

# Specifika urologické a andrologické léčby LGBT komunity

**MUDr. Pavel Turčan**

Centrum MEDIOL, s.r.o., Ordinance sexuologie a andrologie, Olomouc

V současnosti se čím dál tím otevřeněji mluví o existenci gay, lesbické a transgender komunity (LGBT) a mnoho lidí se nebojí svou orientaci veřejně přiznat. Vzhledem k tomu, že lékařská péče o tuto část populace se v některých faktorech odlišuje, přinášíme v tomto článku přehled těch nejvýznamnějších odlišností. Informace se snažíme podat tak, aby byly přínosné pro běžnou praxi a aby pomohly lékařům při preventivní a léčebné péči o tyto pacienty.

**Klíčová slova:** LGBT, lékařská péče, sexuální zdraví, erektilní dysfunkce, HIV.

## Specifics of medical care in urology and andrology for LGBT community

At present, there is a growing openness to the existence of a gay, lesbian and transgender community (LGBT), and many people are not afraid of publicly acknowledging their orientation. Given that medical care for this part of the population differs in some factors, we present in this article an overview of the most notable differences. We strive to provide information in such a way as to be beneficial to common practice and to assist doctors in the preventive and curative care of these patients.

**Key words:** LGBT, health care, sexual health, erectile dysfunction, HIV.

## Úvod a definice

Nejdříve je nutné definovat, co je to vlastně LGBT komunita a případně některé další pojmy, které se k této komunitě pojí.

**Heterosexuální orientace** – označujeme tak osobu, která má trvalou citovou a erotickou preferenci osob opačného pohlaví. Je to stav celoživotní, neměnný a nezvolený a její nositel či nositelka je pohlavně přitahován a vzrušován převážně či výlučně osobami opačného pohlaví.

**Homosexuální orientace** – označujeme tak osobu, která má trvalou citovou a erotickou preferenci osob stejného pohlaví. Je to stav celoživotní, neměnný a nezvolený a její nositel či nositelka je pohlavně přitahován a vzrušován převážně či výlučně osobami stejného pohlaví.

**Lesbická orientace** – označení homosexuální orientace u žen.

**Bisexuální orientace** – označujeme tak celoživotní, neměnný a subjektem nezapříčinný stav, v jehož důsledku je jedinec pohlavně vzrušován a přitahován přibližně stejně osobami obou pohlaví, tedy muži i ženami.

**Transgender** – zahrnuje všechny lidi, kteří neodpovídají stereotypním očekáváním spojeným s mužskou nebo ženskou rolí. Nejčastěji tak označujeme osoby transsexuální, které se sice narodily jako osoba určitého pohlaví, ale cítí se být osobou opačného pohlaví.

**LGBT** – dříve pouze LGB či LG – zkratka označující zhruba od druhé poloviny 90. let 20. století lesby, gaye, bisexuály a transgender (transsexuální) osoby. Před rozšířením zkratky LGBT i souběžně s ní se pro širší popis podobných menšin vžilo také označení queer.

**Sexuální chování** – vnější projev lidské sexuality, který nemusí být vždy plně v souladu se sexuální orientací jedince.

**Coming out** – termín označující proces rozpoznaní odlišné sexuální orientace a jejího osvojení jedincem, který je nositelem této orientace.

**Gender** – představuje komplex vlastností a chování, které jsou v určité společnosti spojovány s obrazem ženy nebo s obrazem muže, a který jedince od narození nutí tyto vlastnosti a chování považovat za sobě vlastní.

**Genderová identita** – pojem označující osobní zkušenost s mužskou nebo ženskou existencí. Nezahrnuje pouze sociální, ale i zákonnou (legální) identifikaci.

**Homofobie** – pojem označující předsudky o homosexualitě obecně. Zpravidla se tímto pojmem myslí spíše její externalizovaná podoba, která se manifestuje v nadávkách, netoleranci, diskriminaci a předsudcích vůči homosexuálním osobám.

**Internalizovaná homofobie** – označuje pojem, kdy postupně uvědomování si své vlastní



KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: MUDr. Pavel Turčan, mediol@seznam.cz  
Centrum MEDIOL s.r.o., Ordinance sexuologie a andrologie  
Na Šibeníku 26, 779 00 Olomouc

Cit. zkr: Urol. praxi 2019; 20(1): 32–35  
Článek přijat redakcí: 25. 1. 2019  
Článek přijat k publikaci: 9. 2. 2019

orientace, pocitů, fantazií či chování je u homo-sexuálního jedince zdrojem vnitřního konfliktu.

**Institucionalizovaná homofobie** – stav, který označuje skutečnost, že heterosexuální společnost, která v sobě přijala rozdělování mužů a žen do rigidních genderových rolí a sebeomezujících stereotypů, mnoha způsoby diskriminuje lesby, gaye, bisexuály a transgender.

**Heterosexismus** – termín označující heterosexuální předpojatost, která institucionalizuje heterosexuální normy a diskriminuje LGBT (1–8).

LGBT lidé přichází do ordinací lékařů v mnohem vyšším počtu, než jsme si to sami schopni uvědomit a vnímat. Například je uváděno, že homosexuálních mužů jsou v populaci minimálně 4 %, ale těch, kteří se občas homosexuálně chovají, je ještě mnohem více, někdy se uvádí i kolem 11 %. V praxi to znamená, že běžně lékař v rámci pracovního dne ošetří několik gayů, leseb a občas i nějakou transgender osobu.

Poměrně značná část homosexuálních mužů a žen řeší, zda být či nebýt out před svým lékařem, což jinými slovy znamená informovat jej o své sexuální orientaci či o svém sexuálním chování. V tomto ohledu se liší i názory lékařů.

Mnoho lékařů i pacientů se domnívá, že není nutné, aby byl lékař informován o orientaci či identitě pacienta, o kterého pečuje. Výzkumy i praxe ale ukazují, že by to tak být nemělo. Pacientů, kteří sebe sama označují a vnímají jako homosexuála je méně, než těch, kteří se homosexuálně chovají. Přitom sexuální chování má pro poskytnutí adekvátní lékařské léčebné a preventivní péče mnohem větší význam, než orientace pacienta či pacientky. V anglosaské literatuře mají pro toto přesnější označení. Setkáváme se tam spíše se skupinami mužů, kteří mají sex s muži, tedy MSM, nebo žen majících sex se ženami, tedy WSW. Neznačená to, že mají sex pouze s osobami stejného pohlaví. I mnozí heterosexuální muži mají občas sex s mužem a naopak, i někteří homosexuální muži mohou mít někdy sex i se ženou. Proto pro poskytnutí adekvátní lékařské péče je důležitější znát pacientovo sexuální chování (1, 2, 9).

Pod vlivem heterosexismu jsou ale i poskytovatelé zdravotních služeb, včetně urologů a andrologů, nastaveni tak, že automaticky předpokládají u žen a mužů heterosexuální orientaci a většinou se v první řadě ptají na to, zda jsou sexuálně aktivní a zda užívají nějakou formu antikoncepce atd.

Dle různých studií, zvláště v USA a Kanadě, kde je této problematice věnováno mnohem více prostoru a zájmu výzkumníků, je doloženo, že lesbické ženy a gay muži navštěvují lékaře, zvláště gynekologa a urologa, méně často než osoby heterosexuální.

Respondenty ve studiích zaměřených na to, zda být out, či nebýt out před lékaři a zdravotnickými pracovníky, bývají uváděny i následující faktory: předchozí negativní zkušenosti a nepochopení se systémem zdravotní péče a jejími poskytovateli, heterosexismus, homofobie (kulturní i institucionální) a internalizovaná homofobie. Bohužel ještě i v dnešní době se i u nás setkáváme s případy, kdy žena, která se se svými pochybnostmi o sexuální orientaci svěří svému lékaři, je tímto lékařem zesměšňovaná či jí je i přímo lékařem nabízená soulož za účelem vyvrácení jejich pochybností.

Negativní zkušenosti navíc těsně navazují na změnu chování lékaře či jiného zdravotnického personálu po odhalení sexuální orientace či chování respondenta či respondentky.

Dalším důvodem odkládání návštěvy lékaře či řešení zdravotního problému může být i obava, že tento může souviset s určitými sexuálními praktikami (10, 11, 12, 13).

Aktuálně dle výsledků výzkumu v ČR je out před svým lékařem asi třetina LGBT respondentů, častější tajemí orientace bylo zaznamenáno u obyvatel vesnic (až 57 % respondentů) a u osob bisexuálních, mladších žen a u osob, které nežijí v partnerských vztazích (14).

## Transgender

Urologická a andrologická péče o transsexuální osoby je ze všech subpopulací LGBT komunity nejspecifičtější. Rozlišujeme v ní dvě základní podskupiny, a to transsexualitu male to female (MtF) a female to male (FtM). V andrologické péči se častěji setkáváme s osobami FtM, jelikož tito jsou kvůli svým biologickým dispozicím odkázaní prakticky na celoživotní hormonální substituční léčbu androgeny (2, 3).

Transgender osoby jsou ale specifickou skupinou již na počátku léčby, tedy již při zahajování procesu tranzice a v jeho průběhu. Lékař by si měl uvědomit, že pro tyto osoby, prakticky uvězněné v biologickém těle opačného pohlaví, než kterého se cítí být součástí, je značně psychicky nepříjemné a stresující takto setrvat. Je potřeba vždy volit citlivý přístup, a i když biologic-

kým pohlavím, vzhledem a rovněž i matričním pohlavím (rodné číslo) jsou zatím příslušníky opačného pohlaví, než se cítí být, měli bychom je oslovovat tak, jak si přejí být oslovováni, tedy většinou v opačném rodu. Zvláště v období po zahájení tzv. real life testu, kdy je přímo zákonnými předpisy požadováno, aby dotyčný již vystupoval ve všech prostředích ve svém vytouženém pohlaví, je nutné, aby zvláště lékaři toto akceptovali a pacienta v tomto směru nestresovali či nezraňovali (15).

Další pro urology a andrology specifická situace nastává u TS MtF. I po operační změně pohlaví jim nadále zůstává zachovaná prostata. I přesto, že TS MtF musí užívat dlouhodobě hormonální substituci ženskými pohlavními hormony – estrogeny, které mají částečně ochranný vliv před rakovinou prostaty, existuje určité riziko vzniku tohoto onemocnění. Proto by ženy (biologicky původně muži) po operační změně pohlaví měli být pravidelně v rámci prevence vyšetřeny i na riziko rakoviny prostaty. Vzhledem k systému zdravotní péče tak, jak je u nás prezentovaný a uveden v praxi, bohužel prakticky není možné, až na pár výjimek, aby byl z krve proveden odběr na hladinu PSA, jelikož systém na zdravotní pojišťovně tento odběr povoluje pouze u mužů. Proto se úhrada musí buď speciálně domluvit s revizním lékařem, nebo si tento odběr musí pacientka uhradit sama, na své náklady. Je zde ale potřeba být na pozoru, protože byly popsány i případy, kdy byl přítomen karcinom prostaty i při nízké hladině PSA, a nespolehat proto pouze na jeho hodnoty. Na riziko rakoviny prostaty bychom měli obzvláště upozorňovat a podporovat preventivní vyšetření u všech osob s prostatou nad 50 let, tedy bez ohledu na matriční pohlaví. Biologická přítomnost orgánu má totiž v prevenci přednost před matričním pohlavím (16).

V andrologii při substituci transmužů androgeny je potřeba mít na paměti, že suprafyziologické dávky testosteronu mohou mít za následek zvýšené riziko vzniku kardiovaskulární příhody a v procesu tranzice, kdy již byla zahájena léčba testosteronem a v biologickém ženském těle je přítomen tzv. PCOS, neboli syndrom polycystických ovarií, je i vyšší riziko vzniku hypertenze. Proto bychom měli u těchto osob častěji indikovat monitorování krevního tlaku. U transmužů po orchiektomii je rovněž zvýšené riziko osteoporózy, a proto je vhodné v pravi-

delných intervalech indikovat i vyšetření kostní denzitometrie (17, 18).

U transgender osob, zvláště těch, které mají sex s muži, bychom se měli více zaměřit i na diagnostiku pohlavně přenosných nemocí, vyšetření by mělo být individuálně přizpůsobeno v závislosti na sexuálních praktikách, do kterých je pacient angažován, a v závislosti na jeho aktuálním psychickém stavu. Nechráněný sex například častěji provozují osoby s depresemi, suicidálními rozvahami či osoby fyzicky a psychicky týrané. Tyto vyjmenované faktory se u transgender osob vyskytují v mnohem vyšší frekvenci než u ostatní populace (10, 19, 20).

Dalším specifickým u TS FtM je skutečnost, že po změně pohlaví, kdy již mají přiděleno mužské rodné číslo a matriční pohlaví je tedy mužské, mohou řádně uzavřít manželství se ženou nebo s ní žít alespoň v partnerském svazku. Jako heterosexuální pár mají tedy podle platných zákonů v České republice i zajištěný přístup k asistované reprodukci. Jelikož tito muži, vzhledem k biologickým danostem, nemohou mít vlastní potomky, musí být použito sperma dárcovské. Od androloga může být někdy před touto procedurou požadováno andrologické vyšetření, kde bude samozřejmě vždy přítomná azoospermie (2, 3, 16).

## Homosexuální muži

V andrologické péči se poměrně často setkáváme s gay muži při řešení erektilní dysfunkce (ED). Pokud se nějaké výzkumy zabývají výskytem ED či jiných sexuálních dysfunkcí, většinou je to zaměřeno na heterosexuální muže nebo není specifikována orientace, proto ani nelze říct, zda se u gayů vyskytují častěji či ne. Ačkoliv se ED vyskytuje jak u gay mužů, tak u mužů heterosexuálních přibližně ve stejné míře, u gayů je její problematika o něco významnější, zvláště u mužů, kteří jsou v análním sexu aktivní. Jisté ale je, že na sexuální funkce gay mužů mají vliv další faktory, které heterosexuální muži řešit nemusí. U gay a bisexuálních mužů mohou být sexuální funkce negativně ovlivněny poměrně vysokou mírou internalizované homofobie nebo neujasněním jejich vlastní sexuální orientace. Homofobie, neboli obava či strach z homosexuality, pořád v naší společnosti přetrvává, i když v podstatně menší míře než dříve. Vzhledem k heterosexuálním normám, nastaveným naší společností, pokud jedinec zjistí, že je u něj něco jinak, že se

od nich odlišuje, může mít obavu s přijetím vlastní homosexuality, a právě tomuto rozporu, který je zdrojem vnitřních konfliktů a různých psychologických problémů se říká internalizovaná homofobie. Každopádně by definice sexuálních dysfunkcí měla být pro gaye rozšířena tak, aby zahrnovala problémy s kteroukoliv sexuální praktikou, kterou si pacient přeje provozovat (například problémy s felací či s anální penetrací). Při řešení erektilní dysfunkce u gayů, kteří jsou aktivní v análním sexu, je mnohem důležitější, aby pevnost erekce byla vyšší a kvalitnější, jelikož pro imisi penisu do análního otvoru je nutná kvalitnější a pevnější erekce, než je tomu zapotřebí při průniku do vagíny. V tomto směru je nutné si uvědomit, že u gay populace existuje oproti heterosexuální populaci vyšší riziko kardiovaskulárních chorob, cévní mozkové příhody a infarktu myokardu, které jsou spojené s vyšší incidencí kouření, nezdravým životním stylem a častějším zanedbáváním preventivních prohlídek u gay populace. Proto je důležité právě v souvislosti s ED na tyto faktory více zaměřit svou pozornost (2, 3, 11, 21, 22).

Zvláště významnější je výskyt ED u gay a bisexuálních mužů s HIV pozitivitou. Až 30 % HIV pozitivních mužů, bez ohledu na věk, má zkušenost s ED, a to hlavně z důvodu následné periferní neuropatie, nízké hladiny testosteronu a v důsledku vedlejších účinků antiretrovirové terapie. Vždy bychom léčbu ED měli zahájit sexuálním poradenstvím a edukací. Poradenství může pacientovi pomoci odhalit negativní faktory, mezi které patří například problémy ve vztahu, alkohol, užívání drog a kouření tabáku a může pomoci ukázat na možnosti, jak snížit úzkost a obavy ze selhání a jak zlepšit komunikaci o sexu ve vztahu. Jestliže jsou obavy a úzkosti ze selhání významnější, mělo by být pacientovi doporučeno jednak párové psychologické poradenství, individuální psychoterapie či skupinová terapie, případně nasazena medikace inhibitory fosfodiesterázy typu 5 či antidepresivy s anxiolytickými účinky, například trazodonem. Rovněž bychom měli vzít na vědomí skutečnost, že někteří gayové nežijí v tradičních partnerských svazcích a některé léčebné možnosti proto nemohou být uplatněny. Někteří gay muži totiž žijí ve vícečetném partnerství, jiní mají spíše několik kratších vztahů, založených spíše na sexuální přitažlivosti nebo častěji mají potřebu mít nahodilé sexuální kontakty s anonymními partnery. Asi by bylo dosti obtížné provádět párovou sexoterapii

s novým krátkodobým, případně s anonymním partnerem. Navíc HIV pozitivním mužům mohla být předtím odepřena lékařská péče ohledně ED, protože „by stejně neměli mít jakýkoliv sex“ a lékaři by se měli proto ptát i na předchozí léčbu či kontakt se zdravotnickými pracovníky a hlavně na negativní zkušenosti s nimi (21, 23).

U gay populace je mnohem vyšší riziko získání infekce lidským papilomavirem, tedy HPV, která se zvyšuje s počtem sexuálních partnerů. Jak je dobře známo, HPV infekce představuje nejen vyšší riziko pro rakovinu cervicis uteri u žen, ale i rakovinu penisu u mužů a u gay mužů významně stoupá incidence rakoviny análního otvoru v souvislosti s touto infekcí, podobně jako u žen, provozujících anální koitus. Incidence HPV infekce u HIV negativní části gay populace je kolem 60 %, zatímco u HIV pozitivní části 90–95 %. Incidence karcinomu anu v souvislosti s touto infekcí je u HIV negativních gayů 35 na 100 000, u HIV pozitivních 70 a u heterosexuální populace pouze 0,8 na 100 000 (11, 24, 25).

Zvláště gay populace, která provozuje nechráněný pohlavní styk, má mnohem vyšší riziko některých onemocnění, např. uretritida (nespecifická i specifická), proktitida, pharyngitida, hepatitida A a B, syfilis, kapavka, chlamydiové infekce, herpes, anální a genitální bradavice a infekce HIV. Proto je mnohem důležitější apelovat na vakcinaci proti hepatitidě A i B a proti infekci HPV viry v rámci prevence a vést tyto muže k provozování méně rizikových sexuálních praktik. Riziko HIV infekce se u rizikově se chovajících mužů daří snížit užíváním antiretrovirální terapie v rámci tzv. preexpoziciční profylaxe (PrEP). Jsou ale odkázáni na pravidelné a dlouhodobé užívání těchto léků. Užívání PrEP je řízeno lékařem a má předem stanovená pravidla a podmínky, za kterých může jedinec tyto léky užívat (11, 26, 27, 28, 29).

Vždy je vhodné s pacientem probrat i používané sexuální praktiky a vyšetření, zvláště preventivní a poučení zaměřené na snížení rizika, individuálně přizpůsobit.

Například sadomasochistické sexuální praktiky přinášejí zvýšené riziko určitých poranění či infekcí, zvláště u katetrizace při sexuálních hráčkách nebo při zavádění určitých předmětů do uretry. Rovněž zde může docházet i k mikrotraumatům a kontaktu s krví či jinými tělními tekutinami, což může být nebezpečné zvláště při přenosu HIV infekce nebo může usnadňovat infekci HPV či hepatitidy B.

Nemoci varlat a nadvarlat, jako epididymitis, varikokéla, torze varlete, tumory a hydrokéla, a jejich výskyt se neliší u gayů od heterosexuálních mužů. Lékař by měl pacienty vést k samovyšetřování (11, 23).

## Prostata

Studie na porovnání incidence rakoviny prostaty u gay mužů a heterosexuálních mužů neexistují. Problematika vlivu rakoviny prostaty na sexualitu análně pasivních mužů rovněž. Screening rakoviny prostaty a benigní hyperplazie prostaty se u gayů neliší od standardního vyšetření u heterosexuálů. Gaye provozující anální pasivní sex bychom ale měli upozornit, že před odběrem krve na PSA by neměli mít sex, aby výsledky odběru nebyly falešně pozitivní. Lékaři by se ale měli vyhnout určitým komentářům a vtípkům ohledně análního vyšetření, které by mohlo být gay muži chápáno útočně vůči jejich osobě a mohlo by významně ovlivnit spolupráci pacienta (11, 23).

## Nemoci penisu

Lékaři by měli probrat rizika priapismu s následným poškozením cév s pacienty, kteří používají inhibitory PDE5 v kombinaci s erekčními kroužky. Traumata penisu mohou vzniknout mnoha způsoby, například kousnutím při orálním sexu, piercingem na glandu či natržením frenula při sexu. SM praktiky s katetrizací či inzercí cizích předmětů mohou zapříčinit poranění močové trubice nebo vznik její striktury. Někdy po intenzivní a různější masturbaci či orálním sexu může vzniknout povrchová flebitida dorzálních žil penisu. Tato dobře reaguje na klid, aplikaci teplých

kompresních bandáží a podání acylpirinu. Zánět glandy, penisu nebo předkožky, v návaznosti na povrchovou kvasinkovou infekci, bývá u gayů častější oproti heterosexuálním mužům a velice dobře reaguje na standardní lokální antimykotickou terapii. Občas pacienti uvádí erytém po použití kondomu či spermicidních látek, ale to není moc časté. V případě že se erytém objeví, je nutné myslet na alergii na latex a zkusit vyměnit za kondomy z jiného materiálu (11, 23).

## Lesbická populace

Lesbická populace se v urologické péči prakticky příliš neliší od heterosexuálních žen. Většinou přichází se stejnými problémy. Důležité je hlavně respektování stejnopohlavního partnerství a umožnit, přeje-li si to pacientka, aby i její partnerka mohla být informována o jejím zdravotním stavu či být přítomna vyšetření, a nebylo na ní nahlíženo jako na cizí osobu.

Rozdíl je pouze ve frekvenci výskytu jednotlivých původců infekcí urogenitálního traktu. Oproti heterosexuálním ženám se ve vyšší frekvenci vyskytuje bakteriální vaginóza.

Rovněž s bolestmi při pohlavním styku přichází lesbické ženy do ordinace méně často než ženy heterosexuální. Je to dáno hlavně možností využití širšího spektra nepenetrčních sexuálních praktik.

Lesby mají menší pravděpodobnost získání mnoha pohlavně přenosných nemocí oproti ženám heterosexuálním, nicméně neznamená to, že je získat nemohou. Například u žen, které mají sex pouze s ženami, se chlamydie a herpetické infekce vyskytují významně méně často, inciden-

ce syfilis a kapavky je nižší než u jiných pohlavně aktivních skupin lidí, incidence hepatitidy A je vzácná a hepatitida B a C se vyskytuje pouze za přítomnosti dalších rizikových faktorů. Poměrně častá je kandidóza a infekce trichomonas vaginalis. Rovněž i lesby se mohou infikovat virem HIV, a to několika způsoby: používáním společných jehel, přijetím nakažených krevních derivátů, tím, že mají sex s infikovaným mužem, použitím kontaminovaného dárcovského spermatu (zvláště provedeném neodborně v domácích podmínkách, jak je poměrně často praktikováno), expozicí v zaměstnání nebo tím, že mají sex s HIV infikovanou ženou (10, 11, 30, 31). Jiné práce naopak u leseb, které navštívily v Londýně genitourinární kliniku, poukazují na výrazně vyšší výskyt virových nemocí, jako např. infekce herpetickými viry a HPV (32). Při hodnocení incidence STD je vhodné pacientky rozlišovat spíše podle sexuálního chování než podle orientace. Významně vyšší incidenci zvláště virových STD mají spíše ženy bisexuální než ženy čistě lesbické. Riziko získání HIV infekce je vyšší u žen, které se chovají sexuálně rizikově, užívají drogy, a které mají za poslední rok více sexuálních partnerů. Riziko je vyšší u praktikování penetračních sexuálních technik. Dle výsledků jedné studie účastníci jen málokdy čistí sexuální hračky mezi jednotlivými vaginálními penetracemi, aby tak snížili riziko STD, zvláště když si pomůcky půjčují. Rovněž vyšší riziko přenosu HIV a hepatitidy B je u penetračních sexuálních praktik v přítomnosti krvácení z rodidel, například v průběhu menstruace (11, 33).

*Autor prohlašuje, že zpracování článku nebylo podpořeno žádnou společností.*

## LITERATURA

1. Zvěřina J. Sexuologie (nejen) pro lékaře. Brno, CERM, 2003.
2. Weiss P, Brichčín S, Čepická B, et al. Sexuologie. Praha, Grada, 2011.
3. Turčan P, Pokorný P, Fait T. Sexuologie pro urology a gynecology. Praha, Maxdorf, 2012.
4. Cabaj RP, Stein TS. Textbook of Homosexuality and Mental Health. Washington, London, American Psychiatric Press, Inc., 1996.
5. Lipka PA. Pohlaví: příroda a výchova. Praha, Academia, 2009.
6. Janošová P. Homosexualita v názorech současné společnosti. Praha, Nakladatelství Karolinum, 2000.
7. Janošová P. Dívčí a chlapecká identita: vývoj a úskalí. Praha Grada, 2008.
8. Pondělíčková-Mašlová J, Raboch J. O sexualitě a partnerských vztazích. Praha, Galén, 2005.
9. Chandra A, Mosher WD, Copen C, Sionean C. Sexual behavior, sexual attraction, and sexual identity in the United States: data from the 2006–2008 National Survey of Family Growth. National health statistics reports. 2011; 3(36): 1–36.
10. Makadon HJ, Mayer KH, Potter J, Goldhammer H. The Fenway Guide to Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health.

- Philadelphia, American College of Physicians, 2007.
11. Peterkin A, Risdon C. Caring for Lesbian and Gay People: A Clinical Guide. Toronto, Buffalo, London, University of Toronto Press, 2003.
12. Peterson KJ, Pierce D, Gochros HL, et al. Health Care for Lesbians and Gay Men: Confronting Homophobia and Heterosexism. Binghamton, Harrington Park Press, 1996.
13. Mathy RM, Kerr SK, Greene B, et al. Lesbian and Bisexual Women's Mental Health. Binghamton, The Haworth Press, Inc., 2003.
14. Procházka I, Hromada J. Společenská diskriminace lesbických žen, gay mužů a bisexuálů v ČR. Praha, Gay iniciativa v ČR, 2003.
15. Potter J, Goldhammer H, Makadon M. Clinicians and the care of sexual minorities. In: Makadon HJ, et al. The Fenway Guide to Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health. Philadelphia: ACP; 2008: 3–24.
16. Ettner R, Monstrey S, Coleman E. Principles of Transgender Medicine and Surgery. Second edition. New York and London, Routledge, 2016.
17. Cibula D, et al. Increased risk of non-insulin depen-

- dent diabetes mellitus, arterial hypertension, and coronary artery disease in perimenopausal women with a history of polycystic ovary syndrome. Hum. Reprod. 2000; 15(4): 785–789.
18. Joham AE, et al. Hypertension in reproductive-aged women with polycystic ovary syndrome and association with obesity. Am. J. Hypertens. 2014; 28(7): 847–851.
19. Sausa LA, Keatley J, Operario D. Perceived risks and benefits of sex work among transgender women of color in San Francisco. Arch. Sex. Behav. 2007; 36(6): 768–777.
20. Melendez RM, Pinto R. „It's really a hard life”: Love, gender and HIV risk among male-to-female transgender persons. Cult. Health. Sex. 2007; 9(3): 233–245.
21. Daskalakis CD, Landovitz R, Cespedes M. Sexual Health. In: Harvey J, et al. Fenway Guide to Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health. Philadelphia: ACP. 2007: 271–328.
22. Vansintjan V, Vandevoorde J, Devroey D. The Gay Men Sex Studies: Erectile Dysfunction Among Belgian Gay Men. Int J Gen Med. 2013; 6: 527–534.
24. Daling JR, Weiss NS, Hislop TG, Maden C, Coates RJ, Sherman KJ, Corey L. Sexual practices, sexually transmitted disease

ses, and the incidence of anal cancer. *New England Journal of Medicine* 1987; 317: 973–977.

25. Backes DM, Kurman RJ, Pimenta JM, Smith JS. Systematic review of human papillomavirus prevalence in invasive penile cancer. *Cancer Causes & Control* 2009; 20: 449–457.

26. Crawford JM, Rodden P, Kippax S, Van de Ven P. Negotiated safety, and other agreements between men in relationships: Risk practice redefined. *International Journal of STD, and AIDS* 2001; 12: 164–170.

27. Bancroft J, Janssen E, Strong D, et al. Sexual Risk-Taking in Gay Men: The Relevance of Sexual Arousability, Mood, and Sensation Seeking *Arch Sex Behav* 2003; 32: 555.

28. Grov C, Whitfield THF, Rendina HJ, et al. Willingness to Take PrEP and Potential for Risk Compensation Among Highly Sexually Active Gay and Bisexual Men. *AIDS Behav* 2015; 19: 2234.

29. Kessler J, Myers JE, Nucifora KA, et al. Evaluating the impact of prioritization of antiretroviral pre-exposure prophylaxis in New York City. *AIDS*. 2014; 28(18): 2683–2691.

30. Shackle MD, Arrowood SH, Baernstein A, et al. *The Handbook of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Public Health: A Practitioner's Guide to Service*. Binghamton, Harrington Park Press, 2006.

31. Stine GJ. *AIDS update 2007*. New York, McGraw-Hill, 2008.

32. Edwards A, Thin RN. Sexually transmitted diseases in lesbians. *Int J STD AIDS*. 1990; 1(3): 178–181.

33. Tao G. Sexual orientation and related viral sexually transmitted disease rates among US women aged 15 to 44 years. *Am J Public Health*. 2008; 98(6): 1007–1009.