

Srovnání znalostí studenta českých a estonských vysokých škol o pohlavně přenosných chorobách a nemoci HIV/AIDS

Nikola Pazderská

Bakalářská práce
2015/2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd
akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VYKONU)

Jméno a příjmení: **Nikola Pazderská**
Osobní číslo: **H120255**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Srovnání znalostí studenta českých a estonských vysokých škol o pohlavně přenosných chorobách a nemoci HIV/AIDS.**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury související s tématem bakalářské práce.
Vymezení pojmů a teoretických východisek.
Příprava a realizace dotazníkového šetření v oblasti informovanosti a postojů studentů k problematice pohlavně přenosných chorob a nemoci HIV/AIDS.
Analýza a interpretace získaných dat.
Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

CANNING, Richard a Dale PECK. Vital signs: essential AIDS fiction. 1st Carroll & Graf ed. Berkeley, Calif.: Distributed by Publishers Group West, 2007, xlvii, 352 p. ISBN 0786720093.

ČERNÝ, Rudolf a Ladislav MACHALA. Neurologické komplikace HIV/AIDS. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007, 303 s. ISBN 978-802-4612-225.

HÁJEK, Marcel. HIV/AIDS v chirurgických oborech. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 79 s., barev. příl. ISBN 80-247-0857-4.

JILICH, David a Veronika KULÍŘOVÁ. HIV infekce: současné trendy v diagnostice, léčbě a ošetrovatelství. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2014, 173 s. Aeskulap. ISBN 978-802-0433-251.

ZAVADILOVÁ, Lucie. Jsem HIV-positivní, aneb, Já neumírám, já žiji. Vyd. 1. Praha: Grada, 2000, 96 s. Strom života. ISBN 80-716-9808-3.

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Petr Snopek, DiS.
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

13. ledna 2016

Termín odevzdání bakalářské práce:

20. května 2016

Ve Zlíně dne 13. ledna 2016


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka

L.S.


Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně
19/12 2016

.....
Michal B.

¹⁾ zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací.

⁽¹⁾ Vysoká škola nevydělčelně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledků obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Dizertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výtisky, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, uděje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Opírá-li autor takového díla udělit svolení bez věcného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybného projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo udit či poskytnout jmenům licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložil, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídí k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Abstrakt česky

Smyslem bakalářské práce je provést analýzu znalostí studentů vysokých škol v České republice a v Estonsku o pohlavně přenosných chorobách a nemoci HIV/AIDS. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se věnuje zejména samostatnému popisu těchto nemocí, diagnostice, léčbě a prevenci. Analýza a interpretace získaných dat poskytuje informace o názoru studentů na problematiku pohlavně přenosných chorob a nemoci HIV/AIDS, o postoji k této problematice a také poukazuje na nedostatky v informovanosti.

Klíčová slova:

Česká republika, Estonsko, syfilis, kapavka, chlamydiové infekce, papilomavirové infekce, ulcus molle, HIV/AIDS.

Abstrakt

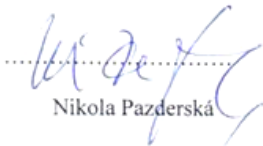
The purpose of this Bachelor thesis is to analyze the general knowledge and awareness of sexually transmitted diseases and HIV/AIDS of university students in the Czech Republic and Estonia. This paper comprises a theoretical section and a practical section. In the theoretical section, these diseases are described and diagnoses, treatments and preventions are discussed. The analysis and interpretation of the obtained data provides information about the opinions of the students about sexually transmitted diseases and HIV/AIDS, the students attitudes towards this matter and it also points out the lack of knowledge these students have about sexually transmitted diseases and HIV/AIDS.

Keywords:

Czech Republic, Estonia, syphilis, gonorrhoea, chlamydia infection, human papillomavirus infection, ulcus molle, HIV/AIDS.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Ve Zlíně dne 28. 4. 2016


.....
Nikola Pazderská

„Znám pouze dvě skutečná životní neštěstí – výčitky svědomí a nemoc.“

Lev Nikolajevič Tolstoj 1828 – 1910

Ráda bych na tomto místě poděkovala vedoucímu práce panu PhDr. Petru Snopkovi za odborné vedení, za čas, který mi věnoval a za cenné připomínky a podněty při psaní mé bakalářské práce.

Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří se zúčastnili mého dotazníkového šetření, za možnost realizace.

Poděkování patří i mé rodině a přátelům za jejich trpělivost a podporu při psaní mé bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 POHLAVNĚ PŘENOSNÉ CHOROBY	12
1.1 SYFILIS (PŘÍJICE, LUES)	14
1.2 KAPAVKA (GONORRHOEA).....	16
1.3 CHLAMYDIOVÁ INFEKCE	17
1.3.1 Chlamydiová urogenitální infekce	18
1.3.2 Lymphogranuloma venerum (LGV)	19
1.3.3 Lymphogranuloma inguinale (Morbus Nicolas – Favre).....	19
1.4 PAPILOMAVIROVÉ INFEKCE	19
1.5 ULCUS MOLLE (MĚKKÝ VŘED).....	20
2 HIV/AIDS	22
2.1 HISTORIE HIV INFEKCE	23
2.2 KLINICKÉ PŘÍZNAKY	24
2.3 DIAGNOSTIKA A LÉČBA	26
2.4 PREVENCE PŘENOSU HIV INFEKCE.....	28
II PRAKTICKÁ ČÁST	32
CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	33
3 METODIKA PRÁCE	34
3.1 METODA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	34
3.1.1 Dotazník	34
3.1.2 Charakteristika souboru respondentů	34
3.1.3 Pilotní studie.....	35
3.1.4 Realizace	35
3.1.5 Zpracování získaných dat.....	35
3.2 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	36
3.3 OVĚŘOVÁNÍ CÍLŮ A OČEKÁVANÝCH VÝSLEDKŮ	67
3.4 DISKUZE.....	71
3.4.1 Návrhy na řešení	73
ZÁVĚR	74
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	75
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	77
SEZNAM GRAFŮ	79
SEZNAM TABULEK	80
SEZNAM PŘÍLOH	81

ÚVOD

Pohlavně přenosné choroby provází člověka od nepaměti. Za jednu z prvních takových nemocí je považována kapavka, i když není vyloučeno, že se jednalo o syfilis. Zmínky o ní sahají již do období před 4 – 5 000 lety. Některým infekcím se člověk nevědomky ubránil, jiným bohužel ne. O syfilis se zase hovoří v souvislosti s mnohými významnými panovníky, vojevůdci, spisovateli i herci. Například anglický král Jindřich VIII, Napoleon Bonaparte nebo Adolf Hitler. Většina dalších pohlavně přenosných chorob byla rozpoznána až nedávno.

Pohlavně přenosné choroby patří v dnešním světě mezi velmi diskutovanou problematiku. I přes značný výskyt a závažnost situace je věnována velmi malá pozornost informovanosti, zejména mladší věkové skupiny, ale také prevenci. Přenos pohlavně přenosných chorob se týká všech věkových skupin, mužského i ženského pohlaví a všech sociálních vrstev obyvatelstva. Je to problém celosvětový. Dospívající touží poznat nepoznané a zažít nezažité. Jsou proto podle mě nejrizikovější věkovou skupinou. Příčin nárůstu pohlavních chorob je mnoho. Dle studií WHO se každoročně nárůst nemocných zvyšuje.

Významnou roli v prevenci hraje i svědomí, které je mravní záležitostí. I když se rodiče doma snaží vychovat své dítě v kontextu určitých mravních hodnot, zřejmě to nestačí. Kolik je rodičů, kteří svému dítěti dají do rukou prezervativ a řeknou co a jak? Když se nad tím zamyslíme, tak AIDS je onemocnění většinou mladší věkové skupiny, je tedy poruchou lidského chování – vzniká nejčastěji u lidí žijících promiskuitním životem nebo u injekčních uživatelů drog. Proč tomu tak je?

Téma mojí bakalářské práce jsem si vybrala, protože se domnívám, že celková informovanost o této problematice je minimální.

Má práce je zaměřena na znalosti studentů různých oborů vysokých škol. Zvýšit celkové vědomosti studentů i běžné populace je hlavním cílem této práce. Jelikož studuji obor všeobecná sestra a na studijní stáži v Estonsku, jsem se poprvé setkala s pacientem, který je HIV pozitivní, ráda bych tímto upozornila, že od toho, aby se člověk nakazil například touto nemocí, nejsme až tak daleko, i když zrovna my nepatříme do rizikové skupiny.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 POHLAVNĚ PŘENOSNÉ CHOROBY

Pro pohlavně přenosné choroby (STD „Sexually transmitted diseases“) lze použít i termín venerické nemoci. Lze je řadit podle různých aspektů. Na současné šíření pohlavně přenosných chorob má vliv zejména sexuální chování společnosti a jiný životní styl. Přenášejí se hlavně pohlavním stykem a jsou často viditelné v oblasti genitálu. Nezanechávají trvalou imunitu. (Rozsypal, 2015, s. 265)

Jinak ale působí virová hepatitida B, která poškozuje játra a trvalou imunizaci zanechává. Venerologie a infektologie jsou obory, které se intenzivně zabývají diagnostikou a léčbou pohlavních nemocí. (Rozsypal, 2015, s. 265)

Pohlavně přenosné choroby zahrnují nemoci způsobené zejména bakteriemi, jako například – *Treponema pallidum* (syfilis, lues, příjice), *Niesseria gonorrhoeae* (gonorrhoea, kapavka), *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis* (různé plísňové infekce genitálu), *ureaplasma urealyticum*, *Haemophilus ducreyi* (ulcus molle, měkký vřed), *Calymmatobacterium granulomatis*, *shigella* (uretritida), *streptococcus* (uretritida). Viry – herpes simplex virus (herpes genitalis), lidský cytomegalovirus (uretritida), lidský papilomavirus (condylomata), virus hepatitidy B, lidský virus imunodeficiency (infekce HIV). Kvasinkami – *candida albicans*. Prvoky – *Trichomonas vaginalis*. Členovci – *sarcoptes scabiei* (scabies, svrab). (Rozsypal, 2015, s. 265, 266)

Většina těchto patogenů mimo lidský organismus rychle zaniká, jsou velmi citlivé na změny teplot. K přenosu těchto pohlavních chorob často dochází i při společném používání sexuálních pomůcek. (Jilich, Kulířová, 2014, s. 117)

Průběh venerických nemocí je různý. Dochází k poškození močopohlavních cest, může dojít k šíření infekce do celého těla a tím k rozvoji dalších onemocnění a komplikací. Sterilita, adnatní (vrozené) infekce a těhotenské ztráty jsou typickým důsledkem sexuálně přenosných chorob. (Rozsypal, 2015, s. 266)

Mezi klinické příznaky sexuálně přenosných nemocí patří například vředy na genitálu a v okolí řitního otvoru, výpotek z pochvy, bolesti při močení a v podbřišku, bolestivou erekci, nepříjemným pocitem při močení, bolestivý odchod stolice a výtok z řitního otvoru, vyrážka na těle, svědění kůže genitálu, různé výrůstky v oblasti genitálu, popř. otok genitálu. (Rozsypal, 2015, s. 266)

Podle Jilicha a Kulířové (Jilich, Kulířová, 2014, s. 117) je častá i jednostranná či oboustranná lymfadenopatie.

Rozsypal (Rozsypal, 2015, s. 267, 268) tvrdí, že pro diagnostiku sexuálně přenosných chorob jsou nejdůležitější zejména příznaky na genitálu a v jeho okolí, méně často pak i jiné příznaky.

Co se týká sexuálního styku, tak jde o venerologickou anamnézu, která je součástí každého vyšetření při podezření na pohlavně přenosnou chorobu. Zjišťuje se zejména sexuální orientace nemocného, počet partnerů za určité časové období, sexuální styk s cizinci, nechráněný pohlavní styk, typy styků. Dále se pokládají otázky ohledně sexuálních praktik, pomůcek, pohlavní nemocí v minulosti, ale i chování partnerů, kteří případně můžou být nositeli onemocnění. Zvýšené riziko vzniku sexuálně přenosné choroby je u mužů provozující sex s jinými muži, u osob poskytující komerční platící služby, v pornografickém průmyslu, u narkomanů a u lidí s asociálním až kriminálním chováním. Důležitý pro stanovení diagnózy je klinický obraz, kde zejména hodnotíme barvu kůže a vzhled genitálu. Vyšetření by mělo probíhat co nejdiskrétněji. U laboratorních vyšetření je rozhodující mikrobiologické vyšetření z léze genitálu, uretry, pochvy, čípku, konečníku či dutiny ústní. Někdy nutné doplnit stěrem z konečníku. Využíváme i pomocná vyšetření jako sonografie břicha, anální cytologie, rektoskopie. (Rozsypal, 2015, s. 267, 268)

Průkaz patogenu je základem diagnostiky. Prokazují se krevními (sérologickými) testy s následnými mikroskopickým a kultivačním vyšetřením. (Jilich, Kulířová, 2014, s. 118, 119)

Syfilis, kapavku a lymphogranuloma venerum je lékař povinen zapsat a nahlásit do formuláře „Hlášení pohlavních nemocí.“ Pacient je povinně dispenzarizován a podléhá depistážnímu šetření, ve kterém dochází k vyhledávání a vyšetření sexuálních partnerů za určité časové období před nákazou, nejčastěji za poslední 2 měsíce až 2 roky. Záleží na stádiu prokázaného onemocnění. (Jilich, Kulířová, 2014, s. 118, 119)

Hlášení se tedy provádí pomocí standardizovaných tiskopisů, kde se uvádí jméno, příjmení, rodné číslo, trvalé bydliště, pracoviště, diagnóza, datum prvních příznaků, místo izolace nebo název zařízení, ve kterém došlo k nákaze. (Rozsypal et al., 2013, s. 120, 121)

Šulová (Šulová et al., 2011, s. 252) za nejčastější prevenci přenosu pohlavně přenosných chorob považuje tzv. trias ABC systém, což je A – abstinence, B – být věrný a C – použití kondomu.

Nejlepší prevencí sexuálně přenosných chorob je samozřejmě stálost partnerských vztahů. V dnešní době si většina lidí uvědomuje závažnost stálosti. Je důležité tolerovat drobnosti, které by vztah mohly narušit. K různým nedorozuměním a rozchodům nemusí docházet, pokud k sobě partneři budou upřímní. (Brtníková, 1989, s. 17)

Pokud chybí stálost partnerských vztahů je nutné používání prezervativu. Ten zabraňuje přístupu nakaženého semene do pohlavních cest ženy. (Joyeux, 1994, s. 16)

Nejen níže jmenované choroby se řadí mezi pohlavně přenosné. Patří mezi ně například i virové hepatitidy – zejména B, C nebo svrab. (Melicherčíková, 2015, s. 42)

1.1 Syfilis (Příjice, lues)

Jedná se o chronické a vleklé infekční onemocnění, které bez důkladné léčby antibiotiky může postihnout všechny orgány důležité pro život. Mikrob, který způsobuje toto onemocnění, se nazývá *Treponema pallidum*. (Šťáva, 1987, s. 31)

Syfilis rozdělujeme na příjici získanou, která vzniká přenosem treponemat z nemocného člověka do nepatrných traumat, což je porušení sliznice nebo kůže. Příjice vrozená (*syphilis congenita*) se přenáší na dítě z matky během těhotenství. Přenos se tedy děje transplacentární cestou. Obecně platí, že čím více je infekce u matky čerstvější, tím vážněji je plod ohrožen. Forma, stupeň a průběh vrozené syfilis je tedy do značné míry závislý na stádiu syfilidy matky v těhotenství. Může dojít k potratu nebo předčasnému porodu mrtvého plodu. (Jirásková, 2003, s. 196, 205, 206)

Zasahuje nejčastěji kůži, oko a také centrální nervový systém. Patří mezi nejzávažnější sexuální nemoci. Podléhá povinnému hlášení o výskytu pohlavních chorob. (Jilich, Kulířová, 2014, s. 119)

Anální a orální pohlavní styk patří k nejčastějšímu způsobu přenosu pohlavních nemocí. Přenos infekce je také možný u intravenózních aplikací drog s použitím společných injekčních stříkaček a jehel. Pokud je infikovaný z nějakého důvodu léčen antibiotiky, může onemocnění probíhat bezpříznakově. Inkubační doba činí 9 – 90 dní, nejčastěji 3 týdny. Nevzniká trvalá imunita, proto se lze nakazit syfilidou opakovaně. (Jilich, Kulířová, 2014, s. 119)

Laboratorně lze syfilis prokázat vyšetřením materiálu z léze v zástinu, což je využití exsudátu ze spodiny léze. Popř. stříbřením nebo přímou imunofluorescencí, nepřímá diagnostika na základě alespoň jednoho netreponemového a jednoho treponemového

sérologického testu. U diagnostikovaného pacienta se syfilis se pátrá po dalších choroboplodných procesech. Vyšetření je doplněno neurologem, oftalmologem a požaduje se echokardiografické vyšetření. (Rozsypal, 2015, s. 267, 268)

Testy mohou být negativní ještě v primárním vředu, lze však prokázat bakterii stěrem ze spodiny defektu. Kožní biopsie a histologické vyšetření se provádí v případě nejasností kožních projevů. (Jilich, Kulířová, 2014, s. 124)

Jilich a Kulířová (Jilich, Kulířová, 2014, s. 120, 121) uvádí, že onemocnění probíhá v několika fázích. Primární a sekundární stádium a stádium časně latence řadíme do fáze časně infekce trvající do 2 let od přenosu infekce. Do terciárního stádia po 2 – 20 letech může přejít stádium pozdní latence.

Defekt (ulcus durum) na genitálu, v anální oblasti, dutině ústní či na rtu je typický příznak primárního stádia. Jde o ostře ohraničený defekt s tuhouspudinou. Zhruba po dvou týdnech od projevu defektu na penisu dochází ke vzniku jednostranné tříselné lymfadenopatie. K jednostranné mandibulární nebo krční lymfadenopatii dochází při defektu v dutině ústní. Až několika centimetrů mohou dosahovat velikosti poškozených uzlin. Většinou defekt i lymfadenopatie odezní spontánně do 6 týdnů. (Jilich, Kulířová, 2014, s. 120, 121)

Typickým příznakem sekundárního stádia je pocit chřipkové nemoci, kterou pacienti uvádějí jako zvýšenou teplotu, únavu, bolesti kloubů a svalů. Rozhodující je však makulózní až makulopapulózní exantém na trupu a také červené skvrny až papuly ve dlaních a na ploskách nohou. Symptomy sekundárního stádia jsou velmi diskrétní, proto jsou spíše náhodným nálezem. Časté jsou také ložiskové ztráty vlasů a jednostranně zvětšená krční mandle s povlakem, někdy ulcerací. (Jilich, Kulířová, 2014, s. 121)

Dalším závažným projevem sekundárního stádia je postižení oka, které je charakteristické poruchou vidu, zarudnutím, bolestí či světloplachostí oka. Může vést k poškození zraku až ke slepotě, často i hluchotě. Postižení oka a ucha jsou projevem neurosyfilidy, ta vyžaduje intenzivnější léčbu. Pacient zůstává infekční po dobu dvou let po odeznění příznaků sekundárního stádia. Vzácně se u některých pacientů mohou po této době projevit příznaky terciárního stádia, většina pacientů však zůstává bez klinických projevů nemoci. (Jilich, Kulířová, 2014, s. 123)

Podle Capponiho (Capponi, 1994, s. 131) tzv. tabes dorsalis je jedno z konečných stádií syfilidy, kdy dochází ke zničení nervových center zakončených v míše. Ovlivněna je

hlavně chůze jedince, která se stává nejistou, s nápadným „vykopáváním“ bérců (kohoutí chůze). Často dochází i ke ztrátě rovnováhy spojené se ztrátou citu.

Neléčená nebo špatně léčená syfilis může poškodit různé tělní systémy. Léčba se odvíjí hlavně stádia nemoci. (Rozsypal, 2015, s. 267, 268)

Lékem první volby je parenterálně aplikovaný penicilin. V případě alergie na penicilin se používá doxycylin. (Jilich, Kulířová, 2014, s. 124, 125)

Prezervativ zcela nechrání nemocného před touto nemocí, protože nákaza může vycházet i z ložisek, která se vyskytují v okolí genitálů, v ústech nebo jinde na těle. (Šťáva, 1987, s. 31)

Jilich a Kulířová (Jilich, Kulířová, 2014, s. 124, 125) uvádí, že v případě potvrzení syfilis je nutná sexuální zdrženlivost po celou dobu léčby a také vyšetření sexuálních partnerů za poslední tři měsíce až dva roky. Záleží na stádiu onemocnění.

1.2 Kapavka (Gonorrhoea)

Mikrob způsobující kapavku se nazývá *Neisseria gonorrhoeae*. Nejčastěji postihuje močové cesty a pohlavní orgány. Jedná se o hnisavé, vysoce nakažlivé onemocnění, projevující se nejčastěji výtokem z genitálů. (Capponi, 1994, s. 51)

Menšími rozdíly se jinak projevuje kapavka u ženy, jinak u muže. U žen jsou často příznaky nenápadné a to tak, že může probíhat zcela asymptomaticky. (Nováková, 2011, s. 38)

Nejčastěji se přenáší nechráněným análním a orálním stykem a taky sdílením sexuálních pomůcek. Postihuje sliznici urogenitálního traktu, ale také konečníku, spojivky či laryngu. Inkubační doba této nemoci je 2 – 7 dní. (Jilich, Kulířová, 2014, s. 125, 126, 127)

Hustý výtok, který je žlutobílý, žlutý nebo žlutozelené barvy je typickým příznakem kapavky. Téměř vždy doprovázeno dysurickými potíži, které se projevují řezáním, pálením při močení a nucením na močení. Výtok bývá většinou mírný, ale může být i masivní s příměsí krve. Projevy nemoci po několika dnech ustupují, ale pacient zůstává infekční i dále. Projevuje se pak pouze tzv. ranní kapkou výtoku, která je téměř nepatrná. (Jilich, Kulířová, 2014, s. 125, 126, 127)

U neléčené infekce může vzniknout mnoho komplikací jako zánět a otok předkožky, může způsobit zánět prostaty, nadvarlete a taky semenných váčků. Bolestivost v okolí

konečnicků, která vede k zácpě, zarudnutí a hustý výtok z konečnicku jsou dalšími příznaky infekce.

Asymptomaticky probíhá kapavčitá faryngitida, takže vznikají jen nespecifické bolesti v krku. Vysokými teplotami, celkovou schváceností, bolestmi kloubů a svalů, kožními změnami se projevuje neléčená nebo špatně léčená infekce. (Jilich, Kulířová, 2014, s. 125, 126, 127)

Změny, které jsou způsobeny zánětem, mohou u obou pohlaví způsobit neplodnost. Vzácně se může objevit celková sepse, která se mnohdy může projevit příznaky zánětu mozku nebo nitroblány srdeční. (Capponi, 1994, s 51)

Základem diagnostiky je kultivační vyšetření ze všech míst sexuálního kontaktu, které slouží k určení citlivosti patogenu na antibiotika. Mikroskopické vyšetření je méně spolehlivé, slouží pouze k testování uretrálního výtoku u mužů. Pokud dojde k diseminaci infekce, odebírá se a kultivuje hemokultura. (Jilich, Kulířová, 2014, s. 125, 126, 127)

Lékem první volby v současnosti je ceftriaxon a jiná antibiotika dle kultivace. Léčba patří do rukou odborníka, venerologa, jelikož narůstá rezistence *Nisseria gonorrhoea* vůči různým druhům antibiotik. (Jirásková, 2003, s. 215)

Zákonná opatření jsou podobná jako u syfilis. Nutná ohlašovací povinnost na formuláři „Hlášení pohlavních chorob“ a depistážní šetření. Nezbytné je vyšetřit všechny sexuální partnery za poslední dva měsíce a v případě průkazu infekce zahájit léčbu. Po ukončení antibiotické léčby se provádí kontrolní kultivační vyšetření z míst, kde původně kapavka byla prokázána. Nemocný dodržuje zákaz pohlavního styku až do posledního negativního vyšetření. (Jilich, Kulířová, 2014, s. 125, 126, 127)

1.3 Chlamydiová infekce

V naší republice i ve světě patří chlamydiové infekce mezi nejčastější pohlavním stykem přenosné bakteriální infekce. Původcem je bakterie *Chlamydia trachomatis*, která se dále dělí dle sérotypů. (Jilich, Kulířová, 2014, s. 127)

Podle Šulové (Šulová et al., 2011, s. 257) se chlamydiové infekce občas obtížně odlišují od kapavky, jsou si totiž podobné svými klinickými projevy. Kapavka má delší inkubační dobu.

Ch. Trachomatis sérotypu D - K se projevuje nejčastěji výtokem z uretry nebo konečníku. Některé druhy chlamydiových infekcí jsou mnohem invazivnější a způsobují výrazný zánět v místě infekce s celkovou reakcí organismu. Tento typ se označuje jako Ch. Trachomatis sérotvaru L1-3, klinicky se často projevuje jako proktitida, závažněji může i jako oboustranná inguinální lymfadenopatie. Postihuje celou urogenitální a rektální sliznici. Tímto typem chlamydií se onemocnění nazývá lymphogranuloma venerum (LGV). Zejména u HIV-pozitivních pacientů počet nakažených každoročně stoupá i ve vyspělých zemích, také v České republice. U nás byl první případ toho onemocnění zaznamenán v roce 2010. (Jilich, Kulířová, 2014, s. 127)

1.3.1 Chlamydiová urogenitální infekce

Chlamydia trachomatis je parazit, který se zejména přenáší pohlavním stykem, ale také sdílením sexuálních pomůcek, infikovanými prsty nebo orálním stykem. Nejvíce postihuje sliznici uretry, ale také rektum, oční spojivku nebo hltan. Inkubace je 10 – 20 dní. (Jilich, Kulířová, 2014, s. 128, 129)

Příznaky jsou podobné jako u kapavky, ale mnohem mírnější. Jedná se zejména o výtok z uretry, občas s příměsí krve a doprovázený dysurickými potíží. Neléčená infekce může způsobit zánět prostaty, nadvarlat nebo semenných váčků. Také může přejít do chronicity, která vede ke sterilitě. (Jilich, Kulířová, 2014, s. 128, 129)

Méně časté je chlamydiové postižení spojivek, které vede k překrvení, pálení, řezání s pocitem cizího tělesa v postiženém oku. Asymptomaticky nejčastěji probíhá chlamydiová infekce hltanu. Výjimkou není ani infekční postižení kloubů. (Jilich, Kulířová, 2014, s. 128, 129)

Z postižené sliznice uretry, rekta, spojivek či hltanu se doporučuje provést PCR vyšetření. K léčbě se používá doxycyklin nebo azithromycin. Délka léčby závisí na včasné diagnostice, charakteru infekce a typu antibiotik. (Jilich, Kulířová, 2014, s. 128, 129)

U pacientů s prokázanou chlamydiovou infekcí je nutné provést další vyšetření, které slouží k vyloučení dalších pohlavních nemocí. Pohlavní zdrženlivost trvá po celou dobu léčby až do negativního kontrolního vyšetření. Onemocnění se také hlásí na formulář „Hlášení infekční nemoci.“ Kontrolnímu vyšetření podléhají i sexuální partneři nemocného. (Jilich, Kulířová, 2014, s. 128, 129)

1.3.2 Lymphogranuloma venerum (LGV)

Chlamydia trachomatis L1 – 3 způsobuje LGV a to vzniká nejčastěji u mužů mající sex s jinými muži (MSM). Nejčastěji je tedy postižena sliznice rektu, mnohem méně uretry. Inkubační doba je 3 – 30 dní. (Jilich, Kulířová, 2014, s. 129, 130)

Jedná se o celkové onemocnění začínající vznikem defektu v místě přenosu. Nejčastějším projevem je proktitida s hnisavým výtokem. Patrné jsou často i příměsi krve, výrazná bolestivost, krvácení a celkové příznaky, jako zvýšená teplota nebo zimnice, bolesti svalů a kloubů. V pánvi dochází ke spádové lymfadenopatii. (Jilich, Kulířová, 2014, s. 129, 130)

Oboustranným zduřením uzlin se projevuje uzlinový syndrom, který u LGV není tak častý. Takto postižené uzliny se často provalí ven. (Jilich, Kulířová, 2014, s. 129, 130)

Neléčená nebo špatně léčená infekce může vést k chronickému zánětu mízních cév, které se později projeví vznikem srůstů nebo píštěl, lymfedémem a možnou deformitou genitálů. (Jilich, Kulířová, 2014, s. 129, 130)

Nejčastější diagnostickou metodou jsou stěry z anorekta, uretry či punktátu uzliny. Dovyšetřuje se pozitivní izolát na přítomnost *Chlamydia trachomatis* sérotvaru L1 – 3 v Národní referenční laboratoři pro chlamydie v Praze. (Jilich, Kulířová, 2014, s. 129, 130)

Lékem první volby, který se podává tři týdny, je doxycyklin, který je v případě uzlinového syndromu podáván s azithromycinem. (Jilich, Kulířová, 2014, s. 129, 130)

K vyloučení pánevní lymfadenopatie se doporučuje provést sonografické vyšetření břicha a také sérologické vyšetření hepatitidy C, která je častou koinfekcí LGV. Dochází k povinnému hlášení o pohlavních chorobách. (Jilich, Kulířová, 2014, s. 129, 130)

1.3.3 Lymphogranuloma inguiale (Morbus Nicolas – Favre)

Capponi (Capponi, 1994, s. 75) uvádí, že se jedná o vzácnou pohlavně přenosnou nemoc, která se projevuje zejména vředem a zduřením nejbližších mízních uzlin a necharakteristickým drobným papilózně ulcerickým afektem.

1.4 Papilomavirové infekce

Weis (Weiss, 2010, s. 607) uvádí, že intimním stykem se přenáší určité typy lidského papilomaviru (human papilloma virus, HPV), které v genitální a rektální oblasti způsobují bradavičnaté projevy. Tyto projevy nazýváme genitální bradavice (condylomata accumulata)

ta). HPV viry jsou u nás i ve světě jedním z nejčastějších pohlavním stykem přenosných nemocí. Dělíme je na nízkorizikové nebo vysoce rizikové (onkogenní typy), které se mohou podílet na vzniku karcinomů.

Při kontaktu sliznic a kůže s nakaženým jedincem dochází k přenosu infekce. Napadením buněk infekcí dojde ke vzniku útvarů – kondylomat. Inkubace je několik týdnů až měsíců. (Jilich, Kulířová, 2014, s. 131, 132)

Projevem nemoci jsou výrůstky barvy kůže, někdy hnědavé až hnědé. Vyskytují se v genitální a anální oblasti. Mohou splývat až v rozsáhlé květákovité útvary. (Jilich, Kulířová, 2014, s. 131, 132)

Diagnózu ve většině případů lze stanovit klinicky. Histologické a genetické vyšetření provádíme v případech nejasností, které odliší nízko či vysoko rizikové typy.

K terapii se často používá tekutý draslík (kryalizace) nebo chirurgické řešení. V mírnějších projevech nemoci také lokální preparáty. (Jilich, Kulířová, 2014, s. 131, 132)

HPV infekce nepatří mezi pohlavně přenosné choroby, které podléhají povinnému hlášení. Většina sexuálně aktivních žen minimálně jednou v životě byla infikována jedním nebo více typy papilomavirů. (Weiss, 2010, s. 607)

1.5 Ulcus molle (měkký vřed)

Příčinou tohoto onemocnění je *Haemophilus ducreyi*. Cestou přenosu je prakticky jen pohlavní styk. Inkubační doba je 2 – 4 dny. Častěji jsou postiženi muži, než ženy. V České republice se nevyskytuje již řadu let. Nejčastější diagnostika probíhá mikroskopicky z hnisu odebraného z okrajů vředu. (Slezáková, 2008, s. 63)

Projevuje se v místě infekce zánětlivou papulou, papulou s hnisem a vředem. Je silně bolestivý a většinou vzniká v místě genitálu. (Jirásková, 2003, s. 215)

Občas se projevuje zduřením lymfatických uzlin, které jsou bolestivé, hnisají a končí abscesy. Léčba patří do rukou dermatovenerologa. (Jirásková, 2003, s. 215)

Hlavním lékem je penicilín, jinak ATB dle citlivosti. Je nutné dodržovat tělesný klid a sexuální zdrženlivost hlavně v akutním stádiu. (Slezáková, 2008, s. 63)

2 HIV/AIDS

AIDS (Acquired immunodeficiency syndrome – syndrom získaného selhání imunity) je onemocnění způsobené virem HIV (Human immunodeficiency virus). K přenosu tohoto viru dochází zejména pohlavní stykem, krevní cestou a přenosem z infikované matky na dítě při porodu, těhotenství nebo kojení. Jakmile dojde k proniknutí viru do těla člověka, organismus si začne tvořit protilátky. (Munzarová, 2005, s. 101)

Zásadní význam má prevence. Jiné choroby, jak v historii tak i ty dnešní mohou být překonány léčbou, z některých se lidé sami uzdraví a přežijí. Pro mnoho nemocí se našla specifická prevence a to očkování. Ač historie této nemoci je dlouhá, obdobné alternativy léčby a uzdravování u AIDS doposud neexistují. V dnešní době tedy neexistuje lék, který by nemoc vyléčil nebo očkovací vakcína, která by účinně zabránila dalšímu šíření viru. Jelikož je nemoc nevyléčitelná, jedná se o mor lidstva. Nejde tedy jen o rizikové chování, ale může jít i o nešťastnou náhodu nebo úmyslné šíření. Tato nemoc se dotýká každého člověka, to je realita. V současné době není jiná možnost volby, než prevence. Nejdůležitější skupinu tvoří děti a mladiství, kterým by obecné informace a rizicích této nemoci měly být předávány převážně rodiči a ve školních zařízeních. (Holub, 1993, s. 7,8, 11)

K této infekci jsou mnohem náchylnější ženy a to zejména v subsaharské oblasti, kde má AIDS každý pátý obyvatel. HIV je retrovirus, jehož genom tvoří dva identické řetězce RNA. Enzym reverzní transkriptázy má klíčový význam. Za jeho pomoci se genetická informace uložená v RNA přepisuje do DNA hostitelské buňky. HIV se nejprve naváže na hostitelskou buňku, pak se do ní dostane. K tomu má zásadní význam glykoprotein gp120, který tvoří povrch virové částice. Virus se dostává do důležitých buněk imunitního systému. Působením reverzní transkriptázy dojde k replikaci (rozmnožování) HIV, které může zůstat i ve fázi klidu. Při replikaci vznikají miliony nových částic, které následně infikují i okolní buňky organismu. V klidovém stádiu, kdy nedochází k rozmnožování viru, může HIV zůstat různou dobu, třeba i několik let. Následně se může probudit a znovu se začne rozmnožovat, což vede k plně rozvinutým klinickým příznakům AIDS. (Ferenčík et al., 2004, s. 98, 99)

V počáteční fázi dochází k množení viru velmi pomalu. Virových částic v krvi nakaženého jedince je velmi málo na to, aby byly rozeznatelné běžnými metodami. Za pár dní od nákazy se v krvi objevuje p24, což je rozpustný protein, který pochází z vnitřního obalu

viru, tzv. nukleokapsidu. Infekce v tomto stádiu se projevuje zejména bolestmi hlavy, svalstva a kloubů, zvýšenou teplotou, slabostí, malátností, průjmem. Tedy příznaky podobné běžné chřipce. Toto období trvá většinou dva až tři týdny. Poté z krve začnou mizet infekční virové částice a objevují se protilátky proti virovým antigenům (anti – p24, anti – gp120). Tuto změnu nazýváme sérokonverzí. Po této změně může nastat u HIV pozitivních různě dlouhá fáze bez příznaků. Asymptomatická fáze může trvat několik let, i 10 a více. Dochází postupně ke snižování CD4 pozitivních T – lymfocytů, kterých je běžně v organismu 500 – 1500 v jednom mm³. Jestliže se jejich počet sníží pod 200, zvýší se riziko pro vstup oportunních infekcí. Hodnota 50 a méně je typická pro pokročilé stádium AIDS. (Ferenčík et al., 2004, s. 100, 101)

V České Republice je diagnostikovaných HIV pozitivních pacientů přes 2500, převládají muži mající sex s muži. Přesné číslo ovšem neexistuje, jelikož ne všichni lidé jsou testováni. Infikovaných HIV nemocí ve světě je až 35mil. a ročně se nakazí dalších 2,5 mil., v souvislosti s HIV infekcí zemře 1,5 mil. (Rozsypal, 2015, s 382)

Nejčastější pooperační komplikace při větších a velkých chirurgických výkonech jsou především špatné hojení pooperačních ran a anastamóz a dále vznik oportunní infekce. (Hájek et al., 2004, s. 57)

2.1 Historie HIV infekce

Každá infekční nemoc ovlivňuje lidskou společnost. První zmínky o tomto onemocnění pocházejí z USA, rok 1981, kdy americký doktor Michael Gottlieb zaznamenal pět případů vzácného typu zápalu plic způsobeného pneumocystovou pneumonií. Toto onemocnění bylo diagnostikováno vesměs u mladých, homosexuálně zaměřených a předtím relativně zdravých mužů, kteří se navzájem neznali. Skupina lékařů a specialistů vytvořila tým, který se intenzivně zabýval hledáním podobných příznaků zejména v Kalifornii, tedy oblast, která byla velmi oblíbená v gay komunitě. Profesor Mikuláš Popovič, původem československý občan patřící do týmu výzkumníků jako první vyvinul test na detekci protilátek vůči HIV. V té době byly poprvé vysloveny hypotézy, že se jedná o pohlavně přenosnou chorobu. (Jilich, Kulířová, 2014, s. 16, 18)

Počáteční období vývoje nemoci bylo poznamenáno zejména neznalostí původce a cestou přenosu. Nikdo v té době netušil, že tato nemoc bude mít globální dopad na lidstvo v celém světě. V roce 1982 odborníci nazvali nemoc zkratkou AIDS. (Holub, 1993, s. 9)

V USA se neznámý virus začínal šířit velice rychle a záhadnému onemocnění se v populaci začalo říkat 5H – homosexuálové, Haitťané (přistěhovalci), heroinisté (injekční uživatelé drog), hemofilici (častí příjemci krevních transfúzí), heterosexuální partneři výše uvedených skupin. Spolu se šířením viru vypukla mezi lidmi panika a taky se prohloubila nenávisť vůči gayům, kterým tehdejší populace dávala vznik nemoci za vinu. Dodnes není celkem jasno, odkud původce nemoci HIV pochází. Většina odborníků předpokládá, že jde o tzv. opičí původ. (Holub, 1993, s. 10)

V České republice se vyskytly první dva případy homosexuálních mužů v roce 1984. S výskytem tohoto onemocnění v tehdejší Československu nikdo nepočítal, přesto se poté vyskytly i další případy nakažených lidí. V té době se při infekčních klinikách při krajských nemocnicích otvíraly AIDS centra. První AIDS centrum vzniklo v Praze a jeho vedení měla na starosti Doc. MUDr. Marie Staňková, CSc. Centrem prevence a péče o HIV pozitivní pacienty a nemocné AIDS se v roce 1999 stal nově otevřený Dům Světla. (Jilich, Kulířová, 2014, s. 25, 26)

Hlavně strach a zmatek, které se postupně projeví nedůvěrou a nenávisť, způsobila tato nemoc. Lidé měli obavy, že se nakazí jen pouhým dotykem oblečení nakaženého člověka nebo běžným kontaktem, jako mluvení. Diskriminováni byli zejména homosexuálové, ale také děti trpící poruchou srážlivosti krve, které se AIDS nakazily krevní transfúzí. Některé projevy hysterie spojené s touto nemocí byly až směšné. K těmto útokům na nemocné docházelo nejen v USA, ale také v Británii a jiných evropských státech. (Connor, Kingmanová, 1991, s. 9,10)

Významnou roli v léčbě HIV pozitivních pacientů hraje účinná antivirová terapie, přesněji použití nukleosidového inhibitoru reverzní transkriptázy – tenofoviru, který byl schválen v roce 2001. Tento lék je v současnosti nejpoužívanějším lékem a jeho zakladatelem je český přírodovědec 20. století, profesor Antonín Holý. (Jilich, Kulířová, 2014, s. 21, 22)

2.2 Klinické příznaky

Jako AIDS označujeme stav, kdy HIV – pozitivní pacient má minimálně jeden z těchto klinických příznaků: oportunní infekce, typické nádorové choroby, snížení počtu pomocných T – lymfocytů pod hodnotu 200, u dospělých únavový syndrom, u dětí zejména neprospívání, neuropsychiatrické choroby (encefalopatie), otok a bolestivost lymfatických uzlin (lymfadenopatie). (Connor, Kingmanová, 1991, s. 6)

Imunitní systém, který AIDS napadá a ničí, je zodpovědný za boj s infekcemi. Lidské tělo se nevzpamatuje ani z nejléčtějšího onemocnění, pokud imunitní systém nefunguje. Stává se tak otevřeným terčem pro mnoho mikroorganismů. (Connor, Kingmanová, 1991, s. 6)

HIV má mnoho komplikací, které postihují všechny orgánové systémy. Příznaky i projevy jsou velmi pestré a patří mezi ně zejména oportunní infekce. Mezi typické oportunní infekce patří například – Kandidová ezofagitida, pneumocystová pneumonie, toxoplasmóza mozku, encefalopatie, diseminovaná mykobakterióza. Léčba oportunních infekcí spočívá zejména v podávání chemoterapeutik. (Rozsypal, 2015, s. 393)

Průběh infekce, který není ovlivněný léčbou, má většinou tři fáze. První trvá většinou krátkou dobu a nemusí se vyskytnout u všech pacientů. Nazýváme ji fáze primoinfekce. Fáze, která následuje je asymptomatická a trvá i několik let. Fáze, kdy přicházejí více či méně zdravotní problémy a komplikace je symptomatická. Příznaky jsou u každého pacienta individuální. Prohlubuje se porucha imunitního systému. Může vyústit i ve smrt, pokud ani v této fázi není pacient adekvátně léčen. V praxi jsou používány nejčastěji dva klasifikační systémy. Systém klasifikace dle WHO je aplikovatelný celosvětově. Rozlišujeme zde 4 stádia (1- 4). Stádium 1 je označováno jako asymptomatické, do stádia 2 lze zařadit jen vybrané klinické příznaky. Klasifikační systém dle WHO je hojně využíván zejména v chudších oblastech světa, kde nejsou dostupné různé doplňkové laboratorní a klinické vyšetření. V odborné literatuře je spíše využíván systém CDC, který byl vytvořen Centrem pro kontrolu a prevenci nemocí ve Spojených státech v roce 1993. Stádium nemoci je označováno písmenem A, B nebo C a k němu je zároveň přiřazena číslice 1,2 nebo 3. Vzniká tak 9 možných kombinací. Stadium C je v tomto systému považováno za projev plně rozvinutého AIDS. (Jilich, Kulířová, 2014, s. 59, 60)

Černý a Machala (Černý, Machala, 2007, s. 56) uvádí, že mezi nejčastější neurologické projevy akutní fáze HIV infekce patří horečka, lymfadenopatie, průjem, faryngita, nauzea, zvracení, exantém, soor a pokles hmotnosti. Mezi neurologické komplikace, které mohou pacienta zasáhnout, patří například i časté bolesti hlavy.

Mezi další neurologické komplikace HIV/AIDS řadíme například HIV encefalopatii, která vede k rozvoji demence a patří k nejzávažnějším typům. Další neurologickou komplikací může být onemocnění míchy, které se projevují především míšními nádory, jako jsou míšní gliomy, lymfomy a také metastáze. Další závažné neurologické komplikace se mohou projevovat jako postižení periferního nervového systému, postižení kosterního svalstva,

infekční onemocnění postihující nervový systém. Také nádory postihující nervový systém, cévní komplikace CNS a nebo neurologické nežádoucí účinky antiretrovirové terapie nejsou výjimkou. (Černý, Machala, 2007, s. 8, 62, 108)

2.3 Diagnostika a léčba

Enzymová imunoanalýza (EIA) je v současnosti velmi významnou diagnostickou metodou. Existuje ovšem tzv. diagnostické okno, což je doba, po kterou infekce HIV není prokazatelná. Délka tohoto okna je nejméně tři týdny po infekci virem HIV. Dárci krve, buněk, tkání i orgánů jsou touto screeningovou metodou EIA povinně testováni. Prokazatelně a s velmi vysokou pravděpodobností lze HIV prokázat až za tři měsíce po vstupu HIV infekce do těla jedině, v ojedinělých případech i později. (Jilich, Kulířová, 2014, s. 38, 39)

Laboratorní testy, které slouží k průkazu HIV infekce v těle, se tedy provádějí jako screeningová povinná u dárců krve, buněk, tkání a orgánů a u těhotných žen. Dále jsou to vyšetření indikovaná lékařem. V případě splnění podmínek pojištění tyto vyšetření platí zdravotní pojišťovny. Právně každého je nechat se vyšetřit na vlastní žádost, v těchto případech vyšetření hradí žadatel nebo dotační programy ministerstva zdravotnictví. Z těchto dotačních nebo jiných fondů lze platit vyšetření v rámci prevence u rizikových skupin. (Jilich, Kulířová, 2014, s. 38, 39)

Podle Hechta a Solowaye (Hecht, Soloway, 1993, s. 3, 4) je pečlivé fyzikální vyšetření důležitou součástí hodnocení pacienta.

K diagnóze AIDS dojde, pokud je potvrzen důkaz infekce HIV na základě izolace viru. Popřípadě lze provést pozitivní průkaz jeho genomového materiálu (RNA) pomocí polymerázové řetězové reakce (PCR). Možné provést i sérologické vyšetření k průkazu pozitivitu viru HIV. Sérum člověka se nejprve vyšetří proti virovým antigenům (p24, gp120). Vyšetření probíhá pomocí ELISY, což je enzymová imunoanalýza. Vyšetření se provádí alespoň dvakrát během tří měsíců, protože jde o období, během něhož obvykle dojde k séropozitivitě. Pomocí metody Western blot potvrzujeme pozitivní sérum. (Ferenčík et al., 2004, s. 101)

V základních laboratorních vyšetřeních často bývá zvýšená sedimentace, lymfopenie, trombocytopenie, leukopenie a také mírná anémie. Nejčastějším nálezem při vyšetření buněčné imunity bývá pokles CD4+ T - lymfocytů. Každopádně změny krevních vyšetření

nejdou podmínkou, pacient může mít všechny parametry zcela v normě. (Canning, Peck, 2007, s. 36)

Definitivní diagnóza HIV se stanoví za 3 týdny až 3 měsíce po infekci a opírá se o stanovení protilátek anti - HIV. Definitivní výsledek vyšetření musí být potvrzen v Národní referenční laboratoři pro AIDS ve Státním zdravotním ústavu v Praze. Pozitivní výsledek je oznámen laboratoři, kde byl první screeningový test prováděn, ale také lékaři, který vyšetření indikoval. Obvykle ordinující lékař pacientovi jeho pozitivitu sdělí osobně. Jde o osobní záležitost, kde lékař musí dodržovat přísná pravidla lékařského tajemství a také projeví empatický přístup k nemocnému. Současně sdělí nemocnému pravidla, která se týkají jeho nemoci a která musí striktně dodržovat, jedná se zejména o omezení v sexuálním životě a povinnosti vyplývající ze zákona. Dále se pacient s lékařem domluví na dalším postupu a je odeslán na specializované pracoviště – různá AIDS centra, většinou při infekčních odděleních či klinice. Zde je mu poskytována další péče. (Rozsypal, 2015, s. 383)

Podle stupně buněčného imunodeficitu, počet CD4+ lymfocytů, a výskytu klinických příznaků se hodnotí závažnost infekce HIV. (Rozsypal, 2015, s. 383)

Podle Centra pro kontrolu nemocí (CDC 1993) pacienta zařazujeme do tří klinických (A-C) a tří laboratorních (1-3) kategorií, dle Světové zdravotnické organizace (WHO 2007) pacienta řadíme do čtyř stupňů imunodeficiencie (žádný, mírný, pokročilý, těžký) a taky do 4 klinických stádií (1-4). (Rozsypal, 2015, s. 383)

Důležitý je blízký vztah pacienta s oznamujícím lékařem. Většinou nově onemocnění potřebují různé informace k poradenství. (Hecht, Soloway, 1993, s. 5)

Neexistuje lék, který by člověka nakaženého HIV zcela vyléčil. Všechny dosud zavedené léčebné postupy brání rozvoji a oddalují tak nástup oportunních infekcí a zhoubných nádorů. Využívá se takto působících preparátů, které nejsou používány jednotlivě, ale v kombinaci. (Ferenčík et al., 2004, s. 102)

Rozlišujeme zejména dvě hlavní skupiny antivirotik, které se využívají k léčbě HIV. Jsou to inhibitory reverzní transkriptázy a inhibitory proteázy, které dále dělíme na podskupiny. K přepisu RNA do DNA dochází díky enzymu reverzní transkriptázy, který je pro tento přepis nezbytný. K uvolnění namnožených virových partikulí z hostitelských buněk dochází díky enzymu proteázy. (Slíva, Votava, 2010, s. 185)

Díky vysoce aktivní antiretrovirové terapii HAART, která je kombinací více látek, dochází k poklesu plazmatické hladiny virové RNA pod detekční limit, tím onemocnění na delší či kratší dobu dokážeme stabilizovat. (Slíva, Votava, 2010, s. 185)

Podle mechanismu účinku léky rozdělujeme do šesti skupin. Jedná se o nukleosidové inhibitory reverzní transkriptázy (NRTI, blokují přepis virové RNA do DNA hostitelské buňky, zástupce Zidovudin). Dále nenukleosidové inhibitory reverzní transkriptázy (NNRTI, zástupce Efavirenz). Třetí skupinou jsou proteázové inhibitory (PI, zástupce Lopinavir, Atazanavir). Další jsou inhibitory fúze (FI, zabraňují průniku virové částice do hostitelské buňky, zástupce Enfuvirtid). Dále pak inhibitory integrázy, které jsou jednou z nejnovějších lékových skupin (INSTI, zástupci Raltegravir). A jako poslední skupina jsou inhibitory vstupu (EI, zabraňují vstupu viru do buňky, zástupce Maraviroc). (Jilich, Kulířová, 2014, s. 70, 71)

Tak jako u jiných skupin léků i u antivirotik existují možné nežádoucí účinky. Ty významně snižují úspěšnost léčby nemocných. (Jilich, Kulířová, 2014, s. 73)

Součástí léčby je preventivní péče profylaxe a léčba oportunních infekcí, které mohou být smrtelné. Také správná životospráva a vyvážená výživa vedou ke zlepšení kvality života nemocných. (Rozsypal, 2015, s. 389)

Specialisti z různých oborů a praktičtí lékaři ve spolupráci s AIDS centry uskutečňují péči o nemocné. Léčba většinou probíhá ambulantně formou zdravotních prohlídek, pokud dojde ke zhoršení zdravotního stavu je pacient hospitalizován na lůžkovém infekčním oddělení. Při péči o nemocné je pro personál nebezpečné pouze poranění nástroji, které jsou kontaminované krví. Důležité tedy je dodržování běžných hygienických zásad. (Rozsypal, 2015, s. 386, 387)

2.4 Prevence přenosu HIV infekce

Nejen ve zdravotnické sféře je důležitá prevence nemocí. Již na základních školách, by výuka sexuální výchovy měla vést k pěstování pocitu zodpovědnosti ke svému zdraví, dochází zde zejména k propagování bezpečnějšího sexu, což obnáší například používání prezervativu. (Canning, Peck, 2007, s. 21, 22)

Další skupinou, ve které je důležitá zdravotní výchova, jsou osoby s rizikovým chováním. Jedná se zejména o osoby žijící promiskuitním životem jako prostitutky a homosexuálové. Také narkomani, kteří zvyšují riziko nákazy používáním společných injekčních stříkaček

a jehel. Má být podporována možnost testování protilátek anti - HIV na vlastní žádost. (Rozsypal, 2015, s 387)

Ve zdravotnických zařízeních prevence nozokomiálních nákaz spočívá zejména v dodržování hygienicko-protiepidemického režimu a také systematické vyšetřování všech dárců krve a krevních derivátů, orgánů, tkání a také spermatu. U žen HIV pozitivních v graviditě se zavádí profylaktická opatření. (Rozsypal, 2015, s 387)

V dnešní době bohužel zatím neexistuje vakcína, která by se dala využít k preventivnímu nebo léčebnému použití. (Rozsypal, 2015, s 387)

Pravidelné prohlídky asymptomatických pacientů se obvykle uskutečňují 3krát ročně, vždy i s odběrem krve. Frekvence se ovšem řídí klinickým stavem pacienta. Dispenzarizace zahrnuje tedy klinické vyšetření a laboratorní testy, jednak základní hematologické a biochemické, také speciální imunologické (populace lymfocytů) a virologické (virová nálož HIV) a další testy dle rozhodnutí lékaře. Mezi základní získané laboratorní údaje patří počet CD4+ lymfocytů, určující stav buněčné imunity, a virová nálož HIV RNA, která odráží nálož replikace HIV. (Rozsypal, 2015, s. 391)

HIV není důvodem k pracovní neschopnosti či snížené pracovní schopnosti, o tom rozhoduje zdravotní stav pacienta. (Rozsypal, 2015, s. 391)

O tom, koho nemocný bude o své HIV pozitivitě informovat je zcela na něm. Výjimkou jsou pouze ošetřující lékaři, laboratoře, záchranáři,...). HIV pozitivní nemusí informovat ani svého zaměstnavatele, pokud je jeho zdravotní stav stabilizovaný, může vykonávat jakékoliv povolání. Pokud je nemocný například zdravotníkem, kde hrozí poranění, musí dodržovat bezpečnostní pravidla. (Jilich, Kulířová, 2014, s. 81, 82)

Jilich a Kulířová (Jilich, Kulířová, 2014, s. 83) uvádí, že je nutné o HIV infekci informovat svého sexuálního partnera. Dodržování bezpečného sexu, použití prezervativu umožní dále vést sexuální život.

Prevence nákazy HIV je nejučinnějším bojem proti této infekci. Nesmíme zapomínat na to, že toto onemocnění není vyléčitelné. Účinnou terapií a léčbou se zvyšuje kvalita života, ale i přesto je léčba nákladná. Odráží se tedy na finančním rozpočtu každého státu. Investovat do prevence se tedy vyplatí. Cílem primární prevence je zabránit člověku infikovat se virem. Nejdůležitější v této oblasti je informovat zejména mladé lidi ve

školách. Patří zde i testování dárců krve, tkání a orgánů, také různé programy výměny stříkaček u narkomanů. (Jilich, Kulířová, 2014, s. 99)

Sekundární prevence je zaměřena na osoby, které jsou již virem HIV infikováni. Jedná se o další testování osob, aby nově nakažený jedinec nemoc nevědomě nešířil dál. Důležité je včasné zahájení léčby. (Jilich, Kulířová, 2014, s. 99)

Terciární prevence je hlavním úkolem zdravotníků. HIV pozitivní pacienti se učí především zdravému způsobu života. Důležitá je informovanost o nutnosti dispenzarizace a pravidelné užívání léčby. (Jilich, Kulířová, 2014, s. 100)

Příznaky jako při chřipkovém nachlazení nebo mononukleóze se nejčastěji objeví 2 až 4 týdny po expozici HIV a jsou známkou akutní infekce. Asymptomatická fáze trvá 3 měsíce až několik let po expozici, na konci této fáze začíná fáze symptomatická. (Ferenčík et al., 2004, s. 100, 101)

Jiný člověk se od infikované osoby může nejčastěji nakazit krví, spermatem, vaginální tekutinou nebo mateřským mlékem a to i tehdy, pokud nejeví žádné známky choroby a nemá-li ještě pozitivní test na AIDS. Mezi nejčastější cestu přenosu patří homosexuální nebo heterosexuální kontakt, injekční uživatelé drog, přenos z infikované matky na dítě během těhotenství, při porodu, při kojení, transplantace infikovaných orgánů. V současné době je téměř nepravděpodobné, že se člověk nakazí krevní transfúzí, jelikož dárcovská krev se přímo testuje na HIV. Přenos slinami a slzami zatím není dokázán, každopádně riziko přenosu nákazy je u hlubokého líbání nebo orálního styku zvýšené, pokud má člověk poraněná ústa například oparem nebo nějakým krvácením. (Ferenčík et al., 2004, s. 101)

Nejčastějším způsobem přenosu jak u nás, tak i ve světě je jednoznačně přenos sexuálním stykem. Riziko přenosu je vyšší u homosexuálů. Nejrizikovější je anální styk, kdy může dojít k poškození sliznice a virus se tak snadněji dostává do tělního oběhu. Nejmenší riziko vzniká při orálním styku. (Jilich, Kulířová, 2014, s. 101)

Dalším způsobem přenosu je krevní cestou. Z celkového počtu přenosů HIV infekce je krev na druhém místě. Jedná se nejčastěji o injekční uživatelé drog. Tomuto se snaží zabránit pracovníci, tzv. streetworkeri, kteří závislým na drogách výměnou za použitou jehlu věnují balíček, který obsahuje nové stříkačky, jehly, ale také například dezinfekci a destilovanou vodu k ředění drog. Tímto způsobem se snižuje riziko píchnutí o použitou jehlu. V minulosti mezi nejrizikovější cestu přenosu patřila aplikace krevní transfúze či krevních derivátů. Riziko se ovšem snížilo, kdy od roku 1987 jsou všechny krevní

deriváty povinně testovány. K minimálnímu riziku patří i aplikace piercingu či tetování, ovšem jen v zařízeních, kde není dodržen správný postup asepse. (Jilich, Kulířová, 2014, s. 103)

Třetím způsobem přenosu je cesta vertikální, tj. z matky na dítě v těhotenství, během porodu nebo při kojení. Nejvyšší riziko hrozí během vaginálního porodu. Zásluhou preventivních programů je tohle riziko minimální. Při zjištění, že žena v graviditě je HIV pozitivní, je zařazena do speciálního profylaktického programu v HIV centrech. (Jilich, Kulířová, 2014, s. 104)

V populaci mezi jisté obavy patří například i přenos kašláním, rýmou, podáním ruky, používáním společných věcí nebo společné koupelny a WC. Tímto způsobem se virus nepřenáší. (Jilich, Kulířová, 2014, s. 103)

Existuje i jisté riziko přenosu infekce v nemocničním prostředí, ve zdravotnickém zařízení. Tomuto způsobu přenosu říkáme nozokomiální nákaza. Zdrojem přenosu mohou být pomůcky a nástroje, které jsou kontaminované biologickým materiálem HIV pozitivního pacienta. Abychom zabránili tomuto přenosu je třeba u pomůcek, které nejsou jednorázové, dodržovat správné dezinfekční a sterilizační postupy. (Jilich, Kulířová, 2014, s. 107)

Mezinárodním symbolem problematiky AIDS, který má na starosti preventivní osvětové akce patří Červená stužka, která vyjadřuje vztah k této problematice. Symbol červené stužky znamená zejména pro pacienty naději, že vývoj léčby půjde dopředu a brzy vznikne vakcína proti tomuto onemocnění. Den boje proti AIDS celosvětově označujeme 1. prosince a smyslem je upozornit na problematiku AIDS. V České republice existuje mnoho vládních i nevládních organizací, které se věnují prevenci v oblasti HIV/AIDS. (Jilich, Kulířová, 2014, s. 112)

Důležitou vlastností HIV pozitivních pacientů je vyrovnat se s tím, že jsou nemocní. Přijmout to, tak jak to je. Některé nemocné stále trápí pocity viny ze své nákazy. Je nezbytně nutné odpustit sobě a odpustit i tomu, kdo je nakazil. Vše je ve skutečnosti snazší, než to vypadá. Důležité je chtít, chtít začít žít jinak, znovu od začátku. (Zavadilová, 2000, s. 89, 90)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Hlavní cíl bakalářské práce je zaměřen na identifikaci znalostí studentů vysokých škol v České republice a v Estonsku o pohlavně přenosných chorobách a HIV/AIDS. Po prostudování teoretických poznatků byly vytyčeny tyto dílčí cíle:

Cíl č. 1: Zjistit, jaký je podle dotazovaných respondentů ideální začátek pro první pohlavní styk.

Cíl č. 2: Zjistit, jaký je průměrný počet sexuálních partnerů respondentů.

Cíl č. 3: Zjistit, jaký druh ochrany respondenti používají při pohlavním styku.

Cíl č.4: Zjistit, kde respondent získal nejvíce relevantních informací o pohlavně přenosných chorobách a HIV/AIDS.

Cíl č. 5: Zjistit, jaké mají studenti základní informace o pohlavně přenosných chorobách a AIDS.

3 METODIKA PRÁCE

Praktická část bakalářské práce je zpracována kvantitativní výzkumnou metodou formou dotazníků. Sběr informací se uskutečnil na internetovém portálu nebo v tištěné formě osobně pomocí předem připravených dotazníků. Výhoda této metody spočívá v poměrně snadném získání dat od velkého množství respondentů. Nevýhodou však může být nepochopení dané otázky respondentem. Tato nevýhoda byla minimalizována pilotní studií před samotným šetřením. Dotazník byl sestaven dle vlastního uvážení tak, aby odpovídal předem stanoveným cílům.

3.1 Metoda výzkumného šetření

Pro výzkumnou metodu byl zvolen dotazník vlastní konstrukce. Sběr dat probíhal během měsíců března a dubna roku 2016. Dotazníků, obdržených prostřednictvím vyplněného formuláře, bylo celkem 145. Z tohoto počtu muselo být 6 dotazníků vyřazeno na základě neúplného vyplnění. Řádně vyplněných dotazníků tedy bylo 139. Tj. 96% návratnost.

3.1.1 Dotazník

Dotazník, který je součástí mé bakalářské práce obsahuje celkem 22 otázek. Je vytvořený v českém i anglickém jazyce z důvodu, že výzkum probíhal na území České republiky a Estonska. Otázky jsou totožné. Je rozdělen do tří částí. První část obsahuje identifikační údaje, kde zjišťuji pohlaví, bydliště a věk respondenta. V druhé části se zabývám osobními informacemi v oblasti sexuálního života respondentů a třetí část je zaměřena na základní informace o dané problematice, které student má.

Dotazník obsahuje celkem pět otevřených, čtyři polouzavřené a 13 uzavřených otázek. U některých položek je i více správných odpovědí.

3.1.2 Charakteristika souboru respondentů

Dotazování jsou studenti vysokých škol různého zaměření, kteří žijí na území České republiky nebo Estonska. V případě výzkumu, který probíhal v Estonsku, se jedná i o studenty, kteří v Estonsku nemají trvalý pobyt, ale studují a žijí tam již několikátým rokem. To znamená, že trvalé bydliště mají v jiné zemi světa. Jedná se o muže i ženy různých věkových skupin.

3.1.3 Pilotní studie

Před samotným šetřením byla provedena pilotní studie. Distribuováno bylo celkem 15 dotazníků u respondentů, kteří splňovali předem zvolená kritéria, tedy požadavky na cílovou skupinu respondentů. Na základě pilotní studie nedošlo k žádné úpravě z formulací jednotlivých položek dotazníku, proto byly všechny otázky z dotazníku zahrnuty do vlastního šetření. Tito respondenti byli zařazeni do vlastního průzkumného šetření.

3.1.4 Realizace

Většinu dotazníků jsem distribuovala prostřednictvím internetového portálu my.surveio.com, jiné jsem pomocí sociálních sítí šířila hlavně do Estonska. Několik z nich jsem rozdala osobně na území České republiky.

3.1.5 Zpracování získaných dat

Dotazník jsem vypracovala v programu Microsoft Word 2007. Výsledky šetření jsou uspořádány do tabulek. Výsledky jsou zaokrouhleny na dvě desetinná čísla. Většina dotazníkového šetření je doplněna grafy, kde jsou odpovědi označeny barevně.

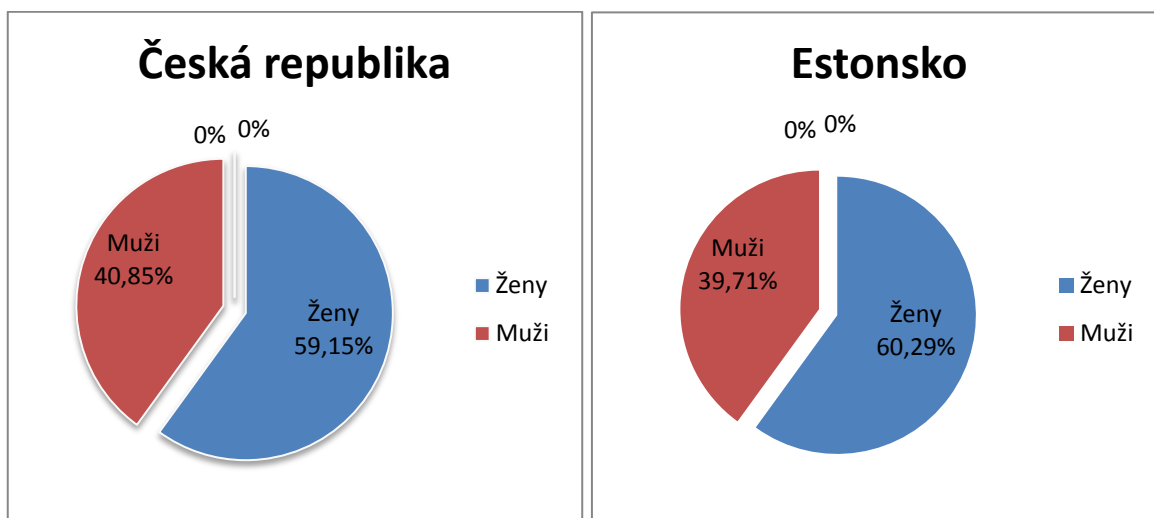
3.2 Výsledky výzkumného šetření

V této části práce jsou uvedeny informace získané z vyplněných dotazníků.

Otázka: Pohlaví respondentů

Tab. 1 Pohlaví respondentů

Pohlaví	Česká republika		Estonsko	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ženy	42	59,15%	41	60,29%
Muži	29	40,85%	27	39,71%
Celkem	71	100%	68	100%



Graf č. 1 Pohlaví respondentů

Otázka první zjišťuje rozložení pohlaví dotazovaných respondentů, větší zastoupení v České republice měly ženy (59,15%) a zastoupení mužů bylo menší (40,85%) z celkového počtu 71 zúčastněných. V Estonsku většinu dotazovaných také tvořily ženy (60,29%), zastoupení mužů bylo 39,71% z celkového počtu 68 dotazovaných.

Otázka: Bydliště

Tab. 2 Bydliště respondentů

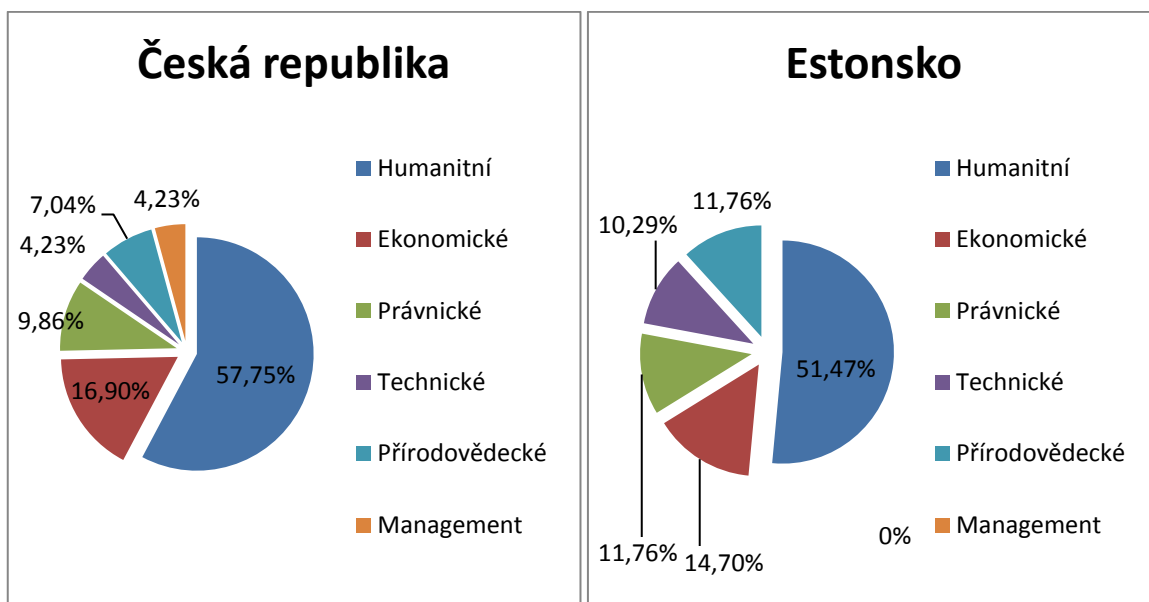
Česká republika			Estonsko		
Bydliště	Absolutní četnost	Relativní četnost	Bydliště	Absolutní četnost	Relativní četnost
Česká Republika	71	100%	Estonsko	68	100%
Celkem	71	100%	Celkem	68	100%

Otázka druhá zjišťuje bydliště dotazovaných respondentů, všichni studenti České republiky uvedli, že jejich bydlištěm je Česká republika (100%) z celkového počtu 71 zúčastněných. Také studenti z Estonska uvedli, že jejich bydlištěm je Estonsko (100%) z celkového počtu 68 dotazovaných.

Otázka: Zaměření studia dotazovaného respondenta

Tab. 3 Zaměření, které respondent studuje na vysoké škole

Škola	Česká republika		Estonsko	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Humanitní	41	57,75%	35	51,47%
Ekonomické	12	16,90%	10	14,70%
Právnícké	7	9,86%	8	11,76%
Technické	3	4,22%	7	10,29%
Přírodovědecké	5	7,04%	8	11,76%
Management	3	4,22%	0	0%
Celkem	71	100%	68	100%



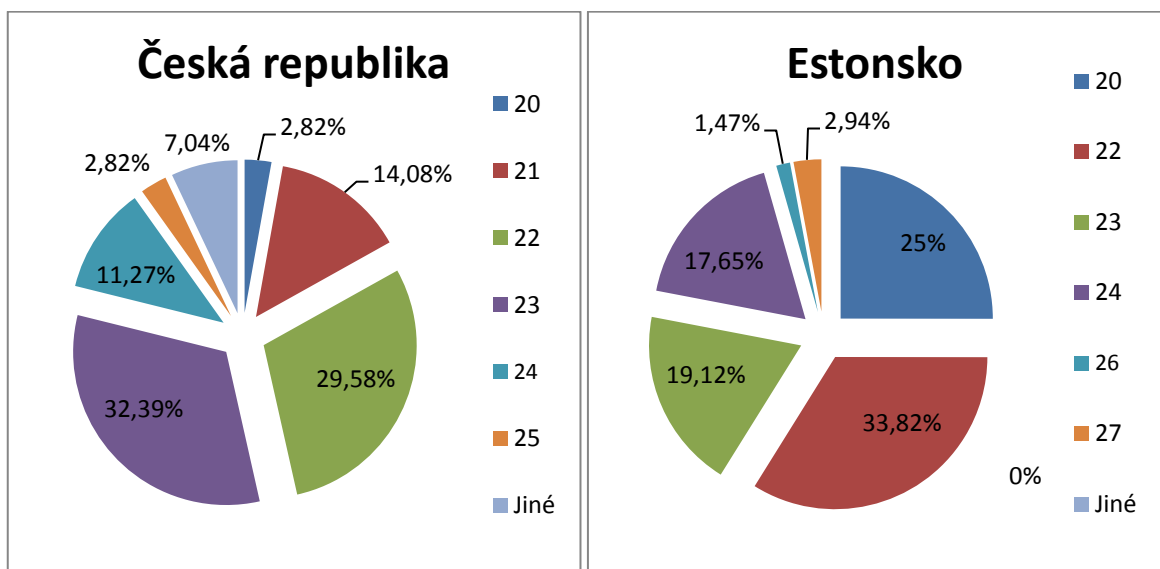
Graf č. 2 Zaměření, které respondent studuje na vysoké škole

Otázka třetí zjišťuje zaměření, které dotazovaní respondenti studují na vysoké škole, z České republiky většina studentů uvedla, jako jejich zaměření humanitní studia (57,75%), ekonomické zaměření uvedlo 16,90%, právnické zaměření 9,86% a přírodovědecké 7,04%. Stejný počet dotazovaných uvedlo zaměření technické a management (4,23%) z celkového počtu 71 dotazovaných. Z Estonska většina dotazovaných studentů také uvedla jako hlavní zaměření humanitní studia (51,47%), ekonomické zaměření uvedlo 14,70%, přírodovědecké a právnické zaměření uvedlo stejný počet dotazovaných respondentů (11,76%). Technické zaměření uvedlo 10,29% dotazovaných, management 0% z celkového počtu 68 dotazovaných.

Otázka: Věk

Tab. 4 Věk respondentů

Česká republika			Estonsko		
Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost	Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost
20	2	2,82%	20	17	25%
21	10	14,08%	22	23	33,82%
22	21	29,58%	23	13	19,12%
23	23	32,39%	24	12	17,65%
24	8	11,27%	26	1	1,47%
25	2	2,82%	27	2	2,94%
Jiné	5	7,04%	Jiné	0	0%
Celkem	71	100%	Celkem	68	100%



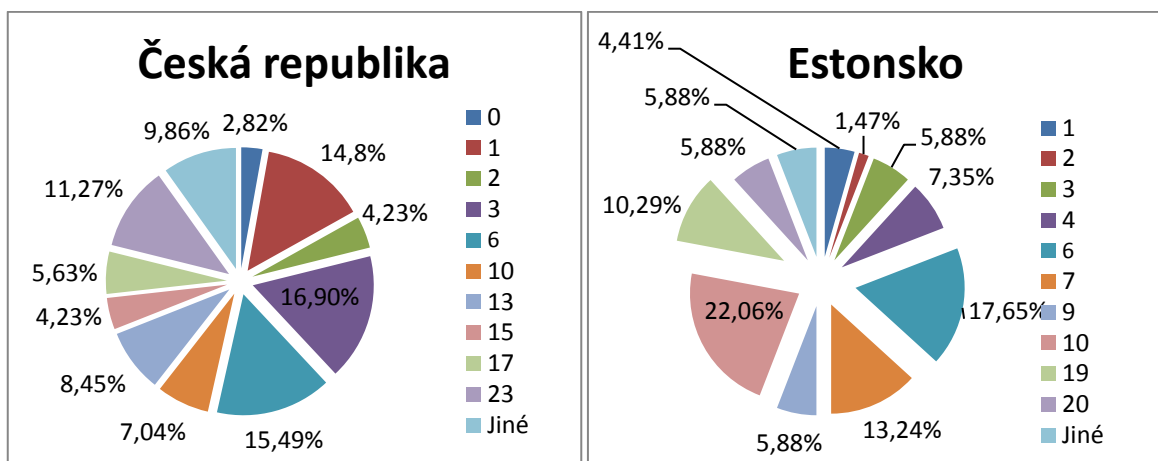
Graf č. 3 Věk respondentů

Z České republiky odpovědělo 2,82% respondentů, že jejich věk je 20. Věk 21 let uvedlo 14,08%. Věk 22 let uvedlo 29,58%. Věk 23 let uvedlo 32,39%. Věk 24 let uvedlo 11,27%. Věk 25 let uvedlo 2,82%. V možnosti jiné se nejčastěji objevily odpovědi 27 a více. Uvedlo tak 7,04% z celkového počtu 71 dotazovaných. Z Estonska odpovědělo 25%, že jejich věk je 20. Věk 22 let uvedlo 33,82%. Věk 23 let uvedlo 19,12%. Věk 24 let uvedlo 17,65%. Věk 26 let uvedlo 1,47%. Věk 27 let uvedlo 2,94%. V možnosti jiné se neobjevila žádná odpověď (0%) z celkového počtu 68 dotazovaných.

Otázka: Počet sexuálních partnerů

Tab. 5 Počet sexuálních partnerů dotazovaných respondentů

Česká republika			Estonsko		
Počet partnerů	Absolutní četnost	Relativní četnost	Počet partnerů	Absolutní četnost	Relativní četnost
0	2	2,82%	1	3	4,41%
1	10	14,8%	2	1	1,47%
2	3	4,23%	3	4	5,88%
3	12	16,90%	4	5	7,35%
6	11	15,49%	6	12	17,65%
10	5	7,04%	7	9	13,24%
13	6	8,45%	9	4	5,88%
15	3	4,23%	10	15	22,06%
17	4	5,63%	19	7	10,29%
23	8	11,27%	20	4	5,88%
Jiné	7	9,86%	Jiné	4	5,88%
Celkem	71	100%	Celkem	68	100%



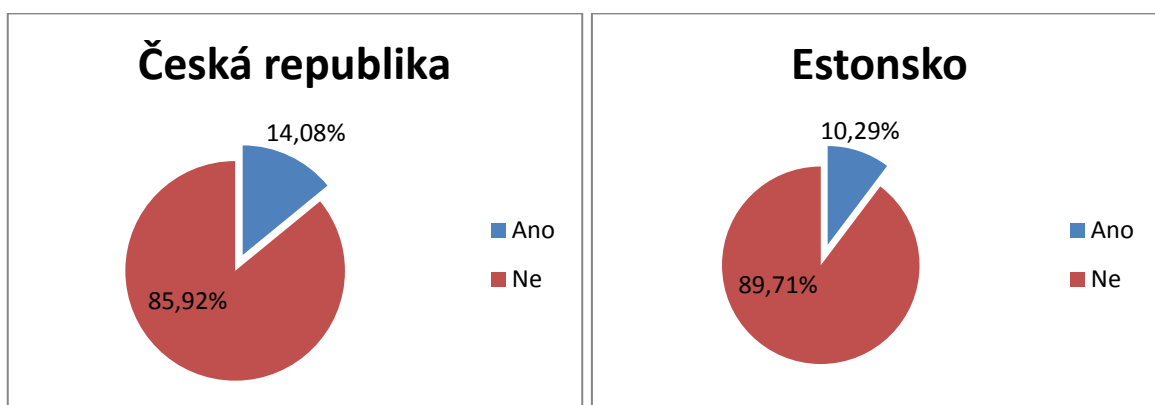
Graf č. 4 Počet sexuálních partnerů

V České republice uvedlo nejvíce dotazovaných, že jejich celkový počet sexuálních partnerů je 3 (16,90%), 6 sexuálních partnerů uvedlo 15,49%. 1 sexuálního partnera uvedlo 14,8%, 23 sexuálních partnerů uvedlo 11,27%, 13 sexuálních partnerů uvedlo 8,45%, 10 sexuálních partnerů uvedlo 7,04%, 17 sexuálních partnerů uvedlo 5,63%, 15 sexuálních partnerů uvedlo 4,23%, 2 sexuální partnery uvedlo 4,23%, 15 sexuálních partnerů uvedlo 2,82%. V možnosti jiné se objevily různé odpovědi, jako 60, 70 i 200 sexuálních partnerů. Uvedlo tak 9,86% z celkového počtu 71 dotazovaných. V Estonsku uvedlo nejvíce dotazovaných, že jejich celkový počet sexuálních partnerů je 10 (22,06%). 6 sexuálních partnerů uvedlo 17,65%, 7 sexuálních partnerů uvedlo 13,24%, 19 sexuálních partnerů uvedlo 10,29%, 4 sexuální partnery uvedlo 7,35%. Stejný počet dotazovaných uvedlo počet sexuálních partnerů 3, 9 a 20 (5,88%). 1 sexuálního partnera uvedlo 4,41%, 2 sexuální partnery uvedlo 1,47%. V možnosti jiné se nejčastěji objevily odpovědi mezi 30 – 40 sexuálními partnery. Takto odpovědělo 5,88% z celkového počtu 68 dotazovaných.

Otázka: Dobrovolné testování respondentů

Tab. 6 Dobrovolné testování respondentů na pohlavně přenosnou chorobu

Nechal/a jste se testovat	Česká republika		Estonsko	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	10	14,08%	7	10,29%
Ne	61	85,92%	61	89,71%
Celkem	71	100%	68	100%



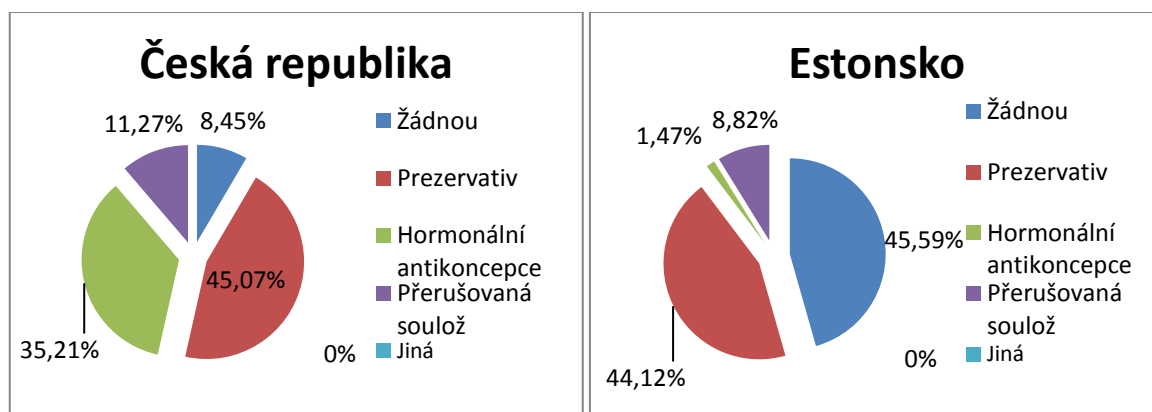
Graf č. 5 Dobrovolné testování na pohlavně přenosnou chorobu

Na otázku, zda-li se nechali respondenti z České republiky dobrovolně testovat na pohlavně přenosnou chorobu většina z nich uvedla, že ne (85,92%), jen 14,08% dotazovaných uvedlo, že ano z celkového počtu 71 dotazovaných. Choroba, na kterou se 10 respondentů nechalo dobrovolně testovat, byla HIV/AIDS. Studenti z Estonska uvedli ne (89,71%) také jako nejčastější odpověď. Ano uvedlo jen 10,29% z celkového počtu 68 dotazovaných. 7 respondentů, kteří uvedli odpověď ano, se nechalo dobrovolně testovat na HIV/AIDS.

Otázka: Nejčastěji používaná ochrana při pohlavním styku

Tab. 7 Ochrana, kterou respondenti používají při pohlavním styku

Ochrana	Česká republika		Estonsko	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žádnou	6	8,45%	31	45,59%
Prezervativ	32	45,07%	30	44,12%
Hormonální antikoncepce	25	35,21%	1	1,47%
Přerušovaná soulož	8	11,27%	6	8,82%
Jiná	0	0%	0	0%
Celkem	71	100%	68	100%



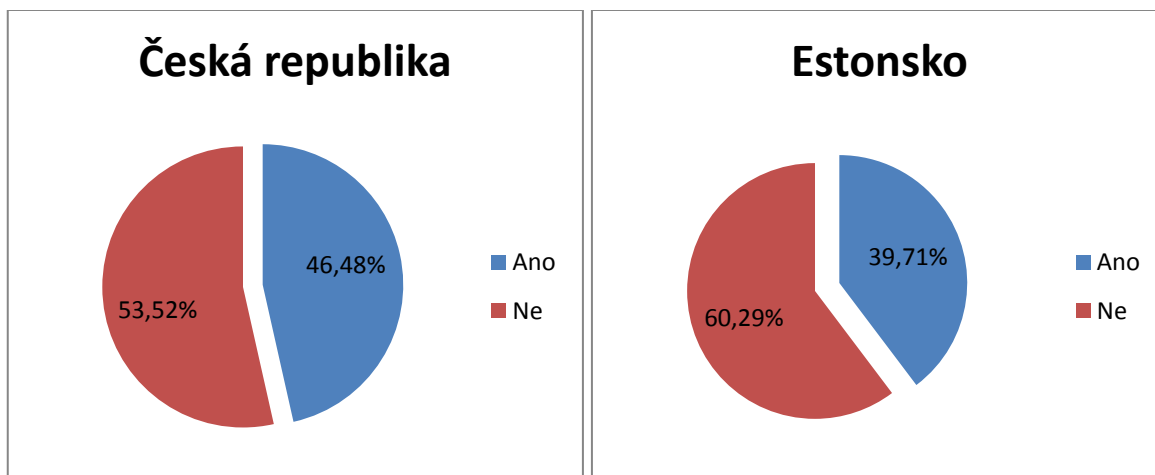
Graf č. 6 Ochrana, kterou respondenti používají při pohlavním styku

Respondenti z České republiky jako nejčastější ochranu před pohlavně přenosnými chorobami uvádějí prezervativ (45,07%), dále hormonální antikoncepci (35,21%), přerušovaná soulož (11,27%) a ochranu žádnou uvedlo 8,45% z celkového počtu 71 dotazovaných. V Estonsku nejčastěji respondenti uvedli ochranu žádnou (45,59%), prezervativ uvedlo 44,12%, přerušovanou soulož uvedlo 8,82% a hormonální antikoncepci pouze 1,47% z celkového počtu 68 dotazovaných.

Otázka: Nechráněný pohlavní styk respondenta s náhodným partnerem

Tab. 8 Nechráněný pohlavní styk respondenta s náhodným partnerem

Pohlavní styk	Česká republika		Estonsko	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	33	46,48%	27	39,71%
Ne	38	53,52%	41	60,29%
Celkem	71	100%	68	100%



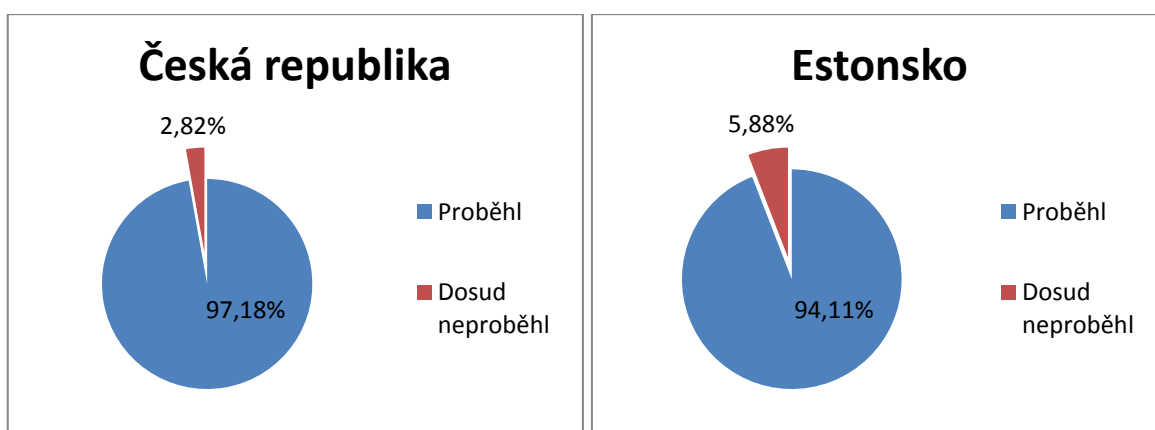
Graf č. 7 Nechráněný pohlavní styk respondenta s náhodným partnerem

Zkušenosti s nechráněným pohlavním stykem nemá 53,52% dotazovaných respondentů z České republiky. Odpověď ano uvedlo 46,48% z celkového počtu 71 dotazovaných. V Estonsku nemá s nechráněným pohlavním stykem zkušenosti 60,29% dotazovaných. Odpověď ano uvedlo 39,71% z celkového počtu 68 dotazovaných.

Otázka: První pohlavní styk

Tab. 9 První pohlavní styk respondenta

Pohlavní styk	Česká republika		Estonsko	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Proběhl	69	97,18%	64	94,11%
Dosud neproběhl	2	2,82%	4	5,88%
Celkem	71	100%	68	100%



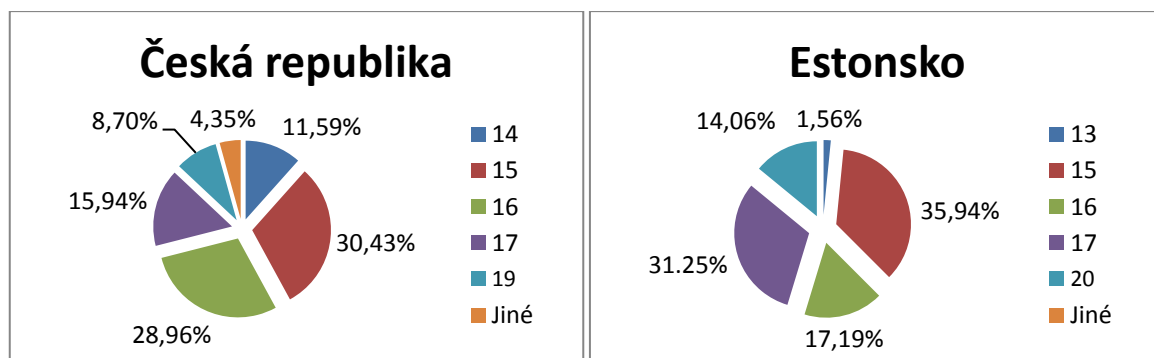
Graf č. 8 První pohlavní styk respondenta

Pohlavní styk u dotazovaných respondentů z České republiky proběhl u 97,18%, u 2,82% dosud pohlavní styk neproběhl z celkového počtu 71 dotazovaných. V Estonsku proběhl pohlavní styk u 94,11% dotazovaných respondentů. U 5,88% dotazovaných pohlavní styk dosud neproběhl z celkového počtu 68 dotazovaných.

Otázka: Věk respondentů, ve kterém proběhl první pohlavní styk

Tab. 10 Věk respondentů, ve kterém proběhl první pohlavní styk

Česká republika			Estonsko		
Proběhl ve věku	Absolutní četnost	Relativní četnost	Proběhl ve věku	Absolutní četnost	Relativní četnost
14	8	11,59%	13	1	1,56%
15	21	30,43%	15	23	35,94%
16	20	28,96%	16	11	17,19%
17	11	15,94%	17	20	31,25%
19	6	8,70%	20	9	14,06%
Jiné	3	4,35%	Jiné	0	0%
Celkem	69	100%	Celkem	64	100%



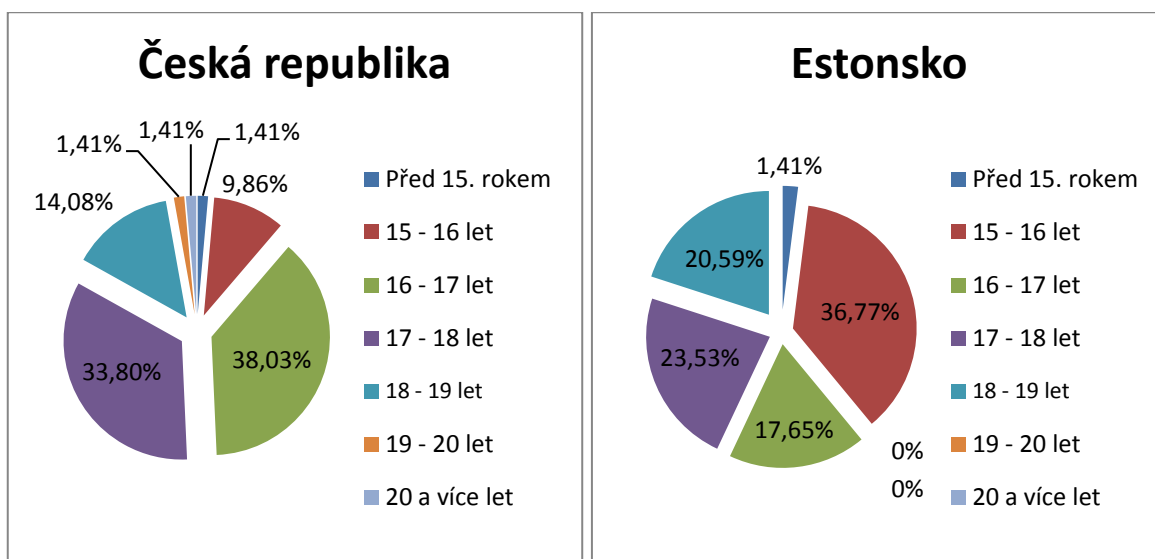
Graf č. 9 Věk respondentů, ve kterém proběhl první pohlavní styk

V České republice nejvíce dotazovaných odpovědělo, že měli první pohlavní styk ve věku 15 let (30,43%), 16 let uvedlo jako svou odpověď 28,96%, 17 let uvedlo 15,94%, 14 let uvedlo 11,59%, 19 let uvedlo 8,70%. V možnosti jiné se nejčastěji objevily odpovědi 12, 13 a 22 let. Takto odpovědělo 4,35% z celkového počtu 69 dotazovaných. V Estonsku mělo první pohlavní styk nejvíce respondentů ve věku 15 let (35,94%), dále ve věku 17 let uvedlo jako svou odpověď 31,25%, 16 let uvedlo 17,19%, 20 let uvedlo 14,06%, 13 let uvedlo 1,56%. V možnosti jiné se neobjevily žádné odpovědi (0%) z celkového počtu 64 dotazovaných.

Otázka: Nejvhodnější věk pro začátek sexuálního života

Tab. 11 Nejvhodnější věk pro začátek sexuálního života

Věk	Česká republika		Estonsko	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Před 15. rokem	1	1,41%	1	1,47%
15 – 16 let	7	9,86%	25	36,77%
16 – 17 let	27	38,03%	12	17,65%
17 – 18 let	24	33,80%	16	23,53%
18 – 19 let	10	14,08%	14	20,59%
19 – 20 let	1	1,41%	0	0%
20 a více let	1	1,41%	0	0%
Celkem	71	100%	68	100%



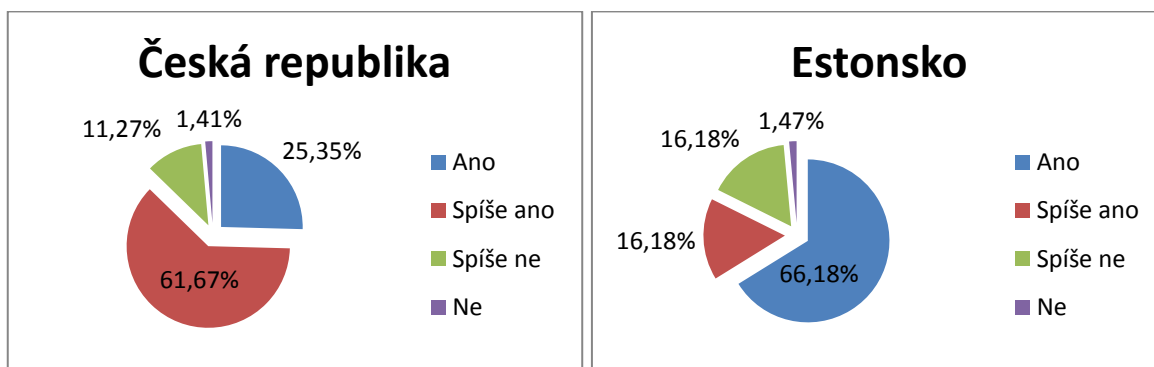
Graf č. 10 Nejvhodnější věk pro začátek sexuálního života

Nejvhodnější věk pro začátek sexuálního života dle dotazovaných respondentů z České republiky věk 16 – 17 let (38,03%), věk 17 – 18 let uvedlo 33,80% dotazovaných, věk 18 – 19 let uvedlo 14,08%, 15 – 16 let uvedlo 9,86%, možnosti před 15. rokem, 19 – 20 let a 20 a více let uvedlo stejný počet dotazovaných (1,41%) z celkového počtu 71 dotazovaných. Dotazovaní z Estonska uvedli jako nejčastější odpověď pro nejvhodnější začátek sexuálního života věk 15 – 16 let (36,77%), další častou odpovědí byl věk 17 – 18 let a uvedlo tak 23,53%, 18 – 19 let uvedlo 20,59%, 16 – 17 let uvedlo 17,65%, před 15. rokem uvedlo 1,47%. Možnosti 19 – 20 let a 20 let a víc neuvedl nikdo (0%) z celkového počtu 68 dotazovaných.

Otázka: Znalosti respondentů o pohlavně přenosných chorobách

Tab. 12 Znalosti respondentů o pohlavně přenosných chorobách

Jsou Vaše znalosti dostačující	Česká republika		Estonsko	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	18	25,35%	45	66,18%
Spíše ano	44	61,67%	11	16,18%
Spíše ne	8	11,27%	11	16,18%
Ne	1	1,41%	1	1,47%
Celkem	71	100%	68	100%



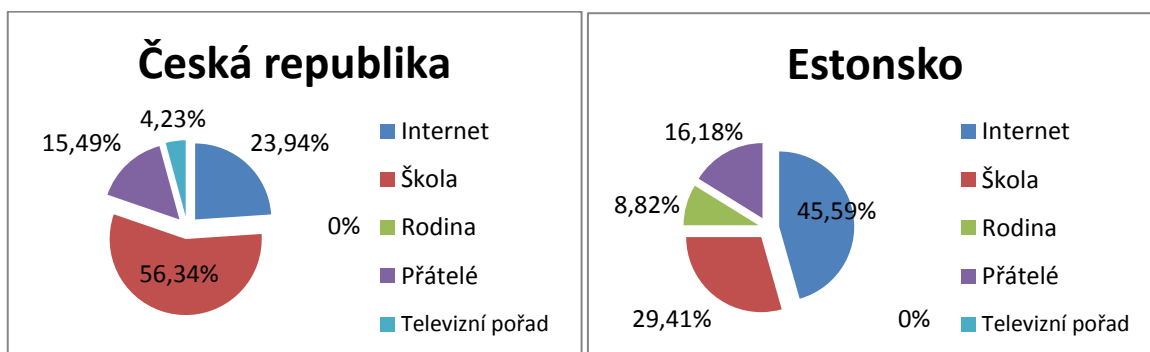
Graf č. 11 Znalosti respondentů o pohlavně přenosných chorobách

V České republice 61,67% dotazovaných respondentů tvrdí, že jejich znalosti o pohlavně přenosných chorobách jsou spíše dostačující. 25,35% dotazovaných tvrdí, že jejich znalosti jsou plně dostačující. 11,27% uvedlo, že jejich znalosti jsou spíše nedostačující a 1,41% uvedlo, že jejich znalosti jsou absolutně nedostačující z celkového počtu 71 dotazovaných. V Estonsku 66,18% dotazovaných uvedlo, že jejich znalosti jsou plně dostačující. Stejný počet dotazujících uvedlo za svou odpověď spíše dostačující a spíše nedostačující (16,18%), Absolutně nedostačující uvedlo 1,47% z celkového počtu 68 dotazovaných.

Otázka: Zdroje relevantních informací

Tab. 13 Zdroje relevantních informací

Zdroj	Česká republika		Estonsko	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Internet	17	23,94%	31	45,59%
Škola	40	56,34%	20	29,41%
Rodina	0	0%	6	8,82%
Přátelé	11	15,49%	11	16,18%
Televizní pořad	3	4,23%	0	0%
Celkem	71	100%	68	100%



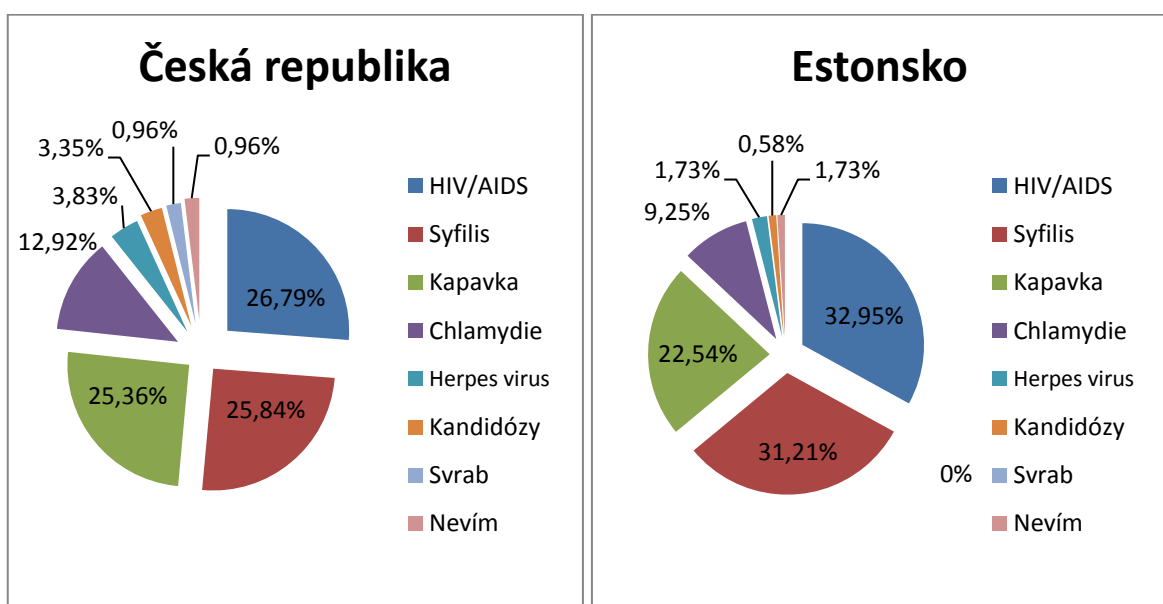
Graf č. 12 Zdroje, kde respondent získal nejvíce relevantních informací

Nejvíce relevantních informací respondenti z České republiky získali ve škole (56,34%), internet jako zdroj informací uvedlo 23,94%, přátelé uvedlo 15,49%, televizní pořad uvedlo 4,23% a možnost rodiny, jako zdroje relevantních informací neuvedl žádný z respondentů (0%) z celkového počtu 71 dotazovaných. Respondenti z Estonska uvedli, že nejčastějším zdrojem relevantních informací pro ně je internet (45,59%), školu uvedlo 29,41% dotazovaných, přátelé uvedlo 16,18%, rodinu 8,82% a televizní pořad neuvedl nikdo z respondentů (0%) z celkového počtu 68 dotazovaných.

Otázka: Nejčastěji pohlavně přenášené choroby

Tab. 14 Nejčastěji pohlavně přenášené choroby dle respondenta

Pohlavní choroba	Česká republika		Estonsko	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
HIV/AIDS	56	26,79%	57	32,95%
Syfilis	54	25,84%	54	31,21%
Kapavka	53	25,36%	39	22,54%
Chlamydie	27	12,92%	16	9,25%
Herpes virus	8	3,83%	3	1,73%
Kandidózy	7	3,35%	1	0,58%
Svrab	2	0,96%	0	0%
Nevím	2	0,96%	3	1,73%
Celkem	209	100%	173	100%



Graf č. 13 Nejčastěji pohlavně přenášené choroby

Za nejčastěji pohlavně přenášenou chorobu studenti v České republice považují HIV/AIDS (26,79%), syfilis označilo 25,84%, kapavku 25,36%, chlamydie 12,92%, herpes virus 3,83%, kandidózy 3,35%. Svrab a odpověď nevím uvedlo 0,96% z celkového počtu 209 odpovědí. Respondenti z Estonska nejčastěji uvedli HIV/AIDS 32,95% jako odpověď, syfilis uvedlo 31,21%, kapavku 22,54%, chlamydie 9,25%, kandidózy 0,58%, svrab 0%. Herpes virus a odpověď nevím uvedlo 1,73% z celkového počtu 173 odpovědí.

Otázka: Co je HIV

Tab. 15 Co je dle respondentů HIV

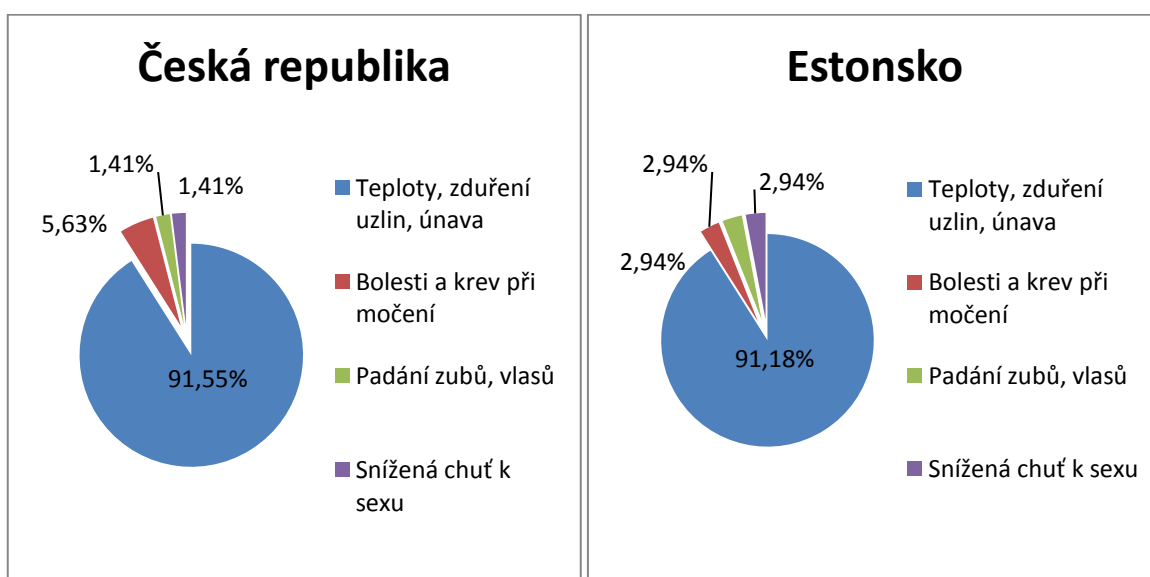
Co je to HIV	Česká republika		Estonsko	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Virus způsobující AIDS	70	98,59%	68	100%
Bakterie způsobující AIDS	1	1,41%	0	0%
Celkem	71	100%	68	100%

Na otázku co je HIV většina respondentů označila odpověď, že se jedná o virus způsobující HIV (98,59%). Možnost odpovědi, že se jedná o bakterii způsobující AIDS, uvedlo 1,41% z celkového počtu 71 dotazovaných. V Estonsku uvedlo odpověď, že se jedná o virus způsobující 100% z celkového počtu 68 dotazovaných.

Otázka: První projevy HIV/AIDS

Tab. 16 První projevy HIV/AIDS dle názoru respondentů

Projevy HIV/AIDS	Česká republika		Estonsko	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	%
Teploty, zduření uzlin, únava	65	91,55%	62	91,18%
Bolesti a krev při močení	4	5,63%	2	2,94%
Padání zubů, vlasů	1	1,41%	2	2,94%
Snížená chuť k sexu	1	1,41%	2	2,94%
Celkem	71	100%	68	100%



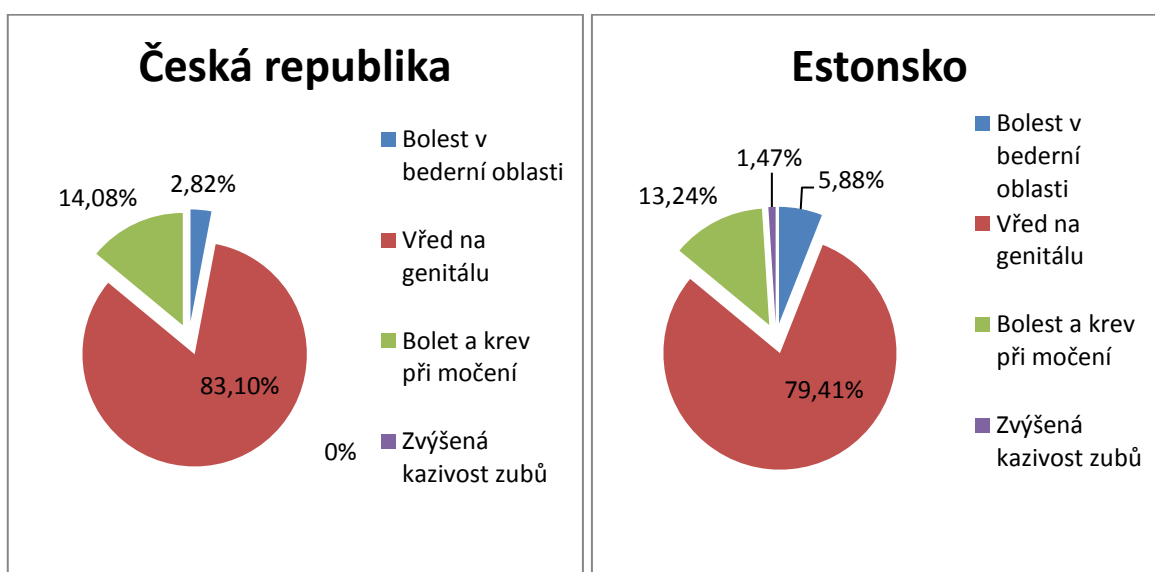
Graf č. 14 První projevy HIV/AIDS

Za první projevy HIV/AIDS respondenti z Česka nejčastěji považují teploty, zduření uzlin a únavu (91,55%), bolesti a krev při močení označilo 5,63% respondentů, padání zubů, vlasů a sníženou chuť k sexu označilo 1,41% respondentů z celkového počtu 71 dotazovaných. Respondenti z Estonska uvedli, že prvními projevy HIV/AIDS jsou teploty, zduření uzlin a únava (91,18%), bolesti a krev při močení, padání zubů, vlasů a sníženou chuť k sexu uvedl stejný počet respondentů (2,94%) z celkového počtu 68 dotazovaných.

Otázka: Typické příznaky onemocnění syfilis

Tab. 17 Typické příznaky onemocnění syfilis

Příznaky syfilis	Česká republika		Estonsko	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Bolest v bederní oblasti	2	2,82%	4	5,88%
Vřed na genitálu	59	83,10%	54	79,41%
Bolest a krev při močení	10	14,08%	9	13,24%
Zvýšená kazivost zubů	0	0%	1	1,47%
Celkem	71	100%	68	100%



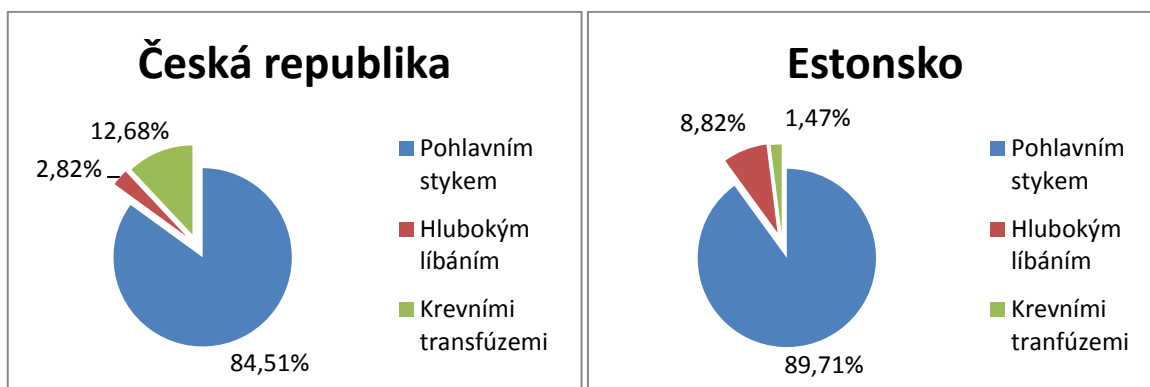
Graf č. 15 Typické příznaky onemocnění syfilis

Respondenti z České republiky uvádí, že nejčastějšími příznaky onemocnění syfilis je vřed na genitálu (83,10%), bolest a krev při močení uvedlo 14,08%, bolest v bederní oblasti uvedlo 2,82%, odpověď zvýšená kazivost zubů neoznačil nikdo z respondentů (0%) z celkového počtu 71 dotazovaných. Vřed na genitálu uvedlo 79,41% z respondentů z Estonska, bolest a krev při močení uvedlo 13,24%, bolest v bederní oblasti 5,88% a zvýšenou kazivost jako svou odpověď uvedlo 1,47% z celkového počtu 68 dotazovaných.

Otázka: Nejčastější způsob přenosu HIV infekce

Tab. 18 Nejčastější způsob přenosu HIV infekce

Přenos HIV	Česká republika		Estonsko	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pohlavním stykem	60	84,51%	61	89,71%
Hlubokým líbáním	2	2,82%	6	8,82%
Krevními transfúzemi	9	12,68%	1	1,47%
Celkem	71	100%	68	100%



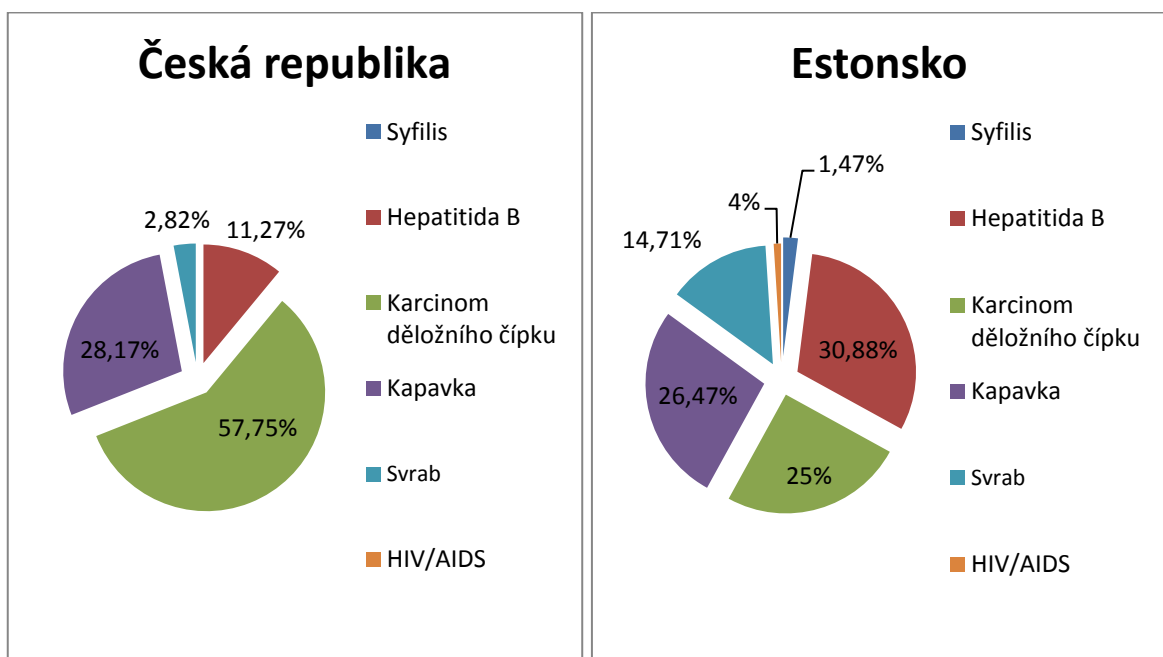
Graf č. 16 Nejčastější způsob přenosu HIV infekce

Za nejčastější způsob přenosu HIV infekce studenti z České republiky uvedli možnost pohlavním stykem (84,51%), krevními transfúzemi uvedlo 12,68% dotazovaných a hlubokým líbáním uvedlo 2,82% z celkového počtu 71 dotazovaných. Respondenti z Estonska uvedli jako první možnost přenos pohlavním stykem (89,71%), přenos hlubokým líbáním uvedlo 8,82%, přenos krevními transfúzemi uvedlo 1,47% z celkového počtu 68 dotazovaných.

Otázka: Nemoc, která nepatří mezi pohlavně přenosné

Tab. 19 Nemoc, která nepatří mezi pohlavně přenosné

Nemoc	Česká republika		Estonsko	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Syfilis	0	0%	1	1,47%
Hepatitida B	8	11,27%	21	30,88%
Karcinom děložního čípku	41	57,75%	17	25%
Kapavka	20	28,17%	18	26,47%
Svrab	2	2,82%	10	14,71%
HIV/AIDS	0	0%	1	1,47%
Celkem	71	100%	68	100%



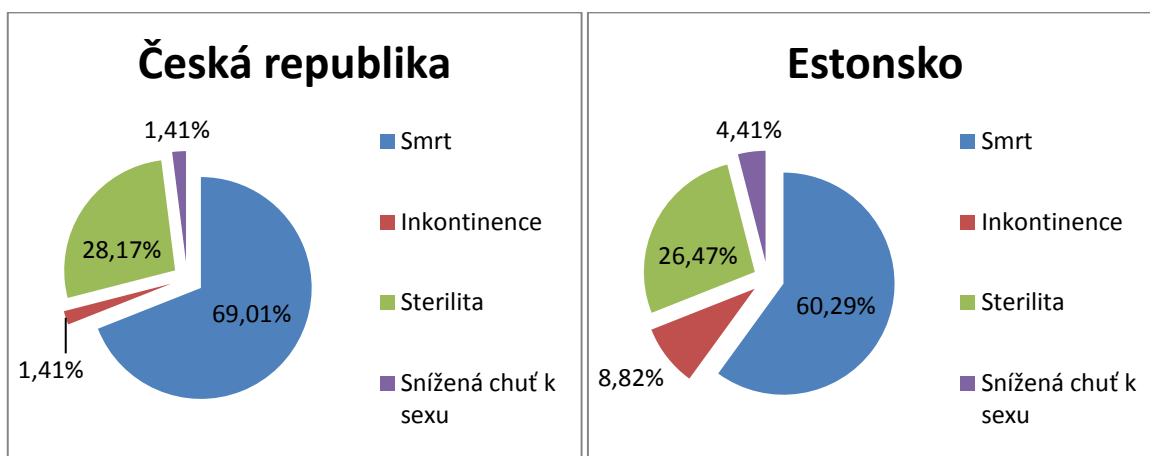
Graf č. 17 Nemoc, která nepatří mezi pohlavně přenosné choroby

Za nemoc, která nepatří mezi pohlavně přenosné, studenti z České republiky jako první označili karcinom děložního čípku (57,75%), kapavku uvedlo 28,17%, hepatitidu B uvedlo 11,27%, svrab uvedlo 2,82%. Syfilis a HIV/AIDS neuvedl žádný z respondentů (0%) z celkového počtu 71 dotazovaných. Respondenti z Estonska jako první uvedli hepatitidu B (30,88%), kapavku uvedlo 26,47%, karcinom děložního čípku uvedlo 25%, svrab uvedlo 14,71%. Syfilis a HIV/AIDS uvedlo stejné množství respondentů (1,47%) z celkového počtu 68 dotazovaných.

Otázka: Nejčastější dopad na člověka při neléčené sexuální nemoci

Tab. 20 Nejčastější dopad na člověka při neléčené sexuální nemoci

Dopad na člověka	Česká republika		Estonsko	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Smrt	49	69,01%	41	60,29%
Inkontinence	1	1,41%	6	8,82%
Sterilita	20	28,17%	18	26,47%
Snížená chuť k sexu	1	1,41%	3	4,41%
Celkem	71	100%	68	100%



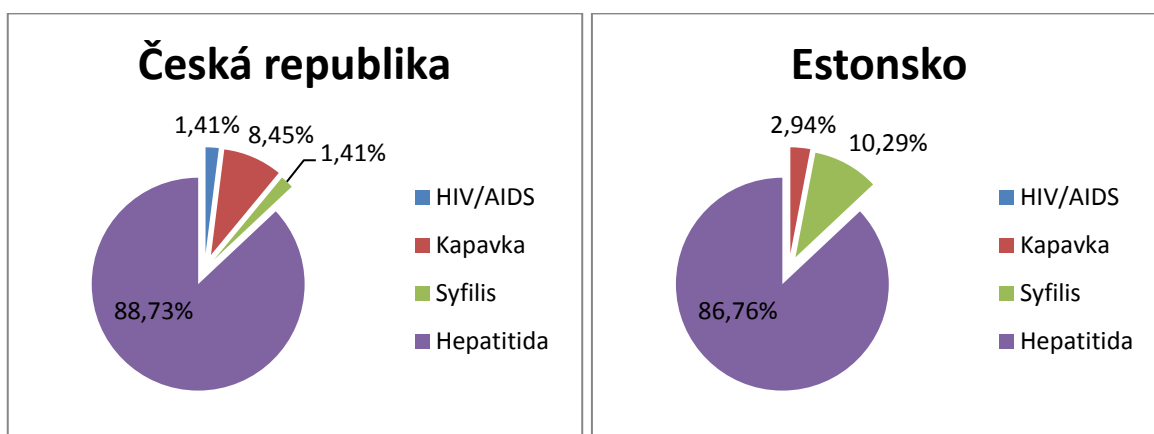
Graf č. 18 Nejčastější dopad na člověka při neléčené sexuální nemoci

Podle názoru studentů z České republiky má nejčastější dopad na člověka při neléčené sexuální nemoci smrt (69,01%), dále uvedli sterilitu (28,17%), inkontinenci a sníženou chuť k sexu uvedlo stejný počet respondentů (1,41%) z celkového počtu 71 dotazovaných. Studenti z Estonska nejčastěji odpověděli smrt (60,29%), dále uvedli sterilitu (26,47%), inkontinenci uvedlo 8,82% a sníženou chuť k sexu uvedlo 4,41% z celkového počtu 68 dotazovaných.

Otázka: Pohlavně přenosná choroba, proti které se lze nechat očkovat

Tab. 21 Pohlavně přenosná choroba, proti které se lze nechat očkovat

Nemoc	Česká republika		Estonsko	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
HIV/AIDS	1	1,41%	0	0%
Kapavka	6	8,45%	2	2,94%
Syfilis	1	1,41%	7	10,29%
Hepatitida	63	88,73%	59	86,76%
Celkem	71	100%	68	100%



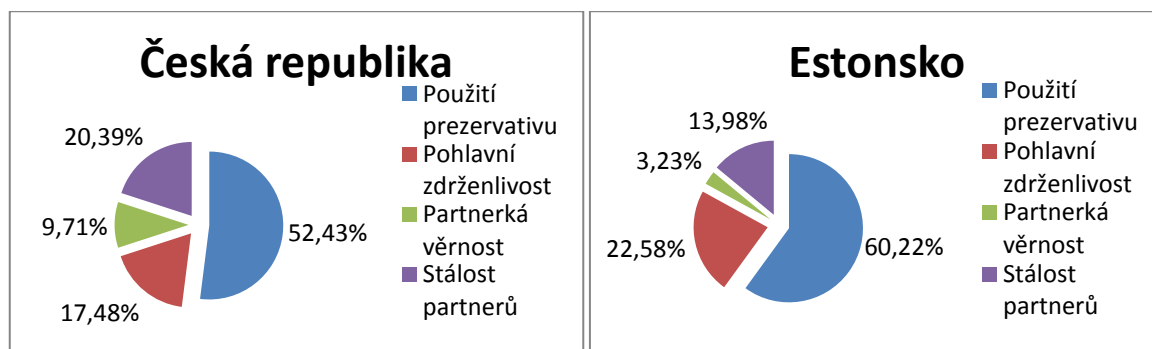
Graf č. 19 Pohlavně přenosná choroba, proti které se lze nechat očkovat

V České republice uvedlo nejvíce dotazovaných, že pohlavně přenosná choroba, proti které se lze nechat očkovat je hepatitida (88,73%), kapavku uvedlo 8,45%, syfilis a HIV/AIDS uvedlo stejný počet respondentů (1,41%) z celkového počtu 71 dotazovaných. V Estonsku na prvním místě dotazovaní uvedli také hepatitidu (86,76%), syfilis uvedlo 10,29%, kapavku 2,94%, HIV/AIDS neuvedl žádný z respondentů z celkového počtu 68 dotazovaných.

Otázka: Způsob ochrany před pohlavně přenosnými chorobami

Tab. 22. Nejlepší způsob ochrany před pohlavně přenosnými chorobami

Ochrana	Česká republika		Estonsko	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Použití prezervativu	54	52,43%	56	60,22%
Pohlavní zdrženlivost	18	17,48%	21	22,58%
Partnerská věrnost	10	9,71%	3	3,23%
Stálost partnerů	21	20,39%	13	13,98%
Celkem	103	100%	93	100%



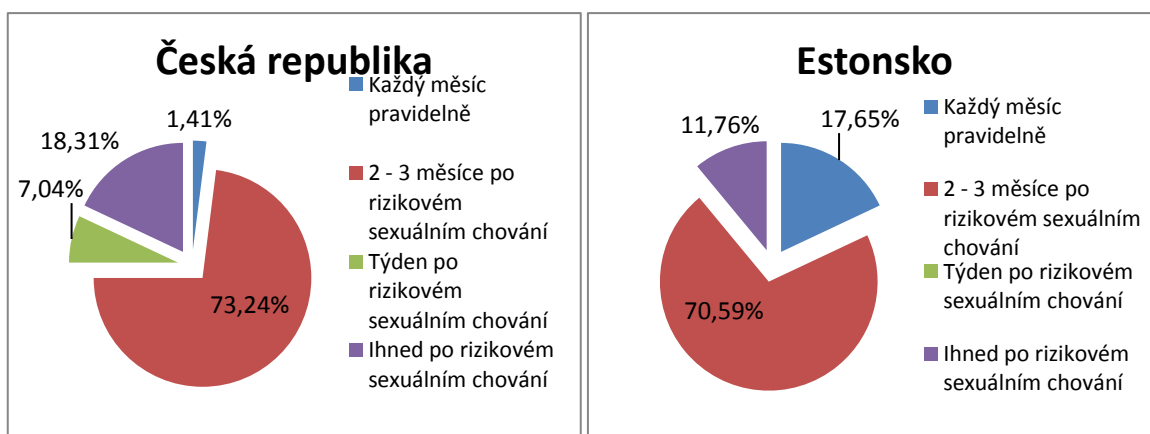
Graf č. 20 Nejlepší způsob ochrany před pohlavně přenosnými chorobami

Za nejlepší způsob ochrany před pohlavně přenosnými chorobami studenti z České republiky považují použití prezervativu (52,43%), stálost partnerů uvedlo 20,39%, pohlavní zdrženlivost uvedlo 17,48% a partnerskou věrnost uvedlo 9,71% z celkového počtu 71 dotazovaných. Studenti v Estonsku nejčastěji uvedli použití prezervativu (60,22%), pohlavní zdrženlivost uvedlo 22,58%, stálost partnerů uvedlo 13,98% a partnerskou věrnost uvedlo 3,23% z celkového počtu 68 dotazovaných.

Otázka: Za jak dlouho po rizikovém chování by měl jít člověk na testy HIV/AIDS

Tab. 23. Testy na HIV/AIDS

Česká republika			Estonsko	
Doba	Počet	%	Počet	%
Každý měsíc pravidelně	1	1,41%	12	17,65%
2 – 3 měsíce po rizikovém sexuálním chování	52	73,24%	48	70,59%
Týden po rizikovém sexuálním chování	5	7,04%	0	0%
Ihned po rizikovém sexuálním chování	13	18,31%	8	11,76%
Celkem	71	100%	68	100%



Graf č. 21 Testy na HIV/AIDS

V České republice respondenti nejčastěji tvrdí, že by člověk měl jít na testy HIV/AIDS 2 – 3 měsíce po rizikovém chování (73,24%), odpověď ihned po rizikovém sexuálním chování uvedlo 18,31%, týden po rizikovém sexuálním chování uvedlo 7,04% a každý měsíc pravidelně uvedlo 1,41% z celkového počtu 71 dotazovaných. V Estonsku většina dotazovaných také uvedla odpověď 2 – 3 měsíce po rizikovém sexuálním chování (70,59%), každý měsíc pravidelně uvedlo 17,65%, ihned po rizikovém sexuálním chování uvedlo 11,76%. Možnost odpovědi týden po rizikovém sexuálním chování neuvedl žádný z respondentů z celkového počtu 68 dotazovaných.

3.3 Ověřování cílů a očekávaných výsledků

V této kapitole se budeme zabývat analýzou a interpretací očekávaných výsledků, které se vztahují k jednotlivým cílům očekávaných výsledků.

Cíl č. 1: Zjistit, jaký je podle dotazovaných respondentů ideální začátek pro první pohlavní styk.

Očekávaný výsledek č. 1: Předpokládáme, že více než 50% dotazovaných respondentů bude uvádět jako ideální začátek pro první pohlavní styk věk 16 a více let.

Hodnocení: Očekávaný výsledek byl ověřován v dotazníku položkou č. 10. Očekávaný výsledek č. 1 **byl potvrzen**. V České republice 63 (88,73%) a v Estonsku 42 (61,76%) respondentů odpovědělo, že ideální věk pro začátek sexuálního života je 16 let a více.

Očekávaný výsledek č. 2: Předpokládáme, že více než u 90% dotazovaných respondentů proběhl první pohlavní styk ve věku 15 let a více.

Hodnocení: Očekávaný výsledek byl ověřován v dotazníku položkou č. 9. Očekávaný výsledek č. 2 **byl potvrzen**. V České republice 66 (92,96%) a v Estonsku 63 (92,65%) respondentů odpovědělo, že jejich první pohlavní styk proběhl ve věku 15 let a více.

Cíl č. 2: Zjistit, jaký je průměrný počet sexuálních partnerů respondentů.

Očekávaný výsledek č. 3: Předpokládáme, že více jak 50% dotazovaných respondentů bude uvádět jako průměrný počet sexuálních partnerů maximálně 10.

Hodnocení: Očekávaný výsledek byl ověřován v dotazníku položkou č. 5. Očekávaný výsledek č. 3 **byl potvrzen**. V České republice 43 (63,56%) a v Estonsku 53 (77,94%) respondentů odpovědělo, že jejich počet sexuálních partnerů je 10 a méně.

Očekávaný výsledek č. 4: Předpokládáme, že více jak 80% dotazovaných respondentů bude uvádět, že se nikdy nenechalo dobrovolně testovat na pohlavně přenosnou chorobu.

Hodnocení: Očekávaný výsledek byl ověřován v dotazníku položkou č. 6. Očekávaný výsledek č. 4 **byl potvrzen**. V České republice 61 (85,92%) a v Estonsku 61 (89,71%) respondentů odpovědělo, že se nikdy nenechali dobrovolně testovat na žádnou pohlavně přenosnou chorobu.

Cíl č. 3: Zjistit, jaký druh ochrany respondenti používají při pohlavním styku.

Očekávaný výsledek č. 5: Předpokládáme, že více jak 50% dotazovaných respondentů používá při pohlavním styku jako druh ochrany prezervativ.

Hodnocení: Očekávaný výsledek byl ověřován v dotazníku položkou č. 7. Očekávaný výsledek č. 5 **nebyl potvrzen**. V České republice pouze 32 (45,07%) a v Estonsku pouze 30 (44,12%) respondentů odpovědělo, že při pohlavním styku jako druh ochrany používají prezervativ. Častou odpovědí byla možnost žádná ochrana nebo hormonální antikoncepce.

Očekávaný výsledek č. 6: Předpokládáme, že více jak 50% dotazovaných respondentů uvede, že nikdy neměli nechráněný pohlavní styk s náhodným partnerem.

Hodnocení: Očekávaný výsledek byl ověřován v dotazníku položkou č. 8. Očekávaný výsledek č. 6 **byl potvrzen**. V České republice 38 (53,52%) a v Estonsku (60,29%) respondentů uvedlo, že nikdy neměli nechráněný pohlavní styk s náhodným partnerem.

Cíl č. 4: Zjistit, kde respondent získal nejvíce relevantních informací o pohlavně přenosných chorobách a HIV/AIDS.

Očekávaný výsledek č. 7: Předpokládáme, že více jak 50% dotazovaných respondentů uvede, že získalo nejvíce relevantních informací ve škole.

Hodnocení: Očekávaný výsledek byl ověřován v dotazníku položkou č. 12. Očekávaný výsledek č. 7 v České republice **byl potvrzen**, protože 40 (56,34%) respondentů uvedlo, že nejvíce relevantních informací získali ve škole. Očekávaný výsledek č. 7 v Estonsku **nebyl**

potvrzen, protože jen 20 (29,41%) respondentů uvedlo, že nejvíce relevantních informací získali ve škole. Tito respondenti nejvíce zvolili možnost internetu.

Očekávaný výsledek č. 8: Předpokládáme, že více než 50% dotazovaných respondentů si myslí, že jeho znalosti v oblasti pohlavně přenosných chorob a HIV/AIDS jsou dostatečné nebo spíše dostatečné.

Hodnocení: Očekávaný výsledek byl ověřován v dotazníku položkou č. 11. Očekávaný výsledek č. 8 **byl potvrzen**. V České republice 44 (61,67%) a v Estonsku 45 (66,18%) respondentů uvedlo, že mají dostatečné znalosti v oblasti pohlavně přenosných chorob a HIV/AIDS.

Cíl č. 5: Zjistit, jaké mají studenti základní informace o pohlavně přenosných chorobách a AIDS.

Z hodnocení plyne, že studenti mají dostatečné znalosti o pohlavně přenosných chorobách a HI/AIDS.

Očekávaný výsledek č. 9: Předpokládáme, že respondenti nejčastěji považují za pohlavně přenosnou chorobu HIV/AIDS, proto tuto odpověď uvedou nejčastěji.

Hodnocení: Očekávaný výsledek byl v dotazníku ověřován položkou č. 13. Očekávaný výsledek č. 9 **byl potvrzen**. V České republice 56 (26,79%) a v Estonsku 57 (32,95%) odpovědí dotazovaných respondentů uvedlo, že nejčastěji pohlavně přenášená choroba je HIV/AIDS.

Očekávaný výsledek č. 10: Předpokládáme, že více jak 90% dotazovaných respondentů uvede, že HIV je virus způsobující AIDS.

Hodnocení: Očekávaný výsledek byl v dotazníku ověřován položkou č. 14. Očekávaný výsledek č. 10 **byl potvrzen**. V České republice 70 (98,59%) a v Estonsku 68 (100%) respondentů uvedlo, že HIV je virus způsobující AIDS.

Očekávaný výsledek č. 11: Předpokládáme, že více jak 75% dotazovaných respondentů uvede, že obvykle první projevy HIV/AIDS jsou teploty, zduření uzlin a únava.

Hodnocení: Očekávaný výsledek byl v dotazníku ověřován položkou č. 15. Očekávaný výsledek č. 11 **byl potvrzen**. V České republice 65 (91,55%) a v Estonsku 62 (91,18%) respondentů uvedlo, že první projevy HIV/AIDS jsou teploty, zduření uzlin a únava.

Očekávaný výsledek č. 12: Předpokládáme, že více jak 75% dotazovaných respondentů uvede, že obvykle prvním projevem syfilis je vřed na genitálu.

Hodnocení: Očekávaný výsledek byl v dotazníku ověřován položkou č. 16. Očekávaný výsledek č. 12 **byl potvrzen**. V České republice 59 (83,10%) a v Estonsku 54 (79,41%) respondentů uvedlo, že prvními příznaky syfilis je vřed na genitálu.

Očekávaný výsledek č. 13: Předpokládáme, že více jak 90% dotazovaných respondentů uvede, že nejčastější způsob přenosu HIV infekce je pohlavní styk.

Hodnocení: Očekávaný výsledek byl v dotazníku ověřován položkou č. 17. Očekávaný výsledek č. 13 **nebyl potvrzen**. V České republice 60 (84,51%) a v Estonsku 61 (89,71%) respondentů uvedlo, že nejčastější způsob přenosu HIV infekce je pohlavní styk. Častější odpovědí byl přenos krevní transfúzí.

Očekávaný výsledek č. 14: Předpokládáme, že více jak 75% dotazovaných respondentů uvede, že mezi pohlavně přenosné choroby nepatří karcinom děložního čípku.

Hodnocení: Očekávaný výsledek byl v dotazníku ověřován položkou č. 18. Očekávaný výsledek č. 14 **nebyl potvrzen**. V České republice 41 (57,75%) a v Estonsku 17 (25%) respondentů uvedlo, že karcinom děložního čípku nepatří mezi pohlavně přenosné choroby. Častou odpovědí byla Hepatitida B.

Očekávaný výsledek č. 15: Předpokládáme, že více jak 50% dotazovaných respondentů uvede, že nejčastější dopad na člověka při neléčené sexuální nemoci je sterilita.

Hodnocení: Očekávaný výsledek byl v dotazníku ověřován položkou č. 19. Očekávaný výsledek č. 15 **nebyl potvrzen**. V České republice pouze 1 (1,41%) a v Estonsku pouze 6 (8,82%) respondentů uvedlo, že nejčastější dopad na člověka při neléčené sexuální nemoci je sterilita. Častou odpovědí v obou zemích byla smrt.

Očekávaný výsledek č. 16: Předpokládáme, že více jak 75% dotazovaných respondentů uvede, že se dá očkovat proti hepatitidě.

Hodnocení: Očekávaný výsledek byl v dotazníku ověřován položkou č. 20. Očekávaný výsledek č. 16 **byl potvrzen**. V České republice 63 (88,73%) a v Estonsku 59 (86,76%) respondentů uvedlo, že se dá očkovat proti hepatitidě.

Očekávaný výsledek č. 17: Předpokládáme, že více jak 50% dotazovaných respondentů uvede, že nejlepší způsob ochrany před pohlavně přenosnými chorobami je prezervativ.

Hodnocení: Očekávaný výsledek byl v dotazníku ověřován položkou č. 21. Očekávaný výsledek č. 17 **byl potvrzen**. V České republice 54 (52,43%) a v Estonsku 56 (60,22%) respondentů uvedlo, že nejlepší způsob ochrany před pohlavně přenosnými chorobami je prezervativ.

Očekávaný výsledek č. 18: Předpokládáme, že více jak 50% dotazovaných respondentů uvede, že člověk by měl jít na testy HIV/AIDS 2 – 3 měsíce po rizikovém sexuálním chování.

Hodnocení: Očekávaný výsledek byl v dotazníku ověřován položkou č. 22. Očekávaný výsledek č. 18 **byl potvrzen**. V České republice 52 (73,24%) a v Estonsku 48 (70,59%) respondentů uvedlo, že člověk by měl jít na testy HIV/AIDS 2 – 3 měsíce po rizikovém sexuálním chování.

3.4 Diskuze

Hlavní cíl bakalářské práce je zaměřen na identifikaci znalostí studentů vysokých škol České republiky a Estonska. V diskuzi jsem porovnávala výsledky mého šetření těchto dvou zemí. Stanovila jsem si 5 cílů a k nim přiřadila 18 očekávaných výsledků. Mou bakalářskou práci jsem v diskuzi srovnávala s bakalářskou prací Romany Cílkové s názvem Porovnání informovanosti budoucích středoškolsky a vysokoškolsky vzdělaných zdravotníků v Českých Budějovicích o nebezpečí sexuálně přenosných chorob z roku 2008. Práce byla vybrána z důvodu podobnosti tématu.

Po shrnutí výsledků šetření jsem zjistila, že znalosti studentů vysokých škol o této rozebírané problematice jsou podobné, téměř stejné v České republice i v Estonsku. U žádné z odpovědí se nevyskytuje odpověď, která by mě překvapila.

První položka zjišťovala pohlaví respondentů. V ČR i v EST bylo zjištěno, že dotazníkového šetření se zúčastnilo více žen, než mužů. Zastoupení v ČR ženy 42 (59,15%)/muži 29 (40,85%). Zastoupení v EST ženy 41 (60,29%)/muži 27 (39,71%). Také v práci Romany Cílkové z roku 2008 se dotazníkového šetření zúčastnilo více žen (94,6%), než mužů (5,4%). Tuto skutečnost vysvětluji tak, že nejvíce na dotazník reagovali studenti z humanitních studií zastoupené obory Všeobecná sestra, Porodní asistent/ka, kde převážně studují ženy.

Čtvrtá položka zjišťuje věk respondentů. Z ČR odpověděli 2 respondenti (2,82%), že jejich věk je 20. Věk 21 let uvedlo 10 respondentů (14,08%). Věk 22 let uvedlo respondentů 21 (29,58%). Věk 23 let uvedlo 23 respondentů (32,39%). Věk 24 let uvedlo respondentů 8 (11,27%). Věk 25 let uvedli 2 respondenti (2,82%). V možnosti jiné se nejčastěji objevily odpovědi 27 let a více. Uvedlo tak 5 respondentů (7,04%). Z EST odpovědělo 17 (25%) respondentů, že jejich věk je 20 let. Věk 22 let uvedlo 23 (33,82%) respondentů. Věk 23 let uvedlo 13 (19,12%) respondentů. Věk 24 let uvedlo 12 (17,65%) respondentů. Věk 26 let uvedl 1 (1,47%) respondent. Věk 27 let uvedli 2 (2,94%) respondenti. V možnosti jiné se neobjevila žádná odpověď (0%). Nejvíce častou odpovědí u respondentů v ČR byl věk 23, v EST 22. V práci Romany Cílkové z roku 2008 byl nejčastěji uvedený věk 22 let (54,8%), 21 let (19,4%) a 23 let (18,3%). Tuto skutečnost si vysvětlují tak, že se zejména jedná o studenty 2. a 3. ročníků vysokých škol.

Jedenáctá položka vypovídá o tom, jaký mají studenti názor na jejich znalosti ohledně pohlavně přenosných chorob a HIV/AIDS. V České republice 44 (61,67%) dotazovaných respondentů tvrdí, že jejich znalosti o pohlavně přenosných chorobách jsou spíše dostačující. 18 (25,35%) dotazovaných tvrdí, že jejich znalosti jsou plně dostačující. 8 (11,27%) respondentů uvedlo, že jejich znalosti jsou spíše nedostačující a 1 (1,41%) respondent uvedl, že jeho znalosti jsou absolutně nedostačující. V Estonsku 45 (66,18%) dotazovaných uvedlo, že jejich znalosti jsou plně dostačující. Stejný počet dotazujících uvedlo za svou odpověď spíše dostačující a spíše nedostačující – 11 (16,18%). Absolutně nedostačující uvedl 1 (1,47%) respondent. Z toho vyplývá, že názor studentů na jejich znalosti o této problematice je v obou zemích podobný. V mé práci i v práci Romany Cílkové z roku 2008 většina studentů uvedla, že jejich znalosti jsou spíše dostačující (53,8%), plně dostačující uvedlo 45,2% respondentů. Tuto skutečnost si vysvětlují tak, že studenti i respondenti dostávají dostatek informací ve škole nebo pomocí různých masmedií. Jde o často diskutované téma i ve společnosti.

Dvacátá otázka zjišťuje, jaká je podle dotazovaných respondentů pohlavně přenosná choroba, proti které se dá očkovat. V České republice uvedlo nejvíce dotazovaných hepatitidu - 63 (88,73%), kapavku uvedlo 6 respondentů (8,45%), syfilis a HIV/AIDS uvedlo stejný počet respondentů - 1 (1,41%). V Estonsku na prvním místě dotazovaní uvedli také hepatitidu – 59 (86,76%), syfilis uvedlo 7 (10,29%) respondentů, kapavku 6 (2,94%) respondentů, HIV/AIDS neuvedl žádný z nich. Z toho vyplývá, že dle názoru studentů obou zemí je choroba, proti které se dá očkovat hepatitida. Také v práci Romany

Cílkové z roku 2008 studenti (84,9%) nejčastěji uvedli hepatitidu. Jak bylo na začátku řečeno, jde zejména o studenty zdravotnických oborů, takže vzhledem k tomu, že je pro ně očkování před nástupem do nemocnice povinné, měli by o této věci být dostatečně informovaní.

Dvacátá druhá otázka zjišťuje, za jak dlouho po rizikovém chování by měl jít člověk na testy HIV. V České republice respondenti nejčastěji tvrdí, že by člověk měl jít na testy HIV/AIDS 2 – 3 měsíce po rizikovém chování – 52 (73,24%), odpověď ihned po rizikovém sexuálním chování uvedlo 13 (18,31%) respondentů, týden po rizikovém sexuálním chování uvedlo 5 (7,04%) respondentů a každý měsíc pravidelně uvedl 1 (1,41%) respondent. V Estonsku většina dotazovaných také uvedla odpověď 2 – 3 měsíce po rizikovém sexuálním chování - 48 (70,59%), každý měsíc pravidelně uvedlo 12 (17,65%) respondentů, ihned po rizikovém sexuálním chování uvedlo 8 (11,76%) respondentů. Možnost odpovědi týden po rizikovém sexuálním chování neuvedl žádný z respondentů. Z toho vyplývá, že nejčastější odpovědi u studentů obou zemí bylo 2 – 3 měsíce po rizikovém chování. To je správná odpověď. Také v práci Romany Cílkové z roku 2008 nejčastěji studenti (91,4%) uvedli možnost 2 – 3 měsíce po rizikovém sexuálním chování. HIV/AIDS je téma, které je v dnešním světě často probírané. Jde o smrtelné onemocnění, proto většina dotazovaných má o této nemoci základní informace. Již od základního stupně vzdělání na školách probíhají různé přednášky a diskuze o této nemoci.

3.4.1 Návrhy na řešení

Z mého dotazníkového šetření vyplývá, že znalosti studentů o pohlavně přenosných chorobách a HIV/AIDS jsou na dobré úrovni. Dobrý způsob pro zvýšení informovanosti studentů vysokých škol by bylo zařazení přednášek, které by vedl sexuolog, popř. gynekolog. Jednalo by se spíše o jednorázové návštěvy škol těchto specialistů.

ZÁVĚR

Bakalářská práce je zaměřena na znalosti studenta vysokých škol v České republice a v Estonsku o pohlavně přenosných chorobách a HIV/AIDS.

Estonsko jsem si zvolila, protože jsem tam v roce 2015 byla na studijní stáži, která trvala 4 měsíce. Pracovala jsem na chirurgickém oddělení, jako studentka oboru všeobecná sestra. Výsledky šetření jsem srovnávala s Českou republikou, jelikož ta je mou rodnou zemí.

Dotazovaní respondenti jsou studenti vysokých škol různého zaměření, nejčastěji však humanitního. Nejvíce informací získali na internetu nebo ve škole. Někteří respondenti mají opravdu bohatý sexuální život, uvedli totiž, že počet jejich sexuálních partnerů je až 200. Ovšem jiní studenti uvedli, že ještě nikdy neměli žádného sexuálního partnera.

Výskyt pohlavně přenosných nemocí je závislý na řadě sociálních, hospodářských a mravních faktorů. Zvýšení nemocnosti zvyšuje i alkoholismus, užívání drog, prostituce, sexuální promiskuita nebo cizinecký ruch. Jde o problém celosvětový.

Opravdu důležitá je informovanost veřejnosti. Ne všechny edukační materiály, které se používají například ve školách, jsou dobře připraveny. Vzhledem k vyhodnocení mých cílů si myslím, že znalosti respondentů, kteří se mnou spolupracovali na bakalářské práci, jsou více než dostačující.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BRTNÍKOVÁ, Marta. *Sex?: AIDS! : materiály ze semináře Sexuální zdraví - součást zdravého způsobu života konaného v roce 1988 v Brně*. 1.vyd. Praha: Horizont, 1989. ISBN 80-7012-021-5.
- CANNING, Richard a Dale PECK. *Vital signs: essential AIDS fiction*. 1st Carroll & Graf ed. Berkeley, Calif.: Distributed by Publishers Group West, 2007. ISBN 0786720093.
- CAPPONI, Věra. *Sexuologický slovník*. 1. vyd. Praha: Grada, 1994. Sám sobě. ISBN 80-7169-115-1.
- ČERNÝ, Rudolf a Ladislav MACHALA. *Neurologické komplikace HIV/AIDS*. Vyd. 1. V Praze: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1222-5.
- CONNOR, Steve a Sharon KINGMAN. *Aids: ztracená imunita*. Praha: Panorama, 1991. ISBN 80-7038-209-0.
- FERENČÍK, Miroslav. *Imunitní systém: informace pro každého*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1196-6.
- HÁJEK, Marcel. *HIV/AIDS v chirurgických oborech*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. Malá monografie (Grada). ISBN 80-247-0857-4.
- HECHT, Frederick M a Bruce SOLOWAY. *HIV Infection: A Primary Care Approach*. Rev. Ed. Waltham, MA: <>Publishing Division od the Massachusetts Medical Society, 1993. ISBN 0-910133-35-2.
- HOLUB, Jiří. *AIDS a my, aneb, Co je třeba vědět o AIDS*. Praha: Grada, 1993. ISBN 80-7169-068-6.
- JILICH, David a Veronika KULÍŘOVÁ. *HIV infekce: současné trendy v diagnostice, léčbě a ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2014. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3325-1.
- JIRÁSKOVÁ, Milena. *Dermatovenerologie: učební texty pro bakaláře*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0636-4.
- JOYEUX, Henri. *City, sexualita, AIDS*. 2. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-489-3.
- Malá ilustrovaná encyklopedie zeměpisu*. 1. české vyd. Praha: Svojtka & Co., 2005. ISBN 80-7352-287-X.

- MELICHERČÍKOVÁ, Věra. *Sterilizace a dezinfekce*. Druhé, doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-139-1.
- MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1024-2.
- NOVÁKOVÁ, Iva. *Ošetrovatelství ve vybraných oborech: dermatovenerologie, oftalmologie, ORL, stomatologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3422-4.
- ROZSYPAL, Hanuš. *Základy infekčního lékařství*. Vydání první. V Praze: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2932-2.
- ROZSYPAL, Hanuš, Michal HOLUB a Monika KOSÁKOVÁ. *Infekční nemoci ve standardní a intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2013. ISBN 978-80-246-2197-5.
- SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2506-2.
- SLÍVA, Jiří a Martin VOTAVA. *Farmakologie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2010. ISBN 978-80-7387-424-7.
- ŠTÁVA, Zdeněk. *Sexuálně přenosné nemoci: základy poznatků pro lékaře, zdravotnické pracovníky, pedagogy a laickou veřejnost*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1987. Rady nemocným (Avicenum).
- ŠULOVÁ, Lenka, Tomáš FAIT a Petr WEISS. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf, c2011. ISBN 978-80-7345-238-4.
- WEISS, Petr. *Sexuologie*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2492-8.
- ZAVADILOVÁ, Lucie. *Jsem HIV-pozitivní aneb Já neumírám, já žiju*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2000. Strom života. ISBN 80-7169-808-3.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AIDS	Acquired immunodeficiency syndrome, syndrom získaného selhání imunity
ATB	Antibiotikum
CDC	Centrum pro kontrolu nemocí
CD4	Glykoprotein
CNS	Cévní nervová soustava
CSc	Kandidát věd
ČR	Česká republika
DNA	Kyselina deoxyribonukleová
EIA	Enzymová imunoanalýza
EI	Inhibitory vstupu
EST	Estonsko
ELISA	Diagnostický test sloužící k průkazu protilátek proti HIV
FI	Inhibitory fúze
gp120	Virový antigen
HAART	Antivirová terapie
HIV	Human immunodeficiency virus
HPV	Human papilloma virus, virus lidského papilomaviru
INSTI	Inhibitory integrázy
MSM	Muži, kteří mají sex s jinými muži.
MUDR	Doktor všeobecného lékařství, akademický titul
NNRTI	Nenukleosidové inhibitory reverzní transkriptázy
NRTI	Nukleosidové inhibitory reverzní transkriptázy
LGV	Lymphogranuloma venerum
p24	Virový antigen, indikátor rozvoje infekce

PCR	Polymerázová řetězová reakce
PI	Proteázové inhibitory
RNA	Ribonukleová kyselina
STD	Sexually trnsmitted diseases, pohlavně přenosné choroby
USA	Spojené státy americké
WHO	Světová zdravotnická organizace
5H	Hait'ané, homosexuáové, heroinisté, hemofylici, heterosexuálové

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Pohlaví respondentů.....	36
Graf č. 2 Zaměření, které respondent studuje na vysoké škole	38
Graf č. 3 Věk respondentů	40
Graf č. 4 Počet sexuálních partnerů	42
Graf č. 5 Dobrovolné testování na pohlavně přenosnou chorobu.....	44
Graf č. 6 Ochrana, kterou respondenti používají při pohlavním styku.....	45
Graf č. 7 Nechráněný pohlavní styk respondenta s náhodným partnerem	46
Graf č. 8 První pohlavní styk respondenta.....	47
Graf č. 9 Věk respondentů, ve kterém proběhl první pohlavní styk	48
Graf č. 10 Nejvhodnější věk pro začátek sexuálního života.....	49
Graf č. 11 Znalosti respondentů o pohlavně přenosných chorobách.....	51
Graf č. 12 Zdroje, kde respondent získal nejvíce relevantních informací	52
Graf č. 13 Nejčastěji pohlavně přenášené choroby.....	53
Graf č. 14 První projevy HIV/AIDS	56
Graf č. 15 Typické příznaky onemocnění syfilis	58
Graf č. 16 Nejčastější způsob přenosu HIV infekce	60
Graf č. 17 Nemoc, která nepatří mezi pohlavně přenosné choroby.....	61
Graf č. 18 Nejčastější dopad na člověka při neléčené sexuální nemoci	63
Graf č. 19 Pohlavně přenosná choroba, proti které se lze nechat očkovat	64
Graf č. 20 Nejlepší způsob ochrany před pohlavně přenosnými chorobami	65
Graf č. 21 Testy na HIV/AIDS	66

SEZNAM TABULEK

Tab. 1 Pohlaví respondentů	36
Tab. 2 Bydliště respondentů	37
Tab. 3 Zaměření, které respondent studuje na vysoké škole	38
Tab. 4 Věk respondentů	40
Tab. 5 Počet sexuálních partnerů dotazovaných respondentů	42
Tab. 6 Dobrovolné testování respondentů na pohlavně přenosnou chorobu	44
Tab. 7 Ochrana, kterou respondenti používají při pohlavním styku	45
Tab. 8 Nechráněný pohlavní styk respondenta s náhodným partnerem	46
Tab. 9 První pohlavní styk respondenta	47
Tab. 10 Věk respondentů, ve kterém proběhl první pohlavní styk	48
Tab. 11 Nejvhodnější věk pro začátek sexuálního života	49
Tab. 12 Znalosti respondentů o pohlavně přenosných chorobách	51
Tab. 13 Zdroje relevantních informací	52
Tab. 14 Nejčastěji pohlavně přenášené choroby dle respondenta	53
Tab. 15 Co je dle respondentů HIV	55
Tab. 16 První projevy HIV/AIDS dle názoru respondentů	56
Tab. 17 Typické příznaky onemocnění syfilis	58
Tab. 18 Nejčastější způsob přenosu HIV infekce	60
Tab. 19 Nemoc, která nepatří mezi pohlavně přenosné	61
Tab. 20 Nejčastější dopad na člověka při neléčené sexuální nemoci	63
Tab. 21 Pohlavně přenosná choroba, proti které se lze nechat očkovat	64
Tab. 22. Nejlepší způsob ochrany před pohlavně přenosnými chorobami	65
Tab. 23. Testy na HIV/AIDS	66

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Dotazník v českém jazyce

Příloha č. 2 Dotazník v anglickém jazyce

Příloha č. 1 Dotazník v českém jazyce

Ahoj,

jmenuji se Nikola Pazderská a jsem studentkou oboru Všeobecná sestra na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně, Česká republika. Zpracovávám bakalářskou práci na téma *Srovnání znalostí studentů českých a estonských vysokých škol o pohlavně přenosných chorobách a nemoci HIV/AIDS*. V souvislosti s tímto si Vás dovoluji požádat o vyplnění dotazníku.

Dotazník je zcela anonymní a dobrovolný. Veškeré informace budou použity pouze ke zpracování mé bakalářské práce.

Instrukce k vyplnění – Vámi zvolené odpovědi prosím zakroužkujte, v otázkách máte možnost i několika správných odpovědí. V případě, že se rozhodnete svoji možnost opravit, zřetelně označte novou správnou odpověď.

Děkuji Vám za spolupráci, přeji hezký den,

Nikola.

-
1. Vaše pohlaví?
 - a) Žena
 - b) Muž
 2. Vaše bydliště?
 - a) Česká republika
 - b) Estonsko
 3. Zaměření, které studujete na vysoké škole?
 - a) Humanitní
 - b) Ekonomické
 - c) Právnícké
 - d) Jiné, uveďte
.....
 4. Kolik je Vám let?
.....
 5. Jaký je doposud počet Vašich sexuálních partnerů?
.....
 6. Nechal/a jste se někdy dobrovolně testovat na pohlavně přenosnou chorobu? Pokud ano, uveďte jakou.....
 7. Jakou používáte ochranu při pohlavním styku?
 - a) Žádnou
 - b) Prezervativ
 - c) Hormonální antikoncepce
 - d) Přerušovaná soulož

- e) Jiná, uveďte.....
8. Měl/a jste někdy nechráněný pohlavní styk s náhodným partnerem?
- a) Ano
 - b) Ne
9. Váš první pohlavní styk
- a) Proběhl ve věku ... let
 - b) Dosud neproběhl
10. Jaký je podle Vás nejvhodnější věk pro začátek sexuálního života?
- a) Před 15. rokem
 - b) 15 – 16 let
 - c) 16 – 17 let
 - d) 17 – 18 let
 - e) 18 – 19 let
 - f) 19 – 20 let
 - g) 20 a více let
11. Myslíte si, že Vaše znalosti v oblasti pohlavně přenosných chorob a HIV/AIDS jsou dostatečné?
- a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Ne
12. Kde jsi získal nejvíce relevantních informací o pohlavně přenosných chorobách a HIV/AIDS?
- a) Internet
 - b) Škola
 - c) Rodina
 - d) Přátelé
 - e) Jiné, uveďte.....
13. Vyjmenuj, jaké jsou podle Tebe nejčastěji pohlavně přenášené choroby:
-
- ...
14. Co je HIV?
- a) Virus způsobující AIDS
 - b) Bakterie způsobující AIDS
15. Jak se obvykle projevují první příznaky HIV/AIDS?
- a) Teploty, zduření uzlin, únava
 - b) Bolesti a krev při močení
 - c) Padání zubů, vlasů
 - d) Snížená chuť k sexu
16. Typický příznak onemocnění syfilis?
- a) Bolest v bederní oblasti

- b) Vřed na genitálu
 - c) Bolest a krev při močení
 - d) Zvýšená kazivost zubů
17. Nejčastější způsob přenosu HIV infekce?
- a) Pohlavním stykem
 - b) Hlubokým líbáním
 - c) Krevními transfúzemi
18. Která z uvedených nemocí NEPATŘÍ mezi pohlavně přenosné?
- a) Syfilis
 - b) Hepatitida B
 - c) Karcinom děložního čípku
 - d) Kapavka
 - e) Svrab
 - f) HIV/AIDS
19. Nejčastější dopad na člověka při neléčené sexuální nemoci je?
- a) Smrt
 - b) Inkontinence
 - c) Sterilita
 - d) Snížená chuť k sexu
20. Označte, proti které pohlavně přenosné chorobě se můžeme nechat očkovat?
- a) HIV/AIDS
 - b) Kapavka
 - c) Syfilis
 - d) Hepatitida
21. Jaký je podle Vás nejlepší způsob ochrany před pohlavně přenosnými chorobami?
Vypište.....
22. Za jak dlouho po rizikové chování by měl jít člověk na testy HIV?
- a) Každý měsíc pravidelně
 - b) 2 – 3 měsíce po rizikovém sexuálním chování
 - c) Týden po rizikovém sexuálním chování
 - d) Ihned po rizikovém sexuálním chování

Děkuji Vám za čas a ochotu při vyplňování tohoto dotazníku.

Nikola Pazderská.

Příloha č. 2 Dotazník v anglickém jazyce

Hi,

my name is Nikola Pazderska. I am a student of General nurse at Tomas Bata University in Zlin, Czech Republic.

I am working on a bachelor thesis on the topic *Knowledge Comparison of Czech and Estonia University Students of Sexually Transmitted Diseases and HIV/AIDS*.

In connection with this, I kindly ask you to complete a questionnaire.

The questionnaire is anonymous and voluntary. All information will be used only for processing of my Bachelor Thesis.

Instructions - Mark your choices on the answer sheet by circling , there are also a multiple correct answers. If you decide to fix your choice, clearly mark the new correct answer.

Thank you for your cooperation, have a nice day,

Nikola.

-
1. What is your gender?
 - a) Female
 - b) Male
 2. Where do you live?
 - a) Czech Republic
 - b) Estonia
 3. What is your areas of specialization in college?
 - a) Humanities
 - b) Economic
 - c) Law
 - d) Other, please specify
.....
 4. How old are you?.....
 5. What is the number of your sexual partners?.....
 6. Have you ever let voluntarily tested for sexually transmitted disease?If yes, please specify which one
 7. What kind of protection you use during the sexual intercourse?
 - a) No protection
 - b) Condom
 - c) Hormonal anticonception
 - d) Coitus interruptus

- e) Another, please specify
.....
- 8. Have you ever had unprotected sex with a casual partner?
 - a) Yes
 - b) No
- 9. When was your first sexual intercourse?
 - a) Took place at the age of ... years, please specify
 - b) It was not yet
- 10. What do you think is the best age to start sexual life?
 - a) 15 years ago
 - b) 15 – 16 years
 - c) 16 – 17 years
 - d) 17 – 18 years
 - e) 18 – 19 years
 - f) 19 – 20 years
 - g) 20 years and over
- 11. Do you think that your knowledge of sexually transmitted diseases and HIV / AIDS are sufficient?
 - a) Yes
 - b) Rather yes
 - c) Rather not
 - d) No
- 12. Where did you get the most relevant information about sexually transmitted diseases and HIV / AIDS?
 - a) Internet
 - b) School
 - c) Family
 - d) Friends
 - e) Other, please specify
- 13. Could you name, what do you think are the most commonly sexually transmitted diseases?.....
- 14. What is HIV?
 - a) The virus that causes AIDS
 - b) The bacteria that causes AIDS
- 15. What is typically the first symptom of HIV / AIDS?
 - a) Temperature, swollen glands, fatigue
 - b) Pain during urination and blood
 - c) Teeth and hair loss
 - d) Reduced appetite for sex
- 16. What is typical symptoms of syphilis?
 - a) Pain in the lumbar region
 - b) Genital ulcer
 - c) Pain and blood during urination

- d) Increased tooth decay
17. What is the most common method of transmission of HIV infection?
- a) sexual intercourse
 - b) deep kissing
 - c) blood transfusions
18. Which kind of the following is not among the diseases sexually transmitted?
- a) Syphilis
 - b) Hepatitis B
 - c) Cervical carcinoma
 - d) Gonorrhea
 - e) Scabies
 - f) HIV / AIDS
19. What is the most common effects on humans of untreated sexual diseases is?
- a) Death
 - b) Incontinence
 - c) Sterility
 - d) Reduced appetite for sex
20. Please indicate sexually transmitted disease against which we can get vaccinated?
- a) HIV / AIDS
 - b) Gonorrhea
 - c) Syphilis
 - d) Hepatitis
21. What do you think is the best way to protect against sexually transmitted diseases?.....
22. How long after risk behavior the person should go to tests HIV?
- a) Regularly every month
 - b) 2-3 months after risky sexual behavior
 - c) A week after the risky sexual behavior
 - d) Immediately after high-risk sexual behavior

Thank you for your time,

Nikola Pazderska.