

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI**

**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

**Katedra antropologie a zdravovědy**

## **DIPLOMOVÁ PRÁCE**

Bc. Veronika Březková

Učitelství sociálních a zdravotních předmětů pro střední a vyšší odborné  
školy

**Prevence pohlavně přenosných nemocí u těhotných žen**

Olomouc 2015

Vedoucí práce: Mgr. Vladislava Marciánová

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

V Ostrově nad Oslavou, dne 15.4.2015

Bc. Veronika Březková

.....

Podpis autora práce

Děkuji Mgr. Vladislavě Marciánové za odborné vedení diplomové práce, poskytování rad a materiálových podkladů k práci.

# Obsah

<b>Úvod</b> .....	7
<b>1 Cíle práce</b> .....	9
1.1 Hlavní cíle .....	9
1.2 Dílčí cíle .....	9
<b>2 Přehled teoretických poznatků</b> .....	10
2.1 Pohlavně přenosné nemoci.....	10
2.1.1 Syfilis (lues) .....	10
2.1.2 Měkký vřed (ulcus molle) .....	12
2.1.3 Čtvrtá pohlavní nemoc (granuloma Inquinale) .....	12
2.1.4 Kapavka (gonorrhoea).....	13
2.1.5 Pátá pohlavní nemoc (lymphogranuloma venerum) .....	13
2.1.6 AIDS/HIV .....	14
2.1.7 Chlamydiové infekce.....	16
<b>3 Porodnictví</b> .....	18
3.1 Těhotenství.....	18
3.2 Prenatální diagnostika .....	19
3.3 Screeningové vyšetřování těhotných na STD .....	20
3.3.1 Testování těhotných na syfilis.....	22
3.3.2 Testování těhotných na přítomnost viru HIV.....	24
3.3.3 Testování těhotných na gonorrheu .....	25
3.3.4 Testování těhotných na chlamydiové infekce .....	26
4 Důsledky pohlavně přenosných nemocí na plod.....	27
4.1 Abortus (Potrat).....	28
4.2 Intrauterinní smrt plodu.....	30
4.3 Předčasný porod .....	31
<b>5 Specifika pohlavně přenosných nemocí v těhotenství</b> .....	32
5.1 Kongenitální syfilis .....	32
5.2 HIV pozitivita plodu a novorozence .....	33
5.3 Vliv chlamydiové infekce na plod a novorozence .....	34
5.4 Vliv gonorrhoe na plod a novorozence .....	35
6 Právní aspekty STD a ohlašovací povinnost .....	36
<b>7 Dispenzarizace</b> .....	38
<b>8 Prevence STD</b> .....	39
8.1 Význam edukace v prevenci STD u těhotných žen.....	40
<b>9 Metodika práce</b> .....	43

9.1 Stanovení cílů.....	43
9.2 Stanovení výzkumných otázek a hypotéz .....	43
9.3 Metody výzkumu.....	44
9.4 Statistické vyhodnocení dat.....	45
<b>10 Výsledky výzkumu</b> .....	<b>47</b>
10.1 Posouzení platnosti stanovených hypotéz .....	47
10.2 Charakteristika výzkumného vzorku.....	48
10.3 Analýza otázek z dotazníku.....	48
10.4 Návrh edukačního kurzu .....	70
<b>11 Diskuze</b> .....	<b>74</b>
<b>Závěr</b> .....	<b>81</b>
<b>Souhrn</b> .....	<b>83</b>
<b>Summary</b> .....	<b>84</b>
<b>Referenční seznam</b> .....	<b>85</b>
<b>Seznam zkratk</b> .....	<b>88</b>
<b>Seznam tabulek a grafů</b> .....	<b>89</b>
<b>Seznam příloh</b> .....	<b>91</b>
<b>Seznam obrázků</b> .....	<b>91</b>

## Úvod

Téma diplomové práce Prevence pohlavně přenosných nemocí u těhotných žen jsem si vybrala, protože v době mého těhotenství jsem netušila, že se těhotným ženám dělají testy na pohlavně přenosné nemoci a začalo mě toto téma zajímat. Jako většina lidí jsem si říkala, že není možné, aby se těhotná žena chovala nějak nezodpovědně vůči svému nenarozenému dítěti. Prošla jsem několik diskuzních internetových portálů pro těhotné a překvapilo mě, že velké množství gravidních žen se obává výsledků testů na pohlavně přenosné choroby, protože měly více sexuálních partnerů nebo nevěřily svému současnému partnerovi. Zároveň jsem neobjevila podobnou práci, která by se zabývala právě prevencí pohlavně přenosných nemocí v těhotenství.

Problematika infekčních onemocnění v těhotenství se postupně mění se získáváním nových znalostí. Zdravý způsob života a preventivní opatření je veřejností vnímáno již se značným pochopením. Oproti tomu boj proti promiskuitě, apelace na bezpečný sexuální život a zodpovědnost v navazování sexuálních vztahů zůstávají bez patřičné odezvy. Pohlavně přenosné nemoci patří k chorobám, jež neustále vykazují nárůst a představují velký zdravotní problém především mezi mladou populací. Mezi nejčastější gynekologická onemocnění patří záněty ženských pohlavních orgánů, což souvisí s patrně progresivně se snižující imunitou populace, ale především s mimořádným rozvojem sexuálně přenosných chorob tzv. druhé generace, do kterých spadají chlamydiové infekce, AIDS, bakteriální vaginózy a další. Tato onemocnění výrazně zvyšují nemocnost žen a jejich možné trvalé následky znamenají vážné porušení reprodukční schopnosti ženy.

Pohlavně přenosné nemoci usnadňují vstup viru HIV do organismu zánětlivým nebo jiným poškozením sliznic v kombinaci s rizikovým chováním nositele. Tímto způsobem se několikanásobně zvyšuje riziko přenosu infekce HIV/AIDS. Pohlavně přenosné choroby také negativně ovlivňují plodnost žen a mohou způsobit komplikace během gravidity jako předčasný porod nebo potrat.

Jak uvádí Velemínský et al. (2005), riziko vzniku infekce zvyšuje také nižší sociální úroveň. Ta je spjata především se špatnými hygienickými návyky žen, promiskuitním chováním a také užíváním psychotropních látek.

Prevence pohlavně přenosných nemocí spočívá zejména v šíření informovanosti o bezpečném sexu a osvětě v rizikových populacích. Jsem si proto vědoma, že odpovědnost a uvědomění si neustále podceňovaného nebezpečí je pro šíření infekce klíčové. Chtěla bych proto svoji diplomovou práci zaměřit na vyhodnocení informovanosti a přístupu k prevenci pohlavně přenosných nemocí těhotných žen.

# 1 Cíle práce

## 1.1 Hlavní cíle

Teoretickým cílem práce bylo předložit souhrn podrobných a kompletních informací o pohlavně přenosných nemocech, především o jejich vlivu na těhotenství a vývoj plodu.

V praktické části bylo hlavním cílem práce zjistit znalosti a názory těhotných žen o nebezpečí pohlavně přenosných nemocí a možnostech prevence.

## 1.2 Dílčí cíle

1. Vypracovat souhrnnou rešerši poznatků o možnostech diagnostiky a následné léčby pohlavně přenosných nemocí u těhotných žen v České republice, o důsledcích onemocnění na dopad těhotenství a vývoj plodu či dítěte.
2. Zjistit, jaká rizika považují těhotné ženy za nejzávažnější pro těhotenství a nenarozené dítě.
3. Zjistit, co považují respondentky za nejčastější příčinu vzniku pohlavně přenosných nemocí.
4. Zjistit názor respondentek, kde by se oblast kvality informací ohledně pohlavně přenosných nemocí měla zlepšit.
5. Vytvořit edukační materiál pro těhotné ženy.



## 2 Přehled teoretických poznatků

### 2.1 Pohlavně přenosné nemoci

Pohlavně přenosné choroby, dříve nazývané "nemoci pohlavní" jsou všechny choroby, které se šíří převážně nebo výhradně pohlavním stykem, krví, přenosem z matky na plod v těhotenství a při porodu nebo transfuzí. Označení "nemoci pohlavní" se nepoužívá z toho důvodu, protože pohlavně přenosné nemoci nepostihují pouze pohlavní ústrojí, ale také konečník, ústa, oči a jiné orgány. V současné době se používá pro tyto choroby mezinárodní označení "sexually transmitted diseases" - STD, nebo také "sexually transmitted infections" - STI (Uzel, 2010).

Práce se zabývá klasickými pohlavně přenosnými chorobami. Pro označení pohlavně přenosných chorob v této práci byla zvolena zkratka STD. V kapitole 2 jsou popsány příznaky, průběh a možnost léčby klasických pohlavních nemocí - syfilis, měkký vřed, čtvrtá pohlavní nemoc, kapavka, pátá pohlavní nemoc, HIV/AIDS. K tomuto seznamu klasických pohlavně přenosných nemocí byly přidány také chlamydiové infekce z důvodu obrovského nárůstu počtu nakažených v populaci.

Kapitola 3 se zabývá těhotenstvím, prenatální diagnostikou. Jsou zde popsány screeningové metody vyšetřování těhotných žen na STD. Kapitola 4 popisuje důsledky pohlavně přenosných nemocí na plod, konkrétně potrat, intrauterinní smrt plodu a předčasný porod. V kapitole 5 jsou popsána specifika pohlavně přenosných nemocí v těhotenství, jejich vliv na plod a novorozence. Ostatní kapitoly se věnují právním aspektům STD, dispenzarizaci, prevencí STD a významu edukace v prevenci STD u těhotných žen.

#### 2.1.1 Syfilis (lues)

Syfilis je chronické infekční onemocnění, které vyvolává spirocheta (gramnegativní bakterie ve tvaru spirály) *Treponema pallidum*. Přenáší se pohlavním stykem nebo transplacentárně. Do organismu zřejmě proniká drobnými poraněními pokožky sliznice při pohlavním styku. Jak uvádí Mašata a Jedličková (2004), i přes povinnou depistáž v České republice incidence luetických novorozenců stoupá. Vzestup je možné vysvětlit přílivem lidí, kteří přicházejí z východní Evropy.

Mezi hlavní rizikové faktory patří drogová závislost, sexuální promiskuita, případně jiná venerická onemocnění v anamnéze (Mašata, Jedličková, 2004).

Primární syfilis se manifestuje přibližně za 10 až 90 dnů, kde v místě infekce se vytváří nebolestivý tvrdý vřed - *ulcus durum*. U žen je většinou místo uložení na cervixu nebo v pochvě, což je důvod, proč není zaregistrován. U mužů vzniká vřed na penisu nebo v perianální krajině. Tvrdý vřed může být také lokalizován méně často na rtech, bukalní sliznici, tonzilách nebo prstech. Často jsou zvětšeny regionální lymfatické uzliny, které jsou tuhé a nebolestivé. V tomto stadiu je onemocnění vysoce nakažlivé, vřed může přetrvávat jeden až pět týdnů a poté spontánně vymizí. V době zjištění vředu jsou sérologické testy na syfilis negativní. Pozitivita se objevuje za jeden až čtyři týdny (Kuklová et al., 2011).

Sekundární syfilis se manifestuje za 6 týdnů až 6 měsíců po prodělání primární infekce. Projevuje se symetrickou, nesvědovou vyrážkou, která je nejčastěji lokalizovaná na dlaních nebo ploskách nohou. Exantém bývá spojen se zvětšením lymfatických uzlin a teplotou. V 80 % mohou být postiženy i sliznice. Z kožních lézí v tomto stadiu se uvolňují spirochety, které jsou vysoce infekční. Mohou být postiženy také kosti, oči, meningy, ledviny, játra, slezina, může nastat i senzorická hluchota. Pokud není zahájena specifická léčba, kožní léze vymizí za dva až čtyři týdny, ale mohou se objevit v následujících dvou letech. V této fázi mluvíme o časně latentní syfilis. Mašata a Jedličková (2004) uvádějí, že v období relapsů se může onemocnění přenášet sexuálním kontaktem nebo transplacentárně a způsobit kongenitální syfilis. Následuje pozdní latentní stadium.

Asi u 20 % neléčených pacientů přejde onemocnění do symptomatické terciální kardiovaskulární syfilis. U 5 až 10 % vzniká neurosyfilis s meningovaskulárním postižením, následně s generalizovanou parézou, pomateností, mohou být postiženy i jiné vnitřní orgány (Mašata, Jedličková, 2004).

Hlavním lékem pro léčbu syfilis je penicilin. V primárním, sekundárním a časném latentním stádiu je doporučována 10denní léčba prokain penicilinem. V případě alergie na penicilin se doporučuje podávat například doxycyklin. V počátečních stádiích onemocnění se při léčbě může vyskytnout Jarischova-Herxheimerova reakce. Tato reakce vyvolává teplotu a zhoršení stavu v prvních 12 - 24 hodinách po zahájení léčby. V těhotenství může tato reakce vyvolat děložní stahy a předčasný porod. Vzhledem k této skutečnosti je doporučováno léčbu těhotných provádět za hospitalizace (Mašata, Jedličková, 2006).

### 2.1.2 Měkký vřed (*ulcus molle*)

*Ulcus molle* je sexuálně přenosné onemocnění charakterizované bolestivým vředem na genitálu s tříselnými abscesy. Infekci vyvolává gramnegativní tyčka *Haemophilus ducrey*. V našich zemích se onemocnění nevyskytuje, obvyklý výskyt je v zemích Afriky, západní Indie a jihovýchodní Asie. Nemoc se přenáší pohlavním stykem, ojediněle byla popsána infekce i na ruku. Inkubační doba je 3 - 5 dnů, ale může být i kratší. Podle Mašaty a Jedličkové (2004), měkký vřed zvyšuje riziko získání HIV infekce. U více než 10 % měkkých vředů je přítomna další pohlavně přenosná nemoc (Resl, Voltr, 1997).

V raných fázích se onemocnění projevuje exantémem na hrázi, v pochvě nebo na cervixu. V dalších fázích léze splývají, degenerují a vytváří se vřed, který je ohraničený zánětlivým valem. Léze je velmi bolestivá s hojným sekretem, který je infekční.

Základem léčby onemocnění je celková aplikace antibiotik. Neléčený nebo špatně léčený *Ulcus molle* může perzistovat nebo se sekundárně infikovat. Přenos infekce se může snížit umytím genitálu mýdlem po styku. Spolehlivá ochrana je používání kondomu, která zabraňuje přenosu infekce (Mašata, Jedličková, 2006).

### 2.1.3 Čtvrtá pohlavní nemoc (*granuloma inguinale*)

*Granuloma inguinale* je chronicky probíhající sexuálně přenosné ulcerativní onemocnění postihující vulvu, perineum a inguiny. V Evropě se nemoc nevyskytuje. Onemocnění vyvolává Donovanovo tělísko, což je fagocytovaná bakterie uvnitř mononukleárních leukocytů. Inkubační doba je 8 - 12 týdnů. Onemocnění postihuje kůži a podkožní tkáň vulvy a inguin. Typickým příznakem je zápachající výtok. Onemocnění začíná jako puchýře, které ulcerují a vytvářejí masově zbarvené granulace s ostrými okraji. Vředy se velmi obtížně hojí a nemají celkové příznaky (Kuklová et al. 2011).

Vzácně je postižen cervix, na kterém je patrné zarudnutí, ulcerace nebo granulomatózní tkáň, což může imitovat karcinom. Léčba spočívá v podávání tetracyklinů po dobu 3 týdnů. Včasně zahájení léčby zabrání projevům infekce (Resl, Voltr, 1997).

#### **2.1.4 Kapavka (gonorrhoea)**

Kapavka je sexuálně přenosné onemocnění, které vyvolává gramnegativní aerobní diplokok *Neisseria gonorrhoeae*. Onemocnění může probíhat zcela asymptomaticky. Nejvyšší prevalence je u mladých, sexuálně aktivních lidí a snižuje se po 25. roce věku (Mašata, Jedličková, 2004).

Primárně se infikuje cervix, poté se vzestupnou cestou může infikovat horní genitální trakt a může vzniknout hluboký pánevní zánět. V ojedinělých případech se může rozvinout diseminovaná forma nemoci s postižením pohybového aparátu, endokardu, duhovky, mozkových plen a kůže. Kapavka bývá velmi často spojena i s dalšími pohlavně přenosnými nemocemi, bývá považována za rizikový faktor pro získání syfilis. Inkubační doba je 3 - 5 dnů, krajní rozmezí je 1 - 14 dnů (Mašata, Jedličková, 2006).

Klinické příznaky u většiny žen probíhají asymptomaticky. Časnými příznaky kapavky jsou příznaky uretritidy, pálení při a po močení, časté nucení na močení. Jedním z nejdůležitějších příznaků kapavky je výtok z děložního hrdla, z uretry nebo anu, který bývá hnisavý nebo hlenohnisavý (Resl, Voltr, 1997).

Kapavka se řadí mezi klasické pohlavní nemoci. Léčba těchto onemocnění náleží dermatovenerologovi, který zajistí depistáž, dispenzarizaci a nahlášení onemocnění. Zároveň se provádí screening na další pohlavně přenosná onemocnění. Jak uvádí Mašata a Jedličková (2004), léčebný postup v České republice je upraven metodickým pokynem České dermatovenerologické společnosti s přihlédnutím k doporučení WHO (Světová zdravotnická organizace). Léčba nemoci je povinná pro všechny infikované osoby. Nekomplikované formy onemocnění lze léčit jednorázovou aplikací antibiotik. U komplikovaných forem kapavky je vhodná hospitalizace a zvýšení dávek antibiotik.

#### **2.1.5 Pátá pohlavní nemoc (lymphogranuloma venerum)**

Venerický lymfogranulom je chronické sexuálně přenosné onemocnění, které způsobují L1, L2 a L3 sérotypy *Ch. trachomatis*. Onemocnění se zřídka vyskytuje v Evropě, vysokou prevalenci má v oblastech Afriky, Asie, Jižní Americe.

Akutní Lymphogranuloma venerum je častěji diagnostikováno u mužů, nosiči infekce jsou většinou homosexuální muži. U žen je častý asymptomatický průběh (Resl, Voltr, 1997).

Onemocnění probíhá obvykle ve třech stádiích. První stadium nastává po inkubační době 1 - 4 týdny, kdy se objevují primární léze v místě infekce. Někdy je doprovází horečka, bolest hlavy a svalů. Druhé stadium je charakterizováno zánětem a otokem uzlin. Příznaky mohou být horečka, zimnice, nechutenství, bolesti hlavy, meningismus, bolesti svalů a kloubů. Pokud není onemocnění léčeno, nastupuje třetí stadium, které je charakterizováno rozsáhlým destruktivním zánětem genitálu a konečníku s následným jizvením. Třetí stadium nejčastěji postihuje ženy. Onemocnění se může vyskytovat i v jiných lokalizacích, při infekci oka vzniká Parinaudův okuloglandulární syndrom. K dalším komplikacím patří hepatitida, artritida, meningoencefalitida a pneumonie (Resl, Voltr, 1997).

Onemocnění vyžaduje ve většině případů dlouhodobou antibiotickou terapii s různou individuální odezvou (Kuklová et al. 2011).

## **2.1.6 AIDS/HIV**

Jedná se o virové onemocnění, které má smrtelný průběh v důsledku selhání imunity. Nemoc způsobuje virus HIV (human immunodeficiency virus - virus lidské imunodeficiency), který je řazen mezi RNA viry (viry, které ve své částici obsahují ribonukleovou kyselinu). Existují dva typy virů lidské imunodeficiency a to HIV-1 a HIV-2. Jak uvádí Resl a Voltr (1997), HIV může být nalezen v krvi, spermatu, vaginálních sekretech, slinách, v synoviální tekutině, mateřském mléku, slzách, moči, séru, mozkomíšním moku a v bronchoalveolární tekutině. Nicméně zjištěn byl pouze přenos krví a krevními produkty, spermatem, cervikovaginálním sekretem a mateřským mlékem. Nejčastější cestou přenosu HIV je pohlavní styk.

Onemocnění probíhá ve čtyřech stádiích. První stadium se objevuje obvykle 2 - 6 týdnů po kontaminaci. Mezi nejčastější klinické příznaky patří horečka, povrchní lymfadenopatie, svalové a faryngeální bolesti, kožní erupce morbiliformního charakteru. V periferní krvi bývá přítomno 5 - 10 % atypických lymfocytů.

Druhé stádium se označuje jako stádium asymptomatické séropozitivity. V tomto období je důležité zjistit onemocnění a nemocné pacienty začít sledovat. Asi u 50 % nemocných dochází k trvalé či přechodné viremii. Tyto viremie představují faktor šíření nemoci, kdy po 2 - 3 letech dochází k infikování přibližně 17 % pravidelných pohlavních partnerů.

Třetí stádium je nazýváno jako stádium persistentní generalizované lymfadenopatie. Dochází ke zvětšení periferních lymfatických uzlin ve dvou lokalizacích mimo třísla. Uzliny musí být větší než 1 cm, musí přetrvávat nejméně 3 měsíce a nesmějí být spojeny s jiným infekčním nebo nádorovým onemocněním.

Čtvrté stádium se dále dělí na několik fází. Jak uvádí Resl a Voltr (1997), ve stádiu IV A dochází k postižení celkového stavu. Projevuje se tzv. konstitučními příznaky. Jedná se o zhubnutí o více než 10 %, horečku přes 38 stupňů Celsia, průjem trvající déle než 1 měsíc, astenii a noční poty. Stádium IV B je charakterizované neurologickým postižením, které je přímo souvislé s HIV infekcí. Stádium IV C tvoří oportunní infekce, kde nejčastější bývá intersticiální pneumonie, mozková toxoplasmóza, kandidóza jícnu, meningeální kryptokokóza. Stádium IV D se označuje jako stádium nádorových komplikací. U homosexuálních jedinců se jedná nejčastěji o Kaposiho sarkom. Stádium IV E zahrnuje trombopenickou, tzv. idiopatickou purpuru a intersticiální lymfoidní pneumopatii. V případech stádií IV B, IV C a IV D hovoříme o AIDS (Acquired Immunodeficiency syndrome - syndrom získaného imunodeficitu) (Resl, Voltr, 1997).

Základem léčby HIV je antiretrovirová chemoterapie, která nejefektivnějším způsobem potlačuje virovou replikaci a příznivě ovlivňuje průběh HIV infekce. *"Antiretrovirová léčba se projevuje zlepšením celkového stavu, vymizením některých celkových příznaků, vzestupem tělesné hmotnosti, snížením frekvence oportunních infekcí, prodloužením života, zvýšením počtu CD4+ lymfocytů a poklesem virové nálože"* (Mašata, Jedličková, 2004, str. 202 - 203). Cílem antiretrovirové léčby v těhotenství je prevence vertikálního přenosu HIV infekce a nezhoršení zdravotního stavu matky.

*"V těhotenství antiretrovirová léčba snižuje riziko vertikálního přenosu, ale musí se i uvážit možná rizika léčby pro plod a vznik rezistence viru. V současné době převládá názor, že se v těhotenství má nasadit léčba vždy, nejlépe ihned při diagnostice gravidity nebo při prokázání HIV infekce. Stále se však ještě doporučuje optimálně zahájit léčbu ve druhém trimestru, protože se předpokládá, že před třetím trimestrem se infikují pouze 2 % dětí"* (Mašata, Jedličková, 2006, str. 83).

### **2.1.7 Chlamydiové infekce**

Chlamydie jsou obligatorní intracelulární parazité, které jsou podobné gramnegativním bakteriím. V současné době jsou klasifikovány čtyři druhy rodu *Chlamydia*: *Chlamydia trachomatis* (CTR), *Chlamydia pneumoniae* (CPN), *Chlamydia psittaci* (CPS) a *Chlamydia pecorum* (CPC). *Chlamydia trachomatis* a *Chlamydia pneumoniae* jsou lidskými patogeny, *Chlamydia psittaci* je primárně zvířecí patogen s možností přenosu na člověka (Kuklová et al. 2011).

Chlamydie se přenáší především pohlavním stykem, během porodu z matky na dítě kontaktem s infikovanými sekrety, možný je pravděpodobně i přenos sekrety při velmi těsném kontaktu.

*Chlamydia trachomatis* je nejčastějším sexuálně přenášeným bakteriálním patogenem na světě. Je původcem pohlavně přenosných chorob. Podle WHO každoročně vzniká zhruba 500 milionů nových případů STD a přibližně 90 milionů těchto infekcí je připisováno *Chlamydia trachomatis*. Nejvíce ohroženou skupinou jsou mladí lidé ve věku 15 - 30 let. Toto onemocnění je nejčastější příčinou neplodnosti u žen i u mužů. Přenáší se vaginálním, orálním i análním stykem. Inkubační doba je 1 - 3 týdny (Málek, 2009).

Jak uvádí Mašata a Jedličková (2006), zpřesnění diagnostických metod a zavedení nových technik do rutinní praxe vedla ke zjištění, že chlamydiové infekce jsou jedním z nejzávažnějších globálních zdravotnických problémů. Odhaduje se, že představují asi 50 % všech bakteriálních, sexuálně přenosných urogenitálních nákaz. Rozšíření této infekce je závislé na stupni sexuální promiskuity obyvatelstva a na projevech infekce. V mnoha zemích zcela chybí adekvátní diagnostika a screeningové programy. V Evropské unii byl boj proti chlamydiové infekci zařazen mezi prioritní zdravotnické programy (Mašata, Jedličková, 2006).

Primární chlamydiová infekce u žen probíhá v jednovrstevném cylindrickém epitelu cervixu a v místě parauretrálních žláz. Infekce dolního genitálního traktu může přejít na endometrium, do vejcovodů, ale i do břišní dutiny, kde může způsobit adhezivní proces ve formě Fitzova-Hughova-Curtisova syndromu (adheze v malé pánvi, perisplenitida a perihepatitida). Velká část infekcí může probíhat zcela asymptomaticky nebo jen s minimálními příznaky. Ženy si často stěžují na menstruační obtíže, bolest v podbříšku a při sexuálním styku. *Ch. trachomatis* je jedním z nejdůležitějších patogenů, který se spolupodílí na vzniku pánevní zánětlivé nemoci (PID). Jedinou efektivní prevencí, která snižuje incidenci pánevní zánětlivé nemoci je plošný screening na cervikální chlamydiovou infekci. Jelikož se jedná o sexuálně přenosnou chorobu, při léčbě se musí léčit všichni sexuální partneři. V případě asymptomatického průběhu genitální chlamydiové infekce může dojít ke vzniku srůstů, poškození vejcovodů, vzniku neplodnosti, mimoděložního těhotenství nebo chronické pánevní bolesti (Málek, 2009). *Chlamydia trachomatis* stejně jako ostatní sexuálně přenosné nemoci mění vnímavost hostitelské tkáně a zvyšují možnost přenosu HIV.

Jak uvádí Mašata a Jedličková (2004), pro léčbu genitální chlamydiové infekce jsou doporučována různě dlouhá léčebná schémata doxycyklinem a to 7, 10, 14denní i delší. Při selhání léků tetracyklinů a makrolidů jsou doporučovány chinolony nebo jejich kombinace s dalším antibiotiky.



## 3 Porodnictví

### 3.1 Těhotenství

Těhotenství je období, kdy v organismu ženy dochází k vývoji plodu. Toto období trvá průměrně 10 lunárních měsíců po 28 dnech, tedy 280 dní. Těhotenství začíná splynutím mužské a ženské pohlavní buňky a dělí se na tři období. První trimestr trvá do 12. týdne, druhý trimestr trvá od začátku 12. týdne do konce 27. týdne a třetí trimestr trvá od 28. týdne do termínu porodu (Hourová et al., 2007).

Jak uvádí Roztočil et al. (2008), do zavedení laboratorního průkazu a ultrazvukové diagnostiky těhotenství se stanovení gravidity opíralo o známky těhotenství, které můžeme rozdělit na známky nejisté, pravděpodobné a známky jisté.

Nejisté známky se u ženy objevují v raném gestačním období. Patří mezi ně amenorea; změny prsou, které jsou vyvolány růstem sekrečního duktálního systému; změny v barvě poševní sliznice; změny pigmentace kůže a strie.

Pravděpodobné známky těhotenství jsou jistějším indikátorem těhotenství než známky nejisté, ale nemohou být považovány za průkaz těhotenství. Patří mezi ně zvětšení břicha, které je více patrné u multipar; změny ve tvaru, velikosti a konzistenci dělohy, ke kterým dochází v průběhu prvních 3 měsíců gravidity.

Mezi jisté známky potvrzující těhotenství patří obrysy plodu, průkaz beta podjednotky hCG, přítomnost akce srdečního plodu, pohyby plodu a zobrazení plodu rentgenem nebo ultrazvukem (Roztočil et al., 2008).

Organismus ženy velmi pohotově reaguje na vyvíjející se plodové vejce, které je uloženo v dutině děložní. To se projevuje jednak známkami těhotenství, dále změnami v orgánových systémech, zejména v genitální a endokrinní oblasti (Roztočil et al., 2008).

Pro dobrý rozvoj těhotenství je nutné dodržovat takové zásady životosprávy, aby nedošlo ke vzniku patologických stavů, které by negativně ovlivnily jak zdravotní stav těhotné, tak vývoj plodu. Každá těhotná žena by měla být řádně poučena v prenatální poradně o správné životosprávě. Důležitá je strava, která by měla být vydatná, lehce stravitelná, nejlépe rozdělena do pěti jídel.

Není vhodná redukční dieta, která může vyvolat předčasný porod, ale není vhodná ani hyperkalorická dieta, která vede k obezitě, gestačnímu diabetu a preeklampsii. Nevyhnutelná je také tělesná aktivita v těhotenství, je doporučováno těhotenské cvičení, plavání nebo turistika (Roztočil et al., 2008).

Všeobecně by měl být dodržován zdravý životní styl a každá těhotná žena by se měla vyvarovat aplikaci návykových látek. Jakékoliv užívání návykových látek negativně ovlivňuje těhotenství. Kofein v malých dávkách vyvolává svým mírným hypertenzním účinkem zvýšení fetoplacentární perfuze, ovšem ve vyšších dávkách působí žaludeční obtíže a může indukovat těhotenskou hypertenzi. Kouření zvyšuje riziko hypotrofizace plodu, intrauterinního úmrtí a abrupce placenty. Užívání alkoholu ovlivňuje nejen metabolismus matky, ale také plodu. U těhotných žen, které požívají alkohol pravidelně a ve velkých dávkách je možné očekávat poškození plodu. V těchto případech může dojít k porodu dítěte, které jeví příznaky fetálního alkoholického syndromu nebo alkoholových abstinčních příznaků. Ostatní drogy jako například heroin, kokain nebo metadon jsou spojeny s výraznými patologiemi novorozeneckého období, kde nejzávažnější je potenciálně fetální abstinční syndrom. Mimo jiné užívání návykových látek je úzce spojeno s rizikovým sexuálním chováním a hrozbou pohlavně přenosných onemocnění (Hourová et al., 2007, Roztočil et al., 2008).

### **3.2 Prenatální diagnostika**

Prenatální diagnostika umožňuje diagnostikovat řadu chorob a patologií u dosud nenarozeného jedince. Každá těhotná žena by měla absolvovat pravidelná vyšetření v prenatální poradně. Tato vyšetření jsou souborem doporučených diagnostických postupů, jejich zhodnocení a při výskytu patologického stavu stanovení optimální terapeutické strategie k dosažení co nejlepších perinatálních výsledků.

Vyšetření v prenatální poradně je možné rozdělit do dvou skupin. Jde o vyšetření, která se provádějí při každé návštěvě prenatální poradny, a vyšetření, která se provádějí pouze v určitém období těhotenství (Borek et al., 2001).

Mezi pravidelně prováděná vyšetření patří sběr anamnestických dat, subjektivní obtíže těhotné, zevní vyšetření těhotné, hmotnost, otoky, přítomnost varixů dolních končetin, krevní tlak. Dále se provádí chemická analýza moče na přítomnost bílkovin, glukózy a ketolátek.

Dále stanovení cervix skóre. Od 24. týdne těhotenství se provádí detekce známek vitality plodu. Od 38. týdne těhotenství se v týdenních intervalech provádí non-stress test (Roztočil et al., 2011).

Mezi termínovaná vyšetření se řadí vyšetření při první prenatalní poradně - zevní pánevní rozměry, výchozí hmotnost a výška těhotné. Vyšetření v 16. týdnu těhotenství zahrnuje vyšetření hematologické (hemoglobin, hematokrit, erytrocyty, leukocyty, trombocyty, krevní skupina a Rh-faktor a stanovení přítomnosti protilátek proti erytrocytů), sérologické vyšetření protilátek proti syfilis (rychlá reaginová reakce), HIV a HBsAg (protilátky infekční hepatitidy B). Dále je vyšetřován močový sediment ze střední porce moči a biochemický screening vrozených vývojových vad. V 18. - 20. týdnu těhotenství se provádí 1. ultrazvukový screening plodu. V rozmezí 24. - 28. týdne těhotenství se provádí orální glukózový toleranční test (OGTT) u všech těhotných žen. Výjimku tvoří těhotné ženy, u kterých jsou zjištěny alespoň dva rizikové faktory v anamnéze například výskyt diabetu mellitu v rodině nebo porod novorozence s hmotností vyšší než 4000 g. Tyto těhotné ženy jsou považovány za vysoce rizikové a OGTT se u nich provádí co nejdříve v prvním trimestru (do 12. týdne těhotenství). Ve 30. - 32. týdnu těhotenství se provádí vyšetření titru erytrocytárních protilátek u žen Rh negativních a s krevní skupinou 0, stanovení hemoglobinu, hematokritu, erytrocytů, leukocytů a trombocytů a je proveden druhý ultrazvukový screening plodu. Mikrobiologické vyšetření pochvy na přítomnost streptokoků skupiny B se provádí v 36. - 37. týdnu. V tomto období je také doporučen kardiokografický non-stress test, který je v dalších týdnech těhotenství povinný (Roztočil et al., 1998, Čech et al., 2006).

### **3.3 Screeningové vyšetřování těhotných na STD**

Většina těhotenství probíhá fyziologicky avšak u jedné čtvrtiny až třetiny těhotných se vyskytují rizikové faktory, které mohou změnit dosud fyziologicky probíhající těhotenství. Pokud nejsou u těhotné ženy provedena určitá preventivní opatření, může dojít ke vzniku závažné těhotenské patologie. V některých případech může hrozící riziko vyústit v patologický průběh porodu.

Jak uvádí Hájek et al. (2004), většina nepříznivých symptomů se projevuje v pozdním stádiu gravidity a porodník většinou nestačí provést příslušná preventivní opatření. Proto je nutné rizikové faktory stanovit již v začátku těhotenství, nejlépe během prvních návštěv v prenatalní poradně.

Screening a léčba ženy na pohlavně přenosné choroby je zásadní způsob jak zabránit vážným zdravotním komplikacím pro matku i dítě. Čím dříve se těhotná podrobí zdravotní péči, tím lepší budou výsledky pro ni samotnou a její nenarozené dítě.

Rizikové faktory identifikují u těhotných žen rizikové těhotenství. Zásady screeningu v prenatalní poradně jsou tyto:

- včasná vymezení rizikových faktorů a včasná diagnostika iniciálních fází těhotenské patologie,
- zajištění účinné prevence a snížení rizika perinatální úmrtnosti a perinatální morbidit u matky a plodu na minimum,
- preventivní postup lékaře musí být akceptovatelný pacientkou,
- určit návrh na postup v průběhu těhotenství, vedení porodu, v případě potřeby předčasné ukončení gravidity.

Metody screeningu u rizikové a patologické gravidity jsou všeobecný screening rizikové a patologické gravidity a specifický screening (Hájek et al., 2004).

Všeobecný screening je součástí všeobecné anamnézy těhotné. Uvádí rizikové faktory, které byly zjištěné z demografické, sociální, rodinné a osobní anamnézy. Mezi rizikové faktory demografické patří věk nižší jak 17 let, manželský stav (rozvedená, vdova), nepříznivý socioekonomický stav, rizikové zaměstnání. Mezi rizikové faktory v porodnické anamnéze patří vícečetné porody, ektopická gravidita v anamnéze, opakované spontánní potraty, komplikace v minulé graviditě. Rizikové faktory v osobní anamnéze jsou kouření více jak 10 cigaret denně, alkoholismus, drogy, vážná interní onemocnění, abúzus léků, břišní operace, transfuze, problémy při narkóze. Rizikové faktory v gynekologické anamnéze jsou infertilita, antikoncepce, nepravidelnost cyklu, infekce. V rodinné anamnéze se za rizikové faktory považují vrozené vývojové vady, diabetes mellitus, hypertenze, onemocnění ledvin, trombofilie, hepatitida B, C.

Rizikové faktory v základním vyšetření jsou výška menší jak 155 centimetrů, váha vyšší jak 90 kilogramů, vyšetření pánve. Rizikové faktory, které se objevují v průběhu gravidity jsou vícečetné těhotenství, krvácení, změny frekvence pohybů, malpozice plodu, změny množství plodové vody. Dále se zjišťují rizikové faktory na podkladě základního vyšetření moče, sérologická vyšetření (Roztočil et al., 2008).

Specifický screening navazuje a rozvíjí screening všeobecný. V několika stupních se zvyšuje specifická dané prevence a zároveň se vyřazují z cílené péče ty ženy, u kterých se riziko nepotvrdilo. V případě, že se riziko potvrdí, je zahájena cílená prevence (Málek, 2009).

Příklady nejčastěji používaných screeningových vyšetření v prenatální péči v České Republice jsou uvedeny v příloze této práce (Příloha 3).

### **3.3.1 Testování těhotných na syfilis**

Podle dostupných informací, které vydal Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) ČR bylo v roce 2012 evidováno 696 (37,5 %) případů syfilis. V 60 případech syfilis u žen bylo onemocnění zjištěno v průběhu těhotenství a vrozená syfilis dítěte byla zjištěna ve 2 případech. Vývoj počtu hlášených onemocnění syfilis u gravidních žen ukazuje tabulka v příloze této práce (Příloha 4).

Průběh syfilis není těhotenstvím ovlivněn, ale představuje vysoké riziko pro plod. Plod může být infikován v kterémkoli stupni těhotenství a může dojít k nakažení v každém stádiu nemoci. Jak uvádí Čech et al. (2006), riziko infekce plodu je přímo úměrné množství spirochet u matky a nejvyšší je při primární nebo sekundární syfilis. Důsledky pro plod jsou různé. Čím dříve v těhotenství nastane kontakt s infekcí, tím je riziko pro plod větší. Škála následků kongenitální syfilis je široká. Těžká infekce může způsobit intrauterinní smrt plodu, potrat nebo se dítě narodí se známkami infekce (časná kongenitální syfilis). Infekce během šesti týdnů před porodem nemusí způsobit onemocnění u plodu. O časnou kongenitální infekci jde tehdy, když se novorozenec narodí se známkami nemoci nebo když se projeví u dětí do dvou let života. Syfilitická placenta je charakteristická zvětšením, je hydropická a křehká (Čech et al., 2006).

Postižení novorozenci se mohou narodit s hepatitidou, splenomegalií, lymfadenopatií, anémií, postižením sliznic, mohou mít laryngitidu, pneumonii a další onemocnění. S tímto klinickým obrazem se prakticky dnes již neseťkáme, protože se provádí prenatální screening a léčba. Pozdní kongenitální syfilis je popisován u dětí, u kterých se následně vytvoří stigmata kongenitální syfilis, a u těch, u kterých se po druhém roce života vytvoří takzvaná Hutchinsonova trias, která zahrnuje intersticiální keratitidu, soudkovité řezáky a senzoricou hluchotu. Mezi další typické příznaky patří sedlovitý nos, huhňavá mluva a šavlovité tibie. Některé infikované děti mohou být zcela bez příznaků (Čech et al., 2006).

Každá žena, u které se během těhotenství vyskytne vřed na genitálu, by měla být vyšetřena na syfilis a herpes genitalis. Všechny ženy, které jsou dispenzarizované pro syfilis, jsou povinné případné těhotenství nahlásit svému dermatovenerologovi a jsou povinné informovat lékaře v prenatální poradně. Sérologické vyšetření (vyhledávací testy) se provádějí ve III. - IV. a VII. - VIII. měsíci těhotenství (Hájek et al., 2004).

Rozlišují se dva typy sérologických testů, které se používají při diagnostice syfilis. Jak uvádí Hájek et al. (2004), první skupinu testů tvoří nespecifické testy VDRL (veneral disease research laboratory) a RPR (rapid plasma reagin), nebo též RRR (rychlá reaginová reakce). Tyto flokulační testy neprokazují protilátky proti treponám, ale prokazují IgG a IgM protilátky proti kardiolipinu. Protilátky se tvoří jako odpověď na uvolněné lipidy z poškozených buněk hostitele a z buněčného povrchu *T. pallidum*. Druhou skupinu testů tvoří specifické testy, které prokazují protilátky proti antigenům treponem. Jedná se o testy TPHA - *T. pallidum* hemaglutinační test, TPI - *T. pallidum* imobilizační test a FTA-ABS - absorpční průkaz fluorescentními protilátkami. Tyto testy potvrzují prodělání infekce v kterémkoli stádiu života, zůstávají pozitivní po celý život, dokonce i po úspěšné léčbě, uvádí Hájek et al. (2004). Vyhledávací testy na syfilis se provádějí u všech těhotných žen. U těhotných, které mají v anamnéze léčenou syfilis, nebo u kterých byly zjištěny pozitivní séroreakce se provádí zajišťovací léčebná kúra v první a ve druhé polovině těhotenství. Screening na syfilis se provádí u všech novorozenců. Povinnost provádět toto vyšetření je uvedeno ve Vyhlášce MZ ČR č. 306/2012 a provádí se z pupečnickové krve odebrané na porodním sále (Hájek et al., 2008).

### 3.3.2 Testování těhotných na přítomnost viru HIV

V České republice je prakticky u každé těhotné ženy proveden na začátku těhotenství odběr na diagnostiku přítomnosti protilátek proti HIV. Ve 30. týdnu těhotenství se krevní testy na HIV opakují. Jak uvádějí Mašata a Jedličková (2004), všechny pozitivní případy jsou centralizovány na Klinice infekčních onemocnění AIDS centru FN Bulovka.

Podle informací vydaných ÚZIS ČR, Národní referenční laboratoř pro HIV/AIDS zaznamenala v roce 2012 celkem 226 nově zjištěných případů HIV pozitivitu a 29 nových onemocnění AIDS. Vývoj počtu nově zjištěných případů HIV/AIDS ukazuje tabulka v Příloze 5.

Vertikální přenos infekce virem HIV z matky na plod může nastat v každé fázi těhotenství, během porodu a v šestinedělí při kojení. Hájek et al. (2004) uvádí, že virové nukleové kyseliny byly prokázány ve tkáních plodu už ve 12. týdnu těhotenství. V průběhu gravidity může virus HIV infikovat plod maternofetálním přenosem infikovanými lymfocyty. Tento typ přenosu byl prokázán u dětí, které měly těžkou vrozenou kombinovanou imunodeficienci. Jak uvádějí Mašata a Jedličková (2004), po porodu můžeme HIV infekci prokázat pouze u 30 - 50 % infikovaných dětí. Zbývajících 30 - 50 % infikovaných dětí bez známek virové infekce bylo infikováno v pozdních stádiích těhotenství, při porodu nebo při kojení (Hájek et al., 2004, Mašata, Jedličková et al., 2004).

Jak uvádí Rozsypal, Rozsypalová (2006), diagnóza HIV se opírá o stanovení protilátek anti-HIV. Tyto protilátky se objevují za 3 týdny až 3 měsíce poté, co došlo k nákaze. Screening slouží k odhalení HIV pozitivitu, od té se odvíjí další odborná péče. Ve specializovaných ambulancích je těhotná žena vyšetřena, jsou provedena další laboratorní a pomocná vyšetření. Zejména virologické vyšetření, které slouží ke stanovení viremie (virové nálože HIV) a imunologické vyšetření, které slouží k posouzení stavu buněčné imunity zejména na základě počtu CD4+T lymfocytů. S nastávající matkou jsou probrány možnosti dalšího pokračování těhotenství, pravděpodobnost přenosu HIV infekce na dítě a možnost snížení tohoto rizika. Mašata, Jedličková et. al (2004) uvádějí, že u HIV pozitivních žen se doporučuje přerušení těhotenství ze dvou důvodů. Prvním důvodem je riziko přenosu infekce na plod a druhým důvodem je otázka přežití matky a péče o zdravé dítě několik dalších let. Pokud nedojde k přerušení těhotenství, provádějí se opatření k minimalizaci rizika přenosu infekce na plod. Základem těchto postupů je antiretrovirová léčba.

Ta se zahajuje zejména tehdy, když jsou sledány známky progresu HIV infekce. V opačném případě se těhotné ženě podává monoterapie nebo dvojkombinace zahrnující zidovudin ke snížení rizika vertikálního přenosu (Rozsypal, Rozsypalová, 2006, Mašata, Jedličková et al., 2004).

Jak uvádí Roztočil et al. (2008), byl prokázán také pozitivní účinek provedení plánovaného císařského řezu na pravděpodobnost vertikálního přenosu HIV. Další způsob, jak efektivně snížit riziko přenosu, je pokud matka dítě nekojí.

### **3.3.3 Testování těhotných na gonorrhoeu**

Podle ÚZIS ČR registr pohlavních nemocí evidoval za rok 2012 celkem 1151 případů (62,0 %) onemocnění gonokokovou infekcí. V 11 případech bylo onemocnění zjištěno u gravidních žen, s čím souvisí 1 případ onemocnění novorozence.

*Neisseria gonorrhoeae* může být na novorozence přenesena z porodních cest matky během porodu a může způsobit onemocnění *ophthalmia neonatorum* (novorozenecký zánět spojivek), systémovou infekci, u matky endometritidu a zánětlivou pánevní nemoc. Riziko vertikálního přenosu na novorozence je 30 - 40 %. Screening kapavky se provádí kultivací kultur, hybridizačními testy vzorků z děložního čípku a amplifikačními testy vzorků moči nebo z čípku. Jak uvádí Roztočil et al. (2008), přímé testy se provádějí pomocí polymerázové řetězové reakce (polymerase chain reaction - PCR) průkazem DNA *Neisseria gonorrhoeae*. Test je specifický (Hájek et al., 2004).

Hájek et al. (2004) uvádí, že k prevenci vzniku novorozenecké konjunktivitidy se v České republice provádí preventivní kredoizace (ošetření očí Ophthalmo-Septonexem kapkami a mastí jako prevence možného zánětu spojivek) u každého novorozence.



### 3.3.4 Testování těhotných na chlamydiové infekce

V České republice není zatím navržen žádný screeningový program zaměřený na chlamydiové infekce, který by se hradil ze zdravotního pojištění. Ve většině zemí se doporučuje provádět screening pouze u asymptomatických mladých žen do 25 let a to v intervalu 1 - 2 roky. Screeningový náběr se doporučuje i u těhotných žen ve věku do 25 let (Málek, 2009).

Mašata a Jedličková (2006) uvádějí, že vzhledem k epidemiologickým studiím, které byly provedeny v České republice, lze v současnosti předpokládat velmi podobnou prevalenci infekce jako v ostatních zemí Evropské unie.

Jak uvádí Čech et al. (2006), diagnostika infekce je založena na detekci specifických chlamydiových genů nebo antigenů (DFA, EIA, amplifikační metody). Léčba chlamydiové infekce v těhotenství je problematičtější. Za vhodné se považuje zahájení terapie až po ukončení I. trimestru.

K léčbě chlamydiové infekce se obecně doporučují tetracyklinová a makrolidová antibiotika (Heřman, 2005).

## 4 Důsledky pohlavně přenosných nemocí na plod

V současné době se mění pohled na význam infekčních onemocnění v těhotenství. Dříve byly v centru pozornosti infekce, které působí kongenitální malformace, poškození plodu v průběhu těhotenství nebo jeho smrt. Typickým příkladem těchto infekcí byla syfilis, rubeola, toxoplazmóza a další. Na většinu těchto infekcí se rutině provádí screening. Jak uvádí Hájek et al. (2004), při studiu negativního vlivu infekcí na plod se v poslední době přesunul zájem od těchto klasických kongenitálních onemocnění a začíná se studovat hlavně význam subklinických nitroděložních infekcí.

Nitroděložní infekce většinou vyvolávají velmi silnou fetomaternální zánětlivou reakci. Při reakci se uvolňuje celá řada zánětlivých mediátorů a cytokinů, které se výraznou měrou účastní v procesu vyvolání předčasného porodu. Též byl rozpoznán jejich význam při patogenezi poškození bílé mozkové tkáně plodu a vzniku bronchopulmonární dysplazie. Dalším celosvětovým problémem posledních let jsou retrovirové infekce HIV-1 a HIV-2. Přednostní je především otázka jejich vertikálního přenosu na plod v perinatálním období (Velemínský, Švihovec et al., 2005).

Problematika infekčních onemocnění se mění v závislosti na dosažených znalostech a možnostech léčby. V 19. a na začátku 20. století byla hlavním problémem mateřská mortalita a morbidita způsobená nemocničními infekcemi streptokoky skupiny A. S možností využití širokospektrých antibiotik tyto komplikace téměř vymizely. Stále se však setkáváme s úmrtím novorozence na sepsi vyvolanou streptokoky skupiny B (GBS) (Velemínský, Švihovec et al., 2005).

V průběhu těhotenství mohou některá infekční onemocnění probíhat závažněji, jiná se mohou reaktivovat. Jednou z hlavních příčin odlišného chování matky a plodu vůči infekčnímu agens je imunologický paradox spojený s graviditou. *"V matčině těle se vyvíjí antigenně odlišný štěp, který nesmí být matkou odvržen, ani proti ní nesmí reagovat. Tato situace s sebou nese částečné omezení imunitní reakce a to přináší určité problémy ve vztahu k infekcím v těhotenství"* (Roztočil et al., 2008, str. 225).

Další faktory, které se také mohou podílet na průběhu infekčního onemocnění v graviditě jsou tyto:

- může dojít k intrauterinnímu poškození plodu nebo poškození matky působením nespecifických mechanismů, jako jsou rozvrat metabolismu těhotné nebo vznik hypoxie. Nebo mechanismů specifických, vlastního infekčního agens, které poškozuje fetoplacentární jednotku.
- plod se může infikovat v průběhu nitroděložního vývoje, novorozenec se může infikovat za porodu a v průběhu časného novorozeneckého období.
- k infekci plodu nebo novorozence může dojít transplacentárně při viremii nebo bakteriemií, ascendentními cestami a u některých infekcí i v průběhu laktace mateřským mlékem.
- stupeň poškození plodu závisí na virulenci infekčního agens a na období, kdy k infekci plodového vejce došlo. V období blastogeneze, to znamená do 14 dnů od koncepce dochází k odumření a potrácení blastocysty. V průběhu organogeneze, do 16. týdne gravidity, může dojít ke vzniku vrozených vývojových vad, vzniká infekční embryopatie. Od 4. měsíce gravidity je již plod infikován jako v novorozeneckém období, vzniká infekční fetopatie.

Jak uvádí Velemínský, Švihovec (2005), riziko vzniku infekce zvyšuje také nižší sociální úroveň, s níž souvisejí hygienické návyky ženy, způsob výživy, abúzus psychotropních látek atd. Výraznou negativní úlohu hraje sexuální život ženy, a to především střídání sexuálních partnerů, prostituce, promiskuita.

## **4.1 Abortus (potrat)**

Čech et al. (2006) uvádí, že potratem se rozumí plod, který po úplném vypuzení nebo vynětí z těla matky neprojevuje ani jednu ze známek života a jehož porodní hmotnost je nižší než 500 g nebo jehož hmotnost nelze zjistit, jestliže je těhotenství kratší než 22 týdnů. Statistické údaje uvádějí, že přibližně 10 - 15 % klinicky diagnostikovaných gravidit končí potratem.

Potraty se dělí podle mezinárodní klasifikace nemocí na:

- potrat samovolný, spontánní - abortus spontaneus,
- potrat indukovaný, legální, terapeutický - abortus inductus - do této kategorie spadá umělé ukončení těhotenství na žádost pacientky například ze sociálních důvodů, zdravotní indikace ze strany matky, zdravotní indikace ze strany plodu (objektivně prokázané postižení plodu genetickým onemocněním nebo infekcí).

Mezi nejčastější příčiny spontánního potratu patří defektní plodové vejce a mateřské příčiny. Fetální a embryonální abnormality tvoří téměř 40 % potratů. Organismus ženy se zbaví postiženého plodu nejčastěji v začátku těhotenství takzvanou přirozenou selekcí. Mezi strukturální defekty, které jsou příčinou potratu, se řadí například polygenně determinované rozštěpy neurální trubice nebo mnohočetné malformace plodu. Čech et al. (2006) uvádí, že příčinou samovolného potratu může být implantace plodového vejce při zavedeném nitroděložním antikoncepčním tělísku. Ve druhém trimestru těhotenství bývá častou příčinou spontánního potratu nízká implantace placenty.

Mezi mateřské příčiny potratu patří hormonální příčiny, patologický spermioqram partnera, malformace dělohy, záněty a nádory dělohy, myomy lokalizované submukózně, případně intramurálně. Do této kategorie se řadí i onemocnění matky jako například horečnatá onemocnění, nedostatečně kontrolovaný diabetes mellitus, onemocnění štítné žlázy, systémový lupus erythematoses, dekompenzované kardiovaskulární, renální, jaterní a plicní choroby. Další mateřskou příčinou abortu jsou infekce, zejména sexuálně přenosné patogeny, například chlamydie, ureaplazmata, mykoplazmata, streptokoky skupiny B, dále syfilis, rubeola a další. Imunologické faktory bývají příčinou abortu ve druhém trimestru.

Pro diagnostiku samovolného potratu se využívá ultrazvuk, v začátku těhotenství pak vyšetření vaginální sondou (Roztočil et al, 2008, Calda et al., 2007).

Potrat indukovaný nebo-li umělé ukončení těhotenství lze provést podle zákona ČNR č. 66/1986 Sb. o umělém přerušení těhotenství, pokud žena o přerušení těhotenství požádá ženského lékaře v místě trvalého bydliště, pracoviště nebo školy. Těhotenství lze přerušit do konce 12. týdne, počítáno od prvního dne poslední pravidelné menstruace. Tento údaj gynekolog potvrdí palpačním gynekologickým vyšetřením nebo ultrasonograficky. Umělé ukončení těhotenství lze provést pouze ve zdravotnickém zařízení, které je uzpůsobené k provedení takového výkonu.

Po uplynutí 12 týdnů lze těhotenství ukončit jen tehdy, pokud je ohrožen život ženy nebo je prokázáno těžké poškození plodu závažným genetickým onemocněním. V případě genetických důvodů, lze těhotenství přerušit do dosažení 24. týdne těhotenství. Kontraindikací umělého ukončení těhotenství je neuplynutí 6 měsíců od posledního indukovaného abortu nebo takový zdravotní stav ženy, který podstatně zvyšuje zdravotní riziko výkonu, například zánětlivá onemocnění rodidel, právě probíhající akutní přenosná choroba (Roztočil et al., 2008).

## 4.2 Intrauterinní smrt plodu

Intrauterinní smrt plodu (IUFD - intrauterine fetal death) je možné definovat jako smrt plodu, která nastává po 10. týdnu menstruačního stáří nebo po 8. týdnu gestačního stáří. WHO ji definuje jako smrt, která předchází kompletnímu vypuzení či odstranění produktu koncepce z mateřského organismu bez ohledu na délku těhotenství (Hájek et al., 2004).

Dvakrát a ž třikrát větší incidence byla prokázána u těhotných žen pod 20 a nad 34 let věku. Rizikové faktory u mladších věkových skupin jsou kouření, nesledovaná těhotenství teenagerů, malnutrice těhotných, početná skupina svobodných matek. U starších žen se jedná o častější výskyt chromozomálních aberací. Společným rizikovým faktorem u obou skupin žen jsou vícečetná těhotenství (Roztočil et al., 2011).

Spolehlivou diagnostickou metodou IUFD je ultrazvukové vyšetření, které dovoluje detekovat srdeční aktivitu embrya již v 5. - 6. týdnu těhotenství. Chybějící srdeční akce potvrzuje diagnózu IUFD, ovšem nezbytná je verifikace nálezu druhým, nezávislým, ale zkušeným pozorovatelem (Caldá et al., 2007).

Chromozomální aberace představuje nejčastější příčinu v prvním trimestru, až 66 % všech IUFD. Druhou skupinu příčin IUFD tvoří kongenitální malformace plodu, zejména srdeční vady. Předčasné odloučení placenty zodpovídá za 8 - 20 % případů IUFD. Z hlediska této příčiny patří do rizikové skupiny těhotné hypertoničky, kuřačky, ženy z nižších sociálních vrstev, ženy po abdominálním traumatu a ženy s vícečetným těhotenstvím. Infekce plodového vejce jsou zodpovědné za 2 - 15 % IUFD (Hájek et al., 2004).

### 4.3 Předčasný porod

Jak uvádí Roztočil et al. (2008), podle definice WHO z roku 1977, je předčasný porod definován jako těhotenství ukončené v období kratším než ukončený 37. týden gestačního stáří, to je méně než 259 dní od prvního dne poslední menses. Horní hranice je tudíž dobře definovatelná, hůře definovatelná je dolní hranice předčasného porodu. Celosvětově je tato definice problematická vzhledem k nestejně neonatální péči v jednotlivých zemích a tím nestejně hranici viability (schopnosti přežít mimo dělohu). V České republice stanovila Česká neonatologická společnost hranice viability plodu na 24. ukončený týden těhotenství. Hranice předčasného porodu mohou být také stanoveny podle hmotnostního rozpětí mezi 500 a 2500 gramů.

Incidence předčasných porodů v rozvinutých zemích se pohybuje okolo 5 - 10 %. V České republice je frekvence předčasných porodů zhruba 6 %. Předčasný porod je příčinou asi 85 % neonatálních úmrtí u novorozenců bez vrozených vývojových vad.

Rizika vzniku předčasného porodu můžeme rozdělit na rizika ze strany matky, která mohou být neovlivnitelná, nebo ovlivnitelná. Dále se jedná o rizika pramenící z reprodukční anamnézy matky, neovlivnitelných a ovlivnitelných těhotenských komplikací. Pohlavně přenosná onemocnění matky patří mezi rizika pramenící z ovlivnitelných těhotenských komplikací.

Mezi základní možnosti předcházení rozvoje syndromu předčasného porodu patří léčba urogenitálních infekcí, zejména bakteriurie a sexuálně přenosných onemocnění, léčba bakteriální vaginózy, cerkláž při průkazu inkompetence děložního hrdla, ukončení kouření a aplikace drog a psychologická podpora (Roztočil et al., 2008, Borek et al., 2001, Zlatohlávková, 2011).

## 5 Specifika pohlavně přenosných nemocí v těhotenství

### 5.1 Kongenitální syfilis

Pro plod je nejnebezpečnější rané stádium onemocnění matky, protože je nerozpoznatelné, a proto neléčitelné. Nediagnostikovaná syfilis matky bývá spojena s mrtvorozeností a také opakovanými potraty. U mrtvorozených nebo potracených plodů je následně možné nalézt systémové postižení veškerých orgánů, včetně patologických změn placenty (Hájek et al., 2004).

U neléčených matek, které onemocněly syfilis, v naprosté většině případů dochází k přestupu infekce na plod. Jak uvádí Velemínský et al. (2005), neléčená infekce je příčinou intrauterinního úmrtí 25 - 30 % plodů. Infikované a živě narozené děti umírají ve 25 - 30 % případů ještě v novorozeneckém věku, v průběhu prvního roku života pak jejich úmrtnost dosahuje 80 %. U 40 % přeživších dětí se následně může rozvinout pozdní forma syfilis. U novorozence může být infekce klinicky němá a jedinou známkou kongenitální syfilis jsou pozitivní sérologické testy. Klinické známky jsou přítomny až po 4. týdnu života novorozence.

Časná forma kongenitální syfilis se klinicky manifestuje až po 4 - 12 týdnech života. Objevuje se urputná chronická rýma, provázená bakteriálními superinfekcemi. Rozvíjí se obraz typicky "sedlovitého" nosu. Běžné jsou kožní změny, nejčastěji se kožní eflorescence objevují na zádech a na bocích. Na dlaních a na ploskách nohou se objevuje deskvamace kůže, rýhy kolem tělesných otvorů, hlavně kolem úst, se nazývají Parrotovy jizvy. Další hlavní klinickou známkou je hepatosplenomegalie, která se vyskytuje téměř ve 100 % případů. Zhruba u jedné třetiny pacientů se objevují poruchy hepatálních funkcí s ikterem. Generalizovaná lymfadenopatie se objevuje přibližně u 50 % pacientů, časté jsou i kostní a oční změny. Více jak u poloviny pacientů se vyskytuje patologický nálezný v mozkomíšním moku. Akutní formy syfilitické meningitidy se mohou objevit v průběhu prvního roku života, nejčastěji před 6. měsícem věku (Velemínský et al., 2005).

Projevy pozdní formy kongenitální syfilis se projevují mezi 6. - 14. rokem. Jde o změny na kostech, kloubech, především jsou postižena kolena. Mezi další projevy patří meningitida, juvenilní obrny, juvenilní tabes, sedlovitý nos, perforace patra, gotické patro. Znaky pozdního stádia jsou vyjádřena intersticiální keratitidou, změnami na kostech tibie, defekty uší, vestibulárními poruchami, patologií zraku, očí a zubů. Na kůži je možné nalézt jizvy po zhojených primárních kožních lézích (Resl, Voltr, 1997).

## **5.2 HIV pozitivita plodu a novorozence**

V dětském věku je přenos HIV infekce ve více jak 90 % přenos vertikální v perinatálním období z infikované matky na plod a novorozence. Pouze v 10 % jsou to jiné příčiny přenosu, jako například transfúze kontaminovanou krví nebo krevních derivátů, sexuálním kontaktem v případě zneužívání dětí. Na vertikálním přenosu se podílejí imunologické, klinické, virologické a porodnické faktory. Nejdůležitějším rizikovým faktorem je pokročilá infekce matky, která je spojená s vysokou virovou náloží, vysokou koncentrací antigenu p-24 a nízkým počtem CD-4 lymfocytů. Mezi další rizikové faktory patří předčasný odtok plodové vody, instrumentální vaginální porod, použití skalповé elektrody, epiziotomie, předčasný porod, nízká porodní hmotnost, kojení, současně probíhající jiné infekce jako například hepatitida C, syfilis (Resl, Voltr, 1997).

Novorozenec HIV pozitivní matky nemusí mít po narození žádné příznaky onemocnění. U novorozence můžeme dokázat pouze séropozitivitu. Infekce přenesená z matky na novorozence se manifestuje nejčastěji mezi 4. - 6. měsícem života. Jediným příznakem primárního stádia může být přetrvávající trombocytopenie. Z klinických příznaků u dětí to mohou být onemocnění dutiny ústní, onemocnění plic, onemocnění srdce (dilatační kardiomyopatie, arytmie, endokarditida), onemocnění trávicího ústrojí (Holub et al., 1993).

Infekce HIV může probíhat dvěma způsoby. V případě rychlého průběhu se oportunní infekce a laboratorní markery chovají jako u dospělých. V případě, že dítě dostane pneumocystovou pneumonii do 1 roku, je průběh onemocnění letální. Pokud dítě přežije rozvíjí se HIV encefalopatie, kandidová asofagitida, nefropatie. Asi 50 % dětí umírá po stanovení diagnózy AIDS do 2 let. Tyto děti mají nízký počet CD-4 lymfocytů a nízkou hladinu gamaglobulínů (Hájek et al., 2004).



Pomalý průběh má specifické rysy, které se nápadně liší od HIV infekce dospělých. Je charakteristický výskytem opakujících se bakteriálních infekcí v průběhu prvního roku života. Později se objevuje lymfoidní intersticiální pneumonitida. CD-4 lymfocyty jsou jen mírně snižené, ale je výrazná hypergamaglobulinémie. Děti mohou takto přežívat několik roků (Roztočil et al., 2008).

### **5.3 Vliv chlamydiové infekce na plod a novorozence**

Chlamydia trachomatis je jedním z nejčastějších sexuálně přenosných agens ve vyspělých zemích, uvádí Čech et al. (2006). Hlavní rizika chlamydiových infekcí jsou potrat, předčasný odtok plodové vody, předčasný porod, nízká porodní hmotnost a zvýšená novorozenecká úmrtnost. Riziko infekce pro novorozené dítě po perinatální expozici je 60 až 70 %. U 20 - 50 % se vyvine konjunktivitida a u 10 - 20 % se vyvine pneumonie. Předčasně narozené děti u žen, které mají chlamydiovou infekci, mají vyšší perinatální morbiditu a častěji komplikovanější poporodní průběh s nutností pobytu na jednotce intenzivní péče. Jak uvádí Mašata a Jedličková (2006), chlamydiová infekce novorozence je významným medicínským problémem, zvláště ve skupinách žen s vysokou prevalencí onemocnění. V mnoha perspektivních studiích je u matek, které onemocněly chlamydiovou infekcí cervixu uváděno konstantní procento postižených dětí.

Nejčastějším klinickým obrazem chlamydiové infekce u novorozence je jednostranná nebo oboustranná konjunktivitida. Inkubační doba chlamydiové konjunktivitidy je v průměru 3 - 5 dnů, někdy i déle. Infekce nejčastěji začíná vodnatou sekrecí ze spojivkového vaku a otokem víček. Spojivky bývají ve většině případů zarudlé. Klinický obraz je různý, nakazí se přibližně polovina dětí infikovaných matek. Kredeizace nemusí být vždy účinná (Roztočil et al., 2008).

Pneumonie, kterou vyvolává kmen Chlamydia trachomatis je méně častá. Klinicky se infekce manifestuje mezi 4. - 11. týdnem života novorozence, nejčastěji do 8. týdne. První příznaky jsou většinou nenápadné a objevují se 3 - 4 týdny po narození. Objevuje se klinické neprospívání, případně pokašlávání. Většinou není onemocnění akutní a závažné, znamená především přetrvávající dráždivý záchvatovitý kašel, neprospívání a zvýšenou iritabilitu dítěte (Čech et al., 2006)..

## 5.4 Vliv gonorrhoe na plod a novorozence

Jak již bylo uvedeno *Neisseria gonorrhoeae* je gramnegativní bakterie, která vyvolává pohlavně přenosnou nemoc kapavku. K infekci plodu dochází nejčastěji přestupem agens do amniové dutiny - "syndrom gonokokové infekce amnia", uvádí Velemínský et al. (2005). Mikroorganismus může vniknout intraovulárně i v případě neporušených plodových blan. Při porodu může dojít k přenesení infekce z matky na plod. Histologicky se může prokázat gonokoková chorioamniitida. Tato infekce se projevuje retardací růstové křivky, může dojít k abortu, který může být doprovázen sepsí.

Infekce u novorozence se při nesprávně provedené kredeizaci projevuje hnisavou konjunktivitidou s výraznou sekrecí a otokem oka s možností přestupu do hlubších vrstev oka. Neléčená kapavčitá konjunktivitida může vést až k úplné slepotě. Dalším projevem infekce může být gonokoková pneumonie a meningitida, dále záněty kloubů. Primární infekce může být spojena s teplotami.

V současnosti se u novorozenců popisuje systémová a lokální gonokoková infekce. Systémová forma infekce se projevuje bakteriémií, meningitidou, pneumonií, artritidou, která může vést až k pseudoparéze. Lokální forma se projevuje záněty na sliznicích, spojivkách, faryngu, záněty nosních průduchů, orofaryngu, urogenitálního traktu a anorektální oblasti. Jako možný projev infekce je popisována i sinusitida (Velemínský et al., 2005).

## 6 Právní aspekty pohlavně přenosných nemocí a ohlašovací povinnost

Jak uvádí Weis et al. (2010), v České republice existuje dlouhá tradice úspěšného boje proti venerickým infekcím. První zákonná norma k prevenci pohlavních nemocí byla přijata již v roce 1922.

K aktuálním právně zákonným normám a metodickým pokynům MZ ČR, které jsou závazné, patří:

- Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví
- Vyhláška MZ ČR č. 306/2012 Sb., která stanovuje podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních nemocí
- Vyhláška MZ ČR č. 225/1996 Sb., o opatření proti přenosným nemocem
- Věstník MZ ČR z prosince 1997, částka 10, kde jsou uvedené standardy vyšetřovacích postupů STD

Klasické pohlavní nemoci, do kterých řadíme syfilis, gonorrhoeu, lymphogranuloma venerum, ulcus molle, a granuloma inguinale podléhají povinnému hlášení, evidenci, poučení pacienta, depistážnímu šetření a dispenzarizaci. Z ostatních STD podléhají povinnému hlášení mimo jiné HIV/AIDS a chlamydiální infekce (Roztočil et al., 2008).

Depistážní šetření za předpokladu zachování podmínek etiky, lidských práv a lékařského tajemství, zahrnuje systematické vyhledávání kontaktů a zdrojů u osob s prokázanou STD. Každá osoba, která je potenciaálně ohrožená, by měla být pozvána na testování a léčbu. Podle Weisse et al. (2012) je v Evropě tento systém zaveden od roku 1900, ve švédské legislativě se objevuje v roce 1918, v USA v roce 1930. Hlavním cílem vyhledávání kontaktů a zdrojů je přerušení epidemiologických sítí, které má v prevenci STD i HIV klíčovou roli. Důležité je vyhledávání nejvíce ohrožených skupin.

Povinností každého lékaře, který onemocnění diagnostikuje, je nahlásit sexuálně přenosné onemocnění na předepsaném tiskopisu "Hlášení pohlavní nemoci" (Příloha 6). Součástí vyplnění tiskopisu je i epidemiologické hlášení osob, což znamená zjištění zdroje a ohrožených. Povinnost hlásit pozitivní výsledek mají i laboratoře, které zajišťují diagnostiku.

Pacient je povinen se léčit a absolvovat stanovená vyšetření a doporučení, která potvrdil svým podpisem. Nemocný nesmí ohrozit nákazou jiné osoby. Porušení je chápáno jako trestný čin (Uzel, 2011).

Systém sledování HIV a onemocnění AIDS je založen na úzké spolupráci NRL AIDS (Národní referenční laboratoř) s terénními laboratořemi a klinickými pracovníky regionálních AIDS center. Péči o pacienty, kteří jsou HIV pozitivní, zajišťují lékaři z oboru infekčních nemocí. Weiss et al. (2010) uvádí, že se zdůrazňuje nutnost mezioborové medicínské spolupráce (dermatovenerologie, gynekologie, infekční lékařství, sexuologie, epidemiologie).

Ze zákona je povinné klinické a sérologické vyšetření na syfilis, které se provádí použitím jedné nespecifické a jedné specifické reakce u všech těhotných žen ve 3. a 7. měsíci těhotenství, vyšetření pupečnickové krve každého novorozence a vyšetření každé ženy před provedením interrupce. Všechny těhotné ženy, které mají syfilis v anamnéze, se musí ze zákona podrobit zajišťovací léčbě během gravidity. Ženám, které nedodrží tyto normy, může hrozit postih (Roztočil, 2011).

## 7 Dispenzarizace

Dispenzarizace a evidence sexuálně přenosných nemocí patří ve smyslu předpisů platných v České republice do kompetence oboru dermatovenerologie. Návštěva klienta či pacienta je přímá, není potřeba doporučení praktického lékaře.

Hlavním úkolem dispenzární péče je specializovaná péče o osoby nakažené sexuálně přenosnou nemocí. Specializovaná centra pro HIV pozitivní pacienty jsou v Praze, Plzni, Ostravě, Brně, Ústí nad Labem, Hradci Králové a Českých Budějovicích. AIDS centrum FN Bulovka v Praze je nadřazené a řídicí centrum. Toto pracoviště zajišťuje specializovanou péči pro HIV pozitivní těhotné ženy. Zde zůstává dítě v péči od narození do věku 18 měsíců pro potvrzení diagnózy nebo vyvrácení přenosu (Holub, 1993).

Dispenzarizace předpokládá aktivní zvaní nemocných pacientů v intervalech, které jsou obsaženy v metodickém pokynu MZ ČR Dispenzarizace STD a ve standardech pro syfilis a kapavku. Pacienti nemocní s kapavkou jsou v evidenci po dobu 3 - 4 měsíců, což odpovídá době léčby a kontrol. Po ukončené léčbě se provádí vždy 3 bakteriologická a 2 sérologická vyšetření. U mužů se provádí první vyšetření za 24 - 48 hodin, další dvě pak v týdenních intervalech. U gravidních žen se provádějí vyšetření ve stejných intervalech jako u mužů. Ženy, které nejsou těhotné absolvují kontrolu také ve stejných intervalech, jedno vyšetření však musí být provedeno intra menses. Před začátkem léčby a 3 měsíce po dokončení léčby se provádí sérologické vyšetření na syfilis a HIV. Pacientům je doporučován pohlavní styk pouze s jedním partnerem za použití kondomu. Odběry u sexuálních partnerů se provádějí každý půl rok a u mimosexuálních kontaktů každý rok (Weiss et al., 2010).

Pacienti, kteří onemocněli získanou nebo kongenitální syfilis, jsou kontrolováni třikrát během půl roku. Poté se intervaly prodlužují až na kontrolu jednou za 5 let. V případě negativních klasických i specifických testů, klinických vyšetření a vyšetření likvoru je pacient po 2 letech vyřazen z evidence. V případě, že přetrvává séropozitivita je pacient dispenzarizován do 65 let věku s vyšetřením v pětiletých intervalech po dobu 20 let od infekce (Roztočil et al., 2011).

## 8 Prevence STD

Cílem prevence je předcházet přenosu a rozšíření pohlavně přenosných chorob v populaci. Mezi základní preventivní opatření patří ochrana sexuálního zdraví. Rizikové sexuální chování, do kterého spadá předčasný začátek pohlavního života, vysoká frekvence pohlavních styků s více partnery, náhodné známosti, promiskuita, prostituční chování, krvavé sexuální praktiky, vaginální, orální a anální styk bez použití kondomu, jsou hlavní příčinou výskytu sexuálně pohlavních nemocí. K rizikovému sexuálnímu chování v širším slova smyslu se řadí i další ovlivňující faktory, například asociální chování, agresivita, abúzus alkoholu a drog. Výskyt pohlavních chorob je určitým indikátorem společenských a výchovných jevů. V prevenci je nutné vycházet z epidemiologie sexuálně pohlavních nemocí a HIV v dané geografické oblasti a kulturního a sociálního prostředí cílové skupiny (Hájek et al., 2004, Roztočil et al., 2008).

Prevence pohlavně přenosných chorob se dělí na primární, sekundární a terciární. Primární prevence zahrnuje způsoby a postupy, které zamezí průniku infekčního agens do organismu. Sekundární prevence se uplatňuje již po získané infekci a cílem je zabránit projevům a šíření nemoci, zejména prostřednictvím depistáže. Terciární prevence se uplatňuje po propuknutí choroby, avšak před vznikem komplikací a následků. Základní technikou je forma individuálního rozhovoru, takzvaný counselling (Holmes et al., 1990).

Nezbytná strategie prevence a kontroly STD zahrnuje:

- formování bezpečného sexuálního chování - je třeba provádět rodinnou a sexuální výchovu již na základních školách, dále informovat veřejnost o hrozbách STD, o možnostech anonymního testování, důležité je preventivní poradenství,
- zajištění časně diagnostiky a léčení sexuálně pohlavních nemocí,
- prevenci přenosu infekce, což zahrnuje včasné léčení kontaktů a zdrojů onemocnění, zásobování bezpečnou krví, zabránění šíření krevní cestou u drogově závislých, bezpečné dárcovství tkání, orgánů, kostní dřeně a spermatu,
- prevenci perinatálního přenosu,
- dokonalá laboratorní služba s vertikální propojeností - nezbytné je monitorování situace a zpětná vazba účinnosti již zavedených preventivních aktivit,

- důležité pro prevenci je také jednoznačné a dostatečné financování preventivních programů, vyšetřovacích možností, depistážní služby i základního léčení, zejména u rizikových skupin (nepojištěných, imigrantů a běženců).

V zájmu prevence šíření pohlavních nemocí jsou ošetřující lékaři zdravotnických zařízení povinni provádět určitá opatření. Základní povinné preventivní opatření v případě kapavky je kredeizace všech novorozenců. V případě syfilis to jsou vyhledávací sérologické testy (VDRL, RRR, TPHA), u všech novorozenců testy z pupečnickové krve, zajišťovací léčba všech gravidních žen, které mají v anamnéze prodělanou syfilis nebo zajištěné pozitivní sérореakce. Také jsou povinné vyhledávací sérologické testy na HIV (Workowski, Berman, 2006).

Základem prevence STD je používání kondomu. O jeho existenci by měly být poučeny již školní děti a měly by dostat informaci jak s ním zacházet. Weiss et al. (2010) uvádí, že latexové kondomy určené pro muže jsou vysoce účinné v prevenci HIV a ostatních STD zahrnujících chlamydiální infekci, kapavku, trichomonádovou infekci, u žen snižuje riziko pánevní zánětlivé nemoci. Kondom je nutné používat nejen při vaginálním, ale i orálním a análním styku.

## **8.1 Význam edukace v prevenci STD u těhotných žen**

Důležitou roli v prevenci hraje edukace o pohlavních chorobách a principu přenosu těchto onemocnění. Každá žena by měla být poučena o tom, jaké riziko představují pohlavně přenosné choroby pro nenarozené dítě i pro ni samotnou. V případě, že se těhotná žena již nakazila pohlavně přenosnou nemocí je velmi důležité, aby docházela na pravidelná lékařská vyšetření a dodržovala léčbu. Pouze tímto způsobem se mohou minimalizovat rizika pro plod.

Základní pilíř by měla tvořit sexuální výchova, zejména informace o hygieně pohlavního života, pohlavních chorobách, cestách šíření infekce, rizikových technikách sexuálního styku a orálněgenitálních praktikách. Formou sexuální výchovy by měl být edukován každý jedinec již od školního věku prostřednictvím školy nebo rodiny. Příklad informačního letáku zaměřeného na sexuální výchovu je uvedený v Příloze 7. Je třeba zdůraznit potřebu edukace v ordinacích gynekologických lékařů. Lékař by neměl podceňovat osobní anamnézu nebo sociální status pacientky.

Důležitá je také role porodní asistentky v oblasti sexuální výchovy. Porodní asistentky v současné době zaujímají významné místo v edukaci dospívajících dívek nebo mladých žen. Základní i střední školy je oslovují z důvodu provedení edukačních besed na téma rizika pohlavně přenosných nemocí. Další oblast sexuální výchovy je zaměřena na ženy v reprodukčním období, kde porodní asistentka v terénu nebo v odborné ambulanci edukuje ženy v prevenci pohlavně přenosných chorob. V období těhotenství se edukace žen porodní asistentkou zaměřuje mimo jiné na životní styl, sexuální život, antikoncepci. I v tomto období je velmi důležitá prevence pohlavně přenosných chorob zejména v edukaci partnerů, ale i těhotných žen v prenatalních poradnách. Specifická oblast, kde edukace porodní asistentkou je velice žádoucí, je péče o ženy provozující komerční sex. Jedná se o oblast preventivní - prevence přenosu pohlavně přenosných chorob a následně edukace žen v době těhotenství. Zde porodní asistentky mohou provádět komunitní péči, která může významně ovlivnit epidemiologickou situaci ve výskytu pohlavně přenosných nemocí (Vrublová, 2012).

Z preventivního hlediska je rozhodujícím faktorem snižování rizika pohlavně přenosných nemocí jednak úroveň informovanosti o cestách šíření infekce a jednak změna stereotypů v oblasti sexuálního chování. Předávání kvalitních informací na úrovni individuální, skupinové a celospolečenské by mělo být v každé zemi prioritou. Informace musí být předávány prostřednictvím školeného personálu, který předává poznatky založené na důkazech. V plošné edukaci by měla hrát pozitivní roli i masmédiá. Kromě poučení o zodpovědném výběru partnera a významu věrnosti v partnerských vztazích, je nutné konkrétně hovořit o správném používání kondomu, o rizikových technikách sexuálního styku, análních stycích. Je nutná systematická a komplexní edukace poskytovatelů preventivních programů, lékařů, psychologů, středního zdravotnického personálu, sociálních pracovníků a pedagogů (Kuklová et al, 2005). Příklad edukačního materiálu je uveden v Příloze 8, jedná se o edukační materiál pro pacienty, který vznikl na klinice chorob kožních a pohlavních, Fakultní nemocnice Olomouc.

Důležitá je edukace o hygieně pohlavního života. Ženy by si měly uvědomit, že je potřeba se vyhnout nedostatečné hygieně, ale i nadměrně pečlivě prováděné hygieně pohlavního ústrojí. Výplachy pochvy patří již mnoho let k překonané záležitosti v rámci prevence sexuálně přenosných chorob. Narušují přirozené bakteriální osídlení pochvy, zejména laktobacily a usnadňují tak pomnožení kvasinek nebo bakterií. Výplachy pochvy po nechráněném pohlavním styku nemají žádnou antikoncepční účinnost (Slezáková et al., 2010).



Přes veškerá doporučení a metody prevence STD nadále zůstává jako nejspolehlivější způsob ochrany dlouhodobý vztah s jedním neinfikovaným partnerem a vyvarování se rizikovému pohlavnímu styku. V prevenci je nutno vycházet z epidemiologie pohlavně přenosných nemocí v dané zemi a kulturního a sociálního prostředí cílové skupiny. Klíčovým momentem bránícím šíření infekcí je mimo systematického vzdělávání, také aktivní vyhledávání kontaktů a zdrojů a dispenzarizace (Kuklová et al., 2005).

## **9 Metodika práce**

### **9.1 Stanovení cílů**

Ve výzkumné části bylo hlavním cílem práce zjistit znalosti a názory těhotných žen o nebezpečí pohlavně přenosných nemocí a možnostech prevence.

### **9.2 Stanovení výzkumných otázek a hypotéz**

Po prostudování dostupné literatury byly na základě stanovených cílů formulovány následující výzkumné otázky a hypotézy.

Výzkumná otázka č. 1: Vědí respondentky o možnosti přenosu pohlavně přenosných nemocí z matky na dítě?

Hypotéza č. 1: Více jak 60 % respondentek ví o riziku přenosu pohlavně přenosných nemocí z matky na dítě.

Výzkumná otázka č. 2: Co považují respondentky za nejspolehlivější ochranu před pohlavně přenosnými nemocemi?

Hypotéza č. 2: Více jak 60 % respondentek považuje za nejspolehlivější ochranu před pohlavně přenosnými nemocemi používání kondomu.

Výzkumná otázka č. 3: Ovlivňuje těhotenství respondentek přístup k ochraně před pohlavně přenosnými nemocemi?

Hypotéza č. 3: Více jak 60 % respondentek změnilo svůj přístup k ochraně před pohlavně přenosnými nemocemi v těhotenství.

Výzkumná otázka č. 4: Co považují respondentky za nejčastější příčinu vzniku pohlavně přenosných nemocí?

Hypotéza č. 4: Více jak 60 % respondentek považuje sexuální styk bez kondomu za nejčastější příčinu vzniku pohlavně přenosných nemocí.

Výzkumná otázka č. 5: Vědí těhotné ženy o povinnosti podstoupit testy na HIV a syfilis v těhotenství?

Hypotéza č. 5: Více jak 60 % těhotných žen je informováno o povinnosti podstoupit testy na prokázání pohlavně přenosných nemocí v těhotenství.

Výzkumná otázka č. 6: Souhlasí respondentky s možností získávání informací o prevenci pohlavně přenosných nemocí v rámci preventivních gynekologických prohlídek?

Hypotéza č. 6: Více jak 60 % respondentek souhlasí s možností informovat o prevenci pohlavně přenosných nemocí v rámci gynekologických preventivních prohlídek.

### **9.3 Metody výzkumu**

Výzkumné šetření bylo zpracováno metodou kvantitativního výzkumu. Jde o výzkum, při kterém dochází k zobecnění získaných informací od velkého počtu osob. Ke sběru dat byl zvolen nestandardizovaný anonymní dotazník (viz Příloha 1).

Dotazník byl zvolen záměrně pro jeho výhody jako je například rychlost sběru dat. Další významnou výhodou je získání velkého počtu dat od respondentů (Chrásková, 2007).

Dotazník se skládal z 20 otevřených, polootevřených a uzavřených otázek. U uzavřených otázek jsou odpovědi přímo dány a respondentky mohou vybírat z omezeného počtu variant odpovědí. U polootevřených otázek mohou respondentky využít nabídku odpovědí, a pokud by jim výběr nevyhovoval, mohou se volně vyjádřit na vymezeném místě. Otevřené položky umožňují respondentkám volně odpovídat a vyjádřit svůj názor.

Sestavení otázek bylo provedeno tak, aby ze shromážděných dat bylo možno naplnit cíle práce. Z celkového počtu 20 otázek 7 otázek (otázky 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8) zjišťovalo základní informace o respondentkách jako jejich věk, dosažené vzdělání, délka těhotenství, zdroj ohledně sexuálního života, četnost gynekologických prohlídek před otěhotněním, zda mají stálého sexuálního partnera a komu se nejčastěji svěřují se svými problémy.

Další skupina otázek byla zaměřená na základní znalosti o pohlavně přenosných chorobách (otázky 6, 9, 10, 11, 13, 15, 16). Poslední skupina otázek v dotazníku zkoumá sebehodnocení znalostí o pohlavně přenosných nemocech a zjišťuje, zda by se respondentky chtěly o této problematice dozvědět více (otázky 12, 14, 17, 18, 19, 20).

Vlastní výzkum byl rozdělen na přípravnou, realizační a vyhodnocovací část. V první etapě výzkumu bylo provedeno orientační zmapování problematiky a prevalence pohlavně přenosných nemocí u těhotných žen. Dále také bylo provedeno studium a shromažďování odborné literatury, a tím provedení rešerše. Ve druhé etapě byl proveden samotný výzkum.

Výzkum probíhal od prosince 2014 do února 2015. Dotazníky byly rozdány v kraji Vysočina, ve městě Žďár nad Sázavou a Nové Město na Moravě. Celkem bylo rozdáno 110 dotazníků, vráceno bylo 95, což činí téměř 86 % návratnost. Na gynekologicko-porodní oddělení nemocnice Nové Město na Moravě, příspěvková organizace, bylo dodáno 40 dotazníků, což činí 36 % z celkového počtu dotazníků. 70 dotazníků vyplňovaly ženy v ambulancích gynekologů ve Žďáru nad Sázavou, což činí 64 % z celkového počtu dotazníků. Hlavní podmínkou pro zařazení žen do výzkumu bylo jejich těhotenství a ochota odpovědět na otázky.

Po analýze získaného výstupního materiálu byly výsledné hodnoty vyjádřeny absolutní a relativní četností. Pro lepší přehlednost byly výsledky zobrazeny v tabulkách a grafech, které byly zpracovány v počítačovém programu Microsoft Word a Microsoft Excel verze 2007.

## 9.4 Statistické vyhodnocení dat

Údaje z dotazníku byly přepsány do programu MS Excel a dále statisticky zpracovány. U všech otázek byly spočítány četnosti odpovědí (absolutní, relativní).

Hypotézy byly ověřené pomocí testu dobré shody chí-kvadrát, kde testovacím kritériem je hodnota:

$$\chi^2 = \sum \frac{(P-O)^2}{O}$$

Vypočítaná hodnota  $\chi^2$  je testové kritérium chí-kvadrát (ukazatelem velikosti rozdílu mezi skutečností a nulovou hypotézou), P je pozorovaná četnost a O je očekávaná četnost. Očekávaná četnost je četnost, která odpovídá nulové hypotéze. Při rozhodování o platnosti nulové hypotézy se postupuje tak, že vypočítaná hodnota testového kritéria se srovná s tzv. kritickou hodnotou, kterou lze nalézt ve statistických tabulkách. Tímto testem bylo zjišťováno, zda je významný rozdíl mezi pozorovanými četnostmi a teoretickými očekávanými četnostmi (Chráska, 2007). Výsledky testování hypotéz jsou součástí Přílohy 9.

## 10 Výsledky výzkumu

### 10.1 Posouzení platnosti stanovených hypotéz

Ověřování hypotéz bylo provedeno pomocí Chí-kvadrát testu dobré shody.

**Hypotéza č. 1:** Více jak 60 % respondentek ví o riziku přenosu pohlavně přenosných nemocí z matky na dítě.

První hypotéza byla ověřována otázkou dotazníku č. 9, která je interpretována na straně 55. Ze statisticky zpracovaných údajů vyplývá, že většina (93,7 %) respondentek ví o riziku přenosu pohlavně přenosných nemocí z matky na dítě. Platnost hypotézy č. 1 potvrzujeme.

**Hypotéza č. 2:** Více jak 60 % respondentek považuje za nejspolehlivější ochranu před pohlavně přenosnými nemocemi používání kondomu.

Druhá hypotéza byla ověřována otázkou dotazníku č. 11, která je interpretována na straně 57. Ze statisticky zpracovaných údajů vyplývá, že většina (88,4 %) respondentek považuje používání kondomu za nejspolehlivější ochranu proti vzniku přenosu pohlavně přenosných nemocí. Platnost hypotézy č. 2 potvrzujeme.

**Hypotéza č. 3:** Více jak 60 % respondentek změnilo svůj přístup k ochraně před pohlavně přenosnými nemocemi v těhotenství.

Třetí hypotéza byla ověřována otázkou dotazníku č. 12, která je interpretována na straně 58. Ze statisticky zpracovaných údajů vyplývá, že většina (95,8 %) respondentek nezměnila svůj přístup během těhotenství k ochraně před pohlavně přenosnými nemocemi. Platnost hypotézy č. 3 nepotvrzujeme.

**Hypotéza č. 4:** Více jak 60 % respondentek považuje sexuální styk bez kondomu za nejčastější příčinu přenosu pohlavně přenosných nemocí.

Čtvrtá hypotéza byla ověřována otázkou dotazníku č. 15, která je interpretována na straně 62. Ze statisticky zpracovaných údajů vyplývá, že 34,7 % respondentek považuje sexuální styk bez kondomu za nejčastější příčinu přenosu pohlavně přenosných nemocí. Platnost hypotézy č. 4 nepotvrzujeme.

**Hypotéza č. 5:** Více jak 60 % těhotných žen je informováno o povinnosti podstoupit testy na prokázání pohlavně přenosných nemocí v těhotenství.

Pátá hypotéza byla prověřována otázkou dotazníku č. 18, která je interpretována na straně 66. Ze statisticky zpracovaných údajů vyplývá, že 68,4 % respondentek je informována o povinnosti podstoupit testy v těhotenství na prokázání pohlavně přenosných nemocí. Platnost hypotézy č. 5 potvrzujeme.

**Hypotéza č. 6:** Více jak 60 % respondentek souhlasí s možností informovat o prevenci pohlavně přenosných nemocí v rámci gynekologických preventivních prohlídek.

Šestá hypotéza byla prověřována otázkou dotazníku č. 17, která je interpretována na straně 65. Ze statisticky zpracovaných dat vyplývá, že 77,9 % respondentek souhlasí s možností informovat o prevenci pohlavně přenosných nemocí v rámci gynekologických preventivních prohlídek. Platnost hypotézy č. 6 potvrzujeme.

## **10.2 Charakteristika výzkumného vzorku**

Výzkumného šetření se celkem zúčastnilo 95 respondentek z kraje Vysočina. Dotazníky byly určeny pro ženy, které byly momentálně gravidní a mohly odpovědět na otázky týkající se prevence pohlavně přenosných nemocí v těhotenství.

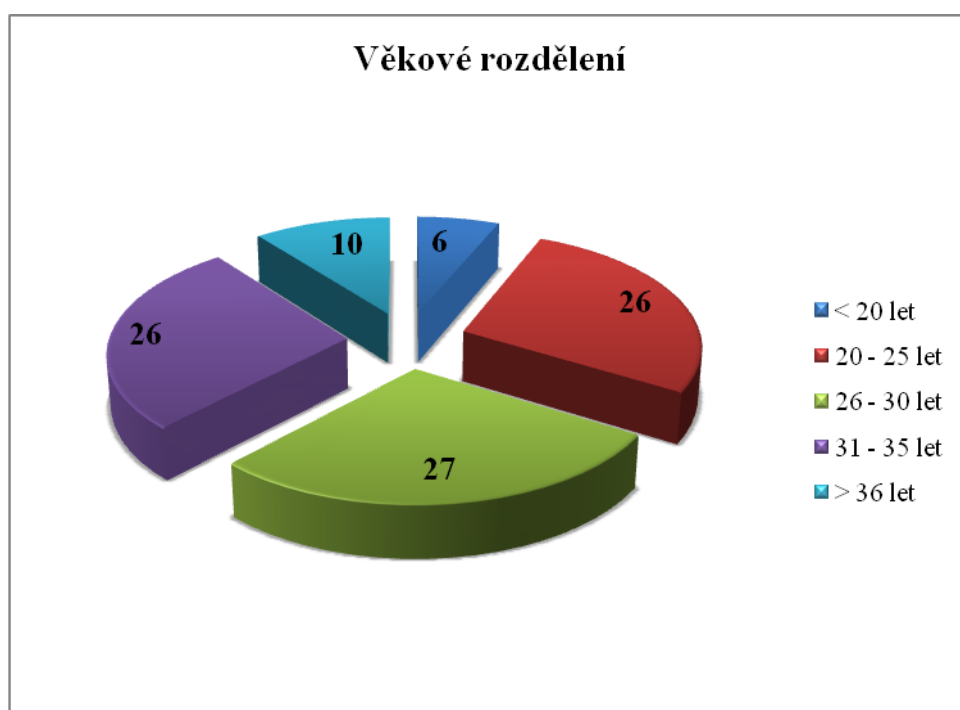
## **10.3 Analýza otázek z dotazníku**

### **Otázka č. 1 Do jaké věkové kategorie se řadíte?**

Největší množství tázaných žen patřilo do věkové skupiny 26 - 30 let, kterých bylo 27 (28,4 %). Druhá nejpočetnější skupina respondentek spadala do věkové hranice 31 - 35 let, kterých bylo 26 (27,4 %), stejně jako žen ve věku 20 - 25 bylo rovněž 26 (27,4 %). 10 dotázaných žen bylo starší jak 35 let, což činí 10,5 % z celkového množství dotázaných. Nejmenší skupinu tvořily ženy ve věku méně jak 20 let, kterých bylo 6 (6,3 %).

**Tabulka 1. Věkové rozdělení respondentek**

Věkové rozdělení	Četnost ( $n_i$ )	Relativní četnost ( $f_i$ %)
< 20	6	6,3
20 - 25	26	27,4
26 - 30	27	28,4
31 - 35	26	27,4
> 36	10	10,5
$\Sigma$	95	100,0



**Graf 1. Věkové rozdělení**

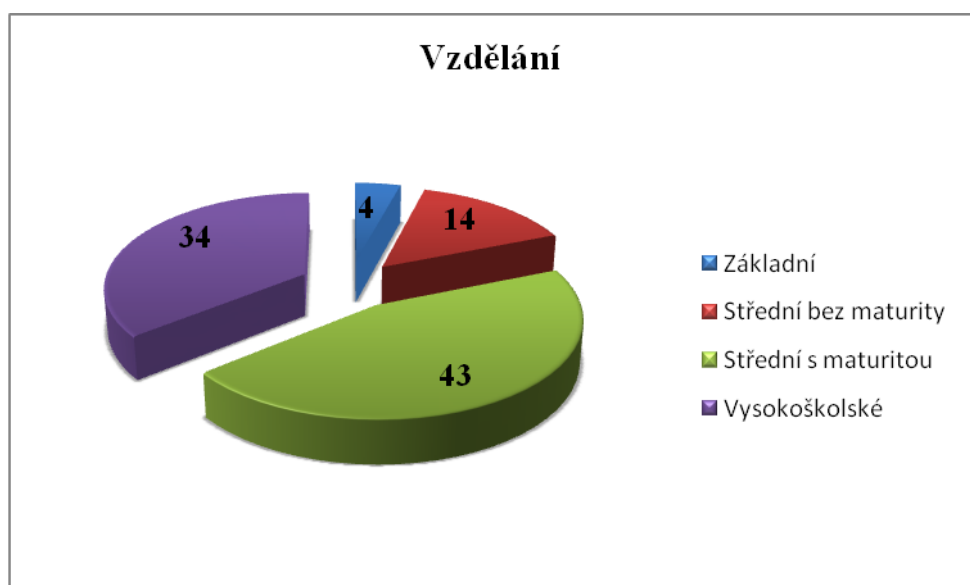
**Otázka č. 2 Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

Základní vzdělání uvedly 4 dotázané ženy, což činí 4,2 % z celkového počtu. 14 (14,7 %) respondentek uvedly střední vzdělání bez maturity. Nejpočetnější skupinu tvořily ženy se středním vzděláním s maturitou, kterých bylo 43 (45,3 %). Vysokoškolsky vzdělaných žen bylo 34 (35,8 %).



**Tabulka 2. Vzdělání respondentek**

Vzdělání	Četnost ( $n_i$ )	Relativní četnost ( $f_i$ %)
Základní	4	4,2
Střední bez maturity	14	14,7
Střední s maturitou	43	45,3
Vysokoškolské	34	35,8
$\Sigma$	95	100,0



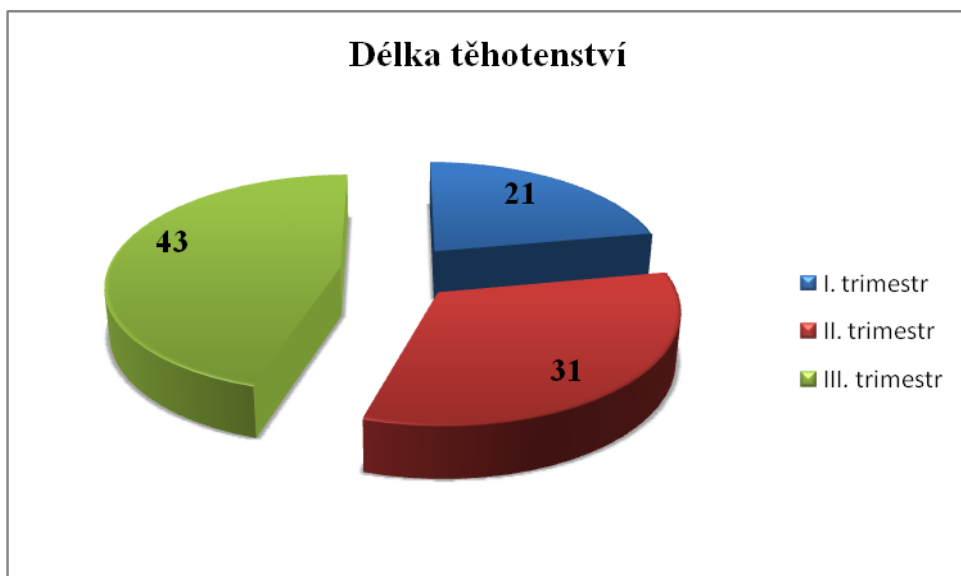
**Graf 2. Dosažené vzdělání**

**Otázka č. 3 V jakém stadiu těhotenství jste?**

Nejvíce dotázaných žen bylo ve III. trimestru těhotenství, kterých bylo 43 (45,3 %), 31 (32,6 %) žen bylo ve II. trimestru těhotenství a 21 (22,1 %) žen bylo v I. trimestru těhotenství.

**Tabulka 3. Délka těhotenství**

Délka těhotenství	Četnost ( $n_i$ )	Relativní četnost ( $f_i$ %)
I. trimestr	21	22,1
II. trimestr	31	32,6
III. trimestr	43	45,3
$\Sigma$	95	100,0



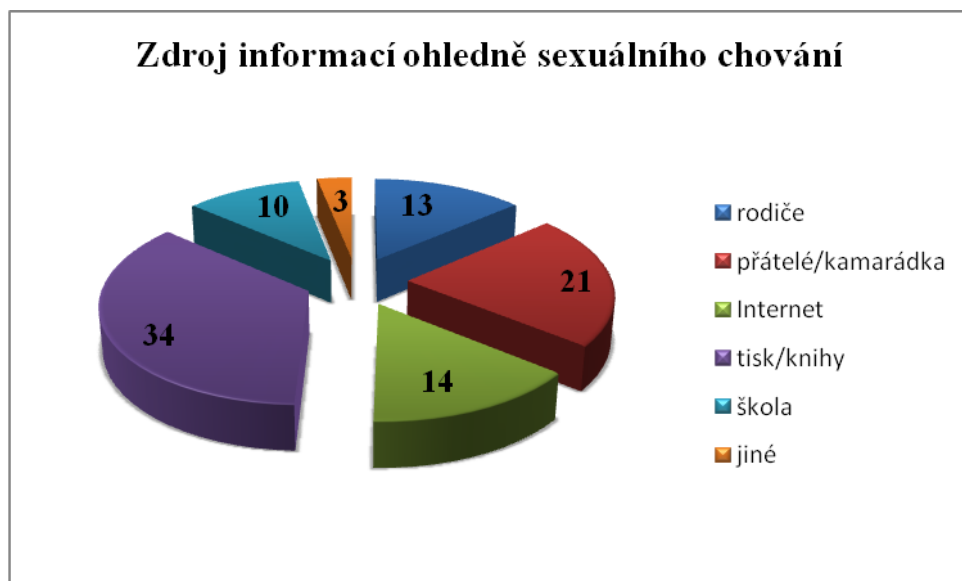
**Graf 3. Délka těhotenství**

**Otázka č. 4 Z jakého zdroje jste nejčastěji získávala informace ohledně sexuálního chování?**

Největší skupinu tvořily ženy, které se informovaly ohledně sexuálního života z knih nebo z tisku, kterých bylo 34 (35,8 %). 21 (22,1 %) žen získalo informace od kamarádek nebo přátel. Internet byl zdrojem informací pro 14 (14,7 %) žen. Rodiče byli zdrojem informací pro 13 (13,7 %) žen. 10 (10,5 %) respondentek uvedlo jako zdroj informací školu. Možnost jiné zvolily 3 (3,2 %) ženy. Jedna uvedla, že informace ohledně sexuálního chování aktivně nevyhledávala, další uvedla, že informace získala od doktora a poslední žena uvedla, že informace získala během života ze zkušeností.

**Tabulka 4. Zdroj informací ohledně sexuálního chování**

<b>Sexuální výchova</b>	<b>Četnost (<math>n_i</math>)</b>	<b>Relativní četnost (<math>f_i</math> %)</b>
rodiče	13	13,7
přátelé/kamarádka	21	22,1
internet	14	14,7
tisk/knihy	34	35,8
škola	10	10,5
jiný	3	3,2
$\Sigma$	95	100,0



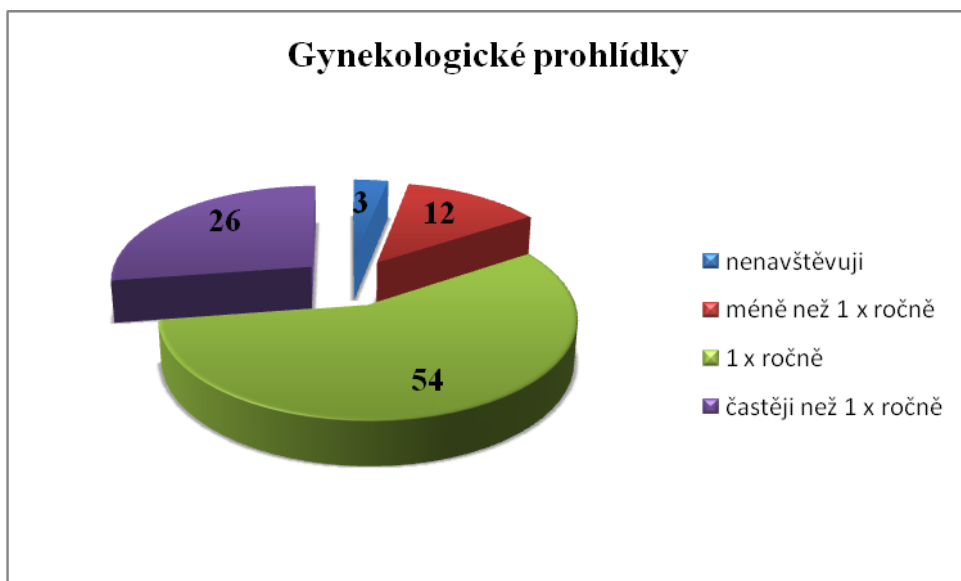
**Graf 4. Zdroj informací ohledně sexuálního chování**

**Otázka č. 5 Jak často navštěvujete gynekologa mimo období těhotenství?**

Nejpočetnější skupinu tvořily respondentky, které navštěvují gynekologickou ambulanci 1 x ročně, kterých bylo 54 (56,8 %). Častěji než 1 x ročně navštíví gynekologa 26 (27,4 %) žen, 12 (12,6 %) žen uvedlo četnost méně jak 1 x ročně. 3 (3,2 %) respondentky uvedly, že nenavštěvují gynekologa vůbec.

**Tabulka 5. Četnost návštěv gynekologické ordinace**

Návštěvy u gynekologa	Četnost ( $n_i$ )	Relativní četnost ( $f_i$ %)
nenavštěvuji	3	3,2
méně než 1 x ročně	12	12,6
1 x ročně	54	56,8
častěji než 1 x ročně	26	27,4
$\Sigma$	95	100,0



**Graf 5. Četnost gynekologických prohlídek**

**Otázka č. 6 Uved'te, co si představujete pod pojmem pohlavně přenosné nemoci.**

Nejvíce 59 (62,1 %) žen zvolilo možnost nemoci přenášené převážně pohlavním stykem. 29 (30,5 %) respondentek si představuje pod pojmem pohlavně přenosné nemoci choroby, které jsou přenášeny pouze pohlavním stykem. 4 (4,2 %) respondentky zvolily možnost nemoci přenášené pouze krví, 2 (2,1 %) ženy si vybraly možnost nemoci přenášené pohlavním stykem pouze mezi homosexuály a jedna žena odpověděla, že neví.

**Tabulka 6. Definice pohlavně přenosné nemoci**

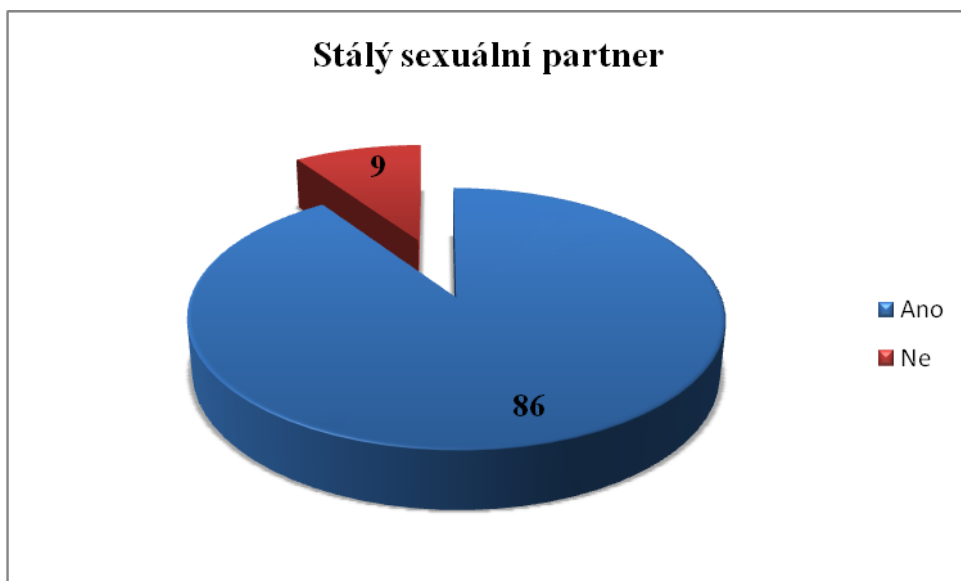
<b>Pohlavně přenosné nemoci</b>	<b>Četnost (<math>n_i</math>)</b>	<b>Relativní četnost (<math>f_i</math> %)</b>
nemoci přenášené pouze pohlavním stykem	29	30,5
nemoci přenášené krví	4	4,2
nemoci přenášené pohlavním stykem pouze mezi homosexuály	2	2,1
nemoci přenášené převážně pohlavním stykem	59	62,1
nevím	1	1,1
$\Sigma$	95	100,0

**Otázka č. 7 Máte stálého sexuálního partnera?**

Respondentek, které mají stálého sexuálního partnera bylo 86 (90,5 %), 9 (9,5 %) žen uvedlo, že nemá stálého sexuálního partnera.

**Tabulka 7. Stálý sexuální partner**

<b>Stálý partner</b>	<b>Četnost (<math>n_i</math>)</b>	<b>Relativní četnost (<math>f_i</math> %)</b>
Ano	86	90,5
Ne	9	9,5
$\Sigma$	95	100,0



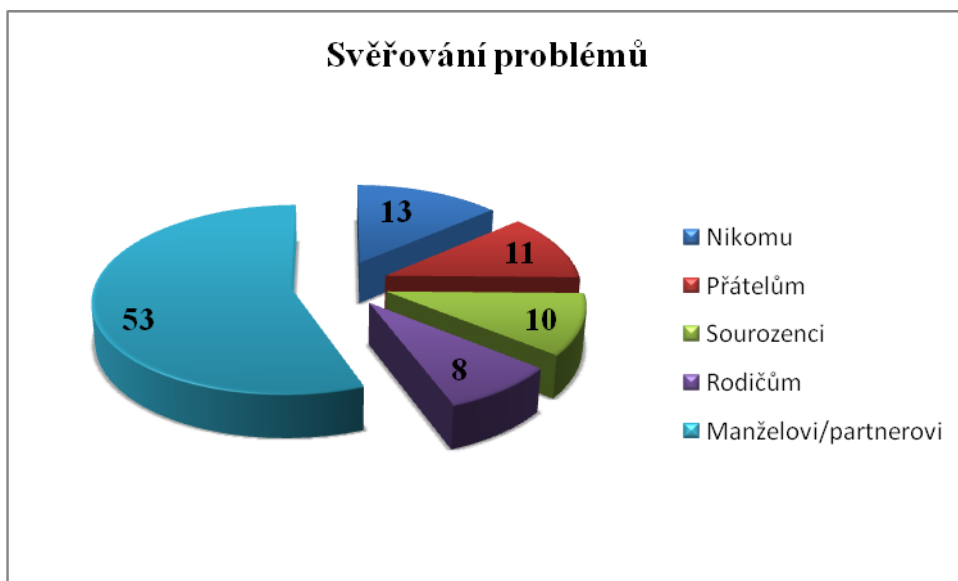
**Graf 6. Stálý sexuální partner**

**Otázka č. 8 Komu se nejčastěji svěřujete se svými problémy?**

Nejčastěji se respondentky svěřují se svými problémy manželovi případně partnerovi, tuto odpověď zvolilo 53 respondentek (55,8 %), druhá nejčastější volba byla nikomu, možnost zvolilo 13 dotázaných (13,7 %). Rodičům se svěřuje 8 (8,4 %) respondentek, 10 (10,5 %) respondentek se svěřuje svému sourozenci. 11 (11,6 %) respondentek zvolilo možnost svěřování svých problémů přátelům.

**Tabulka 8. Komu se respondentky svěřují se svými problémy**

Svěřování problémů	Četnost ( $n_i$ )	Relativní četnost ( $f_i$ %)
Nikomu	13	13,7
Přátelům	11	11,6
Sourozenci	10	10,5
Rodičům	8	8,4
Manželovi/partnerovi	53	55,8
$\Sigma$	95	100,0



**Graf 7. Svěřování problémů**

**Otázka č. 9 Myslíte si, že je možný přenos pohlavně přenosných nemocí z matky na dítě?**

Ženy, které uvedly, že je možný přenos pohlavně přenosných nemocí z matky na dítě bylo 89 (93,7 %). Jedna (1 %) žena uvedla, že přenos možný není a 5 (5,3 %) respondentek zvolilo možnost nevím.

**Tabulka 9. Přenos nemocí z matky na dítě**

Přenos z matky na dítě	Četnost ( $n_i$ )	Relativní četnost ( $f_i$ %)
Ano	89	93,7
Ne	1	1,0
Nevím	5	5,3
$\Sigma$	95	100,0



**Graf 8. Přenos nemoci z matky na dítě**

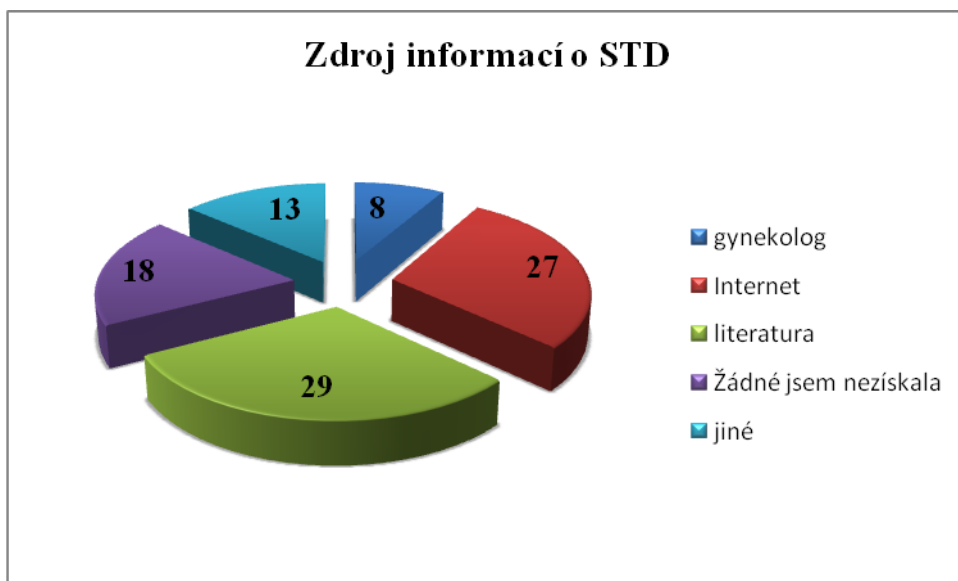
**Otázka č. 10 Kde jste získala základní informace o pohlavně přenosných nemocech?**

Nejpočetnější skupinu tvořily ženy, které získaly základní informace o pohlavně přenosných nemocech z literatury, kterých bylo 29 (30,6 %). Druhým nejčastějším zdrojem informací byl internet, tuto možnost zvolilo 27 (28,4 %) žen. Respondentek, které uvedly, že žádné informace nezískaly bylo 18 (18,9 %). 8 (8,4 %) žen získalo uvedené informace od gynekologa a 13 (13,7 %) žen zvolilo jako možnost jiný zdroj, kde 7 žen uvedlo školu, 1 žena zvolila jako zdroj informací časopis, 3 respondentky se příslušné informace dozvěděly při studiu na vysoké škole a 2 respondentky jako zdroj informací uvedly kamarádku.

**Tabulka 10. Informace o pohlavně přenosných nemocech**

<b>Informace</b>	<b>Četnost (n<sub>i</sub>)</b>	<b>Relativní četnost (f<sub>i</sub> %)</b>
gynekolog	8	8,4
Internet	27	28,4
literatura	29	30,6
Žádné jsem nezískala	18	18,9
jiné	13	13,7
Σ	95	100,0





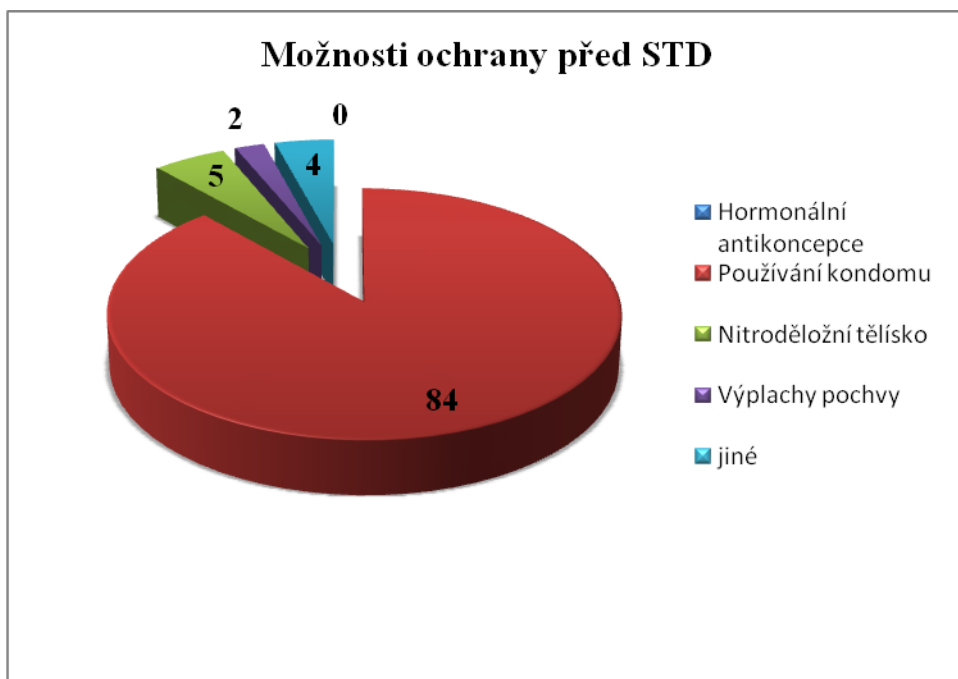
**Graf 9. Zdroj informací o STD**

**Otázka č. 11 Jakým způsobem je možné se chránit před pohlavně přenosnými nemocemi?**

Z uvedených možností nejvíce respondentek vybralo možnost používání kondomu, kterých bylo 84 (88,4 %). Nitroděložní tělíčko si jako ochranu před pohlavně přenosnými nemocemi vybralo 5 (5,3 %) žen, 2 (2,1 %) respondentky uvedly jako možnost ochrany provádění výplachů pochvy a 4 (4,2 %) ženy zvolily možnost jiné, kde uvedly ve dvou případech sexuální abstinenci a ve dvou případech odpověď nevím.

**Tabulka 11. Ochrana před pohlavně přenosnými nemocemi**

Možnosti ochrany	Četnost ( $n_i$ )	Relativní četnost ( $f_i$ %)
hormonální antikoncepce	0	0,0
používání kondomu	84	88,4
nitroděložní tělíčko	5	5,3
výplachy pochvy	2	2,1
jiné	4	4,2
$\Sigma$	95	100,0



**Graf 10. Možnosti ochrany před STD**

**Otázka č. 12 Změnil se u Vás v těhotenství nějakým způsobem přístup k ochraně před pohlavně přenosnými nemocemi? Pokud ano, napište jak.**

Většina 91 (95,8 %) dotázaných žen uvedla, že se jejich přístup k pohlavně přenosným nemocem v těhotenství nezměnil. Pouze 4 (4,2 %) ženy uvedly, že svůj přístup k pohlavně přenosným nemocem změnila a to tak, že 2 ženy uvedly, že jsou opatrnější, jedna žena uvedla, že má stálého sexuálního partnera a 1 respondentka napsala, že se snaží chránit před infekcemi.

**Tabulka 12. Přístup k pohlavně přenosným nemocem v těhotenství**

Přístup v těhotenství	Četnost (n <sub>i</sub> )	Relativní četnost (f <sub>i</sub> %)
Ano	4	4,2
Ne	91	95,8
Σ	95	100,0



**Graf 11. Změna přístupu v těhotenství**

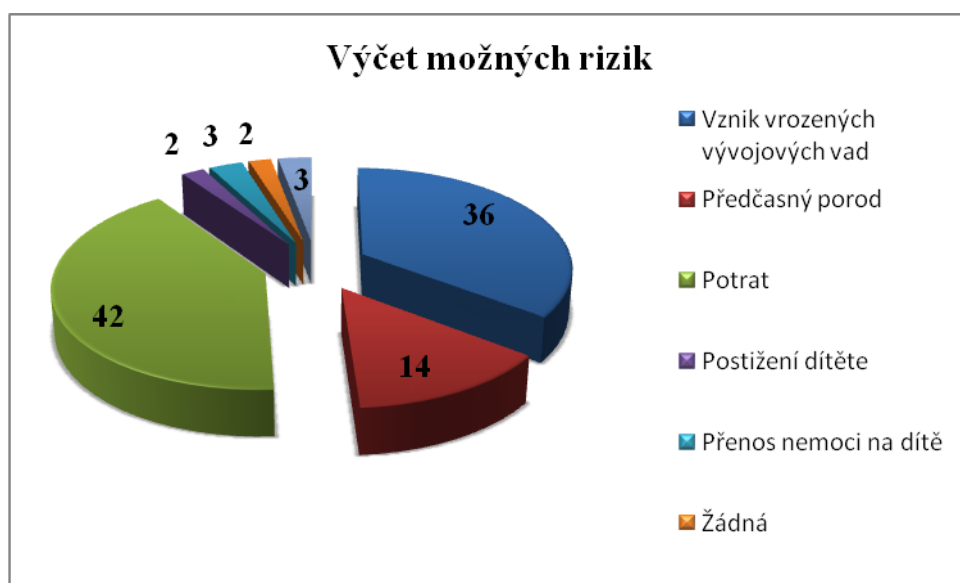
**Otázka č. 13 Jaké riziko může představovat pohlavně přenosná nemoc pro Vaše těhotenství a nenarozené dítě?**

Respondentky uvedly nejčastěji potrat jako riziko pohlavně přenosných nemocí pro svoje těhotenství a nenarozené dítě a to celkem 42 (44,21 %) dotázaných žen. Vznik vrozených vývojových vad uvedlo 36 (37,89 %) respondentek. Předčasný porod považovalo za riziko 14 (14,74 %) žen, možné postižení dítěte uvedly 2 (2,11 %) ženy, přenos nemoci na dítě uvedly 3 (3,16 %) ženy. 2 (2,11 %) respondentky odpověděly, že pohlavně přenosná onemocnění nepředstavují žádná rizika pro těhotenství a nenarozené dítě a 3 (3,16 %) ženy odpověděly, že neví.

**Tabulka 13. Rizika pro těhotnou ženu a její nenarozené dítě**

Možná rizika	Četnost ( $n_i$ )	Relativní četnost ( $f_i$ %)
Vznik VVV	36	37,9
Předčasný porod	14	14,7
Potrat	42	44,2
Postižení dítěte	2	2,1
Přenos nemoci na dítě	3	3,2
Žádná	2	2,1
Nevím	3	3,2
$\Sigma$	102	107,4

*Pozn.: Celková kumulativní četnost je vyšší než 100, protože respondentky mohly uvádět více variant odpovědí.*



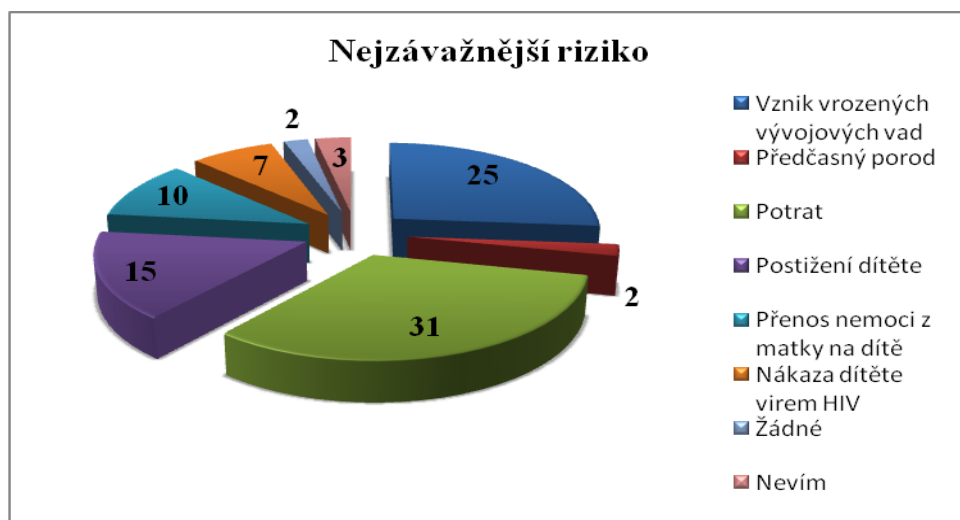
**Graf 12. Výčet možných rizik**

#### Otázka č. 14 Které riziko osobně považujete za nejzávažnější?

Největší počet 31 (32,6 %) respondentek považuje za nejzávažnější riziko pohlavně přenosných chorob potrat. Vznik vrozených vývojových vad považuje za největší riziko 25 (26,3 %) dotázaných žen. 15 (15,8 %) respondentek uvedlo jako nejzávažnější riziko možné postižení dítěte. Přenos nemoci z matky na dítě uvedlo 10 (10,5 %) respondentek. Nákaza virem HIV je největší riziko pro 7 (7,4 %) žen. Předčasný porod považují 2 (2,1 %) ženy za největší riziko pohlavně přenosných nemocí. Nevím zvolily jako svou odpověď 3 (3,2 %) ženy a 2 (2,1 %) respondentky nepovažují žádné riziko za nejzávažnější.

Tabulka 14. Nejzávažnější riziko

Nejzávažnější riziko	Četnost ( $n_i$ )	Relativní četnost ( $f_i$ %)
Vznik VVV	25	26,3
Předčasný porod	2	2,1
Potrat	31	32,6
Postižení dítěte	15	15,8
Přenos nemoci z matky na dítě	10	10,5
Nákaza dítěte virem HIV	7	7,4
Žádné	2	2,1
Nevím	3	3,2
$\Sigma$	95	100,0



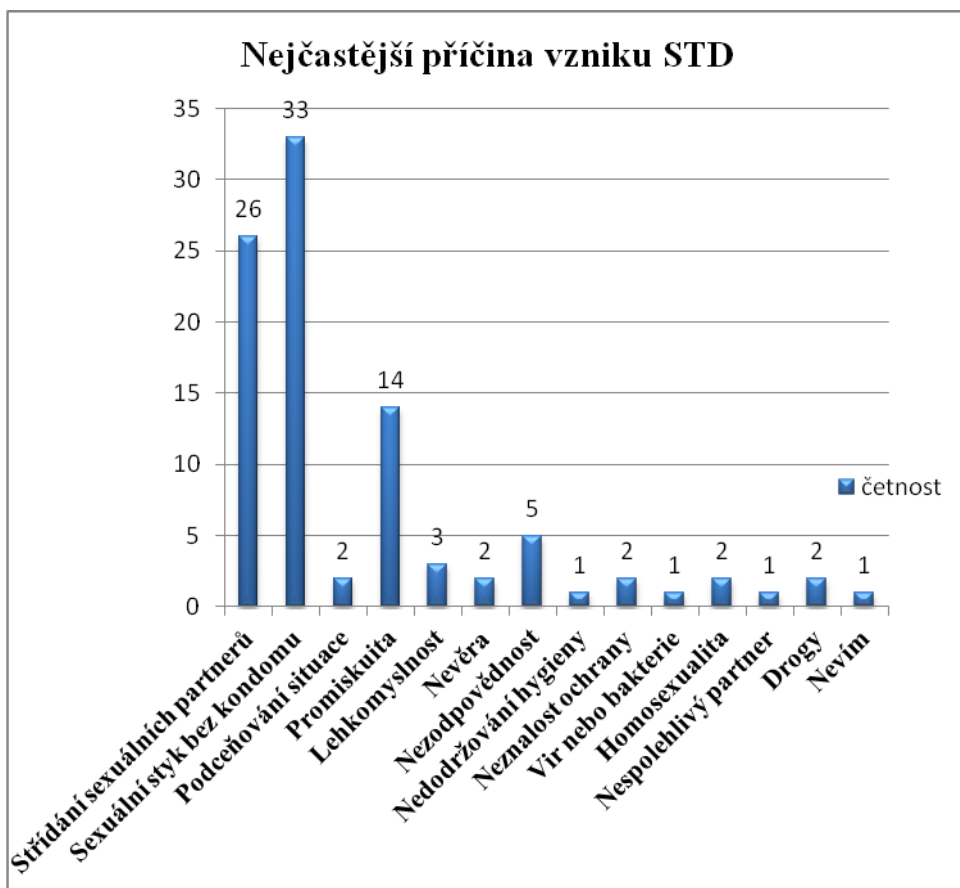
Graf 13. Nejzávažnější riziko

**Otázka č. 15 Co považujete za nejčastější příčinu vzniku pohlavně přenosných nemocí?**

Za nejčastější příčinu vzniku pohlavně přenosných nemocí považuje 33 (34,7 %) dotázaných žen sexuální styk bez použití kondomu. Časté střídání sexuálních partnerů je nejčastějším rizikem vzniku pohlavně přenosných nemocí pro 26 (27,4 %) respondentek. Jako nejčastější příčinu promiskuity uvedlo 14 (14,7 %) dotázaných žen a 5 (5,2 %) respondentek uvedlo celkově nezodpovědnost. Jako nejčastější příčinu vzniku pohlavně přenosných nemocí uvedly 2 (2,1 %) respondentky důvod podceňování situace, nevěru, neznalost ochrany, homosexualitu a drogy. Lehkomyšlnost je nejčastější příčinou pro 1 (1,1 %) dotázanou ženu stejně jako nedodržování hygieny pro 1 dotázanou ženu. Vir nebo bakterie uvedla také 1 respondentka stejně jako nespolehlivý partner v případě 1 dotázané ženy. Odpověď nevím uvedla 1 respondentka.

**Tabulka 15. Nejčastější příčina vzniku pohlavně přenosných nemocí**

Nejčastější příčina vzniku	Četnost ( $n_i$ )	Relativní četnost ( $f_i$ %)
Střídání sexuálních partnerů	26	27,4
Sexuální styk bez kondomu	33	34,7
Podceňování situace	2	2,1
Promiskuita	14	14,7
Lehkomyšlnost	3	3,1
Nevěra	2	2,1
Nezodpovědnost	5	5,2
Nedodržování hygieny	1	1,1
Neznalost ochrany	2	2,1
Vir nebo bakterie	1	1,1
Homosexualita	2	2,1
Nespolehlivý partner	1	1,1
Drogy	2	2,1
Nevím	1	1,1
$\Sigma$	95	100,0



Graf 14. Nejčastější příčina vzniku STD

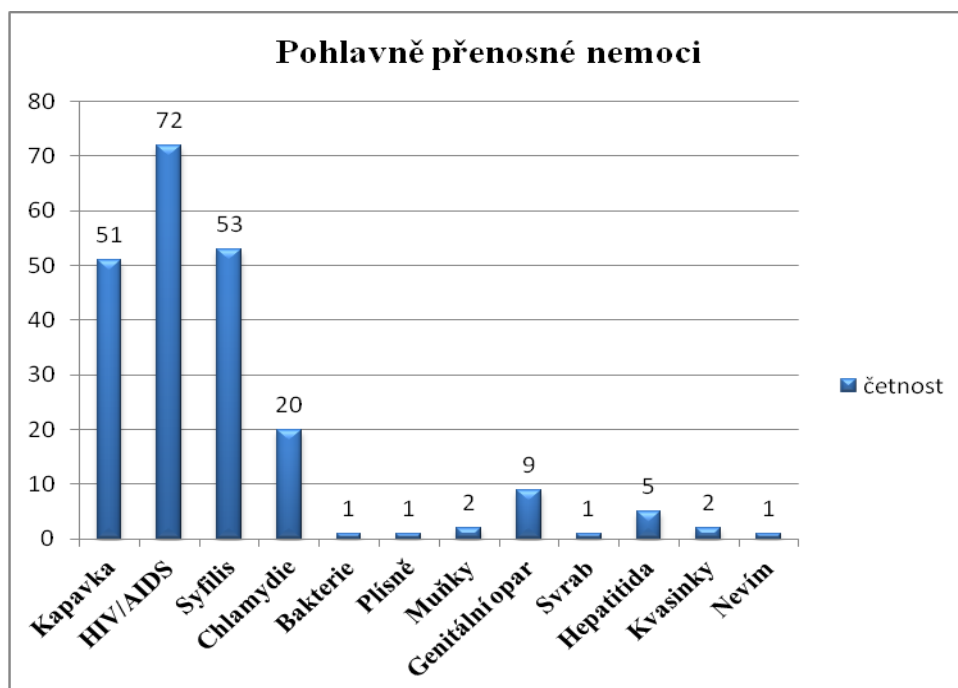
**Otázka č. 16 Které pohlavně přenosné nemoci znáte?**

V této otázce měly respondentky možnost uvést více odpovědí. Nejčastěji uváděné odpovědi byly HIV/AIDS, syfilis a kapavka. Dále respondentky uvedly chlamydie, genitální opar, hepatitidu, kvasinky, svrab, muňky, plísňe, bakterie. Jedenkrát byla odpověď nevím.

Tabulka 16. Pohlavně přenosné nemoci

Pohlavně přenosné nemoci	Četnost ( $n_i$ )	Relativní četnost ( $f_i$ %)
Kapavka	51	53,7
HIV/AIDS	72	75,8
Syfilis	53	55,8
Chlamydie	20	20,1
Bakterie	1	1,1
Plísně	1	1,1
Muňky	2	2,1
Genitální opar	9	9,5
Svrab	1	1,1
Hepatitida	5	5,3
Kvasinky	2	2,1
Nevím	1	1,1
$\Sigma$	218	228,8

Pozn.: Celková kumulativní četnost je vyšší než 100, protože respondentky mohly uvádět více variant odpovědí.



Graf 15. Výčet pohlavně přenosných nemocí

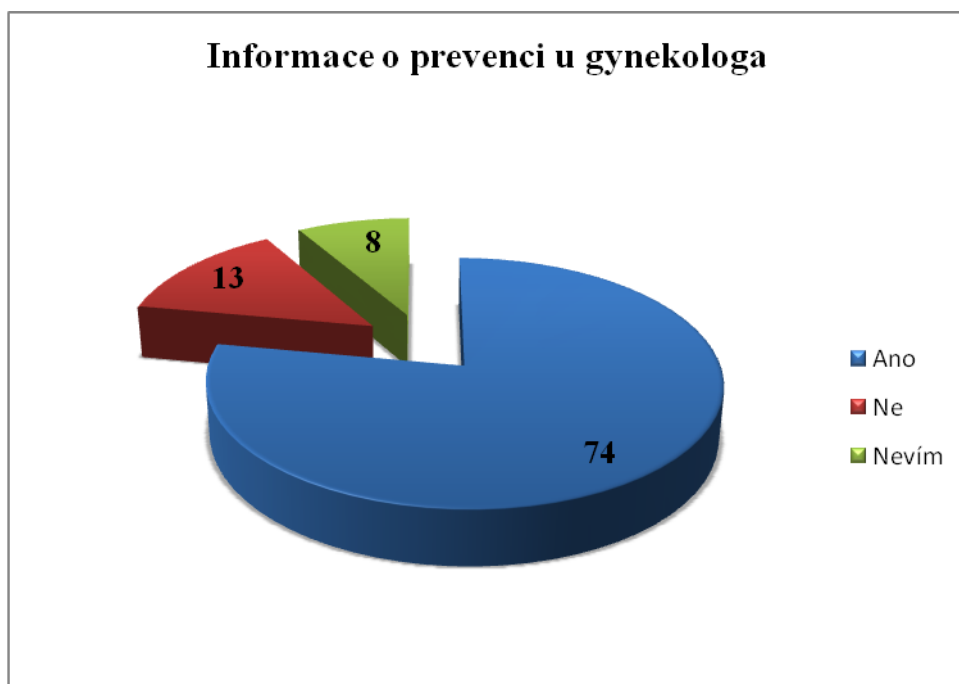


**Otázka č. 17 Měl by gynekolog informovat své pacientky o prevenci pohlavně přenosných nemocí v rámci preventivních prohlídek?**

S tím, že by gynekolog měl informovat své pacientky o rizicích a prevenci pohlavně přenosných chorobách souhlasí 74 (77,9 %) respondentek. Opačný názor mělo 13 (13,7 %) dotázaných žen a 8 (8,4 %) žen uvedlo, že neví.

**Tabulka 17. Informace v rámci preventivních gynekologických prohlídek**

Informace o prevenci	Četnost ( $n_i$ )	Relativní četnost ( $f_i$ %)
Ano	74	77,9
Ne	13	13,7
Nevím	8	8,4
$\Sigma$	95	100,0



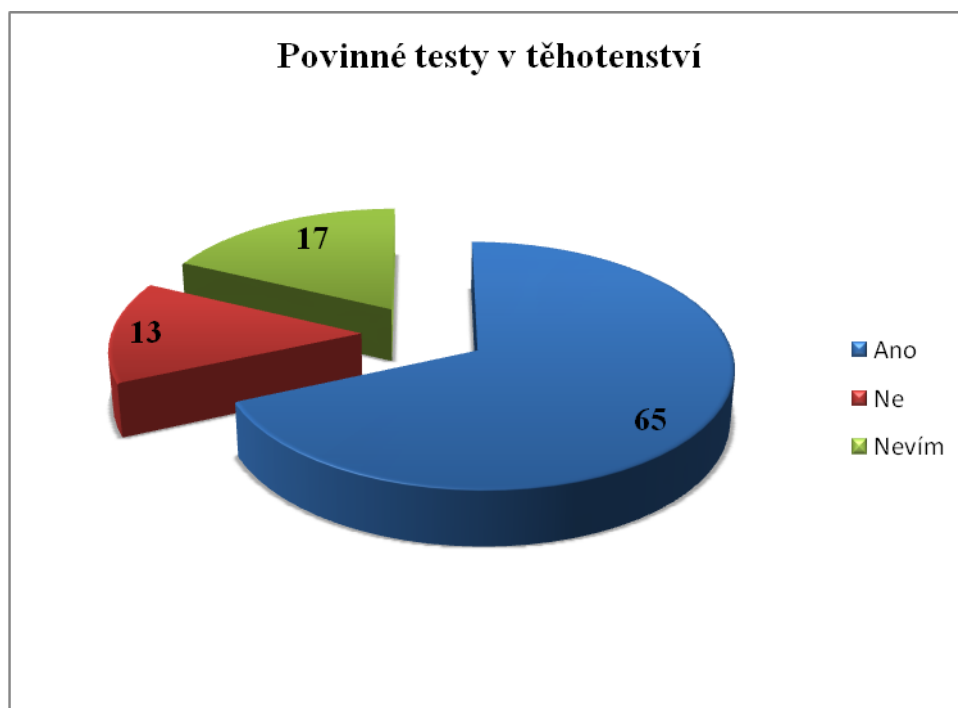
**Graf 16. Informace o prevenci u gynekologa**

### Otázka č. 18 Jsou podle Vás testy na pohlavně přenosné choroby povinné v těhotenství?

Podle většiny dotázaných žen jsou testy na přítomnost pohlavně přenosných nemocí povinné v těhotenství, tuto možnost uvedlo 65 (68,4 %) respondentek, opačný názor mělo 13 (13,7 %) dotázaných žen. Odpověď nevím zvolilo 17 (17,9 %) respondentek.

Tabulka 18. Testy na pohlavně přenosné choroby v těhotenství

Testy v těhotenství	Četnost ( $n_i$ )	Relativní četnost ( $f_i$ %)
Ano	65	68,4
Ne	13	13,7
Nevím	17	17,9
$\Sigma$	95	100,0



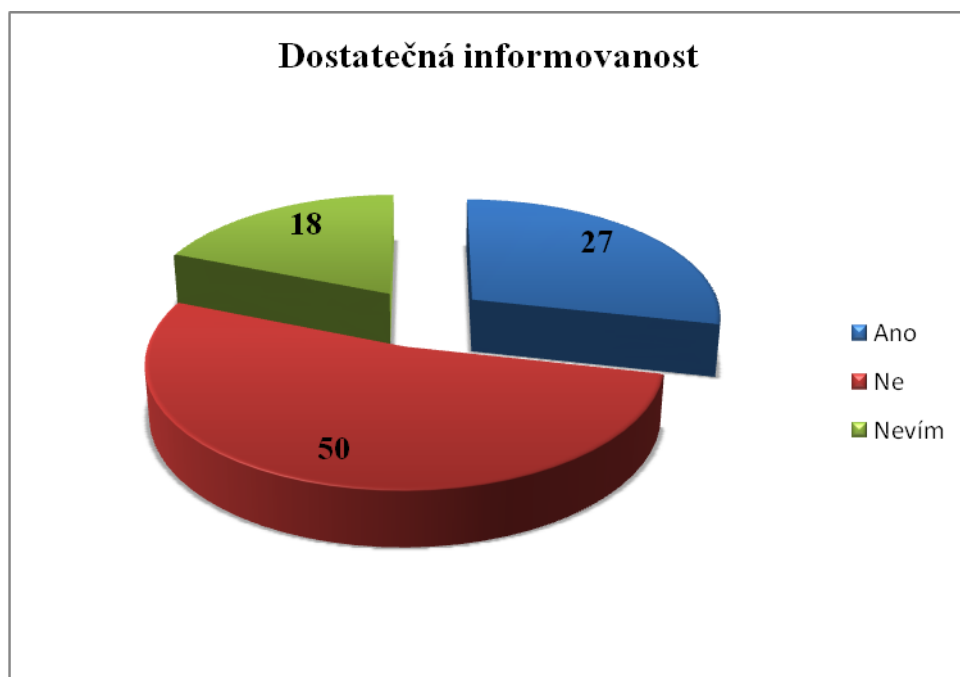
Graf 17. Povinné testy v těhotenství

**Otázka č. 19 Myslíte si, že jsou těhotné ženy dostatečně informované o riziku pohlavně přenosných chorobách?**

Většina 50 (52,6 %) respondentek se domnívá, že těhotné ženy nejsou dostatečně informované o rizicích pohlavně přenosných nemocí, opačný názor mělo 27 (28,5 %) dotázaných. Možnost nevím uvedlo 18 (18,9 %) žen.

**Tabulka 19. Informovanost těhotných žen o riziku pohlavně přenosných chorob**

Dostatečná informovanost	Četnost ( $n_i$ )	Relativní četnost ( $f_i$ %)
Ano	27	28,5
Ne	50	52,6
Nevím	18	18,9
$\Sigma$	95	100,0



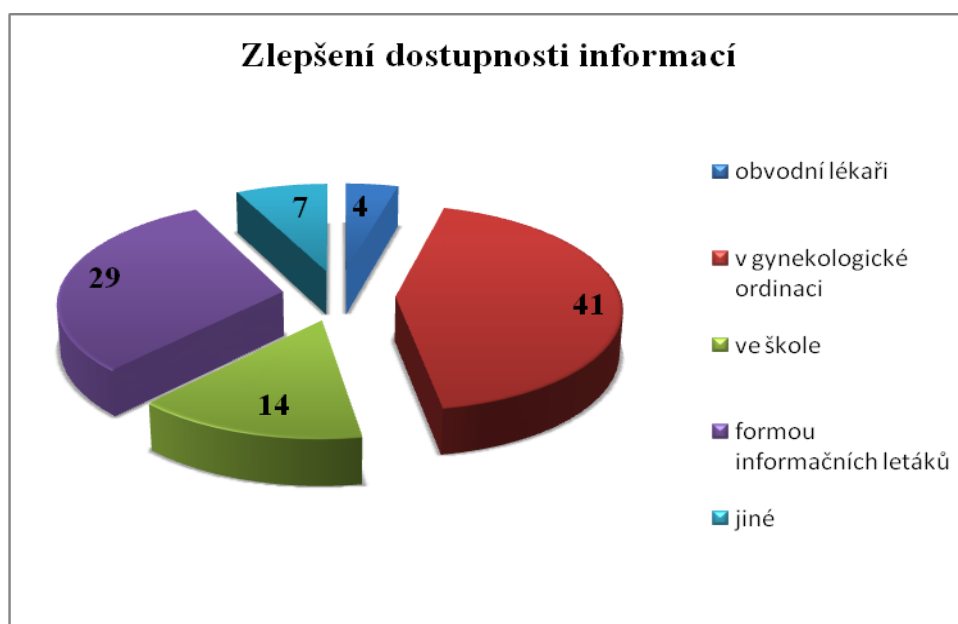
**Graf 18. Dostatečná informovanost o STD**

**Otázka č. 20 Kde by se oblast kvality informací ohledně pohlavně přenosných nemocí měla zlepšit?**

Celkem 41 (43,2 %) respondentek uvedlo, že by se měla zlepšit informovanost o pohlavně přenosných nemocech v gynekologických ordinacích. Možnost zlepšení dostupnosti informací formou informačních letáků zvolilo 29 (30,5 %) respondentek. Lepší informovanost ve škole by uvítalo 14 (14,7 %) dotázaných a 4 (4,2 %) respondentky zvolily možnost zlepšení dostupnosti informací u obvodních lékařů. Možnost zlepšení kvality dostupných informací v jiné oblasti zvolilo 7 (7,4 %) respondentek, z nichž 3 dotázané ženy uvedly média, 2 ženy uvedly předporodní kurzy a jedna respondentka odpověděla, že neví.

**Tabulka 20. Zlepšení dostupnosti informací**

Dostupnost informací	Četnost ( $n_i$ )	Relativní četnost ( $f_i$ %)
obvodní lékaři	4	4,2
v gynekologické ordinaci	41	43,2
ve škole	14	14,7
formou informačních letáků	29	30,5
jiné	7	7,4
$\Sigma$	95	100,0



**Graf 19. Oblast zlepšení dostupnosti informací**

## **10.4 Návrh edukačního kurzu**

Výsledky výzkumného šetření byly inspirací pro vytvoření návrhu edukačního kurzu pro těhotné ženy. V dnešní době lze informace ohledně prevenci pohlavně přenosných chorob čerpat z odborných knih, na internetu, od kamarádek, přátel, což byly uvedené zdroje dotázaných respondentek. Od gynekologa však získalo informace jen velmi malé procento (8,4 %) žen. V našem výzkumu jsme se tázali žen, zda si myslí, že jsou dostatečně informované o riziku pohlavně přenosných nemocí. Ve sledovaném vzorku mělo pouze 28,5 % žen dostatek informací. Celkem 50 (52,6 %) dotázaných žen uvedlo, že nejsou dostatečně informované o pohlavně přenosných chorobách. Je patrné, že ženy nejsou dostatečně informované o dané problematice. Důležitá otázka je také ta, zda ženy umí se získanými informacemi pracovat. Z výše uvedených důvodů byla pro edukační činnost zvolena forma jednodenního kurzu s přednáškou. Kurz povede porodní asistentka. Z didaktického hlediska jde o vhodnější typ edukace než například informační brožura.

### **Průběh kurzu**

Kurz se bude konat v prostorách, které jsou přizpůsobené pro vedení předporodních kurzů. Náplní kurzu bude prevence pohlavně přenosných nemocí v těhotenství. Začátek bude v 9:00 hodin a předpokládaný konec bude ve 13:00 hodin. Kurz je určen pro ženy, které se chystají otěhotnět a těhotné ženy bez ohledu na jejich délku těhotenství. Maximální počet školených žen je 20. Propagační informační leták je součástí Přílohy 2 této práce.

### **Příprava kurzu**

Byla vypracována podrobná písemná příprava kurzu podle S. Ryse. Tento typ přípravy nám zajistí důkladnou přípravu pro hladký průběh kurzu (Kalhous, 2002). Přednáška bude doplněna o praktické obrázky onemocnění, příběhy těhotných žen, které prodělaly pohlavně přenosná onemocnění, součástí bude také diskuze. V průběhu přednášky budou ženy různými způsoby aktivizovány a motivovány. Například vhodnými otázkami nebo možnostmi přispět svými vlastními zkušenostmi. Po celou dobu kurzu bude přítomna porodní asistentka, která bude kurz realizovat. Cílem kurzu je, aby si ženy domů odnesly co nejvíce informací, ale i zkušeností, které mohou být pro ně přínosné a poučné. Přínosem absolvovaného kurzu mohou být i nově navázaná přátelství.

## **Podrobná příprava kurzu**

### **Jednodenní kurz - prevence pohlavně přenosných nemocí**

#### **1.) Zaměření kurzu:**

- klasické pohlavně přenosné nemoci + nejčastěji se vyskytující pohlavně přenosné nemoci
- vliv vybraných pohlavně přenosných nemocí na těhotenství a vývoj plodu
- screeningové vyšetřování těhotných na pohlavně přenosné nemoci
- dispenzarizace a právní aspekty
- prevence pohlavně přenosných nemocí

#### **2.) Pro koho je kurz určen:**

- těhotné ženy
- ženy, které plánují těhotenství

#### **3.) Cíle kurzu**

##### **Kognitivní**

- žena umí vyjmenovat klasické pohlavně přenosné choroby
- žena dokáže vlastními slovy popsat příčinu vzniku pohlavně přenosných nemocí
- žena dokáže popsat jaká jsou preventivní opatření proti vzniku pohlavně přenosných nemocí

##### **Afektivní**

- žena chápe význam prevence proti pohlavně přenosným nemocem
- žena zaujme kladný postoj ke zdravému životnímu stylu
- žena si uvědomuje důležitost ochrany při pohlavním styku

##### **Psychomotorické**

- žena dokáže aplikovat získané vědomosti do svého života
- žena dokáže správně používat kondom

#### **4.) Obsah kurzu:**

##### **Klasické pohlavní choroby + nejčastěji se vyskytující - 45 minut**

- syfilis, měkký vřed, čtvrtá pohlavní nemoc, kapavka, pátá pohlavní nemoc, HIV/AIDS, chlamydiové infekce - výskyt, příznaky, diagnostika, léčba
- obrazové ukázky jednotlivých příznaků onemocnění

##### **Screeningové vyšetřování těhotných na pohlavně přenosné choroby - 45 minut**

- testování těhotných na syfilis, testování těhotných na přítomnost viru HIV, testování těhotných na kapavku, testování těhotných na chlamydiové infekce

##### **Specifika pohlavně přenosných nemocí v těhotenství - 45 minut**

- kongenitální syfilis, HIV pozitivita plodu a novorozence, vliv chlamydiové infekce na plod a novorozence, vliv kapavky na plod a novorozence
- aktuální informace o výskytu pohlavně přenosných nemocí v těhotenství získané z Ústavu zdravotnických informací a statistiky

##### **Právní aspekty, dispenzarizace - 20 minut**

- ohlašovací povinnost, co je to dispenzarizace, jak probíhá, kde se hlásit v případě nakažení pohlavně přenosnou nemocí, seznam specializovaných center v ČR pro HIV pozitivní pacienty

##### **Prevence pohlavně přenosných nemocí - 60 minut**

- strategie prevence, bezpečný sexuální život, mýty o vhodné ochraně, význam edukace
- ukázka dostupných informačních materiálů
- příběhy žen, které onemocněly pohlavně přenosnou nemocí v těhotenství

## **5.) Edukační metody a formy**

Metoda slovní - přednáška, diskuze, práce s textem

Metoda názorně demonstrační - předvádění, pozorování

Aktivizující metoda - diskuze

Forma - hromadná, frontální

## **6.) Pomůcky**

- počítač, dataprojektor

- tabule, psací potřeby

- informační materiály

## **7.) Organizace kurzu**

- místnost, kde probíhají předporodní kurzy

- počet účastníku: 15 - 20

- doba trvání kurzu: 9:00 - 13:00

- v průběhu kurzu budou 3 x 10 minutové pauzy

- bude zajištěno malé občerstvení



## 11 Diskuze

Tato diplomová práce je příspěvkem ke zvýšení informovanosti týkající se problematiky prevence pohlavně přenosných nemocí v těhotenství. Hlavním záměrem práce je podat podrobnou a komplexní informaci týkající se pohlavně přenosných nemocí v těhotenství a možnostech prevence.

Chápeme, že výsledky šetření mohou být ovlivněny výběrem respondentek a vzhledem k velikosti vzorku nemohou mít obecnou platnost. Jsme si vědomi skutečnosti, že dotazníkové šetření, jako metoda pro získání přehledu o stanovených skutečnostech, může být zatížené chybou danou subjektivním hodnocením některých položek.

Již dříve zpracované studie zabývající se problematikou prevence pohlavně přenosných nemocí v těhotenství nejsou možné použít ke srovnání s námi získanými daty, protože tato práce je zaměřena na přehled klasických a nejčastěji se vyskytujících pohlavně přenosných nemocí a možnostech prevence. Jiné práce se zaměřují na konkrétní pohlavně přenosnou nemoc nebo na jinou cílovou skupinu. Jako příklad můžeme uvést diplomovou práci od autorky Bc. Moniky Volfové, Informovanost žáků druhého stupně základních škol o rizicích nechráněného pohlavního styku, která je zaměřena na sexuálně přenosné nemoci a jejich prevenci, ale cílovou skupinou jsou žáci druhého stupně základních škol.

Zkoumaný vzorek našeho šetření tvořilo celkem 95 těhotných respondentek, z toho 21 v I. trimestru, 31 ve II. trimestru a 43 ve III. trimestru těhotenství. Věkové rozmezí respondentek bylo následovné, 6 žen bylo mladší než 20 let, 26 respondentek bylo ve věkovém rozmezí 20 - 25 let, 27 respondentek bylo ve věkovém rozmezí 26 - 30 let. Ve věkovém rozmezí 31 - 35 let bylo 26 respondentek a 10 žen ve věku 36 a více. Sběrem výzkumných dat bylo zjištěno, že 4 respondentky mají základní vzdělání, 14 dotázaných žen mělo střední vzdělání bez maturity, 43 žen mělo středoškolské vzdělání s maturitou a 34 žen uvedlo vzdělání vysokoškolské. Zastoupení žen všech úrovní vzdělání je nezbytné, protože informovanost dotázaných žen může být do jisté míry ovlivněna právě vzděláním. Vzhledem k tomu, že pohlavně přenosné choroby mají také sociální a ekonomický dopad, je nutné ovlivňovat přístup obyvatelstva pomocí náležité edukace s ohledem na různou úroveň vzdělání.

*Výzkumná otázka č. 1:* Vědí respondentky o možnosti přenosu pohlavně přenosných nemocí z matky na dítě?

Vzhledem k tomu, že výzkumný soubor tvořily těhotné ženy, je velmi důležité, aby byly informovány o tomto riziku. Nevědomost může způsobit ohrožení jejich těhotenství a možné postižení narozeného dítěte. Celkem 89 dotázaných žen uvedlo, že vědí o riziku přenosu nemoci z matky na dítě, 1 žena zvolila odpověď ne a 5 žen zvolilo odpověď nevím. Ze získaných dat vyplývá, že respondentky jsou informovány o riziku přenosu infekce z matky na dítě.

*Výzkumná otázka č. 2:* Co považují respondentky za nejspolehlivější ochranu před pohlavně přenosnými nemocemi?

Většina (84) respondentek zvolila jako nejspolehlivější ochranu před pohlavně přenosnými nemocemi používání kondomu. Jak uvádí Kuklová (2006), o existenci kondomu by měly být poučeny již školní děti a měly by dostat informaci, jak s ním zacházet. Dále by měli gynekologové v praxi využívat každou příležitost k informacím o správném používání kondomu, protože pouze systematická osvěta v oblasti sexuálního chování je účinná prevence před vznikem pohlavně přenosných chorob.

*Výzkumná otázka č. 3:* Ovlivňuje těhotenství respondentek přístup k ochraně před pohlavně přenosnými nemocemi?

Ze získaných dat vyplývá, že většina (91) dotázaných žen svůj přístup k ochraně před pohlavně přenosnými nemocemi během těhotenství nezměnila. Můžeme vycházet z předpokladu, že většina žen, které chtějí otěhotnět se vyvarují rizikovému chování již v prekoncepčním období a účinně se chrání před pohlavně přenosnými nemocemi.

*Výzkumná otázka č. 4:* Co považují respondentky za nejčastější příčinu vzniku pohlavně přenosných nemocí?

Ze získaných dat výzkumu vyplývá, že 33 respondentek považuje sexuální styk bez kondomu za nejčastější riziko přenosu pohlavně přenosných onemocnění. S tím souvisí i druhá nejčastější odpověď střídání sexuálních partnerů, kterou zvolilo 26 dotázaných žen. Z toho můžeme usoudit, že celkově považují respondentky za nejčastější příčinu vzniku STD nechráněný sexuální styk spojený s častým střídáním sexuálních partnerů.

*Výzkumná otázka č. 5: Vědí těhotné ženy o povinnosti podstoupit testy na HIV/AIDS a syfilis v těhotenství?*

Ze získaných dat vyplývá, že 65 respondentek je seznámena s touto povinností. Oproti tomu 30 dotázaných žen zvolilo odpověď ne nebo nevím. Z těchto výsledků můžeme usuzovat, že většina dotázaných těhotných žen má informace o této skutečnosti, ale je zde prostor pro zlepšení informovanosti gravidních žen zejména v gynekologických ambulancích.

*Výzkumná otázka č. 6: Souhlasí respondentky s možností získávání informací o prevenci pohlavně přenosných nemocí v rámci preventivních gynekologických prohlídek?*

Ze získaných výzkumných dat vyplývá, že většina (74) respondentek by uvítala informace o pohlavně přenosných chorobách v gynekologické ambulanci. 8 žen zvolilo odpověď nevím a 13 respondentek zvolilo zápornou odpověď.

Tato práce se zaměřuje na prevenci pohlavně přenosných nemocí, z toho důvodu nás zajímalo, kde nejčastěji získávaly respondentky informace ohledně sexuálního chování. Největší počet 34 dotázaných žen uvedlo jako zdroj knihy nebo tisk. Pouze 10 dotázaných žen zvolilo odpověď školu, vzhledem k tomu, je zapotřebí klást důraz na sexuální výchovu již u školních dětí. Součástí nezbytné prevence by měly být také pravidelné preventivní prohlídky v gynekologické ambulanci, z toho důvodu nás zajímalo, jak často navštěvovaly dotázané ženy gynekologickou ambulanci před otěhotněním. 54 respondentek zvolilo odpověď 1 x ročně, 26 žen odpovědělo častěji než 1 x ročně a 12 žen odpovědělo méně než 1 x ročně. 3 ženy uvedly, že gynekologickou ambulanci nenavštěvují vůbec. Základem prevence pohlavně přenosných nemocí je stálý sexuální partner, proto jsme se dotázaly respondentek, zda mají stálého sexuálního partnera. Většina (86) dotázaných žen odpověděla kladně, pouze 9 žen uvedlo, že stálého sexuálního partnera nemají.

Dále nás zajímalo jak by definovaly respondentky pohlavně přenosnou nemoc. Ženy měly na výběr z 5 možností. Nejčastěji, celkem 59 respondentek odpovědělo, že pohlavně přenosné nemoci jsou nemoci přenášené převážně pohlavním stykem. Druhá nejčastější odpověď, kterou volily, byla nemoc přenášená pouze pohlavním stykem, kterou zvolilo 29 žen. 4 ženy odpověděly, že je to nemoc přenášená krví, a 2 ženy považovaly pohlavně přenosnou nemoc za nemoc přenášenou pohlavním stykem pouze mezi homosexuály. Na základě těchto skutečností je zřejmé, že informovanost ohledně pohlavně přenosných nemocí není dostatečná.

Většina lidí, kteří mají nějaký problém ať už zdravotní či osobní, má tendenci se někomu svěřit. Zajímalo nás tedy, komu by se respondentky svěřily se svým problémem. Většina (53) žen zvolila odpověď manželovi/partnerovi, což je pochopitelné, těhotná žena by měla mít důvěru ve svého partnerovi. V 11 případech by se respondentky svěřily svým přátelům, 10 žen svému sourozenci, 8 žen svým rodičům. 13 žen zvolilo možnost nikomu, což je alarmující.

Další informace, která nás zajímala byla, kde respondentky získaly základní informace o pohlavně přenosných nemocech. Z literatury čerpalo 29 žen a téměř stejný počet žen, 27, získávalo informace prostřednictvím internetu. Tento zdroj je v současné době hojně využíván, je třeba si uvědomit kvalitu informací, které hledáme a zaměřit se na odborné informace, které jsou publikovány. Pouze 8 respondentek odpovědělo, že příslušné informace získaly od gynekologa a dokonce 18 respondentek odpovědělo, že žádné informace nezískaly. Z celkového výzkumu vyplývá, že by se měla informovanost ohledně pohlavně přenosných nemocí v gynekologických ordinacích zlepšit. Domníváme se, že porodní asistentka nebo i gynekolog mají možnost během svého profesního působení oslovit širokou veřejnost a přispět tak významně k primární prevenci pohlavně přenosných nemocí.

Pro prevenci je také velmi důležité znát způsoby přenosu pohlavně přenosných nemocí a možnosti ochrany proti nim. Možnost vertikálního přenosu z matky na dítě několikanásobně zvyšuje rizikovost a současně i epidemiologický význam pohlavně přenosných nemocí. Roztočil (2008) uvádí, že vertikální přenos STD z matky na plod může nastat v jakékoliv fázi gravidity, při porodu i šestinedělí, a proto je nutná informovanost matky v prevenci vertikálního přenosu STD. Proto nás zajímalo, zda respondentky vědí o možném riziku přenosu pohlavně přenosných nemocí z matky na dítě. Většina (89) žen odpověděla ano, pouze 1 žena zvolila odpověď ne. O tomto riziku nevědělo 5 dotázaných žen. I když většina respondentek o tomto riziku věděla, je zde určitá mezera v informovanosti, která by se měla v rámci primární prevence zlepšit. V návaznosti na tuto otázku jsme zjišťovaly, zda se změnil v těhotenství přístup respondentek k ochraně před pohlavně přenosnými nemocemi. Většina (91) dotázaných žen odpověděla, že svůj přístup k ochraně před STD v těhotenství nezměnily. Pouze 4 ženy uvedly, že u nich došlo ke změně přístupu a to konkrétně tak, že jsou opatrnější na sebe, mají stálého sexuálního partnera a více se chrání před infekcemi. Z tohoto výsledku můžeme usuzovat, že většina žen se chová zodpovědně i mimo období těhotenství tudíž nemusí měnit svůj životní styl.

Nezákladnější ochranu před pohlavně přenosnými nemocemi představuje používání kondomu. Kondom je nutné používat nejen při vaginálním, ale i orálním a análním styku. Nezbytnou součástí výzkumu bylo zjištění, jakým způsobem je možné se chránit před pohlavně přenosnými chorobami. Nejčastěji volená odpověď byla používání kondomu, kterou uvedlo 84 žen. Nitroděložní tělíčko jako možnost ochrany zvolilo 5 žen a 2 ženy uvedly výplachy pochvy jako možnost ochrany. 4 ženy zvolily možnost jiné, kde uvedly stálého sexuálního partnera. Skutečnost, že některé respondentky považují nitroděložní tělíčko nebo výplachy pochvy za prostředek ochrany proti pohlavně přenosným chorobám je znepokojující, i když se jedná o relativně malé procento dotázaných respondentek.

Další otázkou našeho výzkumu jsme zjišťovaly, co považují respondentky za nejčastější příčinu vzniku pohlavně přenosných nemocí. Podle předpokladu nejčastější odpověď byla sexuální styk bez kondomu, kterou zvolilo 33 dotázaných žen a střídání sexuálních partnerů, kterou uvedlo 26 dotázaných žen. 14 respondentek uvedlo promiskuitu a 5 respondentek nezodpovědnost. Dále byly zastoupeny odpovědi jako podceňování situace, lehkomyšlnost, nevěra, neznalost ochrany nebo nespolehlivý partner. Objevily se také odpovědi nedodržování hygieny, homosexualita, drogy. Z výčtu uvedených odpovědí můžeme usuzovat, že pro většinu dotázaných žen je nejčastější příčinou vzniku STD promiskuita, nechráněný pohlavní styk a rizikové sexuální chování.

Jak uvádí Hájek et al. (2004), neléčené pohlavně přenosné nemoci a jejich komplikace mohou způsobit poruchy plodnosti, ovlivnit průběh těhotenství (potraty, předčasné porody), ale mohou se přenášet i na plod, kde může vzniknout poškození dítěte s trvalými následky. Z toho důvodu jsme zařadili do výzkumu otázku, zda znají respondentky rizika STD pro těhotenství a nenarozené dítě. U této otázky mohly dotázané ženy uvést více odpovědí. Nejčastější riziko, které respondentky uváděly, byl potrat a vznik vrozených vývojových vad dítěte. Dále byla uvedena rizika předčasný porod, možné postižení dítěte. 2 dotázané ženy uvedly, že pohlavně přenosné nemoci nepředstavují žádná rizika a 3 respondentky zvolily odpověď nevím. V návaznosti na tuto otázku jsme se dotazovali, které riziko považují ženy za nejzávažnější. Podle předpokladů jako nejzávažnější riziko zvolily respondentky potrat a vznik vrozených vývojových vad u dítěte, které uvedlo celkem 56 žen, 15 žen uvedlo možné postižení dítěte, 10 respondentek zvolilo přenos nemoci z matky na dítě. V 7 případech byla uvedena nákaza dítěte virem HIV.

Další důležitou otázkou výzkumu bylo zjištění, které pohlavně přenosné nemoci respondentky znají. U této otázky mohly opět zvolit více možností. Nejčastěji uvedené bylo onemocnění HIV/AIDS v 72 případech, což může být z důvodu větší medializace oproti ostatním STD. 53 respondentek uvedlo syfilis, 51 kapavku. Pouze ve 20 případech byly uvedené chlamydie, které jsou v posledních letech na obrovském vzestupu a představují významný medicínský problém. Podle Málka (2009), se celosvětová roční incidence urogenitálních chlamydiových infekcí vyčísluje na 89 milionů, což představuje asi 50 % všech bakteriálních pohlavně přenosných urogenitálních nákaz.

Gynekologové by měli během své praxe předávat informace ohledně prevence pohlavně přenosných nemocí. Skutečnost však bývá zcela jiná, pokud pacientka sama nezažádá o informace, které by jí zajímaly, gynekolog sám od sebe většinou tyto informace nepodává. Účelem další otázky dotazníkového šetření bylo zjistit, zda by respondentky souhlasily s tím, aby gynekolog informoval své pacientky o prevenci pohlavně přenosných nemocí v rámci preventivních prohlídek. Výsledky byly překvapivé, většina (74) dotázaných žen by s touto možností souhlasila. Pouze 13 respondentek odpovědělo záporně. 8 respondentek zvolilo možnost nevím. Z tohoto výsledku můžeme usuzovat, že ženám chybí určité informace od svého gynekologa. S touto problematikou souvisí i další otázka, díky které jsme zjišťovaly, zda těhotné ženy vědí o povinnosti podstoupit povinné testy na HIV/AIDS a syfilis v těhotenství. Z celkového množství dotázaných žen 65 odpovědělo kladně, oproti tomu celých 30 žen zvolilo odpověď ne nebo odpověď neznaly. Tento výsledek je alarmující vzhledem ke skutečnosti, že se jednalo o těhotné ženy, které tato vyšetření již podstoupily nebo brzy podstoupí.

Další otázka našeho výzkumu zjišťovala, zda si těhotné ženy myslí, že jsou dostatečně informované o riziku pohlavně přenosných nemocí. Pouze 27 dotázaných žen odpovědělo, že jsou dostatečně informované o riziku STD. 50 respondentek zvolilo možnost ne a 18 žen se vyjádřilo, že neví. Na základě získaných výsledků je zřejmé, že většina dotázaných žen není dostatečně informovaná o rizicích STD a je zapotřebí vytvořit jednotnou koncepci vzdělávání zaměřenou na oblast prevence pohlavně přenosných nemocí. Důležitou roli v oblasti primární prevence mohou mít porodní asistentky, které mohou oslovit širokou veřejnost a předat adekvátní odborné informace.

V návaznosti na předcházející otázku jsme zjišťovali, kde by se oblast kvality informací ohledně pohlavně přenosných nemocí měla zlepšit. Respondentky vybíraly z uvedených možností a pokud jim nevyhovovaly, mohly zvolit jinou oblast. Celkem 41 dotázaných žen uvedlo, že by se kvalita informací měla zlepšit v gynekologických ordinacích, dále 29 žen uvedlo, že by uvítaly informace formou informačních letáků. 14 respondentek zvolilo školu jako oblast zlepšení kvality informací ohledně pohlavně přenosných nemocí a 4 dotázané ženy zvolily ordinace obvodních lékařů. 7 respondentek zvolilo jinou možnost, kde byly uvedeny média a porodní asistentky.

## Závěr

Hlavním cílem práce bylo zjistit znalosti a názory těhotných žen o nebezpečí pohlavně přenosných nemocí a možnostech prevence.

Práce byla vymezena pěti dílčími cíli, které jsou uvedeny v první kapitole. První cíl se týkal teoretické části, další 4 cíle byly zaměřeny na výzkumnou část.

**Prvním cílem** bylo zjistit, jaká rizika považují těhotné ženy za nejzávažnější pro těhotenství a narození dítěte. Nejvíce 31 (32,6 %) respondentek uvedlo potrat jako nejzávažnější riziko, vznik vrozených vývojových vad bylo nejzávažnějším rizikem pro 25 (26,3 %) respondentek. Možné postižení dítěte uvedlo 15 (15,8 %) žen a 10 (10,5 %) respondentek uvedlo přenos nemoci z matky na dítě. Nákaza virem HIV představovala největší riziko pro 7 (7,4 %) dotázaných žen a předčasný porod uvedly 2 (2,1 %) ženy. 5 respondentek zvolilo odpověď nevím nebo žádné. *Cíl č. 1 byl splněn.*

**Druhým cílem** bylo zjistit, co považují respondentky za nejčastější příčinu vzniku pohlavně přenosných nemocí. Respondentek, které za nejčastější příčinu vzniku pohlavně přenosných nemocí považovaly sexuální styk bez kondomu bylo nejvíce a to celkem 33 (34,7 %). Jako druhou nejčastější příčinu uvedly respondentky střídání sexuálních partnerů a to celkem 26 (27,4 %) respondentek. 14 (14,7 %) dotázaných žen uvedlo promiskuitu a 5 (5,2 %) dotázaných žen uvedlo nezodpovědnost. Jako další nejčastější příčiny respondentky uvedly podceňování situace, lehkomyšlnost, nevěru, nedodržování hygieny, neznalost ochrany, vir nebo bakterii, homosexualitu, nespolehlivého partnera a drogy. *Cíl č. 2 byl splněn.*

**Třetím cílem** bylo zjistit názor respondentek, kde by se měla oblast kvality informací ohledně pohlavně přenosných nemocí zlepšit. Překvapivé bylo, že 41 (43,2 %) respondentek uvedlo zlepšení v gynekologických ordinacích. Formu informačních letáků zvolilo 29 (30,5 %) dotázaných žen. Kvalitnější informace ve škole by uvítalo 14 (14,7 %) respondentek. 4 dotázané ženy uvedly obvodního lékaře a 7 (7,4 %) žen zvolilo možnost jiné, kde uvedly média a porodní asistentky. *Cíl č. 3 byl splněn.*

**Čtvrtým cílem** bylo vytvořit edukační materiál pro těhotné ženy. Zvolili jsme formu jednodenního kurzu pro těhotné ženy zaměřený na prevenci pohlavně přenosných nemocí v těhotenství. Návrh edukačního kurzu je součástí této práce. *Cíl č. 4 byl splněn.*



Bylo pro nás přínosné seznámit se prostřednictvím této práce s názory dotázaných žen k dané problematice. Z práce vyplývá důležitost informovat o výše uvedených skutečnostech těhotné ženy a soustavně je edukovat nejen o důležitosti prevence pohlavně přenosných nemocí, ale i diskutovat s nimi o možných rizicích a negativních dopadech na těhotenství a vývoj plodu. Cíle práce byly splněny.

Vzhledem k trvalému nárůstu počtu pohlavně přenosných nemocí jak v republikovém, tak i v celosvětovém měřítku, je třeba klást velký důraz na prevenci pohlavně přenosných nemocí. Tato cesta se ukazuje jako jediná účinná. Tato práce může sloužit jako edukační materiál pro těhotné ženy. Výsledkem diplomové práce je návrh edukačního jednodenního kurzu.

## Souhrn

Cílem této práce bylo předložit souhrn podrobných a kompletních informací o pohlavně přenosných nemocech, především o jejich vlivu na těhotenství a vývoj plodu.

Téma práce vyplynulo z aktuálnosti problematiky současné doby, kdy dochází k trvalému nárůstu počtu pohlavně přenosných nemocí, což představuje velký zdravotní problém.

Teoretická část popisuje klasické pohlavní nemoci doplněné o nejčastěji se vyskytující pohlavní choroby. Práce uvádí důsledky pohlavně přenosných nemocí a jejich specifika v těhotenství. Zmiňuje přehled screeningových vyšetření v těhotenství, zabývá se dispenzarizací a prevencí pohlavně přenosných nemocí.

Výzkumná část pomocí kvalitativního výzkumu metodou anonymního dotazníku odpovídá na otázky vycházející z teoretické části a zjišťuje názory a postoje respondentek.

**Klíčová slova:** pohlavně přenosné nemoci, těhotenství, prevence, screening, pohlavní styk, bezpečné sexuální chování

## Summary

The aim of this study was to present a summary of detailed and complete informations about sexually transmitted diseases, especially their effects on pregnancy and fetal development.

The theme of work resulted from topical issues of the present time, when there is a sustained increase in sexually transmitted diseases, which represent a major health problem.

The teoretical part describes classical venereal diseases accompanied by the most common STDs. Working out the implications of sexual transmitted diseases and their specifics in pregnancy. Mention overview of screening tests in pregnancy, dealing with dispensarization and prevention of sexual transmitted diseases.

The research part of the qualitative research method of anonymous questionnaire answers questions based on the theoretical part and seek the views and attitudes of respondents.

**Keywords:** sexually transmitted disease, pregnancy prevention, screening, sex, safe sexual behavior

## Referenční seznam:

1. BOREK, I. et al. *Vybrané kapitoly z neonatologie a ošetrovatelské péče*. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. 328 s. ISBN 80-7013-338-4.
2. CALDA, P. et al. *Ultrazvuková diagnostika v těhotenství*. Praha: Aprofema s.r.o., 2007. 270 s. ISBN 978-80-903706-1-6.
3. ČECH, E. et al. *Porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2006. 544 s. ISBN 80-247-1313-9.
4. FENDRYCHOVÁ, J., BOREK, I. et al. *Intenzivní péče o novorozence*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007. 403 s. ISBN 978-80-7013-447-4.
5. HÁJEK, Z. et al. *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2004. 444 s. ISBN 80-247-0418-8.
6. HOLMES, KING K. et al. *Sexually transmitted Diseases*. Second Edition. McGraw - Hill, LoCo, 1990. s. 1108. ISBN 0070296774.
7. HOLUB, J. et al. *AIDS a my aneb co je třeba vědět o AIDS*. Praha: Grada Avicenum, 1993. 141 s. ISBN 80-7169-068-6.
8. HOUROVÁ, M., KRÁLÍČKOVÁ, M., UHER, P. *Vývoj miminka před narozením*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2007. 112 s. ISBN 978-80-247-1942-9.
9. CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2007. 272 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
10. KALHOUS, Z., OBST, O. *Didaktika sekundární školy*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 2003. 186 s. ISBN 80-7067-920 -4.
11. KUKLOVÁ, I. et al. *Dermatovenerologie pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Dr. Josef Raabe, s. r. o., 2011. 158 s. ISBN 978-80-87553-28-2.
12. KUKLOVÁ, I. et al. Mezinárodní zdravotnické projekty prevence sexuálně přenosných infekcí u prostitutek v České republice. *Praktický lékař*, roč. 2005, č. 9, s. 490 - 492. ISSN 0032-6739.

13. KROFTA, L., MARKOVÁ, I. et al. *Doporučená ultrazvuková vyšetření v těhotenství*. Praha: Mladá fronta a. s., 2013. 160 s. ISBN 978-80-204-3083-0.
14. MÁLEK, O. *Epidemiologie a vyhledávání rizikových skupin těhotných žen v prevenci: diplomová práce*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta, 2009. 35 s. Vedoucí diplomové práce MUDr. Petr Velebil, CSc.
15. MAŠATA, J., JEDLIČKOVÁ, A. et al. *Infekce v gynekologii a porodnictví*. Praha: MAXDORF s. r. o., 2004. 370 s. ISBN 80-7345-038-0.
16. MAŠATA, J., JEDLIČKOVÁ, A. et al. *Infekce v gynekologii*. Praha: MAXDORF s. r. o., 2006. 155 s. ISBN 80-7345-107-7.
17. NICOLAIDES, K., H. *UZ screening v 11-13<sup>+6</sup>. gestačním týdnu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. 117 s. ISBN 80-244-0885-6.
18. *Pohlavní nemoci 2012*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2013. 42 s. ISBN 978-80-7472-085-7.
19. RESL, V., VOLTR, J. *Venerologie: sexuálně přenosné infekce*. Praha: Karolinum, 1997. 121 s. ISBN 80-7066-828-8.
20. ROZTOČIL, A. et al. *Vyšetřovací metody v porodnictví a gynekologii*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1998. 180 s. ISBN 80-7013-255-8.
21. ROZTOČIL, A. et al. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 408 s. ISBN 978-80-247-1941-2.
22. ROZTOČIL, A. et al. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. 528 s. ISBN 978-80-247-2832-2.
23. ROZTOČIL, A. Sexualita ženy, její poruchy, sexuální násilí a znásilnění. *Divoké víno*, roč. 2013, č. 63, s. 6 - 9. ISSN 1214-6099.
24. SLEZÁKOVÁ L. et al. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2010. 280 s. ISBN 978-80-247-3373-9.
25. VELEMÍNSKÝ, M., ŠVIHOVEC, P., VELEMÍNSKÝ, M. jr. et al. *Infekce plodu a novorozence*. Praha: TRITON s. r. o., 2005. 414 s. ISBN 80-7254-614-7.

26. VRUBLOVÁ, Y. *Komunitní ošetrovatelská péče v gynekologii*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2012. 76 s. Bez ISBN.
27. VOLFOVÁ, M. *Informovanost žáků druhého stupně základních škol o rizicích nechráněného pohlavního styku: diplomová práce*. Masarykova univerzita, pedagogická fakulta, 2012. 171 s. Vedoucí diplomové práce Mgr. Radim Slaný.
28. WEISS, P. et al. *Sexuologie*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2010. 744 s. ISBN 978-80-247-2492-8.
29. WORKOWSKI, K. A., BERMAN, S., M.. *Sexually transmitted diseases treatment guidelines*. 2006. MMEWR Recomm. Rep. 55, 2006.
30. ZLATOHLÁVKOVÁ, B. Actual gynecology. *Viability of the fetus and newborn*, roč. 2011, č. 3, s. 47 - 51. ISSN 1803-9588.

### **Elektronické zdroje:**

1. HEŘMAN, H. Chlamydiové infekce v gynekologii a porodnictví. *Moderní babičtví* [online]. 2005, č. 6 [cit. 2014-12-15]. ISSN 1214-5572. Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2005-6/?pdf=112>
2. KUKLOVÁ, I. Epidemiologické souvislosti sexuálně přenosných onemocnění v České republice. *Moderní babičtví* [online]. 2006, č. 11 [cit. 2014-12-01]. ISSN 1214-5572. Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2006-11/?pdf=49>
3. ROZSYPAL, H., B. ROZSYPALOVÁ. Screeningová sérologická vyšetření v graviditě. *Moderní babičtví* [online]. 2006, č. 11 [cit. 2014-10-10]. ISSN 1214-5572. Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2006-11/?pdf=46>
4. UZEL, R. Portál Společnosti pro plánování rodiny a sexuální výchovu. *Sexuálně přenosné choroby* [online]. 2010 [cit. 2015-03-05]. Dostupné z: <http://www.planovanirodiny.cz/clanky/sexualne-prenosne-choroby>.
5. *Centers for Disease Control and Prevention* [online]. 2015 [cit. 2015-12-02]. Dostupné z: <http://www.cdc.gov/>
6. Guidelines efektivní léčebné a preventivní péče [online]. [cit. 2014-10-05]. Dostupné z: [http://web.lfhk.cuni.cz/dermat/standardy/sex\\_prenos\\_choroby1\\_b.htm](http://web.lfhk.cuni.cz/dermat/standardy/sex_prenos_choroby1_b.htm)

## Seznam zkratk

HIV - human immunodeficiency virus (virus lidské imunitní nedostatečnosti)

RNA viry - viry, které ve své částici obsahují ribonukleovou kyselinu

AIDS - Acquired Immune Deficiency Syndrome (Syndrom získaného selhání imunity)

CTR - Chlamydia trachomatis

CPN - Chlamydia pneumoniae

CPS - Chlamydia psittaci

CPC - Chlamydia pecorum

STD - Sexual Transmitted Disease (Sexuálně přenosné nemoci)

WHO - World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

VDRL - venereal disease research laboratory

RPR - rapid plasma reagin

RRR - rychlá reaginová reakce

HBsAG - protilátky infekční hepatitidy B

ČNR - Česká národní rada

IUFD - intrauterine fetal death (Intrauterinní smrt plodu)

NRL - Národní referenční laboratoř

TPHA - Treponema pallidum hemagglutination

OGTT - orální glukózový toleranční test

ÚZIS - Ústav zdravotnických informací a statistiky

## Seznam tabulek a grafů

### a) seznam tabulek

Tabulka 1. Věkové rozdělení respondentek.....	49
Tabulka 2. Vzdělání respondentek.....	50
Tabulka 3. Délka těhotenství.....	51
Tabulka 4. Zdroj informací ohledně sexuálního chování.....	52
Tabulka 5. Četnost návštěv gynekologické ordinace.....	54
Tabulka 6. Definice pohlavně přenosné nemoci.....	55
Tabulka 7. Stálý sexuální partner.....	56
Tabulka 8. komu se respondentky svěřují se svými problémy?.....	57
Tabulka 9. Přenos nemocí z matky na dítě.....	58
Tabulka 10. Informace o pohlavně přenosných nemocech.....	59
Tabulka 11. Ochrana před pohlavně přenosnými nemocemi.....	60
Tabulka 12. Přístup k pohlavně přenosným nemocem v těhotenství.....	62
Tabulka 13. Rizika pro těhotnou ženu a její nenarozené dítě.....	63
Tabulka 14. Nejzávažnější riziko.....	64
Tabulka 15. Nejčastější příčina vzniku pohlavně přenosných nemocí.....	66
Tabulka 16. Pohlavně přenosné nemoci.....	68
Tabulka 17. Informace v rámci preventivních gynekologických prohlídek.....	69
Tabulka 18. Testy na pohlavně přenosné choroby v těhotenství.....	71
Tabulka 19. Informovanost těhotných žen o riziku pohlavně přenosných chorob.....	72
Tabulka 20. Zlepšení dostupnosti informací.....	73



## **b) seznam grafů**

Graf 1. Věkové rozdělení.....	50
Graf 2. Dosažené vzdělání.....	51
Graf 3. Délka těhotenství.....	52
Graf 4. Zdroj informací ohledně sexuálního chování.....	53
Graf 5. Četnost gynekologických prohlídek.....	54
Graf 6. Stálý sexuální partner.....	56
Graf 7. Svěřování problémů.....	57
Graf 8. Přenos nemoci z matky na dítě.....	58
Graf 9. Zdroj informací o STD.....	60
Graf 10. Možnosti ochrany před STD.....	61
Graf 11. Změna přístupu v těhotenství.....	62
Graf 12. Výčet možných rizik.....	64
Graf 13. Nejzávažnější riziko.....	65
Graf 14. Nejčastější příčina vzniku STD.....	67
Graf 15. Výčet pohlavně přenosných nemocí.....	69
Graf 16. Informace o prevenci u gynekologa.....	70
Graf 17. Povinné testy v těhotenství.....	71
Graf 18. Dostatečná informovanost o STD.....	72
Graf 19. Zlepšení dostupnosti informací.....	74

## **Seznam příloh**

**Příloha 1** Dotazník

**Příloha 2** Propagační leták na edukační kurz

**Příloha 3** Screeningová vyšetření v prenatální péči v ČR

**Příloha 4** Počet pohlavně přenosných nemocí v letech 2002 - 2012

**Příloha 5** Vývoj počtu nově zjištěných případů HIV/AIDS

**Příloha 6** Formulář Hlášení pohlavní nemoci

**Příloha 7** Informační leták - sexuální výchova

**Příloha 8** Informační leták - pohlavní choroby stále hrozí

**Příloha 9** Statisticky zpracovaná data

## **Seznam obrázků**

**Obrázek 1.** Ilustrační foto

Příloha 1

## **Prevence pohlavně přenosných nemocí u těhotných žen**

Dobrý den,

mé jméno je Veronika Březková a studuji obor Učitelství sociálních a zdravotních předmětů pro střední a vyšší odborné školy na Univerzitě Palackého v Olomouci. Ráda bych Vás touto cestou požádala o vyplnění krátkého, zcela anonymního dotazníku, který bude sloužit pouze pro účely zpracování praktické části mé diplomové práce na téma Prevence pohlavně přenosných nemocí u těhotných žen. Dotazník obsahuje 20 otázek. Otázky jsou otevřené, polootevřené a uzavřené. V případě jakýkoliv dotazů mě neváhejte kontaktovat na emailovou adresu: brezkova@seznam.cz

Děkuji za Váš čas

Veronika Březková

### **1.) Do jaké věkové kategorie se řadíte?**

- a) méně než 20
- b) 20 - 25
- c) 26 - 30
- d) 31 - 35
- e) 36 a více

### **2.) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- a) základní
- b) střední bez maturity
- c) střední s maturitou
- d) vysokoškolské

**3.) V jakém stadiu těhotenství jste?**

- a) I. trimestr
- b) II. trimestr
- c) III. trimestr

**4.) Z jakého zdroje jste nejčastěji získávala informace ohledně sexuálního chování?**

- a) rodiče
- b) přítel/kamarádka
- c) internet
- d) tisk/knihy
- e) škola
- f) jiný, uveďte jaký

**5.) Jak často navštěvujete gynekologa mimo období těhotenství?**

- a) nenavštěvuji
- b) méně než 1 x ročně
- c) 1 x ročně
- d) častěji než 1 x ročně

**6.) Vyberte, co si představujete pod pojmem pohlavně přenosné nemoci?**

- a) nemoci přenášené pouze pohlavním stykem
- b) nemoci přenášené pouze krví
- c) nemoci přenášené pohlavním stykem pouze mezi homosexuály
- d) nemoci přenášené převážně pohlavním stykem
- e) nevím

**7.) Máte stálého sexuálního partnera?**

- a) ano
- b) ne

**8.) Komu se nejčastěji svěřujete se svými problémy?**

- a) nikomu
- b) přátelům
- c) sourozenci
- d) rodičům
- e) manželovi/partnerovi

**9.) Myslíte si, že je možný přenos pohlavně přenosných nemocí z matky na dítě?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**10.) Kde jste získala základní informace o pohlavně přenosných chorobách?**

- a) gynekolog
- b) internet
- c) literatura
- d) žádné jsem nezískala
- e) jiné, uveďte jaké

**11.) Jakým způsobem je možné se chránit před pohlavně přenosnými chorobami?**

- a) hormonální antikoncepcí
- b) používáním kondomu
- c) nitroděložní tělísko
- d) prováděním výplachu pochvy
- e) jiný, uveďte jaký

**12.) Změnil se u Vás v těhotenství nějakým způsobem přístup k ochraně před pohlavně přenosnými nemocemi? Pokud ano, napište jak.**

- a) ano (napište jakým způsobem)  
.....
- b) ne

**13.) Jaké riziko může představovat pohlavně přenosná nemoc pro Vaše těhotenství a nenarozené dítě?**

- a) vznik vrozených vývojových vad
- b) předčasný porod
- c) potrat
- d) jiné, uveďte jaké

**14.) Které riziko vy osobně považujete za nejzávažnější?**

.....

**15.) Co považujete za nejčastější příčinu vzniku sexuálně přenosných onemocnění?**

.....

**16.) Které pohlavně přenosné nemoci znáte?**

.....

**17.) Měl by gynekolog informovat své pacientky o prevenci pohlavně přenosných nemocí v rámci preventivních prohlídek?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**18.) Jsou podle Vás testy na pohlavně přenosné choroby povinné v těhotenství?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**19.) Myslíte si, že jsou těhotné ženy dostatečně informované o riziku pohlavně přenosných nemocí?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**20.) Kde by se oblast kvality informací o pohlavně přenosných nemocech měla zlepšit?**

- a) obvodní lékaři
- b) v gynekologické ordinaci
- c) ve škole
- d) formou informačních letáků
- e) jiná možnost, uveďte..

## POHLAVNĚ PŘENOSNÉ NEMOCI A TĚHOTENSTVÍ

- ✓ **Jste těhotná a zajímají Vás informace týkající se Vašeho těhotenství a nenarozeného miminka?**
- ✓ **Chcete udělat pro sebe a své nenarozené miminko to nejlepší?**
- ✓ **Chcete se dozvědět jak mohou pohlavně přenosné nemoci ohrožovat Vaše těhotenství?**
- ✓ **Chcete vědět jakým způsobem se nejlépe chránit před rizikem pohlavně přenosných nemocí?**
- ✓ **Chcete se dozvědět jaká je neúčinnější prevence proti pohlavně přenosným nemocem?**

### **PRO KOHO JE KURZ URČEN:**

- ✓ Pro nastávající maminky
- ✓ Pro ženy, které plánují otěhotnět



Obrázek 1. Ilustrační obrázek (Zdroj: <http://www.mamaaja.cz>)

### **ZAMĚŘENÍ KURZU:**

- ✓ Screeningové vyšetřování těhotných na pohlavně přenosné choroby
- ✓ Specifika pohlavně přenosných nemocí v těhotenství
- ✓ Klasické pohlavní choroby + nejčastěji se vyskytující pohlavní choroby
- ✓ Právní aspekty, dispenzarizace
- ✓ Prevence pohlavně přenosných nemocí

### **CO VÁM KURZ PŘINESE:**

- ✓ dozvíte se informace o pohlavně přenosných nemocí v těhotenství a prevenci
- ✓ získáte rady a typy jak se chránit před vznikem pohlavně přenosných nemocí
- ✓ poznáte nové přátele

### **KDY A KDE:**

- ✓ pátek 5.6.2015
- ✓ 9:00 - 13:00, Nádražní 28, Žďár nad Sázavou

**Kurz povede kvalifikovaná porodní asistentka, cena kurzu bude upřesněna.**



## Příloha 3

Tab. 2.1 Příklady nejčastěji používaných screeningových vyšetření v prenatalní péči v ČR

vyšetření (test)	hledaná abnormalita (onemocnění)	týden těhotenství	poznámka /ev. název testu/
Ultrazukové vyšetření (UZ)	ektopická gravidita, missed abortion, mola	1. trimestr	též objektivizuje stáří gravidity (datace)
	VVV plodu zkrácené/dilatované hrdlo	18-20	„1. UZ screening“ „cervikometrie“
(+ gravidometrie)	IUGR ev. pozdní VVV plodu + patologie placenty	30-32	„2. UZ screening“
Biochemické markery (hCG, AFP, estriol, PAPP-A, aj.) + věk	chromozomální aberace plodu	16	„triple test“
AFP + ultrazvuk	nekryté defekty plodu	16-20	NTD, <i>gastroschisis</i>
PAPP-A (v séru matky), NT plodu (UZ) + triple test/věk	Downův syndrom	9-11 11-13 16	„integrováný screening 1. a 2. trimestru“
Chemické vyšetření moči	GDM infekce močových cest preeklampsie	1x za měsíc	
OGTT	GDM	24-28	
KO	anemie, trombocytopenie	12, 36	
Sérologická vyšetření	HIV, HbsAg, lues	12, 32	
KS + Rh faktor		1. trimestr	
Antierytrocytární protilátky	aloimunizace	12, 24, 32	zejména u Rh neg. žen
Vyšetření v zrcadlech Kolposkopie + cytologie Palpační vyšetření prsou	karcinom cervixu prekancerózy cervixu karcinom prsu	1x za trimestr 10 1x za trimestr	„onkologický screening“
EKG + interní vyšetření	interní choroby	1x za těhotenství	zejména kardiopatie
Palpace hrdla	riziko předčasného porodu	1x za měsíc	„Bishopovo skóre“
Palpace + rozměry pánve	kefalopelvicový nepoměr	3. trimestr	zejména u primipar
Kultivace stěru z cervixu	infekce <i>Str. agalactiae</i>	36	„GBS screening“
Měření TK, chemické vyšetření moči, sledování otoků/hmotnosti těhotné	preeklampsie	1x za měsíc (v 3. trimestru 2-4 x měsíčně)	
Ozvy plodu (Dopton) pohyby plodu (>10/12 h)	tíseň/antenatální smrt plodu	od 20. týdne od 36. týdne	nejlépe při každé návštěvě poradny
Non-stres test (NST)	tíseň plodu	týdně od 37. týdne	2-3x týdně při přenášení
Intrapartální CTG	akutní hypoxie plodu	při porodu	alespoň intermitentně

Zdroj: HÁJEK, Z. et al. 2004. *Rizikové a patologické těhotenství*.

#### 4.1 Vývoj počtu hlášených onemocnění pohlavními nemocemi v letech 2002–2012

Rok	Hlášená onemocnění							
	absolutně				na 100 000 obyvatel			
	Syfilis A50–A53	Gonokoková infekce A54	Lymphogr. venereum A55	Chancroid A57	Syfilis A50–A53	Gonokoková infekce A54	Lymphogr. venereum A55	Chancroid A57
2002	976	911	-	-	9,6	8,9	-	-
2003	849	1 030	-	-	8,3	10,1	-	-
2004	684	947	-	-	6,7	9,3	-	-
2005	523	859	-	-	5,1	8,4	-	-
2006	502	1 082	-	-	4,9	10,5	-	-
2007	822	1 149	-	-	8,0	11,1	-	-
2008	850	816	1	-	8,1	7,8	0,0	-
2009	997	724	-	-	9,5	6,9	-	-
2010	1 022	756	1	-	9,7	7,2	0,0	-
2011	737	709	6	-	7,0	6,8	0,1	-
2012	696	1 151	9	-	6,6	11,0	0,1	-

Zdroj: Ústav zdravotnických studií a statistiky ČR

#### 4.3 Vývoj počtu hlášených onemocnění vrozenou syfilis a onemocnění pohlavními nemocemi u gravidních žen v letech 2002–2012

Rok	Vrozená syfilis (A50)		Syfilis (A50–A53) u gravidních žen		Gonokoková infekce (A54) u gravidních žen	
	tuzemci	cizinci s krátkodob. pobytem	tuzemky	cizinky s krátkodob. pobytem	tuzemky	cizinky s krátkodob. pobytem
2002	7	-	77	3	15	-
2003	11	-	70	2	19	-
2004	10	-	65	-	7	-
2005	3	-	69	2	6	-
2006	6	-	53	1	9	-
2007	6	-	76	1	11	-
2008	2	-	75	2	7	-
2009	1	-	59	2	3	-
2010	3	-	72	2	4	-
2011	5	-	56	3	9	-
2012	2	-	58	2	11	-

Zdroj: Ústav zdravotnických studií a statistiky ČR

Příloha 5

**5.1 Vývoj počtu nově zjištěných případů HIV/AIDS**

Rok	Občané ČR a cizinci s dlouhodobým pobytem						Cizinci s krátkodobým pobytem					
	HIV+			AIDS			HIV+			AIDS		
	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem
1985	3	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1986	22	1	23	-	1	1	11	1	12	-	-	-
1987	23	1	24	2	-	2	13	2	15	-	-	-
1988	33	2	35	6	-	6	4	-	4	-	-	-
1989	6	2	8	7	-	7	16	1	17	1	-	1
1990	14	1	15	5	-	5	9	2	11	-	-	-
1991	12	1	13	2	-	2	6	2	8	-	-	-
1992	19	4	23	9	-	9	3	9	12	-	-	-
1993	18	9	27	11	4	15	4	-	4	-	-	-
1994	30	8	38	10	2	12	4	1	5	-	-	-
1995	26	14	40	13	-	13	5	2	7	1	-	1
1996	41	10	51	18	1	19	6	3	9	1	-	1
1997	48	14	62	18	2	20	3	1	4	1	-	1
1998	23	7	30	7	1	8	4	1	5	-	-	-
1999	34	16	50	15	2	17	7	5	12	-	-	-
2000	44	14	58	13	2	15	10	8	18	-	-	-
2001	41	10	51	6	2	8	10	4	14	4	-	4
2002	39	11	50	7	1	8	7	13	20	1	-	1
2003	49	14	63	8	1	9	8	8	16	4	1	5
2004	55	17	72	11	2	13	15	6	21	1	1	2
2005	70	20	90	8	5	13	12	9	21	4	1	5
2006	72	19	91	13	5	18	7	8	15	-	-	-
2007	97	24	121	18	5	23	22	4	26	2	1	3
2008	121	27	148	22	7	29	21	6	27	4	3	7
2009	130	26	156	17	6	23	13	2	15	-	-	-
2010	159	21	180	20	6	26	12	3	15	5	-	5
2011	140	13	153	16	8	24	12	2	14	3	-	3
2012	185	27	212	21	6	27	7	7	14	2	-	2
<b>Celkem</b>	<b>1 554</b>	<b>333</b>	<b>1 887</b>	<b>303</b>	<b>69</b>	<b>372</b>	<b>251</b>	<b>110</b>	<b>361</b>	<b>34</b>	<b>7</b>	<b>41</b>
z toho žijící <sup>1)</sup>	1 334	285	1 619	151	32	183	.	.	.	.	.	.

Zdroj: SZÚ, Národní referenční laboratoř pro AIDS

<sup>1)</sup> Počet evidovaných žijících osob s HIV/AIDS k 31. 12. 2012 z celkového počtu diagnostikovaných v ČR od roku 1985.







## Příloha 9

Hypotéza č. 1: Více jak 60 % respondentek ví o riziku přenosu pohlavně přenosných nemocí z matky na dítě.

Přenos z matky na dítě	Ano	Ne	Nevím	$\Sigma$
Skutečné četnosti	89	1	5	95
Očekávané četnosti	31,666667	31,666667	31,666667	95
$\chi^2$	103,80351	29,698246	22,45614	155,95789

Výsledná hodnota Chí-kvadrát testu je 155,96

p-hodnota < 0,05 (5 % hladina významnosti).

Hypotéza č. 2: Více jak 60 % respondentek považuje za nejspolehlivější ochranu před pohlavně přenosnými nemocemi používání kondomu.

Možnosti ochrany	HA	používání kondomu	nitroděložní tělíčko	výplachy pochvy	jiné	$\Sigma$
Skutečné četnosti	0	84	5	2	4	95
Očekávané četnosti	19	19	19	19	19	95
$\chi^2$	19	222,368	10,3158	15,2105	11,8421	278,737

Výsledná hodnota Chí-kvadrát testu je 278,74

p-hodnota < 0,05

Hypotéza č. 3: Více jak 70 % respondentek změnilo svůj přístup k ochraně před pohlavně přenosnými nemocemi v těhotenství.

Přístup v těhotenství	Ano	Ne	$\Sigma$
Skutečné četnosti	4	91	95
Očekávané četnosti	47,5	47,5	95
$\chi^2$	39,83684211	39,83684	79,67368421

Výsledná hodnota Chi-kvadrat testu je 79,67

p-hodnota < 0,05

Hypotéza č. 4: Více jak 60 % respondentek považuje sexuální styk bez kondomu za nejčastější příčinu vzniku pohlavně přenosných nemocí.

Nejčastější příčina vzniku	Skutečné četnosti	Očekávané četnosti	$\chi^2$
Střídání sexuálních partnerů	26	6,785714286	54,40676692
Sexuální styk bez kondomu	33	6,785714286	101,2699248
Podceňování situace	2	6,785714286	3,37518797
Promiskuita	14	6,785714286	7,669924812
Lehkomyslnost	3	6,785714286	2,112030075
Nevěra	2	6,785714286	3,37518797
Nezodpovědnost	5	6,785714286	0,469924812
Nedodržování hygieny	1	6,785714286	4,933082707
Neznalost ochrany	2	6,785714286	3,37518797
Vir nebo bakterie	1	6,785714286	4,933082707
Homosexualita	2	6,785714286	3,37518797
Nespolehlivý partner	1	6,785714286	4,933082707
Drogy	2	6,785714286	3,37518797
Nevím	1	6,785714286	4,933082707
$\Sigma$	95	95	202,5368421



Výsledná hodnota Ch-kvadrat testu je 202,54

p-hodnota < 0,05

Hypotéza č. 5: Více jak 60 % těhotných žen je informováno o povinnosti podstoupit testy na prokázání pohlavně přenosných nemocí v těhotenství.

Testy v těhotenství	Ano	Ne	Nevím	$\Sigma$
Skutečné četnosti	65	13	17	95
Očekávané četnosti	31,66666667	31,66666667	31,66666667	95
$\chi^2$	35,0877193	11,00350877	6,792982456	52,8842

Výsledná hodnota Chi-kvadrat testu je 52,88

p-hodnota < 0,05

Hypotéza č. 6: Více jak 60 % respondentek souhlasí s možností informovat o prevenci pohlavně přenosných nemocí v rámci gynekologických preventivních prohlídek.

Informace o prevenci	Ano	Ne	Nevím	$\Sigma$
Skutečné četnosti	74	13	8	95
Očekávané četnosti	31,66666667	31,66667	31,66666667	95
$\chi^2$	56,59298246	11,00351	17,6877193	85,28421

Výsledná hodnota Chi-kvadrat testu je 85,28

p-hodnota < 0,05

## II KRITICKÉ HODNOTY TESTOVÉHO KRITÉRIA CHÍ-KVADRÁT

Stupně volnosti	Hladina významnosti	
	0,05	0,01
1	3,841	6,635
2	5,991	9,210
3	7,815	11,341
4	9,488	13,277
5	11,070	15,086
6	12,592	16,812
7	14,067	18,475
8	15,507	20,090
9	16,919	21,666
10	18,307	23,209
11	19,675	24,725
12	21,026	26,217
13	22,362	27,688
14	23,685	29,141
15	24,996	30,578
16	26,296	32,000
17	27,587	33,409
18	28,868	34,805
19	30,144	36,191
20	31,410	37,576
21	32,671	38,932
22	33,924	40,289
23	35,172	41,638
24	36,415	42,980
25	37,652	44,314
26	38,885	45,642
27	40,113	46,963
28	41,337	48,278
29	42,557	49,588
30	43,773	50,892

1. Zdroj: CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*.

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Bc. Veronika Březková
<b>Katedra:</b>	Katedra antropologie a zdravotní vědy
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Vladislava Marciánová
<b>Rok obhajoby:</b>	2015

<b>Název práce:</b>	Prevence pohlavně přenosných nemocí u těhotných žen
<b>Název v angličtině:</b>	Prevention of sexually transmitted diseases in pregnant women
<b>Anotace práce:</b>	Diplomová práce se zabývá problematikou pohlavně přenosných nemocí u těhotných žen. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsou popsány jednotlivé pohlavně přenosné nemoci, jejich důsledky na těhotenství a vývoj plodu, preventivní opatření. Výsledky výzkumu shrnují poznatky a názory těhotných žen o problematice pohlavně přenosných nemocí.
<b>Klíčová slova:</b>	Těhotenství, pohlavně přenosné nemoci, prevence, screeningové vyšetření, edukace, dispenzarizace
<b>Anotace v angličtině:</b>	The thesis deals with the problem of sexually transmitted diseases in pregnant women. The work is divided into theoretical and practical part. The theoretical part describes the various sexually transmitted diseases, their effects on pregnancy and fetal development, preventive measures. The research results summarize the findings and opinions of pregnant women on the issue of sexually transmitted diseases.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	Pregnancy , sexually transmitted diseases , prevention , screening , education , dispensary
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	<b>Příloha 1</b> Dotazník, <b>Příloha 2</b> Propagační leták na edukační kurz, <b>Příloha 3</b> Screeningová vyšetření v prenatální péči v ČR, <b>Příloha 4</b> Počet pohlavně přenosných nemocí v letech 2002-2012, <b>Příloha 5</b> Vývoj počtu nově zjištěných případů HIV/AIDS, <b>Příloha 6</b> Formulář Hlášení pohlavní nemoci, <b>Příloha 7</b> Informační leták - sexuální výchova, <b>Příloha 8</b> Informační leták - pohlavní choroby stále hrozí, <b>Příloha 9</b> Statisticky zpracovaná data
<b>Rozsah práce:</b>	90 stran
<b>Jazyk práce:</b>	Český