných nemocí

Respondent 6 (zdravotní sestra): s venerologií nebo gynekologií je spolupráce dobrá

6.dostupnost informačních materiálů

Respondent 1 (kontaktní a sociální pracovník): v rámci možností - vyhovující

Respondent 2 (sociální pracovník): poměrně dobrá

Respondent 3 (pedagog): je-li o ně zájem – dostanou jej

Respondent 4 (školní psycholog): dobrá, horší je její využití pedagogy v rámci výuky

Respondent 5 (pečovatelka): v zařízení se nevyskytují (klientům je však k dispozici televize, internet...)

Respondent 6 (zdravotní sestra): na odděleních, jichž se tato problematika týká, jich je dostatek

3. část:

1.zájem o STD

Respondent 1 (kontaktní a sociální pracovník): se o danou problematiku zajímá

Respondent 2 (sociální pracovník): z vlastní iniciativy tyto informace vyhledávány nejsou

Respondent 3 (pedagog): pokud respondent dané informace ke svému povolání nepotřebuje, tak jej nevyhledává

Respondent 4 (školní psycholog): základní přehled má, více informací nevyhledává

Respondent 5 (pečovatelka): se o danou problematiku nezajímá

Respondent 6 (zdravotní sestra): cíleně tyto informace nevyhledává, pokud jej však článek v novinách či spot v televizi zaujme, shlédne jej

2.informace o dané problematice

Respondent 1 (kontaktní a sociální pracovník): vyšší míra informací je u HIV/AIDS, jenž jsou častým námětem dotazů klientů, než-li u ostatních sexuálně přenosných nemocí

Respondent 2 (sociální pracovník): nevyhledává

Respondent 3 (pedagog): nevyhledává

Respondent 4 (školní psycholog): nevyhledává

Respondent 5 (pečovatelka): dané problematice nevěnuje pozornost

Respondent 6 (zdravotní sestra): pozornost je věnována spíše zajímavostem, než-li odborným vědeckým poznatkům

3.zdroj informací

Respondent 1 (kontaktní a sociální pracovník): odborné publikace, internet, informační materiál určený klientům, poradenství s odborníky či kolegy

Respondent 2 (sociální pracovník): informační materiály, která jsou k dispozici klientům

Respondent 3 (pedagog): validní informace jsou vyhledávány v odborných publikacích, zajímavosti v časopisech a na internetu

Respondent 4 (školní psycholog): odborná literatura, internet, poradenství s kolegy nebo jinými pracovníky

Respondent 5 (pečovatelka): internet, poradenství s kolegy

Respondent 6 (zdravotní sestra): televize, noviny

4.vzdělávání na pracovišti ohledně STD

Respondent 1 (kontaktní a sociální pracovník): neprošel žádnou z forem vzdělávání, která by byla věnována této problematice

Respondent 2 (sociální pracovník): nebyla uskutečněna žádná z forem vzdělávání, jenž by byla zaměřena na sexuálně přenosné nemoci (v případě potřeby, probíhá předávání informací na pracovních poradách)

Respondent 3 (pedagog): účast na preventivních akcích, určených pro žáky

Respondent 4 (školní psycholog): pracoviště se snaží maximálně vycházet vstříc požadavkům pracovníkům; respondent se však žádné z forem vzdělávání nezúčastnil

Respondent 5 (pečovatelka): nezúčastnil se žádného vzdělávání

Respondent 6 (zdravotní sestra): na žádné vzdělávací akci, zaměřené na problematiku sexuálně přenosných nemocí nebyl

5.tabuizace

Respondent 1 (kontaktní a sociální pracovník): klienti mají důvěru v pracovníky, zde tedy problém s tabuizací není, avšak ve společnosti za jisté budou i tací, kteří otázky sexuality a všeho s ní spojené, za tabu považovat budou

Respondent 2 (sociální pracovník): problém s tabuizací v zařízení není

Respondent 3 (pedagog): tabuizace souvisí s věkem, kdy ostych je možné pozorovat u mladších žáků, a pak také u seniorů

Respondent 4 (školní psycholog): o tabuizaci, jako takové ve společnosti mluvit nelze

Respondent 5 (pečovatelka): pro seniory tato problematika do jisté míry tabu je, záleží však na osobnosti staršího člověka

Respondent 6 (zdravotní sestra): společnost lze rozdělit do dvou skupin, kdy jedna tuto problematiku jako tabu vnímá, zatímco druhá nikoliv

6.podstata problému narůstajícího počtu osob nakažených STD

Respondent 1 (kontaktní a sociální pracovník) : narůstající promiskuita, neopatrnost, nedostatečná informovanost, vliv médií, nedostatečná preventivní opatření

Respondent 2 (sociální pracovník): nedostatečná osvěta, lehkovážné střídání partnerů

Respondent 3 (pedagog): promiskuita, vliv médií, nezodpovědnost

Respondent 4 (školní psycholog): snížení obezřetnosti

Respondent 5 (pečovatelka): nezodpovědnost, málo informací ve společnosti

Respondent 6 (zdravotní sestra): nezodpovědnost, lehkovážnost, benevolentní výchova dětí

7.možnost snížení výskytu

Respondent 1 (kontaktní a sociální pracovník): prevence, již u žáků na prvních stupních základních škol

Respondent 2 (sociální pracovník): vyšší informovanost, zdůraznění dopadů sexuálně přenosných nemocí, zodpovědné jednání

Respondent 3 (pedagog): zvýšení informovanosti ve společnosti, uvědomění si rizik spojených s vedením nezodpovědného sexuálního života

Respondent 4 (školní psycholog): se o danou problematiku nezajímá, tudíž jej žádné opatření, vedoucí ke snížení výskytu sexuálně přenosných nemocí, nenapadlo

Respondent 5 (pečovatelka): osvěta

Respondent 6 (zdravotní sestra): změna uvažování jedince ve společnosti

8.situace v oblasti, ve které působí

Respondent 1 (kontaktní a sociální pracovník): statistikám pozornost nevěnuje, ale situaci je potřeba řešit

Respondent 2 (sociální pracovník): situaci nesleduje

Respondent 3 (pedagog): nemá přehled o dění v oblasti sexuálně přenosných nemocí

Respondent 4 (školní psycholog): se o danou problematiku nezajímá

Respondent 5 (pečovatelka): dané problematice nevěnuje pozornost

Respondent 6 (zdravotní sestra): problematice věnující se sexuálně přenosným nemocem a všem jejím dopadům by měla být věnována vyšší pozornost, respondent však bližší přehled nemá

5. Diskuze

Rozhovory s respondenty byly rozděleny na dvě části. První byla všeobecná – zaměřena na široce pojaté oblasti, jako např. zájem o dané téma, informovanost, spolupráce s dalšími institucemi apod. Cílem této části bylo odhalení postoje respondenta k problematice sexuálně přenosných nemocí, a také zmapování přehledu o STD, v oblasti, v níž působí.

Druhá část, byla zaměřena podstatně konkrétněji. Respondent zde vyjadřoval svůj názor, postoj, tedy celkově úhel pohledu na danou věc.

Již v prvních okruzích otázek, které se týkaly například vyjmenování sexuálně přenosných nemocí, je zřejmé, že některé nemoci, jsou všeobecně známé, zatímco jiné nikoliv. Dané tvrzení lze doložit výsledky, které vyplynuly z odpovědí.

Kapavka byla zmíněna všemi respondenty, AIDS a syfilis v pěti případech, žloutenka ve čtyřech případech. U poslední zmiňované nemoci nebyl respondenty ani v jednom případě upřesněn typ. Ostatní sexuálně přenosné nemoci byly jmenovány již jen ojediněle, některé (jako např. měkký vřed nebo kondylomata) nebyly zmíněny vůbec.

Zaměříme-li svou pozornost na informovanost klientů, s nimiž respondenti pracují, nejvíce se, na problematiku STD, ptají osoby závislé na drogách. Klientům, jež navštěvují centrum pro lidi bez domova, jsou tyto nemoci, zároveň i jejich dopady, lhostejné. V souvislosti s tímto zjištěním, je však nutné brát v potaz, že se jednalo o kvalitativní výzkum a nelze tedy tyto výsledky generalizovat.

Zůstaneme-li nadále u informovanosti, tak ta je u kolegů, dle názorů všech respondentů, na podobné úrovni, jako u nich samotných, avšak u spolupracovníků, kteří se problematice sexuálně přenosných nemocí věnují častěji (např. aprobace některých pedagogů, personál na specializovaných odděleních) mají poznatků podstatně více.

Jako zdroj informací, byly ve třech případech uvedeny odborné publikace, dvakrát byl zmíněn informační materiál, který je k dispozici klientům, dále média (internet, noviny, televize) a v neposlední řadě také kolegové.

Z výsledků výzkumu Sexuální chování české populace, jejímiž autory jsou P. Weiss a J. Zvěřina vyplývá tvrzení, že nejčastějším zdrojem informací o sexualitě, jsou zdroje nejméně spolehlivé, tj. kamarádi a známí (62).

V rámci tohoto výzkumu P. Weiss s J. Zvěřinou také srovnávali výsledky z let 1993, 1998, 2003 a 2008. Během všech těchto let byl nejčastější zdroj informací o sexualitě stejný. Muži i ženy byly nejčastěji informovány od kamarádů, na pomyslné druhé příčce byly uvedeny knihy a na třetí pozici došlo k neshodě (ženy uvedly jako zdroj rodiče, zatímco muži film, rozhlas a televizi) (63).

V mém výzkumu byl jako zdroj informací uveden kolega ve třech ze šesti případů.

O spolehlivosti zdrojů, jako je televize či internet lze pochybovat. Lze zde nalézt množství nejnovějších, vědeckých poznatků, stejně tak jako polopravdy či mýty.

Odpověď na výzkumnou otázku číslo 1 (Jaká je informovanost o sexuálně přenosných onemocnění u pomáhajících profesí?) lze tedy formulovat, jakožto orientační, přičemž jen u respondenta číslo 5 (pečovatelka), jsem spatřovala hrubé nedostatky i u, dle mého mínění, základních informací (respondent mezi sexuálně přenosné nemoci zařadil jen kapavku).

Na otázku, zda-li se některý z respondentů účastnil doplňujícího vzdělávání, které by bylo zaměřeno na problematiku sexuálně přenosných nemocí, resp. sexuality, nepadla ani v jednom v případě kladná odpověď. Respondent číslo 3 (pedagog) se účastnil vzdělávací akce, ta však byla určena pro žáky základní školy, nikoliv pro vyučujícího, ten zde plnil roli dozoru.

Dostupnost informačních materiálů, jako např. brožur, letáků a podobně o této problematice je, dle mínění většiny respondentů, dobrá. V případě, že klient má zájem o informace, není problém, aby se k němu tyto materiály dostaly.

Jen respondent číslo 5 (pečovatelka) uvedl, že dané materiály se v místě jeho pracoviště nenachází. V tomto případě, se však domnívám, že by měl být brán v úvahu také fakt, že se jedná o pracoviště, kde je klientela tvořena seniory, kteří se s největší pravděpodobností budou o problematiku sexuálně přenosných nemocí zajímat méně, než-li na příklad uživatele drog.

Respondent číslo 4 (školní psycholog) uvedl, že škola poskytuje žákům v rámci výuky dostatečné množství informací ohledně problematiky sexuálně přenosných nemocí, resp. sexuality.

P. Weiss však ve svém, již jednou zmiňovaném výzkumu Sexuální chování české populace, uvádí, že role školy, je u obou pohlaví, pouze sekundární a svou roli tedy tyto instituce zatím dostatečně neplní (62).

Rostoucím či klesajícím počtem nových případů STD se zabývala výzkumná otázka číslo 4 (Zda-li a případně v čem spatřují respondenti podstatu problému narůstajícího počtu nemocných STD?). Všichni respondenti se jednoznačně shodli na nárůstu počtu sexuálně přenosných nemocí.

Jako podstata tohoto problému byla v polovině případů zmíněna promiskuita a nezodpovědné chování. Dále se objevovala také neopatrnost, lehkovážnost, nedostatečná informovanost, vliv médií, nedostatečná preventivní opatření a benevolentní výchova dětí.

Avšak, opět dle tvrzení P. Weisse, počet sexuálních partnerů, tedy tzv. promiskuita, nestoupá (61).

Nezodpovědnému jednání sexuálně aktivních jedinců, věnuje pozornost také Zuzana Prouzová (ředitelka Společnosti pro plánování rodiny a sexuální výchovu), která tvrdí, že mladí lidé jsou buď příliš sebevědomí a vědomě podceňují rizika nechráněného sexu, nebo se bojí o tématu antikoncepce mluvit (23).

K tomuto tématu se vyjádřil také Radim Uzel, který uvedl následující: „U značné části veřejnosti jsou často bez patřičné odezvy veškeré apely na bezpečný sex, zodpovědnost v navazování sexuálních vztahů a boji proti promiskuitě.“ (55).

Na problematiku tabuizace jsem se zaměřila také. Ve dvou případech bylo řečeno, že téma sexuálně přenosných nemocí, resp. sexu, v rámci zařízení, tabu není. Dále byla otázka sexuality, jako tabu, dána do souvislosti s věkem. Kdy bylo řečeno, že senioři a mladší dospívající jedinci, tuto problematiku jako tabu vnímají. Nicméně je nutné brát, samozřejmě, v potaz i osobní rysy každého jedince, nelze dané tvrzení aplikovat například na všechny seniory v populaci.

Jeden respondent rozdělil společnost na dvě poloviny – lidé konzervativní a lidé „otevření“. Ke konzervativním lidem zařadil seniory a lidi silně věřící, do druhé skupiny mladší populace žijící ve velkoměstech.

K tvrzení, že k lidem, pro které otázky sexuality představují do jisté míry tabu, patří lidé silně věřící, bych se připojila také. Což lze doložit přístupem některých osob, angažujících se v náboženství, a jejich, všeobecně známým, odmítavým postojům k používání prezervativů.

Jelikož se všichni respondenti shodli na tvrzení, že počet sexuálně přenosných nemocí roste, nabídl se tedy další téma, a sice možnosti snížení počtu těchto nemocí. (výzkumná otázka číslo 5: Zda-li respondenti vidí nějaké možné řešení ke zlepšení současné situace ohledně sexuálně přenosných nemocí?)

Jeden respondent uvedl, že jej žádné možné opatření nenapadá. Dále byla zmíněna preventivní opatření, zvýšení informovanosti, ale také změna uvažování jedince či zdůraznění dopadů nemoci a uvědomění si rizik.

Domnívám se, že otázka preventivních opatření je v České republice přece jen trochu zanedbávána. Jako příklad opomíjené prevence se nabízí množství článků věnovaných sexuálním praktikám, resp. sexu na internetových stránkách, převážně na portálech věnovaných ženám. Jako příklad lze uvést článek „10 pravidel pro sex na jednu noc“ (uveden v Příloze 4), který nejen, že ženy víceméně navádí k rizikovému sexu na jednu noc, ale dopadům tohoto jednání se v podstatě nevěnuje. Prezervativ, co by ochrana před nechtěnými nemocemi, zde je zmíněn jen velmi okrajově. Naopak jsou zde ženy nabádány k požití alkoholu, díky kterému, jak je všeobecně známo, padají zábrany a společně s nimi se odsouvají do pozadí myslí i myšlenky na bezpečnější sex.

V souvislosti s prezervativy bych dále ráda zmínila i zaměňování pojmu „bezpečného sexu“ a „bezpečnějšího sexu“. Pojem bezpečný sex, který je používán v některé literatuře (např. Zdravý sexuální život nakladatelství REBO Production) je, dle mého mínění, nesmyslný, jelikož sex se správně použitým prezervativem může být bezpečnější, ale nikoliv bezpečný, neboť rizika, jako třeba protrhnutí, hrozí při každém použití.

Dále byla věnována pozornost také tomu, zda-li a jaký je přehled ohledně dané problematiky u respondentů v oblastech, v nichž působí. (výzkumná otázka číslo 3: Jaká je situace ohledně sexuálně přenosných nemocí v oblasti, ve které působí jednotliví zástupci pomáhajících profesí?). Žádný z respondentů se o situaci ve svém oboru (sledování výskytu STD, které skupiny osob jsou nejvíce ohroženy nákazou STD, početné zastoupení jednotlivých nemocí apod.) nikterak více nezajímal. Respondent číslo 1 (kontaktní a sociální pracovníce) uvedl, že statistiky nesleduje, nicméně z jeho soukromého pozorování usuzuje, že je potřeba současnou situaci STD u osob drogově závislých opravdu rychle a efektivně řešit. Respondent číslo 4 (školní psycholog) uvedl, že jej situace STD u mládeže „nezajímá“.

K výsledkům statistik, které se týkají otázky sexuality, se vyjadřuje sexuolog Ondřej Trojan velmi skepticky. Neboť z jeho zkušeností vyplývá, že si především muži velmi rádi upravují své odpovědi, časté je např. navyšování počtů sexuálních partnerů (27).

Dalším problémem u statických šetření je také otázka kritérií, dle kterých respondenti, řadí mezi „sexuální partnery“ své partnery. Psycholog S. Hubálek na příklad uvádí situaci, kdy prostitutka uvedla, že měla jen 10 sexuálních partnerů, ale zákazníků měla tisíce (27).

Výzkumná otázka číslo 2: Jak se liší úhly pohledu (názory) na problematiku sexuálně přenosných nemocí z různých pozic pracovníků v pomáhajících profesích? Z odpovědí jednotlivých respondentů, lze, dle mého posouzení, říci, že názory nejsou diametrálně rozdílné, nicméně jisté rozdílnosti v odpovědích jsou. Což by mohlo být ovlivněno jak pracovním zařazením, tak i věkem respondenta a mnoha dalšími faktory.

Z provedeného výzkumu lze tedy stanovit 2 hypotézy, které by však bylo vhodné ověřit kvalitativním výzkumem.

H1: Informovanost ohledně problematiky sexuálně přenosných nemocí je u pracovníků pomáhajících profesí jen orientační.

H2: Doplnují vzdělání v oblasti sexuálně přenosných nemocí je u pracovníků pomáhajících profesí výjimečné.

6. Závěr

Cílem práce bylo nahlédnout na zmíněnou problematiku očima pracovníka pomáhající profese. Bylo vybráno celkem šest zástupců této profese – kontaktní a sociální pracovníce, sociální pracovníce, pedagog, školní psycholog, pečovatelka a zdravotní sestra.

U kontaktní a sociální pracovníce a u sociální pracovníce, tedy u respondentů, kteří pracují s klienty, kteří žijí rizikovým způsobem života (lidé závislí na drogách a lidé bez domova), je více informací o problematice sexuálně přenosných nemocí, než-li u zbývajících respondentů. Také jejich celkový pohled a názor na danou problematiku byl širší a otevřenější.

Školní psycholog a pedagog, tedy pracovníci věnující se dětem, měli poznatky užší. Zvláště u školního psychologa bylo poznat, že se jedná o teoretika, tedy o osobu, která s lidmi, kterých by se tato problematika týkala více (marginální osobnosti) není v kontaktu.

Informovanost pečovatelky, která se vybavila jen jedno sexuálně přenosné onemocnění, pak již mluví samo za sebe.

Podářilo se mi zmapovat, jaký je zájem o danou problematiku u respondentů, jejich informovanost, vzdělávání, přehled o dění v oblasti sexuálně přenosných nemocí, názoru o možnosti zlepšení situace nárůstu těchto onemocnění, spolupráci s ostatními organizacemi či množství informačních materiálů.

V závěru rozhovorů byly zodpovězeny také všechny stanovené výzkumné otázky. Jedna z otázek se týkala informovanosti respondentů. Zde byly patrné velké rozdíly, kdy kontaktní a sociální pracovníce vyjmenovala osm sexuálně přenosných nemocí, zatímco pečovatelka jen jedno. Další otázka se týkala přehledu o dané problematice u klientů, s nimiž jednotliví respondenti pracují. Zde se ukázalo, že situaci, jako např. statistiky o věku nemocných, zastoupení jednotlivých onemocnění atd. nesledoval ani jeden z respondentů. Všichni zástupci pomáhajících profesí se shodli na tvrzení, že dochází k nárůstu výskytu těchto nemocí ve společnosti, kdy podstata byla spatřována především v častém střídání partnerů, nezodpovědném jednání a

nedostatečné informovanosti. V možnostech zlepšení situace se názory respondentů lišily. Zmíněna byla prevence, informovanosti, zodpovědné jednání atd.

Z výsledků z provedeného výzkumu lze stanovat dvě hypotézy. První: Informovanost ohledně problematiky sexuálně přenosných nemocí je jen orientační. Druhá: Doplnující vzdělávání v oblasti problematiky sexuálně přenosných nemocí u pracovníků v pomáhajících profesích se vyskytuje jen zřídka. Tyto hypotézy by však bylo vhodné ověřit v rámci kvantitativního výzkumu.

Využití práce v praxi spočívá především ve zjištění, zda-li a případně jak, jsou informováni pracovníci v pomáhajících profesích. Zda-li je potřeba zaměřit se na některé profese více či méně, a také k nápravě chybných či neúplných informací. Prostřednictvím zlepšené informovanosti těchto profesionálů, by pak bylo možné, v rámci primární prevence, působení a šíření validních informací ohledně této problematiky mezi klienty, s nimiž se pracovníci v pomáhajících profesích stýkají.

7. Seznam použitých zdrojů

1. BOŠOTA, J. *Sexuálně přenosná onemocnění pohledem gynekologa*, [online], [cit. 2010 – 04 - 19]. Dostupné z: <<http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/sexualne-prenosna-onemocneni-pohledem-gynekologa-125157>>.
2. CRHA, A. *Stud nebo záhada? – veš muňka*, [online], [cit. 2010 – 01 - 05]. Dostupné z: <<http://www.21stoleti.cz/view.php?cislocclanku=2008061909>>.
3. ČERNÝ, R – MACHALA, L. *Neurologické komplikace HIV/AIDS*. 1. vydání. Praha: univerzita Karlova v Praze, 2007. 302 s. ISBN 978 – 80 – 246 – 1222 – 5.
4. ČERNÝ, Z. *Infekční nemoci*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997. 211s. ISBN 80 – 7013 – 241 – 8.
5. ČTK, *Pohlavní choroby trápí v Česku častěji muže než ženy*, [online], [cit. 2010 -01- 31]. Dostupné z: <<http://www.004.cz/view.php?cislocclanku=2009122802-STI-v-CR>>.
6. FAIT, T. – VRÁBLÍK, M. – ČEŠKA, R. et al. *Preventivní medicína*, Praha: Maxdorf, 2008. 550s. ISBN 978 – 80 – 7345 – 160 – 8.
7. FRO, *Pohlavní nemoci*, [online], [cit. 2009-11-29]. Dostupné z: <http://www.pharmanews.cz/2004_04/sexualni.htm>.
8. Göpfertová, D. a kol. *Epidemiologie infekčních nemocí: učebnice pro lékařské fakulty*. 1. vydání. Praha: Karolinum 2005. 230 stran. ISBN: 80-246-0452-3.
9. HÁJEK, M. et al. *HIV/AIDS v chirurgických oborech*. 1. vydání. Praha. Grada, 2004. 79 stran. ISBN 80-247-0857-4.
10. HANÁKOVÁ, T. *Pohlavně přenosná onemocnění – klasická*, [online], [cit. 2010 – 01 - 31]. Dostupné z: <http://www.hanakova-gynekologie.wz.cz/6_11.html>.

11. HIV.com, *What are the symptoms of HIV?*, [online], [cit. 2010 – 06 - 02].
Dostupné z: <<http://www.hiv.com/>>.
12. HLADKÁ T. *Pohlavní nemoci na cestách*, [online], [cit. 2010 – 04 - 07].
Dostupné z: <<http://www.bedekr.cz/texty/588.html>>.
13. HORAŽDOVSKÝ, J. – CHMELÍK, V. et al. *Přenosné choroby*, 1. vydání. České Budějovice, 2001. 82s. ISBN 80 – 7040 – 496 – 5.
14. HOŘEJŠÍ, V. *Sexuálně přenosné choroby*, [online], [cit. 2010 – 01 - 30].
Dostupné z: <<http://www.gyno-pevaryl.cz/podstranka4.html>>.
15. HUSA, P. – URBÁNEK, P. *Hepatitis C*, [online], [cit. 2010 – 06 - 02].
Dostupné z: <<http://www.zloutenka-c.cz/>>.
16. JAKUBŮV, M. *Sexualita a lidé se specifickými potřebami*, [online], [cit. 2010-11-26]. Dostupné z:
<<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=114> >.
17. JANEČKOVÁ, L. *Chlamydiové infekce v kostce*, [online], [cit. 2010 – 04 - 22]. Dostupné z: <<http://www.szu.cz/tema/prevence/chlamydiové-infekce-v-kostce> >.
18. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*, 1. vydání. Praha: Triton 2003. 223s. ISBN 80-7254-329-6.
19. KAŠTÁNKOVÁ, V. *Granuloma inguinale*, [online], [cit. 2010 – 04 - 23].
Dostupné z:
<http://www.medicina.cz/verejne/clanek.dss?s_id=2502&s_rub=0&s_sv=1&s_ts=40291,4514699074 >.
20. KAŠTÁNKOVÁ, V. *Kapavka*, [online]. [cit. 2010-01-31]. Dostupné z:
<http://www.medicina.cz/verejne/clanek.dss?s_id=2490&s_rub=246&s_sv=1&s_ts=40209,7718981481>.
21. KOJANOVÁ, M. *Kapavka (gonorrhoea)*, [online], [cit. 2010 – 04 - 22].
Dostupné z: <<http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2007-13/clanek.php?c=8>>.

22. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*, 4. vydání. Praha: Portál 2000. 146s. ISBN: 80-7178-429-X.
23. KOREC, J. *Čtvrtina Češek nepoužívá při styku s novým partnerem antikoncepci*, [online], [cit. 2009 – 24 - 09]. Dostupné z: <<http://www.pramenyzdravi.cz/1679104/Ctvrtina-Cesek-nepouziva-pri-styku-s-novym-partnerem-antikoncepci.php>>.
24. KOWALSKI, T. *HIV/AIDS and mental retardation*, [online], [cit. 2010-11-26]. Dostupné z: <<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=603> >.
25. LÁZNIČKOVÁ, L. *Sex dospívajících z pohledu gynekologa*, [online], [cit. 2010 – 04 - 07]. Dostupné z: <<http://www.cenap.cz/stazeni/sexdosp.rtf>>.
26. LOBOVSKÁ, A. *Infekční nemoci*, [online], [cit. 2010 – 04 - 22]. Dostupné z: <<http://www.sexus.cz/vredy-na-pohlavnich-organech>>.
27. MALINDA, J. *Kolik partnerů je akorát?*, [online], [cit. 2010 – 09 - 08]. Dostupné z: <<http://www.zverina.cz/files/4-kolik-partneru-je-akorat-mf-dnes.pdf>>.
28. MARADA, T. *Žloutenka*, [online], [cit. 2010 – 06 - 02]. Dostupné z: <<http://www.ordinace.cz/clanek/hepatitida/>>.
29. MAŠATA, J. et al. *Infekce v gynekologii a porodnictví*. Praha: Maxdorf, 2004. 370s. ISBN 80 – 7345 – 038 – 0.
30. MAŠEK, L. *Sexuálně přenosné nemoci*, [online], [cit. 2009-05-15]. Dostupné z: <<http://www.ordinace.cz/clanek/sexualne-prenosne-choroby/>>.
31. McCORMACK, W. *Mykoplasmové infekce pohlavního ústrojí*, [online], [cit. 2010 – 01 - 05]. Dostupné z: <<https://www.zdravcentra.sk/cps/rde/xbcr/zcsk/811.pdf>>.
32. MeDitorial s.r.o., *Kapavka*, [online], [cit. 2010 – 04 - 09]. Dostupné z: <<http://www.ulekare.cz/clanek/kapavka-1067>>.
33. MSHC, *Vaginal Genital Watte*, [online], [cit. 2010-08-08]. Dostupné z: <http://www.herpes-coldsores.com/std/genital_warts_pictures.htm >.

34. NÁRODNÍ PROGRAM BOJE PROTI AIDS, *Podrobný popis HIV/AIDS*, [online], [cit. 2010-6-04]. Dostupné z: <<http://www.aids-hiv.cz/popis.html>>.
35. NOUZOVÁ, K. *Pozor na pohlavní choroby!*, [online], [cit. 2010 – 04 - 19]. Dostupné z: <<http://www.klinikazdravi.cz/articles.php?style=print&id=003ff690-013a-102b-9167-0030488c557c>>.
36. OBČANSKÉ SDRUŽENÍ CODE 004, *Poradna HIV*, [online], [cit. 2010 – 06 - 06]. Dostupné z: <<http://www.004.cz/view.php?cislocclanku=2005070309-pm--poradna-mix-6-HIV>>.
37. OSN, *Co je HIV a AIDS?*, [online], [cit. 2010 – 06 - 02]. Dostupné z: <<http://www.osn.cz/aids/co-je-hiv.php>>.
38. PAŘÍZEK, A. *Sexuálně přenosná onemocnění*, [online], [cit. 2009 – 27 - 12]. Dostupné z: <<http://www.porodnice.cz/sexualne-prenosna-onemocneni>>.
39. *Pohlavní nemoci*, [online], [cit. 2009 – 11 -11]. Dostupné z: <<http://www.sexualne.cz/pohlavni-nemoci>>.
40. POSPÍŠIL, M. *Pohlavní nemoci a jejich vztah k zánětům v gynekologii*, [online], [cit. 2010 – 04 - 22]. Dostupné z: <<http://www.gyne.cz/clanky/1999/699c113.htm>>.
41. PORŠOVÁ, M. et al. *Léčba sexuálně přenosných infekcí v urologii*. Lékařské listy, 2010, 2010/6, 59. 34s.
42. RADOVÁ, M. *Počet lidí, kteří se nakazili virem HIV, výrazně roste*, [online], [cit. 2010 – 11 - 07]. Dostupné z: <<http://www.zdn.cz/denni-zpravy/z-domova/pocet-lidi-kteri-se-nakazili-virem-hiv-vyrazne-roste-453055>>.
43. RESL, V et al., *Venerologie*. 1. vydání. Praha: Univerzita Karlova, 1994. 122 s. ISBN 80 – 7066 – 828 – 8.

44. *Sexuálně přenosné choroby*, [online], [cit. 2010 – 04 - 20]. Dostupné z:
< <http://www.stefajir.cz/files/STD.doc>>.
45. STD, *Granuloma inguinale*, [online], [cit. 2010 – 04 - 22]. Dostupné z:
<<http://www.004.cz/view.php?cisloclanku=2005082123-Granuloma-inguinale>>.
46. STD, *Chlamydiové infekce*, [online], [cit. 2010 – 04 - 04]. Dostupné z:
<<http://www.004.cz/rservice.php?akce=tisk&cisloclanku=2005082101>>.
47. Sexus.cz, *Pupínky na penisu*, [online], [cit. 2010 – 06 - 06]. Dostupné z:
<<http://www.sexus.cz/pupinky-na-penisu>>.
48. SLADKÁ, K. *10 pravidel pro sex na jednu noc*, [online], [cit. 2010 – 11 - 07]. Dostupné z: <<http://www.femina.cz/laska-vztahy-sex/10-pravidel-pro-sex-na-jednu-noc/9101>>.
49. SOWADSKY, R. *What the Symptoms of Sexually Transmitted Diseases Look Like?*, [online], [cit. 2010-08-08]. Dostupné z:
<<http://www.thebody.com/content/art2307.html>>.
50. SZÚ, ČSAP, *Statistiky II/2010*, [online], [cit. 2010 – 04 - 07]. Dostupné z:
<http://aids-pomoc.cz/info_statistiky.htm>.
51. SZÚ, *Údaje v ČR*, [online], [cit. 2010 – 11 - 07]. Dostupné z:
<<http://www.aids-hiv.cz/udajevCR.html>>.
52. ŠTĚRBOVÁ, D. *Sexualita osob s mentálním postižením není tabu!*
Psychologie dnes, 2009, roč. 11, č. 11, s 52-54. ISSN 1212-9607.
53. TRÝZNA, R. *Přehled nemocí přenášených sexuální aktivitou*, [online], [cit. 2010 – 04 - 05]. Dostupné z: < <http://www.ordinace.cz/clanek/prehled-nemoci-prenaseny-sexualni-aktivitou/>>.
54. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR,
Pohlavní nemoci 2008, ČR: ÚZIS, 2009. 42 s.
ISBN 978 – 80 – 7280 – 830 – 4.

55. UZEL, R. *Sexuálně přenosné nemoci*, [online], [cit. 2010 – 01 - 30].
Dostupné z: <<http://www.planovanirodiny.cz/clanky/sexualne-prenosne-choroby>>.
56. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vydání.
Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80 – 7178 – 802 – 3.
57. Virova-hepatitida.cz, *Hepatitida B*, [online], [cit. 2010 – 06 - 02]. Dostupné z: <<http://www.virova-hepatitida.cz/hepatitida-b>>.
58. VLČEK, E. *Syfilis v Čechách*. Vesmír, 1996, 1996/2, 75,78.
ISSN 1214 – 4029.
59. VOKURKA, M. et al. *Velký lékařský slovník*, 6. vydání. Praha:Maxdorf, 2006. ISBN 80 – 7345 – 105 – 0.
60. VÝZKUMNÝ ÚSTAV PEDAGOGICKÝ V PRAZE, *Pomáhající profese ve vztahu ke školám a školským zařízením*, [online], [cit. 2010-11-26]. Dostupné z:<<http://old.rvp.cz/sekce/808>>.
61. WEISS, P. *Češi jsou v oblasti sexu zodpovědnější i tolerantnější*, [online], [cit. 2010 – 17 - 06]. Dostupné z: <<http://mep.zverina.cz/590/cz/normal/cesi-jsou-v-oblasti-sexu-zodpovednejsi-i-tolerantnejsi/>>.
62. WEISS, P. *Sexuální chování české populace*. Urologie pro praxi [online]. 2009, 10(3),], [cit. 2010 – 11 - 06]. Dostupné z:<www.urologiepropraxi.cz>.
63. WEISS, P. et al. *Sexuální chování v ČR, srovnání výzkumu z let 1993, 1998, 2003 a 2008*, [online], [cit. 2010 – 09 - 08]. Dostupné z: <<http://mep.zverina.cz/files/103-sexualni-chovani-v-cr-srovnani-vy-zkumu-z-let-1993-1998-2003-a-2008.pdf>>.
64. WOZNICOVÁ, V. *Delikátní nemoc*, [online], [cit. 2010-01-31]. Dostupné z: <<http://universitas.muni.cz/200801/Woznicova.htm>>.
65. ZÁKOUCKÁ, H. *Epidemiologická situace ve výskytu syfilis v ČR v roce 2007*, [online], [cit. 2010 – 04 - 08]. Dostupné z: <http://www.khskv.cz/Usek_odbornych_cinnosti/Odbor_protiepidemicky/ep_i_situace_syfilis_CR_rok_2007.pdf>.

66. *Zdravý sexuální život*. 1. vydání. Dobřejovice: Rebo productions CZ, 2006.
291s. ISBN 80 – 7234 – 537 – 0.
67. ŽDICHYNEC, B. *Chlamýdie*. 1. vydání. Praha: Český klub, 2009. 111s.
ISBN 978 – 80 – 86922 – 14 – 0.

8. Klíčová slova

Informovanost

Klient

Pomáhající profese

Sexuálně přenosná onemocnění

9. Seznam zkratk

- AIDS** Acquired Immunodeficiency Syndrome = syndrom získané imunodeficiencie (poruchy imunitního systému)
- ČR** Česká republika
- DNA** deoxyribonukleová kyselina
- HIV** Human Immunodeficiency Virus = virus lidské imunodeficiencie
- HPV** Human papilloma virus
- PCR** polymerázová řetězová reakce
- STD** Sexually Transmitted Diseases = sexuálně přenosná onemocnění
- STI** Sexually Transmitted Infections = sexuálně přenosná onemocnění
- USA** Spojené státy americké

10. Přílohy

Příloha 1: Dělení sexuálně přenosných nemocí dle původce

Příloha 2: Okruhy rozhovoru rozepsané na jednotlivé otázky

Příloha 3: Statistika HIV a AIDS v ČR

Příloha 4: Článek z ženského portálu www.femina.cz

Příloha 5: Vzor souhlasu s rozhovorem

Příloha 6: Genitální opar

Příloha 7: Genitální bradavice

Příloha 1: Dělení sexuálně přenosných nemocí dle původce:

1. bakteriální, chlamydiové a mykoplasmové infekce

- syfilis
- kapavka
- chlamydiové nákazy
- měkký vřed
- donovanóza
- mykoplasmové infekce
- gardnerella vaginalis

2. virové infekce

- HIV / AIDS
- onemocnění viry herpes simplex
- human papilloma virus (HPV infekce)
- cytomegalovirové infekce
- kondylomata
- molluscum contagiosum
- virové hepatitidy

3. paraziti

- veš ohanbí, muňka
- svrab

4. infekce prvoky

- trichomoniáza
- giarda lamblia a Entamoeba (14).

Příloha 2: Okruhy rozhovoru rozepsané na jednotlivé otázky

Ukázka otázek pro školního psychologa:

Obecná část:

1. problematika STD – obecně

1. Znáte nějaké sexuálně přenosné onemocnění?
2. Můžete mi říci, jaké nemoci se řadí, dle Vás, mezi sexuálně přenosná onemocnění?
3. Vzpomenete si ještě na nějaké další?
4. Myslíte si, že byste, podle příznaků, některé z těchto onemocnění poznal?

2. problematika STD a klienti, se kterými respondent pracuje

1. Týká se tato problematika i klientů s nimiž pracujete?
2. Mohl byste více specifikovat, jak se „Vašich“ klientů tato problematika týká?

2.1 informovanost ostatních pracovníků v zařízení

1. Jaká je informovanost u ostatních pracovníků?
2. Je podstatný rozdíl v míře informací o sexuálně přenosných onemocněních mezi jednotlivými pracovníky?
3. Hraje, v množství informací o problematice sexuálně přenosných chorob, roli aprobace pedagoga?

3. problematika sexuality klientů

1. Mohl byste mi říci něco o sexualitě klientů, s nimiž pracujete?
2. V čem, podle Vás, spočívá podstata tohoto jednání?
3. Mají žáci mladší patnácti let osobní zkušenosti s pohlavním stykem?

4. informovanost klientů

1. Je mezi žáky dostatek informací o této problematice?
2. Vyhledávají žáci tyto informace? Pokud ano – kde?
3. Jaká je validita těchto informací?
4. Domníváte se, že je v rámci výuky poskytnut žákům dostatek informací o dané problematice?

5. spolupráce s jinými organizacemi

1. Probíhají na základní škole, kde docházíte, i jiné formy prevence (např. hry, diskuze...), než-li jen informace předané v rámci výuky?
2. Kým jsou prováděny preventivní opatření?
3. Jaká je s nimi spolupráce?
4. S jinými organizacemi, např. zdravotnickými, jste spolupracovala?

6. dostupnost informačních materiálů

1. Jsou ve škole nějaké informační materiály? Pokud ano – jaké?
2. Jsou volně k dispozici?
3. Pracují s nimi pedagogové v rámci výuky?

Osobní část, názory:

1. zájem o STD

1. Mohl byste mi říci něco na téma „vy a problematika sexuálně přenosných onemocnění“?
2. Zajímáte se o tuto problematiku?
3. Články, pořady v televizi apod. věnované této problematice Vás ne/zajímají?
4. Mohl byste tedy posoudit, jaké jsou vaše informace o sexuálně přenosných nemocech?

2. informace o dané problematice

1. Z vlastní iniciativy tedy tyto informace nevyhledáváte?

3. zdroj informací

1. Pokud tedy nějaké informace vyhledáváte, na jaké zdroje se zaměřujete?

4. vzdělávání na pracovišti ohledně STD

1. Mohl byste mi něco říci ke vzdělávání pedagogických pracovníků ohledně tohoto problému?
2. Účastní se tedy pedagogové tohoto doplňujícího vzdělávání?
3. Jaký je přístup pracoviště k těmto doplňujícím vzdělávacím aktivitám?

5. tabuizace

1. Je téma sexuality a všeho kolem ní ve společnosti tabu?
 - a. Vnímáte vy osobně dané téma jako tabu?
 - b. Jaký je postoj k tomuto tématu žáků?

6. podstata problému narůstajícího počtu osob nakažených STD

1. Domníváte se, že dochází k poklesu nebo k nárůstu počtu sexuálně přenosných onemocnění?
2. V čem, podle Vás, spočívá podstata nárůstu/poklesu sexuálně přenosných onemocnění?

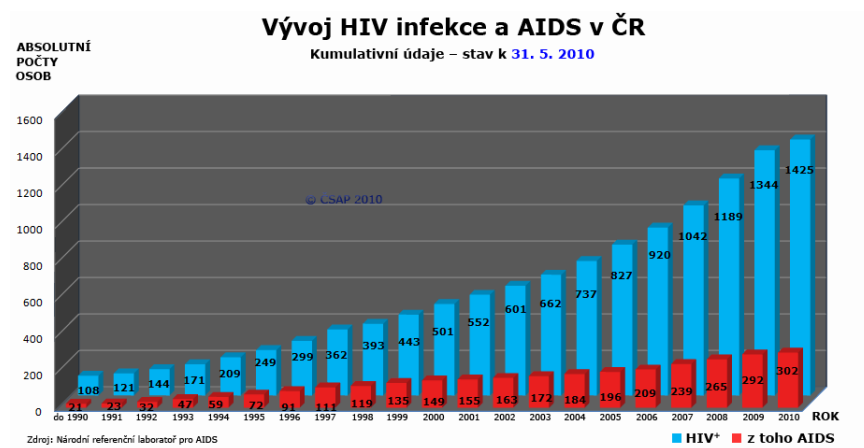
7. možnost snížení výskytu

1. Je tedy nějaká možnost, jak tento fakt změnit?
2. Případně napadá Vás jaká?

8. situace v oblasti, ve které působí

1. Věnujete pozornost této problematice u vašich“ klientů?
2. Pokud se jich tedy tato problematika týká, setkal jste se již s nějakým „problémem“?

Příloha 3: Statistika HIV a AIDS v ČR



Zdroj: http://www.aids-pomoc.cz/info_statistiky.htm

Příloha 4: Článek z ženského portálu www.femina.cz

10 pravidel pro sex na jednu noc

10. 05. 2010 - [Láska, vztahy, sex](#) Autor: **Karolína Sladká**

Jak si ji náležitě užít, na co se připravit, a co rozhodně nedělat...

► Štěstí přeje připraveným. Většinou si **sex na jednu noc** nenaplánujete, a určitě by vás mrzelo to uprostřed noci vzdát, jen kvůli tomu, že jste si nevzala sexy prádlo. Hodit se určitě budou i náhradní kalhotky, přeci jenom **vzrušení** někdy bývá hodně vysoké...

► Abyste si **sex** užila, je důležité si opatřit dokonalého samce. Nemusíte se zaměřovat na jeho charakterové vlastnosti a smýšlení. Spíše si všimněte jeho důvtipu a kreativity. Zaměřte se na to, jestli se nestydí tančit, jak se umí chovat, a jestli je s ním zábava. A může vám být úplně jedno, jestli je to právník nebo učitel, bydlet spolu nebudete! Jak svést takového dokonalého samce, si přečtete v článku *Ženské zbraně v hlavní roli*.

► Nezapomínejte, že se jedná o **sex na jednu noc**, proto byste se za žádných okolností neměla zabývat city. Dejte si ale pozor, aby na tom druhá strana byla stejně. Vždyť co je horší, než nechtěný milenec, který vám pak bude večer co večer zpívat pod okny...

► Rozhodně byste se při výběru také měla vyvarovat několika jedinců, kteří vám pak mohou život pěkně znepríjemnit. Zde je jen krátký výčet těch, které určitě nebrat: přátelé, kolegové z práce, rodinní známí a ex-partneři. Chlapy jsou pěkné drbny - holt se rádi pochlubí svými trofejemi. Tudíž si dejte pozor, jinak by se vaše sexuální praktiky mohly stát předmětem zábavy vašich kamarádů či kolegů.

► Až se vás potenciální milenec optá: „K tobě nebo ke mně?“ Raději se vydejte k němu. Sice nevíte, kam si vás odveze, ale určitě je lepší mít možnost se kdykoliv vypařit, než si ho zvát k sobě a ráno úpěnlivě čekat až se probudí a odejde.

► Výhodou **sexu na jednu noc** je neopakovatelnost. Už jen proto, že toho chlapa zřejmě už nikdy nevidíte, můžete se opravdu „vyřádit“! Troufnete si na věci, do kterých byste se s přítelem v posteli nikdy neodvážila. Můžete popustit uzdu svojí fantazii, přiznat se ke svým úchylkám, nebo vyzkoušet polohy, které jste zatím viděla jen v Kamasůtře.

► Abyste byla inkognito, klidně si na jeden večer změňte jméno. A povolání. A vůbec všechno, co se vám líbí. Můžete být kdokoli. Třeba letuška, barmanka, nebo marketingová ředitelka. Striptérka? A co takhle si zahrát na policajtku a uprostřed noci vytáhnout z kabelky pouta?

► Dejte si pozor na alkohol a jakákoliv povzbuzovadla. Zřejmě budete potřebovat kapku něčeho ostřejšího, ale nepřehněte to - asi by vás mrzelo, kdybyste si z oné noci nic nepamatovala...

► A tady žerty stranou! Co rozhodně nechcete, je trávit ráno v čekárně u gynekologa. Několik kondomů by vám v kabelce nikdy nemělo chybět.

► Jestli si noc s tímhle chlapem už nikdy nechcete zopakovat, bude nejlepší, když se vytratíte ještě předtím, než se sameček probere. Na druhou stranu, můžete si být jistá, že pokud zmizíte jako pára nad hrncem, bude z toho hošánek úplně vyřízený. Zaručeně si to bude chtít co nejdříve zopakovat. Takže je jen na vás, jestli mu na ledničce necháte jeho číslo (48).

Příloha 5: Vzor souhlasu s rozhovorem

Jméno:
Příjmení:
Bydliště:

Souhlasím se záznamem rozhovoru a jeho následným uveřejněním, který byl vykonán pro potřebu tazatelky Lucie Střiteské do její diplomové práce s názvem Pohled na problematiku sexuálně přenosných nemocí u pomáhajících profesí.

V.....dne.....

.....

podpis

Příloha 6: Genitální opar



Zdroj: <http://www.herpes-coldsores.com/std/pictures.html>

Příloha 7: Genitální bradavice



Zdroj: <http://www.thebody.com/content/art2307.html>