

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

**INFORMOVANOST LAICKÉ VEŘEJNOSTI
O IMPORTOVANÝCH TROPICKÝCH INFEKČÍCH**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

KRISTINA ROŽENSKÁ

Praha 2017

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

**INFORMOVANOST LAICKÉ VEŘEJNOSTI
O IMPORTOVANÝCH TROPICKÝCH INFEKČÍCH**

Bakalářská práce

KRISTINA ROŽENSKÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: doc. MUDr. Lidmila Hamplová PhD.

Praha 2017



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Roženská Kristina
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 2. 1. 2017 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Informovanost laické veřejnosti o importovaných tropických infekcích

Public Awareness about Imported Infections

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Lidmila Hamplová, PhD.

V Praze dne: 2. 1. 2017


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce doc. MUDr. Lidmile Hamplové PhD., za poskytnutí odborných rad, věcné připomínky, ochotu a vstřícný přístup během zpracování této práce. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat organizaci Lékaři bez hranic a Oddělení tropické medicíny 1. LF UK Praha. Velké poděkování náleží celé mé rodině, a to zejména mým prarodičům za podporu, trpělivost a povzbuzování po dobu mého studia.

ABSTRAKT

ROŽENSKÁ, Kristina. *Informovanost laické veřejnosti o importovaných tropických infekcích*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: MUDr. Lidmila Hamplová PhD. Praha. 2017. 55 stran.

Tato bakalářská práce se zabývá importovanými nebo potenciálně importovatelnými tropickými nemocemi, především pak známějšími typy jako např. ebola nebo HIV infekce. Cílem práce je zjištění orientovanosti laické veřejnosti v oblasti tropických nemocí a dále upozornění veřejnosti na problematiku a poznatky týkající se příznaků, diagnostiky a léčby vybraných nemocí. Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část byla zpracována na základě odborné literatury jak české, tak i zahraniční včetně internetových zdrojů zabývajících se danou problematikou. Praktickou část bakalářské práce tvoří vyhodnocení dotazníku a zpracování dat.

Klíčová slova

Cestovní medicína. Ebola. HIV. Infekce. Malárie. Tropické nemoci.

ABSTRACT

ROŽENSKÁ, Kristina. *Public awareness about imported infections*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor MUDr. Lidmila Hamplová PhD. 2017. 55 pages.

This thesis deals with imported tropical diseases, especially the more familiar types such as Ebola or HIV infection. The aim is to acquaint the general public with the issues and knowledge regarding the diagnosis and treatment of the issue. The thesis is divided into theoretical and practical part. The theoretical part was prepared on the basis of literature, both Czech and foreign Internet resources dealing with the issue. The practical part of the thesis consists of an evaluation questionnaire and data processing.

Keywords

Ebola. HIV. Infection. Malaria. Travel medicine. Tropical diseases.

OBSAH

ÚVOD.....	12
1 DEFINICE ZÁKLADNÍCH POJMŮ	15
1.1 IMPORTOVANÉ NÁKAZY	16
1.2 PŘÍZNAKY A PRŮBĚH NEMOCI.....	16
1.3 ZÁKLADNÍ LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ INFEKČNÍCH NEMOCÍ	17
1.3.1 SEDIMENTACE ERYTROCYTŮ.....	17
1.3.2 CRP.....	17
1.3.3 PROKALCITONIN	17
1.4 RYCHLÉ DIAGNOSTICKÉ TESTY.....	18
1.4.1 POŽADAVKY NA RDT.....	18
1.4.2 VYUŽITÍ RDT V KLINICKÉ PRAXI	18
2 IMPORTOVANÉ NÁKAZY, NÁKAZY S RIZIKEM IMPORTU A	
VYŠETŘENÍ PO NÁVRATU.....	19
2.1 EBOLA	19
2.2 MALÁRIE	22
2.3 VIROVÉ HEPATITIDY	23
2.3.1 VIROVÁ HEPATITIDA A	23
2.3.2 VIROVÁ HEPATITIDA B.....	25
2.3.3 VIROVÁ HEPATITIDA C	26
2.4 HIV/AIDS	28
2.5 HOREČKA DENGUE.....	29
2.6 VIRUS ZIKA.....	30
2.7 PRŮJEM CESTOVATELŮ.....	32
2.8 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTY S INFEKČNÍM	
ONEMOCNĚNÍM	33
2.8.1 PRAVIDLA PŘI OŠETŘOVÁNÍ INFEKČNÍHO PACIENTA.....	33

2.8.2	REŽIMOVÁ OPATŘENÍ	34
2.8.3	PROPUŠTĚNÍ INFEKČNÍHO PACIENTA	35
3	POPIS ŘEŠENÍ PRŮZKUMU	37
3.1	PRŮZKUMNÝ PROBLÉM.....	37
3.2	PRŮZKUMNÉ CÍLE, PRŮZKUMNÉ OTÁZKY	37
4	METODIKA PRŮZKUMU	38
4.1	ČASOVÝ HARMONOGRAM.....	38
4.2	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU.....	38
5	ANALÝZA VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU	39
6	INTERPRETACE VLASTNÍHO VÝZKUMU.....	59
6.1	VYHODNOCENÍ CÍLŮ.....	59
7	NÁVRHY NA DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	64
	ZÁVĚR	65
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	67
	PŘÍLOHY.....	71

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome nebo též Acquired Immunodeficiency Syndrome, česky syndrom získaného selhání imunity
ALT	Alaninaminotransferáza biochemický ukazatel funkce jater
AST	Aspartátaminotransferáza biochemický ukazatel funkce jater a dalších orgánů
CRP	C-reaktivní protein je protein hrající roli opsoninu, který se stanovuje v séru
DNA	Kyselina deoxyribonukleová
EVD	Ebola virové onemocnění
HAV	Virová hepatitida A
HBV	Virová hepatitida B
HCC	Hepatocelulární karcinom
HCV	Virová hepatitida C
HDV	Virová hepatitida D
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HD	Horečka dengue
IUD	Intravenózní uživatelé drog
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
PCT	Prokalcitonin
RDT	Rychlý diagnostický test
RNA	Ribonukleová kyselina je zodpovědná za přenos informace
WHO	Světová zdravotnická organizace

(LÉKAŘSKÉ SLOVNÍKY, 2016)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Dyzynterický syndrom	tenesmy, krev a hlen ve stolici
Fulminantní	velmi prudce, subakutně probíhající s dramatickými příznaky
Hemokoagulace	srážení krve způsobené postupnou aktivací srážecích neboli koagulačních faktorů
Choleriformní	podobný choleře projevující se zejm. vodnatými průjmy, kdy může docházet k velkým ztrátám tekutin a dehydrataci
Imunosuprimovaná osoba	osoba, která má omezenou schopnost organismu reagovat na podnět tvorbou protilátek nebo buněčnou reakcí, stav snížené imunity
Inaktivní nosič	virus se u infikované osoby nachází ve stádiu nízké replikace
Koinfekce	současná infekce dvěma, popř. více druhy choroboplodných zárodků
Perzistující	chronický
Polypeptid	biopolymer složený z více než 10 aminokyselin
Prodromy	příznaky ohlašující příchod nemoci. Nebývají obvykle typické pro určitou nemoc, ale mohou upozornit na blížící se onemocnění, resp. na jeho počátek
Signifikantní	důležitý, významný
Subikterus	zažloutnutí, které není ještě patrné na kůži, nýbrž jen na očních bělmech a měkkém patře
Porcupines	jsou savci s vrstvou ostrými trny nebo ostny, které chrání před predátory

(VOKURKA a kol., 2009); (SLOVNÍKY. CZ, 2016)

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Věkové spektrum	39
Tabulka č. 2 Dosažené vzdělání	40
Tabulka č. 3 Pobyť v zahraničí.....	41
Tabulka č. 4 Zahraniční země.....	42
Tabulka č. 5 Definice oboru	43
Tabulka č. 6 Zkratka HIV	44
Tabulka č. 7 Plánované očkování	45
Tabulka č. 8 Pracoviště provádějící očkování	46
Tabulka č. 9 Mezinárodní očkovací průkaz.....	47
Tabulka č. 10 Virová žloutenka.....	48
Tabulka č. 11 Hlášení infekční nemoci	49
Tabulka č. 12 Přenosy HIV.....	50
Tabulka č. 13 Nejčastější infekce vyskytující se v Evropě.....	51
Tabulka č. 14 Přenos hepatitidy A.....	52
Tabulka č. 15 Dominantní příznaky salmonelózy	53
Tabulka č. 16 Přenos nákazy břišním tyfem.....	54
Tabulka č. 17 Závažnost tropických chorob.....	55
Tabulka č. 18 Příznaky onemocnění vyskytující se po návratu ze zahraničí	56
Tabulka č. 19 AIDS jako infekční onemocnění.....	57
Tabulka č. 20 Výskyt průjmového onemocnění po návratu ze zahraničí.....	58

ÚVOD

Pro bakalářskou práci jsme si zvolili téma týkající se importovaných tropických infekcí. V teoretické části práce jsme popsali ty nejčastější importované a doplnili o nákazu virem ebola, u níž hrozila importace do ČR. Soustředili jsme se na takové nákazy, které ovlivnily a ovlivňují zdravotnickou situaci na celém světě. Téma je jinak velice rozsáhlé.

Svět se nám postupně zmenšuje, můžeme si pohodlně telefonovat s přáteli z New Yorku, dovolená v Egyptě je běžně dostupná i pro nepřilíš movité. Cestování do vzdálených destinací je „in“. Exotické země však nepřinášejí jen cestovatelské zážitky, kromě báječných fotografií si můžeme ale přivést i nějaký „nestandardní dárek“ ve formě pro nás neznámé a ne vždy příjemné choroby.

Slušivý safari klobouček si sbalit nezapomeneme, ale vybavit se očkováním nehrazeným ze zdravotního pojištění a v dostatečném předstihu? Zaplatit si očkování je vlastně velmi levné, když si vypočítáme, kolik nás stojí následná léčba, pracovní neschopnost a případné poškození zdraví. Plánování očkování před cestou jde často poněkud stranou a proti některým chorobám očkování ani neexistuje.

Do jaké míry je však cestovatel seznámen s riziky dané lokality? Čeho se vyvarovat? Kde získat fundované informace? Nakolik je informovaná laická veřejnost? Často se lidé domnívají, že v luxusním hotelu se nemohou s žádnou nákazou setkat. Kdo ale tvoří hotelový personál? Chudí lidé s nedostatečnou zdravotní gramotností, kteří mohou být sami kontaminováni. Běžně se dotýkají třeba ledu, který chladí drink podávaný v hotelovém baru, lákavých plodů moře, špatně omytého ovoce. Kromě toho je u některých vakcín často opomíjená nutnost přeočkování. Nedostatečná informovanost veřejnosti má za následek i odmítání očkování z důvodu zveličovaných obav z vedlejších účinků vakcín.

Tato situace je v médiích často diskutována, rodiče se mnohdy brání i proti očkování svých dětí. S očkováním je totiž spojena i řada mýtů a předsudků. Doufáme, že se právě informovanost veřejnosti prohloubí a přispěje k tomu, že vybavení se očkováním bude běžným standardem cestovatelů.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Uvést definice, diagnostiku, prevenci a terapii importovaných tropických infekcí

Cíl 2: Prezentovat poznatky v souvislosti se „znovu se vracejícími“ nemocemi

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Zjistit, zda mají větší orientovanost v problematice importovaných infekcí muži či ženy.

Cíl 2: Zjistit znalosti laické veřejnosti o nadstandardním očkování v ČR.

Cíl 3: Zjistit, jaká je informovanost laické veřejnosti o příznacích nemocí získaných v souvislosti s pobytem v zahraničí.

Cíl 4: Zjistit informovanost laické veřejnosti o malárii.

Cíl 5: Zjistit informovanost laické veřejnosti o HIV/AIDS.

Vstupní literatura

DOSTÁL, Václav. Infektologie. 1. dotisk 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005, 338 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 80-246-0749-2.

HUSA, Petr, KRBKOVÁ, Lenka, BARTOŠOVÁ, Drahomíra. Infekční lékařství: učební text pro studenty všeobecného lékařství. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2011, 159 s. ISBN 978-80-210-5660-2.

Oddělení tropické medicíny [online]. 2010. [cit. 2016-02-25]. Dostupné z: http://inf3.lf1.cuni.cz/tropy/tropacest/Importovane_tropicke_infekce.pdf

Popis rešeršní strategie

Jazykové vymezení: čeština, angličtina

Klíčová slova: Cestovní medicína - travel medicine, ebola - Ebola, infekce - infection, malárie - Malaria, tropické nemoci - tropical diseases

Časové vymezení: 2007-2017

Druhy dokumentů: vysokoškolské práce, knihy, články a příspěvky ve sborníku, elektronické zdroje

Počet záznamů: 572 (vysokoškolské práce: 111, knihy: 57, články a příspěvky ve sborníku: 10, elektronické zdroje: 394)

Použitý citační styl: harvardský, ČSN ISO 690-2:2011 (česká verze mezinárodních norem pro tvorbu citací tradičních a elektronických dokumentů)

Základní prameny:

- katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz)
- databáze vysokoškolských prací (www.theses.cz)
- Ústav vědeckých informací 1. LF UK a VFN
- specializované databáze (EBSCO, EMBASE, MEDLINE, EBSCOhost, Web of science, PubMed)

Po dostatečném prozkoumání vstupní literatury jsme museli eliminovat dokumenty, zejména zahraniční vědecké práce, které byly příliš odborné a úzce specializované. Čerpali jsme zejména z české monografie, ale použili jsme i zahraniční autory. Internetové zdroje jsme volili takové, u nichž je zajištěna určitá originalita a prestiž, např. WHO.

1 DEFINICE ZÁKLADNÍCH POJMŮ

Infekční choroby představují i začátkem 21. století závažný zdravotnický, sociální a ekonomický problém. Lidstvo je po celý život obklopeno mikroorganismy, které mohou v krajních případech vést až k redukci celé populace. Nejnázornějším takovým případem je epidemie moru ve 14. století, která si vyžádala 25 milionů obětí.

Podle vžitě představy jsou infekční choroby akutní onemocnění léčitelná antibiotiky, kterým se dá většinou předcházet vakcinací a hygienickými opatřeními. Tato představa je však mylná, protože mnoho infekcí může probíhat chronicky nebo s těžkými komplikacemi. Mezi taková onemocnění klasicky řadíme AIDS, chronické virové hepatitidy, Lymskou boreliózu apod. (HUSA, 2006).

Infekční agens - jsou to mikroorganismy (bakterie, viry, parazité) schopné způsobit za určitých podmínek nákazu (vliv hostitele, prostředí) i infekční onemocnění.

Infekce - jde o vstup, vývoj nebo pomnožení infekčního agens v těle člověka či zvířete. Pojem infekce (nákaza) není totožný s pojmem infekční nemoci, protože ne všechny infekce vedou k infekčnímu onemocnění.

Infekční onemocnění – je onemocnění vyvolané specifickým infekčním agens nebo toxiny.

Infikovaná osoba - jde o osobu nemocnou, osobu s infekcí, vironosiče a bacilonosiče.

Transparentní infekce - skrytá, latentní, můžeme ji detekovat pouze laboratorně.

Zdroj nákazy - jde o infikované osoby nebo zvířata, v jejichž organismu nalezneme patogenní mikroorganismy.

Sporadický výskyt onemocnění - mezi obyvatelstvem se vyskytují ojedinělé případy určitého onemocnění, které mají malou nebo žádnou vzájemnou souvislost.

Endemický výskyt onemocnění - v určité geografické oblasti se dlouhodobě vyskytují určité infekční choroby.

Epidemický výskyt onemocnění - jde většinou o krátkodobý hromadný výskyt určité choroby v určitém časovém horizontu v dané oblasti.

Pandemický výskyt onemocnění - jde o epidemie, které postihují celé kontinenty či více kontinentů.

Vnímavá osoba - osoba, která není rezistentní vůči určitému infekčnímu agens. Z tohoto důvodu se infikuje, pokud je vystavena nákaze.

Imunní osoba - osoba, která má po prodělané infekci či vakcinaci dostatečnou hladinu protilátek, proto neonemocní, když je vystavena nákaze (HUSA, 2006).

1.1 IMPORTOVANÉ NÁKAZY

Importovaná infekce je nákaza, ke které došlo za pobytu v zahraničí, ale která se klinicky projeví až na území České republiky. V důsledku vzrůstajícího cestovního ruchu a migrace obyvatel jsou importované nákazy stále častější. Postihují občany ČR, kteří z různých důvodů pobývali v zahraničí. K importu může dojít také prostřednictvím dovážených zvířat, kontaminovaných potravin, krmiv nebo předmětů. Importované nákazy lze rozdělit do dvou skupin:

Geopolitní nákazy. Vyskytují se na celém světě, zejména z důvodu špatných hygienických návyků. Při importu můžou být na území našeho státu zavlečeny mikroorganismy s neobvyklými vlastnostmi, zvýšenou virulencí či rezistencí na chemoterapii.

Tropické nákazy. Jejich výskyt je vázán na klimatické a geografické podmínky tropického či subtropického pásma. Může docházet k opožděné diagnostice z důvodu obtížné dostupnosti speciálních laboratorních vyšetření (AMBROŽOVÁ, 2012). (BERAN, 2006).

1.2 PŘÍZNAKY A PRŮBĚH NEMOCI

Nemoc se projevuje subjektivními příznaky, které udává pacient, nebo objektivními, které zjišťuje lékař a další zdravotnický personál za pomoci vyšetření, která se stanovují laboratorními a instrumentálními metodami.

1.3 ZÁKLADNÍ LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ INFEKČNÍCH NEMOCÍ

Laboratorní vyšetření informují o probíhajících procesech v lidském organismu a jejich změnách. Lze je rozdělit na základní, speciální a až vysoce speciální. Jiné dělení laboratorních vyšetření je podle prostředí, kde jsou prováděna, a to přímo na nemocničních odděleních (bed side test) nebo v laboratořích. Dále je nutné podotknout, že u laboratorních vyšetření existuje metoda přímá a nepřímá.

Přímá diagnostika prokazuje přítomnost mikroorganismu nebo jeho složek. Má však svá úskalí. Jedním ze zásadních úskalí je možnost prokázat přítomnost mikroorganismů bez identifikace role mikroba v etiopatogenezi.

Nepřímá diagnostika se zakládá na prokazování reakce imunitního systému na přítomnost původce infekční nemoci. Patří sem sérologické testy, kožní testy atd. (ROZSYPAL, 2015).

1.3.1 SEDIMENTACE ERYTROCYTŮ

Je to rychlost klesání erytrocytů v nesražené plazmě.

Podrobnější schéma najdeme v příloze E.

1.3.2 CRP

Je diagnosticky nejdůležitější protein akutní fáze zánětu. Je produkován zejména hepatocyty. Syntéza začíná prudce narůstat mezi 6.–9. hodinou po začátku zánětlivého onemocnění, vrcholu dosahuje za 1-3 dny. Podrobněji zpracovaný ukazatel najdeme v příloze F.

1.3.3 PROKALCITONIN

Polypeptid slouží jako doplňkový zánětlivý ukazatel, v kombinaci s CRP zvyšuje senzitivitu viru v průkazu akutního zánětu, oproti CRP nastupuje časněji (ROZSYPAL, 2015).

1.4 RYCHLÉ DIAGNOSTICKÉ TESTY

Vyvinuty počátkem 90. let 20. století. Založeny na imunochromatografickém průkazu parazitárních antigenů v kapilární krvi.

1.4.1 POŽADAVKY NA RDT

Jedná se o jednoduché provedení, jasný návod, minimální potřeba výcviku, rychlý výsledek do 20 min., stabilita při vyšší teplotě, vlhkosti a osvětlení, reprodukovatelné výsledky.

1.4.2 VYUŽITÍ RDT V KLINICKÉ PRAXI

Ve vyspělých zemích slouží k rychlé diagnostice, není-li dostupné klasické mikroskopické vyšetření, a k samovyšetření cestovatelů před nasazením antimalarické léčby.

2 IMPORTOVANÉ NÁKAZY, NÁKAZY S RIZIKEM IMPORTU A VYŠETŘENÍ PO NÁVRATU

2.1 EBOLA

Virus ebola se vyskytl v několika afrických zemích. Byl objeven roku 1976 blízko řeky Ebola v Demokratické republice Kongo. Až dosud se horečka ebola vyskytla v několika epidemiích v Africe. Jde o závažné virové, často fatální onemocnění u lidí, známé jako krvácivá horečka ebola. Virus se přenáší na lidi z divokých zvířat a je dále šířen v lidské populaci z člověka na člověka (ECDC, 2008).

Průměrná EVD úmrtnost se pohybuje kolem 50 %. K prvnímu vypuknutí EVD došlo v odlehlých vesnicích ve střední Africe, v blízkosti tropických deštných pralesů. Včasná podpůrná léčba s rehydratací a symptomatická léčba pomáhají k přežití.

PŘENOS

Předpokládá se, že kaloni rodu Pteropodidae jsou přírodní hostitelé viru ebola. Ebola je zavedena do lidské populace přes kontakt s krví, sekrety, orgány nebo jinými tělními tekutinami nakažených zvířat, jako jsou šimpanzi, gorily, kaloni, opice, lesní antilopy a porcupines.

Ebola se pak šíří z člověka na člověka prostřednictvím přímého kontaktu (přes porušenou kůži nebo sliznici) s krví, sekrety, orgány nebo jinými tělními tekutinami nakažených lidí a také povrchy a materiály kontaminovanými těmito tekutinami (např. ložní prádlo, oděvy).

Zdravotničtí pracovníci byli často infikováni při léčbě pacientů s podezřením nebo potvrzenou EVD. K tomu došlo po těsném kontaktu s pacienty, u kterých kontrolní opatření nebyla striktně praktikována.

Lidé zůstávají infekční tak dlouho, dokud jejich krev obsahuje virus.

SYMPTOMY

Inkubační doba znamená časový interval mezi infikováním virem do nástupu symptomů. Pohybuje se okolo 2 až 21 dnů. Lidé nejsou infekční, dokud se u nich neobjeví příznaky, a to náhlý nástup únavy, horečka, bolesti svalů, bolesti hlavy a bolesti v krku, následuje zvracení, průjem, vyrážka, příznaky poruch funkce ledvin a jater, v některých případech vnitřní i vnější krvácení (např. vytékání krve z dásní, krev ve stolici). Mezi typické laboratorní nálezy patří nízké hladiny krvinek a krevních destiček a zvýšení hladiny jaterních enzymů.

DIAGNÓZA

Může být velice obtížné rozlišit EVD od jiných infekčních onemocnění, jako jsou malárie, tyfus a meningitida. Pro potvrzení, že symptomy jsou způsobeny virovou infekcí ebola, je nutné použití těchto vyšetřovacích metod:

- protilátka-enzym capture-linked immunosorbent assay (ELISA),
- testy detekce antigen-capture,
- sérum neutralizační test,
- reverzní transkriptázy polymerázové řetězové reakce (RT-PCR) Test,
- elektronová mikroskopie,
- izolace viru buněčnou kulturou.

Vzorky od pacientů představují extrémní biologické riziko, proto by laboratorní testy na non-inaktivních vzorcích měly být prováděny v rámci maximální ochrany pracovníků.

LÉČBA A VAKCINACE

Podpůrná rehydratační péče s orální nebo nitrožilní aplikací roztoků zlepšuje šanci na přežití. Dosud neexistuje žádná osvědčená léčba dostupná pro EVD. Nicméně řada potenciálních procedur spolu s krevními produkty, imunitní terapií a farmakoterapií jsou v současné době vyhodnocovány.

Momentálně nejsou dostupné žádné licencované ebola vakcíny, ale jsou posuzovány dvě potenciální kandidátské vakcíny.

PREVENCE

Dobrá kontrola ohniska se opírá o aplikaci balíčku intervencí, jmenovitě se jedná o vedení případu, dohled a sledování kontaktů, správnou laboratorní službu, bezpečnostní pohřby a sociální mobilizaci. Klíčem k úspěšné kontrole ohnisek je zapojení komunity a zvyšování povědomí o rizikových faktorech a ochranných opatřeních. Snížení rizika by se mělo zaměřit na několik faktorů:

- a) Snižovat riziko z volně žijících živočichů, kteří přenášejí virus, a omezit spotřebu jejich syrového masa. Se zvířaty by se mělo zacházet s rukavicemi a jinými vhodnými ochrannými oděvy. Živočišné produkty (krev a maso) by měly být před konzumací důkladně tepelně upraveny.
- b) Snižovat rizika přenosu z člověka na člověka přímým nebo těsným kontaktem s lidmi s příznaky eboly, a to zejména s jejich tělesnými tekutinami. Rukavice a vhodné osobní ochranné prostředky by měly být používány při péči o nemocné doma.
- c) Snižovat riziko možného sexuálního přenosu na základě dalšího rozboru pokračujícího výzkumu a zvážení doporučení poradní skupiny zaměřené na výzkum viru Ebola Disease Response. WHO nedoporučuje izolaci mužských nebo ženských pacientů v rekonvalescenci, jejichž krev byla negativní na virus ebola.

Podle doporučení WHO jsou nutná omezující opatření, včetně rychlého pohřbívání mrtvých, identifikace osob, které mohly být v kontaktu s infikovanou osobou, a sledování jejich zdraví po dobu 21 dnů. Velký význam má oddělování zdravých od nemocných, aby se zabránilo dalšímu šíření viru (WHO, 2016).

2.2 MALÁRIE

Malárie je celosvětově jednou z nejzávažnějších infekčních nemocí, která byla známa již ve starověkém Egyptě, Sumeru i Řecku, kde Hippokrates popsal záchvaty horečky se zvětšením uzlin. Původce nemoci objevil francouzský lékař Laveran v Alžíru.

VÝSKYT

Výskyt malárie zahrnuje téměř 100 zemí a 2 miliardy obyvatel. Ročně onemocní 500 miliónů lidí a 2 miliony této nemoci podlehnou. K 90 % všech úmrtí dochází v Africe. Odhaduje se, že každý den na malárii zemře 3000 lidí. Onemocnění je způsobeno prvokem z rodu Plasmodium. V nemalarických oblastech světa se stále zvyšuje výskyt importované malárie, jen v Evropě každý rok onemocní 10 000 lidí. V České republice se ročně diagnostikuje více než 20 případů a v posledních 12 letech pět nemocných na malárii zemřelo. Jedná se většinou o občany, kteří vyjíždějí do exotických zemí za prací či obchodem (BERAN, 2006).

ETIOLOGIE A PATOGENEZE

Původci malárie jsou celkem čtyři druhy prvoků, kteří se pomnoží v červených krvinkách a vyvolají tři základní formy onemocnění: terciánu, kvartánu a tropickou malárii čili tropiku.

EPIDEMIOLOGIE A INKUBAČNÍ DOBA

Zdrojem nákazy je člověk, v jehož krvi kolují gametocyty parazita. Nákazu přenáší asi 70 druhů komárů. Může dojít k výsevu onemocnění u pacientů, kteří nikdy nebyli v malarické zemi, ale pobývají v blízkosti mezinárodního letiště - letištní malárie. K nákaze stačí krátký kontakt, proto může vznikat tzv. tranzitní (runway) malárie při mezipřistání letadla.

Inkubační doba závisí na druhu prvoka a případné profylaxi, která inkubační dobu prodlužuje. U tropiky dochází k onemocnění v 90 % do jednoho měsíce, zatímco u terciánu onemocní pouze 50 % infikovaných osob.

KLINICKÝ OBRAZ

Onemocnění charakterizuje horečka, která v prvních dnech bývá nepravidelná, teprve později se opakují malarické záchvaty. Záchvat začíná zimnicí, třesavkou a rychlým vzestupem teploty zhruba na 40 °C. Horečka trvá 2-12 hodin, poté klesá. Nemocný má bolesti hlavy, zad, končetin i kloubů. Zejména u formy tropiky se může projevit nauzea, zvracení, průjem a neproduktivní kašel. Téměř vždy je zvětšená slezina a velice často je přítomný lehký subikterus. V krevním obraze se objeví trombopenie a později anémie. Pokud onemocnění není včas rozpoznáno, dochází během pár dnů k výraznému zhoršení stavu. Rozvíjí se poruchy vědomí, šok, známky selhávání ledvin, plic i jater a porucha hemokoagulace. Tento průběh označujeme jako maligní malárie. Pokud v klinickém obraze přetrvávají známky poškození mozku jako poruchy vědomí, křeče a ložiskové příznaky, jde o mozkovou malárii. K těžšímu průběhu nemoci predisponují kojenci a batolata, osoby vyššího věku, těhotné ženy a osoby po splenektomii (BERAN, 2006).

DIAGNOSTIKA A LÉČBA

Základem diagnostiky je podrobná cestovní anamnéza. Nemocní jsou doporučováni k hospitalizaci z důvodu horečky nejasného původu. Někdy se může objevit i atypický klinický obraz. Nákazu ověří mikroskopický průkaz plasmodií v erytrocytech periferní krve. K nalezení plasmodií užíváme tzv. tlustou kapku. Sérologie nemá žádný význam pro včasnou diagnostiku, ale může ověřit profesní nákazu získanou během dřívějšího pobytu v zahraničí.

Pacienti s malárií se hospitalizují na infekčních klinikách. Základem léčby je včasná diagnostika a rychle zahájená léčba. Podáváme antimalarika (MATOUŠKOVÁ, 2012).

2.3 VIROVÉ HEPATITIDY

Virové hepatitidy jsou difúzní zánětlivě nekrotická onemocnění jater, která i v současné době představují velmi závažný zdravotnický problém. Akutní virové hepatitidy jsou nejčastějšími jaterními onemocněními. V celosvětovém měřítku vedou k 1 - 2 milionům úmrtí ročně.

2.3.1 VIROVÁ HEPATITIDA A

V naprosté většině případů probíhá benigně a nepřechází do chronicity.

EPIDEMIOLOGIE, ETIOPATOGENEZE A INKUBAČNÍ DOBA

Virus hepatitidy A se vylučuje stolicí. Přenos je tedy možný fekálně-orální cestou, a to buď přímo (znečištěné ruce, apod.), nebo nepřímo, a to zejména infikovanou vodou. HAV je malý neobalený RNA virus. Jaterní postižení je způsobeno imunitní reakcí navozenou virovou infekcí. Imunita po prodělaném onemocnění je celoživotní. Inkubační doba trvá 14-50 dní, většinou kolem 4 týdnů (BENEŠ, 2009).

KLINICKÝ OBRAZ

Závisí na věku infikovaného. V zemích s nižšími hygienickými nároky se s touto nemocí setká velké množství populace. Průběh onemocnění je v tomto případě lehký, většinou bezpříznakový nebo jen s nespecifickými projevy jako horečka, nauzea, zvracení a průjem. Infikují se nejen děti, ale i dospělí. Onemocnění je potom většinou závažnější, často spojené se žloutenkou. V prodromech jsou nejčastější trávicí problémy a horečka.

DIAGNOSTIKA

K podezření na onemocnění nás většinou vede klinický obraz. Definitivní potvrzení diagnózy je možné pouze sérologicky. Sérologická diagnostika u HAV je jednoduchá.

TERAPIE A PROGNÓZA

Je pouze symptomatická a probíhá za hospitalizace na infekčních klinikách a odděleních. Základem je tělesné šetření, šetřící dieta a podpurná léčba (hepatoprotektiva atd.).

Podle současných poznatků nepřechází do chronicity, z toho plyne, že prognóza je velice dobrá. Poměrně častý je relabující průběh. Ten nastává několik týdnů po propuštění z nemocnice, kdy dochází ke zvýšení ALT a AST. Bilirubin však již zůstává normální.

PREVENCE A PROFYLAXE

Aktivní a pasivní imunizace je možná. K dispozici jsou inaktivované vakcíny. Podáním imunoglobulinu se infekci HAV nezabrání, ale zmírňují se klinické projevy onemocnění. Často lze potom zaznamenat asymptomatický průběh hepatitidy A i s nevýrazným vzestupem ALT aktivity. Možná je současná vakcinace proti hepatitidě A a B pomocí kombinované vakcíny.

2.3.2 VIROVÁ HEPATITIDA B

Je parenterálně přenosná a je jedním z hlavních a nejzávažnějších zdravotnických problémů současnosti, a to především v rozvojových zemích světa.

EPIDEMIOLOGIE, ETIOPATOGENEZE A INKUBAČNÍ DOBA

Odhadem se během svého života nakazí HBV více než 2 miliardy osob a v současnosti je chronicky infikováno 350-400 milionů lidí. Největší počet z nich žije v Číně (125 milionů).

Podle posledních sérologických přehledů, které proběhly v České republice v roce 2001, byla pozitivita prokázána u 0,56 % našich občanů. Nejčastěji se HBV přenáší v rozvinutých zemích včetně České republiky sexuálním stykem a sdílením injekčních jehel a stříkaček mezi uživateli drog.

HBV je malý obalený DNA virus, který není přímo cytopatogenní a zánik infikovaných hepatocytů je vyvolán imunitní reakcí hostitele.

KLINICKÝ OBRAZ

Inkubační doba je 50-180 dní, v prodromálním stádiu převládají chřipkové a gastrointestinální příznaky (únava, snížená chuť k jídlu, nevolnost, zvracení, někdy nadýmání a říhání, tlakové bolesti v pravém podžebří, bolesti kloubů). Tyto příznaky dále progredují v začátku klinického onemocnění. Virová hepatitida může mít průběh anikterický nebo ikterický. U ikterické formy onemocnění je typická světlá stolice a tmavá moč. Akutní virová hepatitida může být komplikována intrahepatální cholestázou nebo fulminantním průběhem s jaterním selháním. Ve fyzikálním nálezu dominuje hepatomegalie (PLÍŠEK, 2001).

KOMPLIKACE

Chronická hepatitida, jaterní cirhóza, hepatocelulární karcinom.

TERAPIE

Cílem léčby je prodloužit délku a zlepšit kvalitu života, dekompenzovat jaterní cirhózu a vznik HCC. Léčí se pomocí interferonu alfa, který se podává jednou týdně po dobu 48 týdnů.

DIAGNOSTIKA

Sérologická diagnostika infekce HBV je poměrně komplikovaná, protože sleduje přítomnost řady virových antigenů a protilátek proti nim. Protilátky proti HbsAg se objevují v krvi až za 6 týdnů a většinou vymizí do 3 měsíců po klinickém onemocnění.

PROGNÓZA

Ročně umírá celosvětově asi 50 tisíc lidí na fulminantní hepatitidu B a až 1 milion na dekompenzovanou jaterní cirhózu. Skutečnost, že více než 170 zemí světa již zařadilo plošnou vakcinaci proti HBV do svých národních vakcinačních programů, a další nastavená opatření představují reálnou šanci, že se toto mimořádně závažné onemocnění dostane v dohledné době celosvětově pod kontrolu.

2.3.3 VIROVÁ HEPATITIDA C

Parenterálně přenosná virová hepatitida, která představuje závažný zdravotnický problém.

EPIDEMIOLOGIE, ETIOPATOGENEZE A INKUBAČNÍ DOBA

Přenáší se parenterální cestou. Před zavedením rutinního testování dárců krve (v České republice v roce 1992) se většina osob infikovala transfúzí krve či krevních derivátů. Nejrizikovější skupinu tvoří injekční uživatelé drog. Mezi další rizikové faktory patří společné sdílení předmětů, které mohou být kontaminovány, jako jsou zubní kartáčky, holicí strojky apod. Virová hepatitida C představuje závažný globální zdravotnický problém. Odhady uvádějí asi 3 % infikovaných. Největší výskyt infekce je v Africe, Jižní Americe a jihovýchodní Asii (HOBSTOVÁ, 2006).

Původce virové hepatitidy C je malý obalený RNA virus. Celosvětově i u nás je nejčastější infekce genotypem 1. Virus hepatitidy poškozuje mechanismus jaterních buněk. Udává se inkubační doba v rozmezí mezi 15-180 dnů, většinou jde o 5-12 týdnů.

KLINICKÝ OBRAZ

Akutní hepatitida C probíhá většinou velmi mírně nebo zcela asymptomaticky, proto ve většině případů uniká pozornosti. Ikterický průběh hepatitidy C není častý, maximálně 20-25 %.

Chronická hepatitida C a často i jaterní cirhóza probíhají většinou asymptomaticky a jsou odhaleny převážně při náhodných preventivních prohlídkách.

KOMPLIKACE

Chronická hepatitida, jaterní cirhóza a HCC.

DIAGNOSTIKA

Základním vyšetřením je průkaz protilátek anti-HCV metodou ELISA. Přitom můžou nastat dvě možnosti:

Pozitivita anti HCV i HCV RNA. Jde o častý nález, který lze vysvětlit jako stav, kdy jde o nemocného s chronickou hepatitidou C méně častou akutní formou.

Pozitivita anti HCV a negativita HCV RNA představuje mnohem méně častý nález, který lze interpretovat jako stav po akutní hepatitidě C, jež nepřešla do chronicity, nebo jde o pacienta vyléčeného z chronické infekce HCV.

TERAPIE

Léčba akutní HCV je pouze symptomatická. Chronická forma se léčí kombinací interferonu a ribavirinu.

Základní charakteristiky různých typů virových hepatitid:

a) Virus hepatitidy B je jediným DNA virem mezi původci virových hepatitid, ostatní jsou RNA viry.

b) Virus hepatitidy D je jediným dosud známým živočišným virem, to znamená, že potřebujeme jiný (hostitelský, pomocný) virus pro jeho přenos a následné množení.

c) Virus hepatitidy G byl objeven v roce 1995 a v současnosti ho neřadíme původem mezi virové hepatitidy, protože se ukázalo, že nedochází k signifikantnímu poškození jaterního parenchymu.

d) Relativně krátkou inkubační dobu (do 60 dnů) mají hepatitidy s enterálním přenosem, tj. A a E.

e) Hepatitida A do chronicity nepřechází nikdy, hepatitida E jen výjimečně u imunosuprimovaných osob, zejména po transplantacích orgánů.

f) Aktivní a pasivní imunizace je dosud možná jen proti infekci HAV a HBV (HUSA, 2011).

2.4 HIV/AIDS

Jde o onemocnění nazývané: *Syndrom získaného selhání imunity*. Jedná se o soubor příznaků a infekcí, jehož následkem je poškození imunitního systému člověka virem HIV. Nemoc HIV/AIDS byla poprvé zaznamenána v roce 1981 a od té doby se jí nakazily desítky milionů lidí, nejhůře postižené jsou některé africké státy. Přestože se léky na tlumení replikace HIV neustále zdokonalují, nemoc stále zůstává téměř vždy nevléčitelnou a smrtelnou.

EPIDEMIOLOGIE

Onemocnění AIDS patří mezi takzvané pandemie, to znamená, že jde o epidemii zasahující celé kontinenty. Jedná se tedy o onemocnění s vysokou incidencí na velkém území. Koncem roku 2009 žilo na světě asi 30,8 milionu dospělých a 2,5 milionu dětí s HIV/AIDS. Přibližně 30 milionů osob na světě na AIDS již zemřelo.

PŘENOS INFEKCE HIV

V rámci přenosu HIV jsou známy tři možné způsoby:

1. přenos krevní cestou,
2. přenos sexuální,
3. přenos vertikální cestou – z matky na plod.

DIAGNOSTIKA, LÉČBA A PREVENCE

V rámci diagnostiky HIV se využívá jak nepřímá virologická diagnostika, kterou se prokazuje detekce protilátek anti-HIV, tak přímá virologická diagnostika, která prokazuje přítomnost viru, popř. jeho antigenu. HIV pozitivitu lze s jistotou prokázat vždy s určitým odstupem od doby, kdy mohlo k přenosu (nákaze) HIV dojít. Nejčastěji je užívaný test ELISA, který se využívá při běžném testování osob, prokáže HIV pozitivitu přibližně po 2-3 měsících od doby, kdy k nákaze došlo. Zjišťováním průkazu antigenu p24 lze HIV pozitivitu prokázat po přibližně 2–3 týdnech od nákazy.

Přestože je onemocnění HIV/AIDS v současné době celoživotní a nevléčitelné, je možno jej léčit a tím značně zvýšit kvalitu a délku života HIV pozitivních osob. Možností a strategií léčby je celá řada. Jde však o finančně velmi náročnou terapii, která se neobejde bez vedlejších účinků léčby. Proto je vždy nejvýhodnější a nejjednodušší prevence. K té

patří zejména dodržování pravidel bezpečného sexu, vyvarování se rizik spojených s užíváním návykových látek (toxikomanií) apod.

Z kontaktu s HIV pozitivní osobou není třeba mít obavy. V rámci běžného života nehrozí přenos infekce, výjimkou jsou výše popsané rizikové činnosti. Při běžné péči o HIV pozitivního pacienta zcela postačí obvyklé dodržování všech běžných zásad hygieny, asepse a dodržování standardních ošetrovatelských postupů, včetně používání základních ochranných pracovních pomůcek, kterými jsou např. rukavice. Určité riziko pak samozřejmě hrozí při provádění invazivních výkonů (FREI, 2015).

Pokud jsou však i při těchto výkonech dodrženy všechny standardní postupy a doporučení, snižují se všechna rizika na minimum. HIV pozitivní pacient nebývá obvykle rizikem pro ostatní pacienty. V rámci hospitalizace je však třeba myslet na jeho možné snížení imunitního systému. Proto pokud jej hospitalizujeme v rámci nějakého izolačního či bariérového režimu, bývá to zejména z důvodu zajištění jeho vlastní ochrany, např. před infekcemi spojenými se zdravotní péčí, které by jej mohly kvůli snížení jeho imunity ohrozit na životě, popř. výrazně zkomplikovat jeho zdravotní stav.

2.5 HOREČKA DENGUE

Horečka dengue je onemocnění, které patří mezi onemocnění nejčastěji importovaná do České republiky.

EPIDEMIOLOGIE, ETIOPATOGENEZE A INKUBAČNÍ DOBA

Původcem onemocnění je virus z čeledi Flaviviridae. Má čtyři odlišné sérotypy. Přežití nákazy jedním sérotypem navodí imunitu proti němu, ale proti ostatním je člověk dále vnímavý.

Horečka dengue je celosvětově nejčastější arbovirózou (nákazy způsobené viry a přenášené členovci sajícími krev). Rezervoárem viru je člověk, přenašečem je komár *Aedes aegypti*. Během dne mohou komáři sát i z více lidí a poté dochází k většímu šíření viru, kterému pomáhá i letecká doprava.

Virus pronikne po sání infikovaným komárem do regionálních uzlin, kde se pomnoží. Poté se replikuje a dochází k virémii. Inkubační doba se pohybuje v rozmezí 4-7 dnů (3-14 dnů).

KLINICKÝ OBRAZ

Asymptomatická nákaza nebo akutní horečnaté onemocnění. Onemocnění je lehké, se zvýšenou teplotou, někdy naprosto bezpříznakové. Nejčastěji takto HD prožijí malé děti. **Horečka dengue.** Po inkubační době se objeví horečka, bolesti zad, kloubů. Po první fázi, která trvá 1-3 dny, následuje 1 den klidu a pak se horečka objeví znovu. Stav trvá asi 6 dnů. U poloviny pacientů se objeví vyrážka. Ta se šíří na trupu, později i na končetiny. Vzácně se může stav komplikovat myokarditidou, lymfadenitidou, poškozením CNS. Hemoragická forma horečky dengue se projevuje mezi třetím a sedmým dnem od nákazy. Stoupá teplota, může se objevit ascites nebo pleurální výpotek. Následuje nevolnost, zvracení, bolesti břicha. Nemoc dále progreduje, až dochází k hypotenzi, hypovolémii a šoku. Na kůži se objeví petechie, může dojít ke krvácení z nosu, dělohy, GIT.

DIAGNOSTIKA A LÉČBA

Na horečku dengue myslí lékař u pacientů, kteří se vrátili z tropů. Diagnóza se opírá o průkaz specifických protilátek a vyšetření izolace viru.

Proti onemocnění neexistuje v současné době vakcinace. Aplikace séra s sebou nese další rizika těžkých případů onemocnění u osob, které již byly virem dříve nakaženy. Jedinou možnou prevencí se tedy rozumí ochrana proti komářímu štípnutí. Léčba je pouze symptomatická, dostatečná hydratace pacienta a snižování horečky. V horších případech s krvácením se podávají transfuze krevních destiček (PROPEOPLE, 2016).

2.6 VIRUS ZIKA

Virus zika je rozvíjející se onemocnění přenášené komárem, které bylo poprvé identifikováno v Ugandě v roce 1947 u makaka rhesus. Ohniska nákazy virem zika byla zaznamenána v Africe, Americe, Asii a Tichomoří. Historie přenosové dynamiky, virologie a klinické projevy ZIKA nemoci jsou diskutovány spolu s možností diagnostické záměny se žlutou horečkou.

EPIDEMIOLOGIE, ETIOPATOGENEZE A INKUBAČNÍ DOBA

Virus zika se přenáší na lidi prostřednictvím kousnutí infikovaným komárem Aedes z rodu Aedes aegypti zejména v tropických oblastech. Jedná se o stejného komára, který přenáší dengue, chikungunya a žlutou zimnici. Byl popsán sexuální přenos viru zika a přítomnost viru zika ve spermatu.

KLINICKÝ OBRAZ

Obvykle začíná mírnou bolestí hlavy. Další den se dostaví makulopapulární vyrážka, která pokrývá obličej, krk, trup a paže a šíří se na dlaně a chodidla. Přejídná horečka, nevolnost a bolesti zad se mohou rozvíjet. Během druhého dne může nastat stav, který se jeví jako náhlé zlepšení. Tyto příznaky jsou obvykle mírné a trvají 2-7 dní. Viru zika je přičítán zvýšený výskyt mikrocefalie, která se projevuje zakrněním nebo předčasným ukončením růstu mozku. Zatímco v roce 2014 se v Brazílii s touto vadou narodilo 150 dětí, o rok později jich bylo 2 700. V některých částech Brazílie byl v této souvislosti vyhlášen výjimečný stav. Párům plánujícím narození potomka lékaři doporučují odložení početí. Přímá spojitost mezi mikrocefalií a virem však dosud nebyla spolehlivě prokázána (PROPEOPLE, 2015).

DIAGNOSTIKA A LÉČBA

Diagnostický test na infekci zika zahrnuje PCR test na vzorcích akutní fáze, sérum, které detekuje virovou RNA a další testy k detekci specifických protilátek proti viru zika v séru infikovaného člověka. PCR testy mohou být provedeny na vzorcích získaných méně než 10 dní po nástupu nemoci. Obecně platí, že diagnostické testy pro flavivirové infekce by měly zahrnovat akutní vzorky séra odebrané co nejdříve po nástupu onemocnění a druhého vzorku odebraného 2 až 3 týdny po prvním. Reakce viru zika je obvykle relativně mírná a nevyžaduje žádnou zvláštní péči. Lidé nemocní virem zika by měli dodržovat klidový a pitný režim. Pokud se příznaky zhorší, měli by vyhledat lékařskou péči a pomoc. V současné době není k dispozici žádná vakcína (HAYER, 2009).

2.7 PRŮJEM CESTOVATELŮ

Bývá nejčastější poruchou zdraví u osob cestujících do zahraničí. Postihuje hlavně jedince s nedostatečnou úrovní hygieny. Bývá též nazýván jako cestovní průjem či průjem cestovatelů. V řadě zemí je označován místními jmény: v Rumunsku „Mamajka“, v Mexiku „Montezumova pomsta“, v Egyptě „Faraonova pomsta“. Cestovní průjem není specifické onemocnění, nýbrž syndrom označující průjmové onemocnění, které vzniklo v časové souvislosti s cestováním. Syndrom vzniká buď během cesty, nebo do 10 dnů po návratu. Obtíže mohou být akutního nebo chronického rázu.

EPIDEMIOLOGIE, ETIOPATOGENEZE

Původcem průjmu je celá řada mikroorganismů, a to od mikrobů a virů až po parazity. Nejčastějším původcem je *Escherichia coli*. Neinfekční povahy je jen malá část akutních cestovatelských průjmů. Může jít o důsledek cestovního stresu, časového posunu, změny stravovacích návyků. Vzhledem k pestré etiologii a značnému počtu původců se průjem může objevit i několikrát za pobyt.

Průjem cestovatelů vzniká buď během pobytu v zahraničí (nejčastěji první dny či týdny pobytu), nebo v prvních 7-10 dnech po návratu do vlasti. Zvýšenou vnímavost mají kojenci, malé děti, osoby vyššího věku, osoby se sníženou kyselostí žaludku, nemocní s chronickým onemocněním trávicího ústrojí a osoby s imunodeficiencí.

KLINICKÝ OBRAZ

Podle projevů rozlišujeme tři formy cestovního průjmu.

1. Vodnatý průjem je nejčastější formou cestovního průjmu. Onemocnění má inkubační dobu 1-3 dny a probíhá bez horečky nebo jen se zvýšenou teplotou. Projeví se nauzeou, zvracením, křečemi v břiše a 4-10 vodnatými stolicemi za den, které se během 3-5 dnů upraví. Pokud se v klinickém obraze objeví těžká dehydratace, označuje se průběh jako cholericformní.

2. Dyzentrický průběh. Tato forma bývá u 10-15 % cestovních průjmů. Může je vyvolat jak bakterie, tak i parazit. Průvodními jevy jsou vysoká horečka, palpační bolestivost v oblasti tlustého střeva, bolestivé nutkání na stolicí čili tenesmy, ve stolici příměs čerstvé krve nebo hlenu.

3. Chronický průjem. Průjem trvající déle než 14 dnů se označuje jako perzistující průjem. Pokud trvá déle než 1 měsíc, jedná se o chronický recidivující

průjem. Běžný cestovatelský průjem trvá déle než týden asi u 10 % a déle než měsíc asi jen u 1-3 % postižených osob.

TERAPIE

Cílem léčení je zmírnit a zkrátit trvání příznaků nemoci tak, aby nenarušily běžné činnosti pacienta. V lehkém stádiu postačí pouze dostatečná rehydratace případně doplněná podáváním některých protiprůjmových prostředků (střevní adsorbencia, dezinficiencia a antimotilikum). K náhradě tekutin je vhodný slazený čaj, stolní minerálka. V případě středně těžkého průběhu onemocnění se doporučují antibiotika, která zmírňují klinický průběh a zkracují dobu trvání průjmu. Vedle těžkých průběhů se léčba antibiotiky také doporučuje u tzv. rizikových osob, u nichž by průjmové onemocnění mohlo vážně ohrozit zdravotní stav (BERAN, 2006).

2.8 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTY S INFEKČNÍM ONEMOCNĚNÍM

Infekční pacient je jedinec, který jeví klinické či laboratorní známky infekčního onemocnění. V případě podezření nebo průkazu infekčního onemocnění s nutností izolace na kterémkoli pracovišti zdravotnického zařízení je formou konziliární služby kontaktován personál kliniky infekčního lékařství. Všeobecná sestra na základě příjmové diagnózy umísťuje pacienta na pokoj s pacienty stejného onemocnění nebo na samostatný izolační pokoj. Respektuje přitom možný přenos onemocnění a tím ochranu pacientů i personálu. Provádí příjem pacienta, seznamuje pacienta/zákonného zástupce s hygienickým režimem a protiepidemickými opatřeními souvisejícími s diagnózou a s nutností jejich dodržování.

2.8.1 PRAVIDLA PŘI OŠETŘOVÁNÍ INFEKČNÍHO PACIENTA

Při ošetřování infekčního pacienta platí následující pravidla:

- přísně dodržovat aseptické metody a postupy (např. převazy, zavedení a výměna kanyl, katétrů, injekční terapie, infuzní terapie, při péči o poškozenou oblast kůže),
- při vyžádání vyšetření informovat předem zdravotnické pracoviště, které bude vyšetření provádět, o infekčním onemocnění pacienta, uvádět na žádance,

- provádět hygienickou dezinfekci rukou vždy po rizikových výkonech u osob s infekčním onemocněním nebo po manipulaci s biologickým materiálem a použitým prádlem,
- maximálně individualizovat pomůcky včetně toaletních (např. teploměry, fonendoskopy, apod.), přednostně používat jednorázové pomůcky,
- u výkonů, kde je porušována nebo již porušena integrita kůže a sliznic, provedena komunikace s tělními dutinami, popřípadě nefyziologický vstup do organismu,
- volit ochranné pomůcky ve vztahu k výkonu, zátěži a riziku pro pacienta i personál,
- zajistit dohled nad dodržováním zásad hygieny u pacientů (hygienická očista pokožky před výkony a hygienická očista těla před operacemi a po nich), provádět cílený a účelný úklid,
- bezpečně zacházet s použitými přístroji, nástroji a zdravotnickým materiálem, kontaminované pomůcky (určené k opakovanému používání) ihned odkládat do připraveného dezinfekčního roztoku k dekontaminaci; sterilizace zdravotnických prostředků na oddělení centrální sterilizace,
- při kontaminaci prostor a ploch biologickým materiálem provést okamžitě dekontaminaci potřísněného místa překrytím mulem nebo papírovou vatou navlhčenou účinným dezinfekčním roztokem s virucidním účinkem, následuje mechanická očista a omytí místa, povrchu nebo plochy dezinfekčním přípravkem.

2.8.2 REŽIMOVÁ OPATŘENÍ

- důsledně dodržovat bariérový ošetrovací režim,
- při vizitách a převazech navštěvovat izolační pokoj jako poslední a při všech provozních, ošetrovacích, diagnostických a léčebných úkonech používat materiál a pomůcky, nástroje, přístroje a monitory vyčleněné pouze pro tento pokoj,
- na izolačním pokoji maximálně omezit pohyb nadbytečných osob (ZŠ, medicí, stážisté),
- v případě plánovaného operačního výkonu je nutno pacienta zařadit do operačního programu jako posledního,
- informace o výskytu infekce vypsát i na všechny žádanky (laboratoře, rtg, sonografie, CT apod.),
- při vyšetřování, ošetrování a léčbě infekčního pacienta zásadně používat odpovídající ochranné pracovní pomůcky,

- při vstupu do izolačního pokoje oblékat jednorázový ochranný plášť, případně čepici nebo ústenku (podle způsobu přenosu nákazy), s výjimkou, kdy nedochází k přímému kontaktu s pacientem (podání léku, stravy); pracovat zásadně v rukavicích; po návštěvě pokoje vše odložit do vyčleněného koše při výstupu z izolace (uvnitř pokoje) a ještě v izolačním pokoji provést hygienickou dezinfekci rukou; pokud jsou koš a dezinfekce umístěny za dveřmi pokoje, režimově minimalizovat riziko dalšího šíření infekce,
- vyžadovat dodržování domácího řádu pacientem, důraz klást na uvědomělou kázeň pacientů a na dodržování zásad osobní hygieny a omezení vzájemného kontaktu pacientů,
- poučit návštěvy o nutnosti a způsobu používání jednorázového ochranného oděvu, případně rukavic či ústenky – podle způsobu přenosu infekce,
- v případě infikované rány nebo kožní léze použít vhodné pevné antiseptické krytí, veškerý použitý materiál je považován za infekční, ihned na místě odložit do uzavíratelného koše s vloženým PVC vakem, který se ihned po naplnění, minimálně však jedenkrát denně, z pokoje či oddělení odstraní a likviduje spálením,
- z izolačního pokoje nevynášet žádné pomůcky, zařízení a přístroje, pokud nebyly řádně vydezinfikovány, maximálně se využívají jednorázové přístroje a pomůcky,
- s prádlem manipulovat jako s infekčním materiálem, zbytečně nevířit, neroztřepávat; při manipulaci používat jednorázový ochranný plášť, rukavice, ústenku; použité prádlo se vkládá do igelitových pytlů označených jako infekční prádlo, třikrát denně se provádí úklid s dezinfekcí podlah, dezinfekce umyvadla, včetně kohoutků, a dezinfekce WC,
- poučit pracovníky úklidové služby o mimořádných opatřeních, nutnosti používat ochranné pracovní prostředky a posléze nakládání s infekčním odpadem.

2.8.3 PROPUSŤENÍ INFEKČNÍHO PACIENTA

Infekční pacienti jsou propouštěni po zvládnutí či stabilizaci infekčního onemocnění. Lékař pacienta informuje o případných léčebných a preventivních režimech, které je třeba dodržovat. Pacienti jsou propouštěni tak, aby nedocházelo ke vzájemnému kontaktu s nově přijímanými či už hospitalizovanými pacienty.

V lékařské i ošetrovatelské propouštějící zprávě infekčního pacienta musí být na titulní stráně výrazně označeno „infekční onemocnění“, a to i v případě, že v době propuštění/překlady je již negativní. Jde o rizikového pacienta a další ošetřující lékař musí být o této skutečnosti informován.

V případě převozu pacienta do jiného zdravotnického zařízení nebo v případě propuštění domů se při převozu s pacientem zachází jako s infekčním. Staniční sestra či ošetřující lékař nahlásí při objednávání sanity výskyt infekce u pacienta. Po skončení převozu se provede prostorová dezinfekce sanitního vozu podle provozního řádu dopravní zdravotní služby.

Při propuštění do domácího ošetření může být pacient převezen i osobním vozem členů rodiny. Členové rodiny jsou šetrným způsobem informováni a poučeni ošetřujícím personálem o výskytu infekce a ošetřování pacienta s infekcí v domácím prostředí.

Pokud je propuštěný pacient převeden do ambulantní péče, musí být příslušná ambulance informována předem. O ukončení hospitalizace infekčního pacienta informuje ošetřující lékař, eventuálně Staniční sestra zaměstnanec oddělení hygieny zdravotnického zařízení (PODSTATOVÁ, 2011).

3 POPIS ŘEŠENÍ PRŮZKUMU

Cílem této práce je zjištění orientovanosti laické veřejnosti v problematice tropických nemocí. V dnešní době je zcela běžné cestování jak z důvodu dovolené, tak z důvodů pracovních. Bereme to jako automatickou věc, ale už jen málo z nás si uvědomuje, že to má i své stinné stránky jako například import tropických nemocí, které se na našem území běžně nevyskytují.

3.1 PRŮZKUMNÝ PROBLÉM

Zmapovat znalosti a povědomí laické veřejnosti o problematice nákaz importovaných do ČR nebo nákaz, u nichž hrozí riziko importu.

3.2 PRŮZKUMNÉ CÍLE, PRŮZKUMNÉ OTÁZKY

Cíl 1: Zjistit, zda mají větší orientovanost v problematice importovaných infekcí muži či ženy.

Cíl 2: Zjistit znalosti laické veřejnosti o nadstandardním očkování v ČR.

Cíl 3: Zjistit, jaká je informovanost laické veřejnosti o příznacích nemocí získaných v souvislosti s pobytem v zahraničí.

Cíl 4: Zjistit informovanost laické veřejnosti o malárii.

Cíl 5: Zjistit informovanost laické veřejnosti o HIV/AIDS.

4 METODIKA PRŮZKUMU

K získávání potřebných dat jsme použili kvantitativní metodu průzkumu pomocí nestandardizovaného anonymního dotazníku. Dotazník se skládal z dvaceti jedna otázek, přičemž první tři byly informativní. Dvacet otázek bylo uzavřených, pouze jedna z nabídnutých odpovědí byla správná. Pouze jedna otázka byla otevřená. Před rozdělením dotazníku byl respondentům vysvětlen účel a připojeno bylo ujištění, že veškeré informace budou použity pouze ke studijním účelům a bude zachována jejich anonymita. Provedli jsme statistické zpracování výsledků. Odpovědi jsme vyhodnotili pomocí programu MS Office Excel a následně jsme je převedli do tabulek a grafického znázornění. Výsledky jsou znázorněny v absolutních číslech.

4.1 ČASOVÝ HARMONOGRAM

V říjnu 2015 jsme shromažďovali potřebné zdroje a informace k danému problému. V lednu jsme si stanovili cíle. Poté jsme provedli tzv. pilotní průzkum, následně byly na základě výsledků pilotního průzkumu některé otázky upraveny.

V únoru 2016 jsme začali pracovat na vyhodnocení získaných informací.

4.2 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU

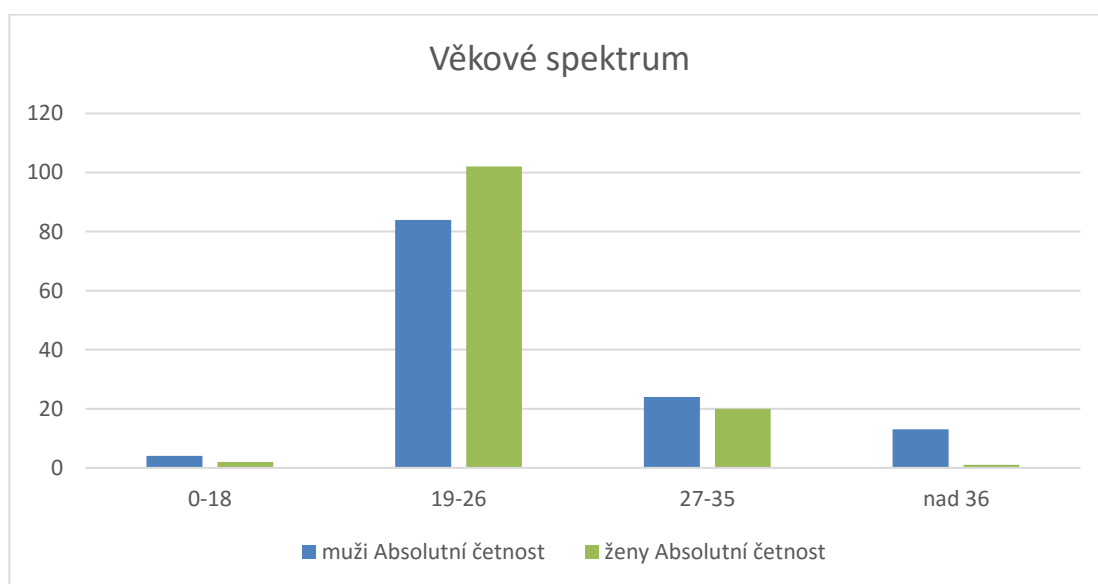
Potřebovali jsme široké spektrum zkoumaného vzorku, instinktivně jsme tak volili místa s vyšší koncentrací mladých lidí obojího pohlaví a různé úrovně vzdělání, aby došlo k co největšímu pokrytí spektra respondentů. Dotazník byl rozdělen ve studovnách a kavárnách v Praze, v Národní technické knihovně v Dejvicích, Akademickém klubu, kavárně a studovně Cafedu na Muzeu. Dotazník celkem vyplnilo 250 osob, z toho rovnoměrně 125 mužů a 125 žen.

5 ANALÝZA VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU

**Tabulka č. 1 Věkové spektrum
(Otázka č. 2 dotazníku – Kolik je vám let?)**

	muži		ženy	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
0-18	4	3,20 %	2	1,60 %
19-26	84	67,20 %	102	81,60 %
27-35	24	19,20 %	20	16,00 %
nad 36	13	10,40 %	1	0,80 %

Graf č. 1 Věkové spektrum

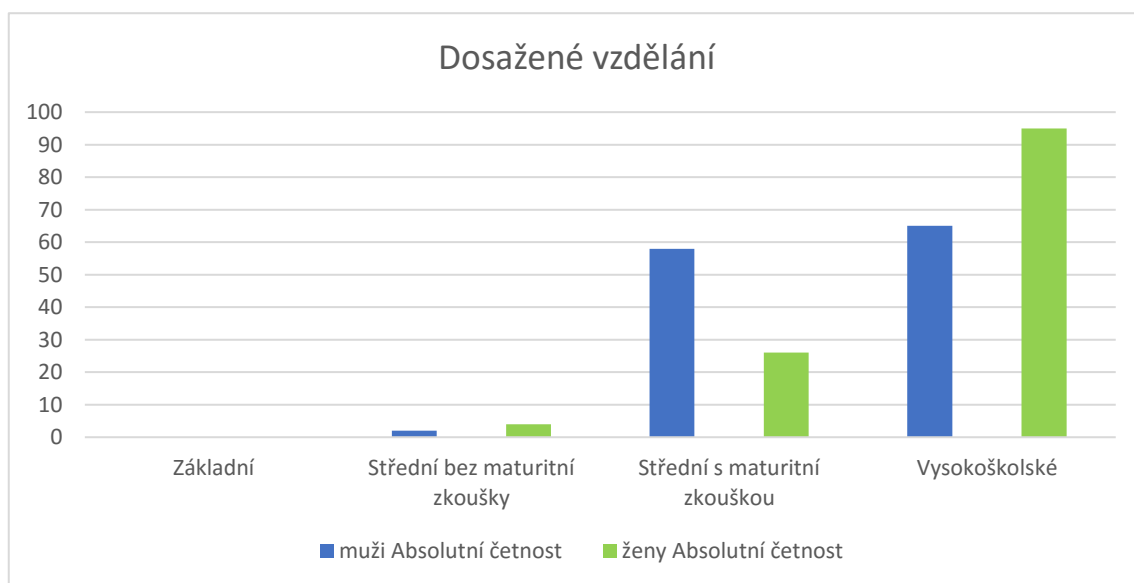


Ve zkoumaném vzorku převažovala věková skupina 19-26 let.

Tabulka č. 2 Dosažené vzdělání
(Otázka č. 3 dotazníku – Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?)

	muži		ženy	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Základní	0	0,00 %	0	0,00 %
Střední bez maturitní zkoušky	2	1,60 %	4	3,20 %
Střední s maturitní zkouškou	58	46,40 %	26	20,80 %
Vysokoškolské	65	52,00 %	95	76,00 %

Graf č. 2 Dosažené vzdělání

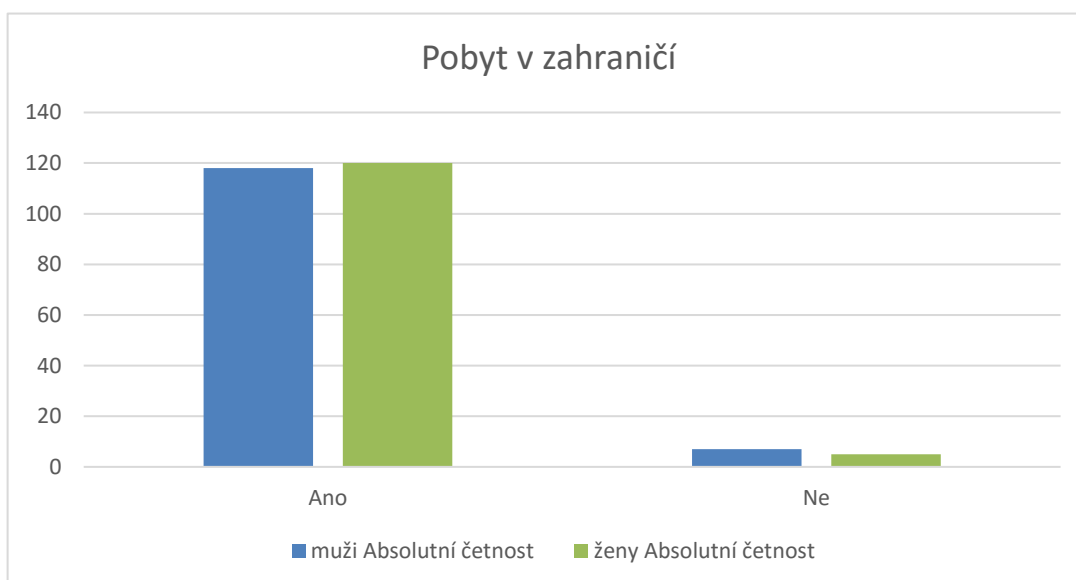


Více než polovina dotazovaných má vysokoškolské vzdělání. Možným ovlivňujícím faktorem je místo sběru vzorku.

Tabulka č. 3 Pobyty v zahraničí
(Otázka č. 4 dotazníku – Byl/a jste někdy v zahraničí?)

	Muži		ženy	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	118	94,40 %	120	96,00 %
Ne	7	5,60 %	5	4,00 %

Graf č. 3 Pobyty v zahraničí

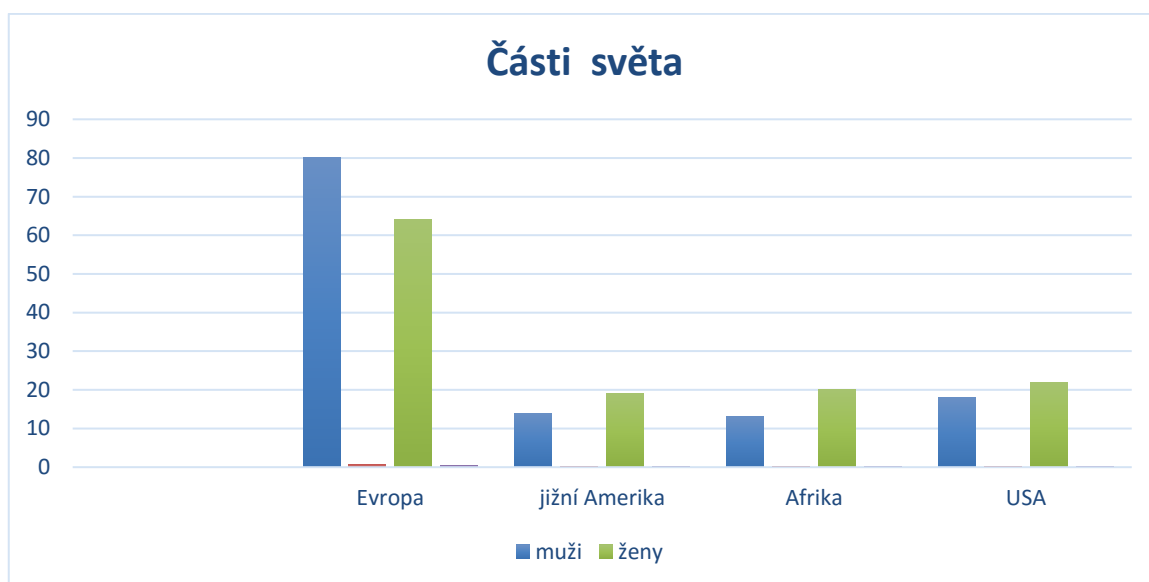


Na tuto průzkumnou otázku odpověděla většina respondentů, že nejméně jednou v životě navštívili zahraničí, což je v dnešní době zcela logické a běžné. Zejména mladší lidé berou cestování jako nedílnou součást svého života.

Tabulka č. 4 Zahraniční země
(Otázka č. 5- dotazníku – Ve které části světa jste pobýval/a?)

	muži		ženy	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Evropa	80	64,00 %	64	51,20 %
jižní Amerika	14	11,20 %	19	15,20 %
Afrika	13	10,40 %	20	16,00 %
USA	18	14,40 %	22	17,60 %

Graf č. 4 Části světa

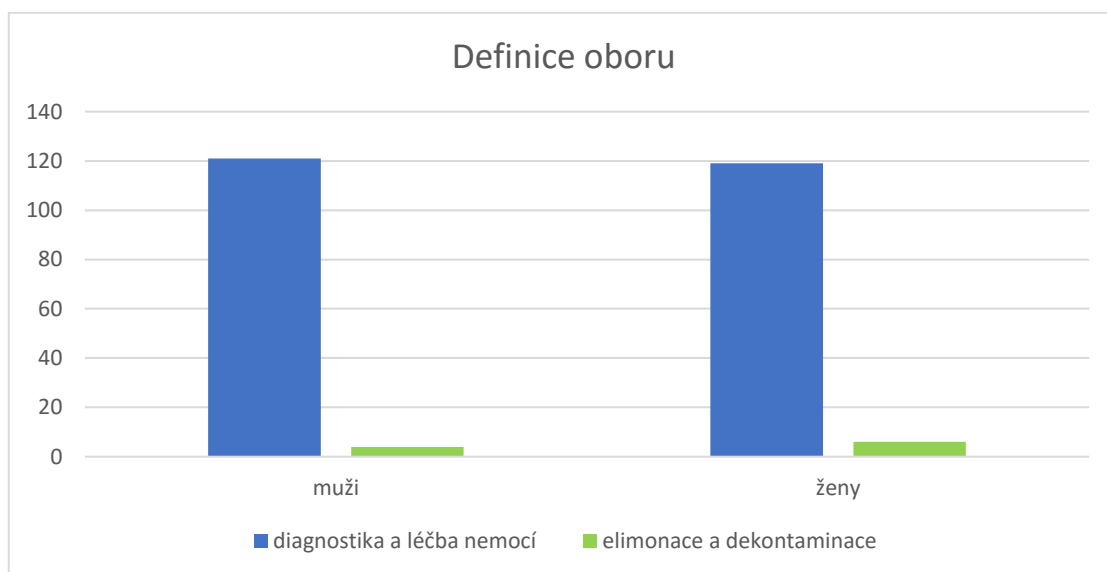


Na tuto průzkumnou otázku převládala nejčastější odpověď Evropa. Z celkového počtu 250 dotazovaných respondentů celých 57,60 % pobývalo v Evropě.

Tabulka č. 5 Definice oboru
(Otázka dotazníku č. 6 - Čím se zabývá infekční lékařství?)

	muži		ženy	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
obor zabývající se diagnostikou a léčbou nemocí způsobenými mikroorganismy	121	96,80 %	119	95,20 %
obor zabývající se eliminací a dekontaminací infekčních patogenů	4	3,20 %	6	4,80 %

Graf č. 5 Definice oboru

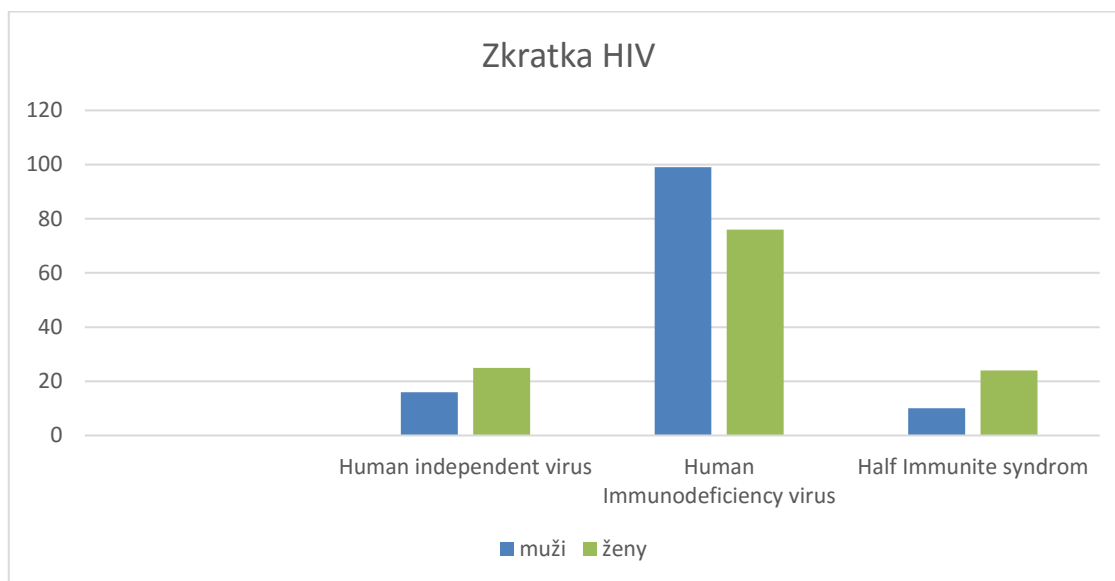


Na tuto otázku odpovědělo více než 95 % dotazovaných správně u obou pohlaví. Vyplyvá z toho vysoká informovanost o daném téma.

Tabulka č. 6 Zkratka HIV
(Otázka č. 7 dotazníku - Co znamená zkratka HIV?)

	muži		ženy	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Human independent virus	16	12,80 %	25	20,00 %
Human Immunodeficiency virus	99	79,20 %	76	60,80 %
Half Immunity syndrom	10	8,00 %	24	19,20 %

Graf č. 6 Zkratka HIV

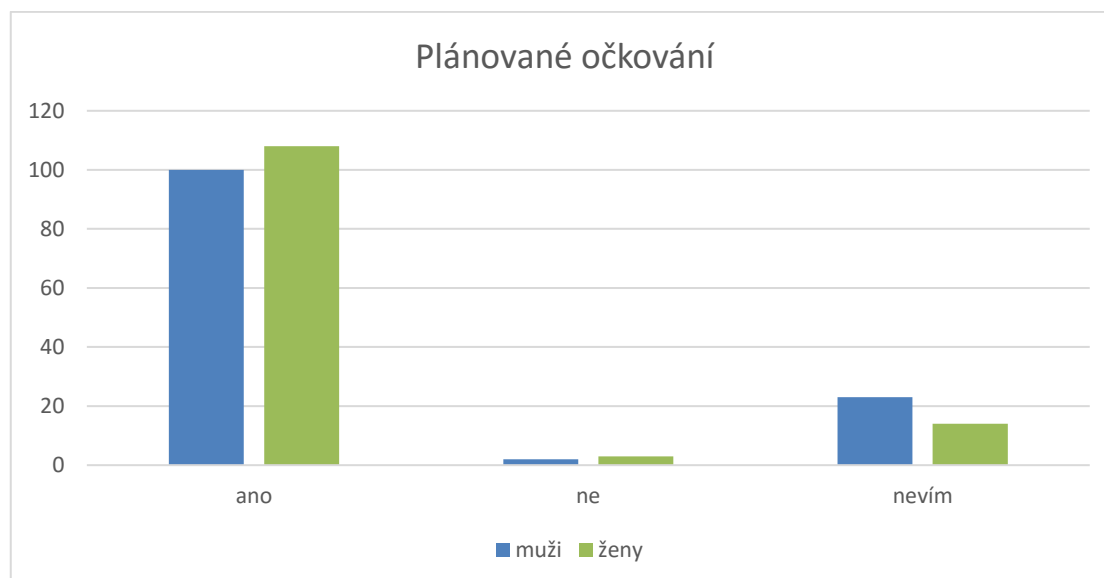


Více než 70 % dotazovaných odpovědělo, že význam zkratky HIV zní: Human Immunodeficiency virus, což byla správná odpověď. Zde převládala správná odpověď ve vzorku mužů (79,2 %) oproti ženám (60,8 %).

Tabulka č. 7 Plánované očkování
(Otázka č. 8 dotazníku - Můžeme se nechat očkovat před plánovaným pobytem v cizině?)

	muži		ženy	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	100	80,00 %	108	86,40 %
ne	2	1,60 %	3	2,40 %
nevím	23	18,40 %	14	11,20 %

Graf č. 7 Plánované očkování

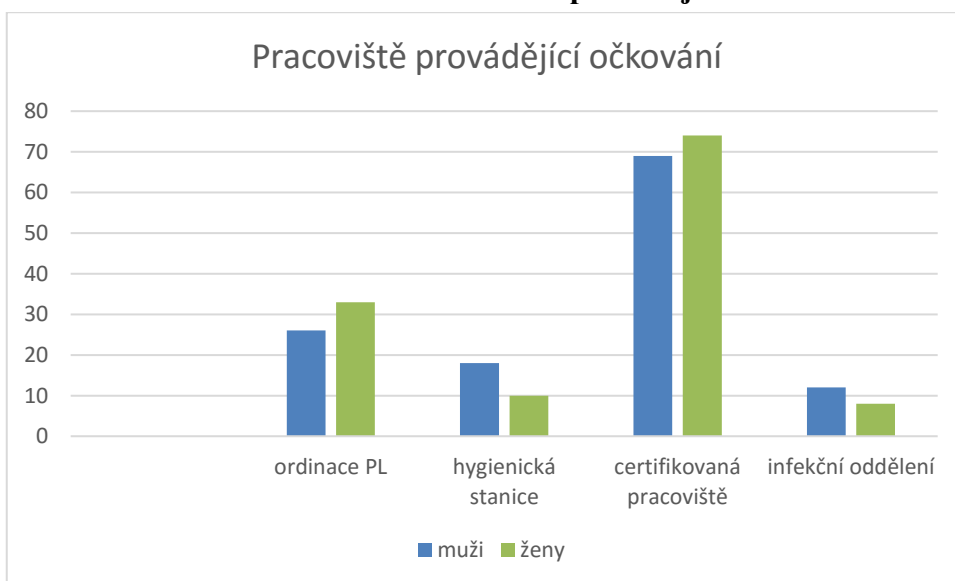


Na tuto otázku odpovědělo správně celkem 208 respondentů. Větší úspěšnost u této otázky měly ženy. Proč převládaly ženy, o tom lze pouze polemizovat. Vycházíme ze všeobecného mínění veřejnosti, že ženy celkově více dbají na své zdraví a prevenci, a proto mají možná větší povědomí o prevenci.

**Tabulka č. 8 Pracoviště provádějící očkování
(Otázka č. 9 dotazníku- Které pracoviště provádí očkování do zahraničí?)**

	muži		ženy	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
ordinace PL	26	20,80 %	33	26,40 %
hygienická stanice	18	14,40 %	10	8,00 %
certifikovaná pracoviště	69	55,20 %	74	59,20 %
infekční oddělení	12	9,60 %	8	6,40 %

Graf č. 8 Pracoviště provádějící očkování

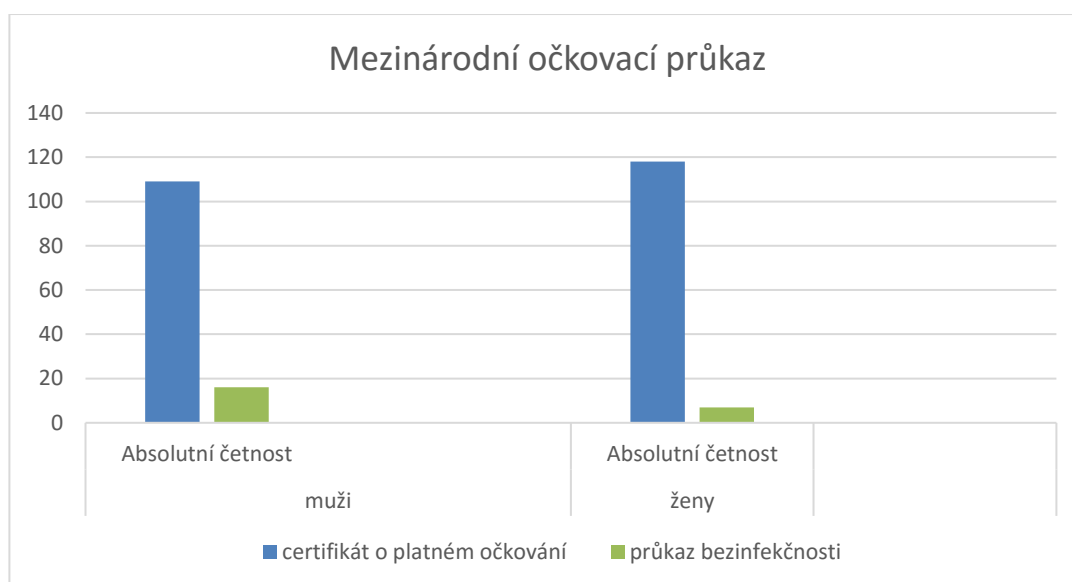


U této otázky se objevuje větší diference v odpovědích, přesto převažující byla správná odpověď, tj. při plánové cestě do zahraničí se lze nechat očkovat na certifikovaných pracovištích. I zde se projevovала větší informovanost u žen (59,2 %) oproti mužům (55,2 %).

Tabulka č. 9 Mezinárodní očkovací průkaz
 (Otázka č. 10 dotazníku - Co znamená pojem mezinárodní očkovací průkaz?)

	muži		ženy	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
certifikát o platném očkování	109	87,20 %	118	94,40 %
průkaz bezinfekčnosti	16	12,80 %	7	5,60 %

Graf č. 9 Mezinárodní očkovací průkaz

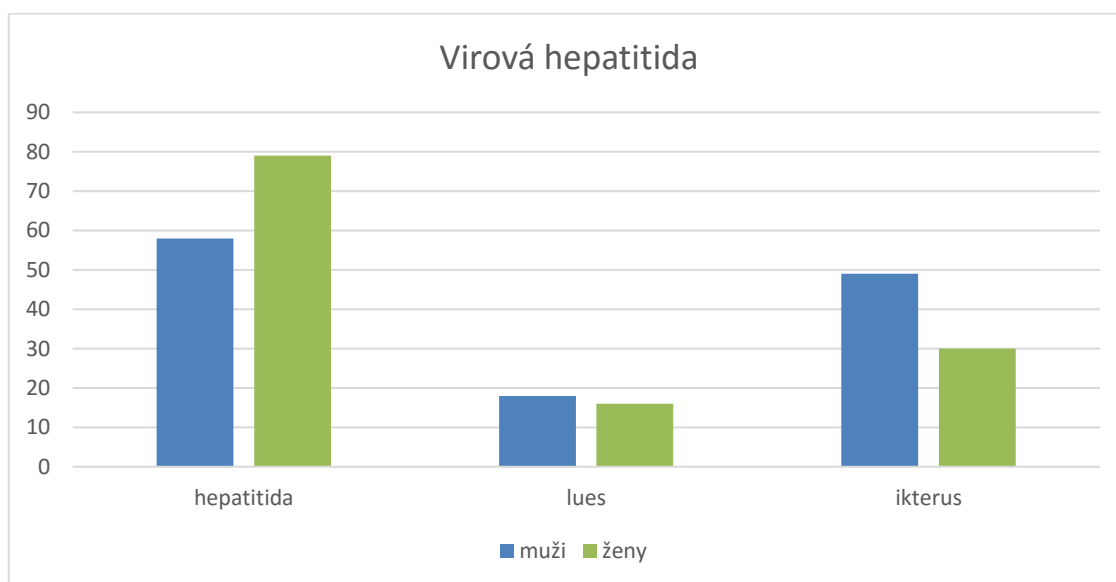


U této otázky dotazníku jednoznačně převládaly správné odpovědi jak u mužů, tak u žen. Mezinárodní očkovací průkaz patří mezi základní výbavu každého cestovatele, což se prokázalo průměrnou cca 90% úspěšností správných odpovědí zkoumaného vzorku.

Tabulka č. 10 Virová žloutenka
(Otázka č. 11 dotazníku - Jaký je odborný název pro virovou žloutenku?)

	muži		ženy	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
hepatitida	58	46,40 %	79	63,20 %
lues	18	14,40 %	16	12,80 %
ikterus	49	39,20 %	30	24,00 %

Graf č. 10 Virová žloutenka

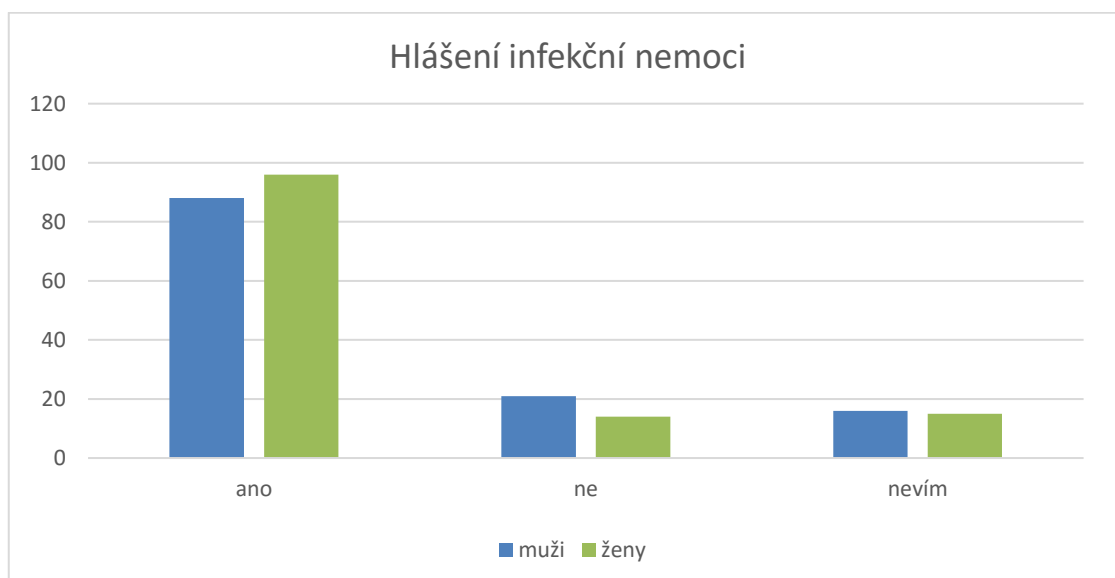


U této otázky můžeme pozorovat nižší informovanost, průměrně 55 % respondentů znalo správnou odpověď. Poměrně vysokých 31,6 % dotazovaných si myslelo, že správná odpověď na otázku zní „ikterus“. Rozpory jsou zde na místě, protože problematika hepatitid je velice obtížná i pro vyškolený zdravotnický personál a odborné termíny nejsou laickou veřejností evidentně příliš známy.

Tabulka č. 11 Hlášení infekční nemoci
(Otázka č. 12 dotazníku - Musí se některá vybraná infekční onemocnění hlásit krajské hygienické stanici?)

	muži		ženy	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	88	70,40 %	96	76,80 %
ne	21	16,80 %	14	11,20 %
nevím	16	12,80 %	15	12,00 %

Graf č. 11 Hlášení infekční nemoci

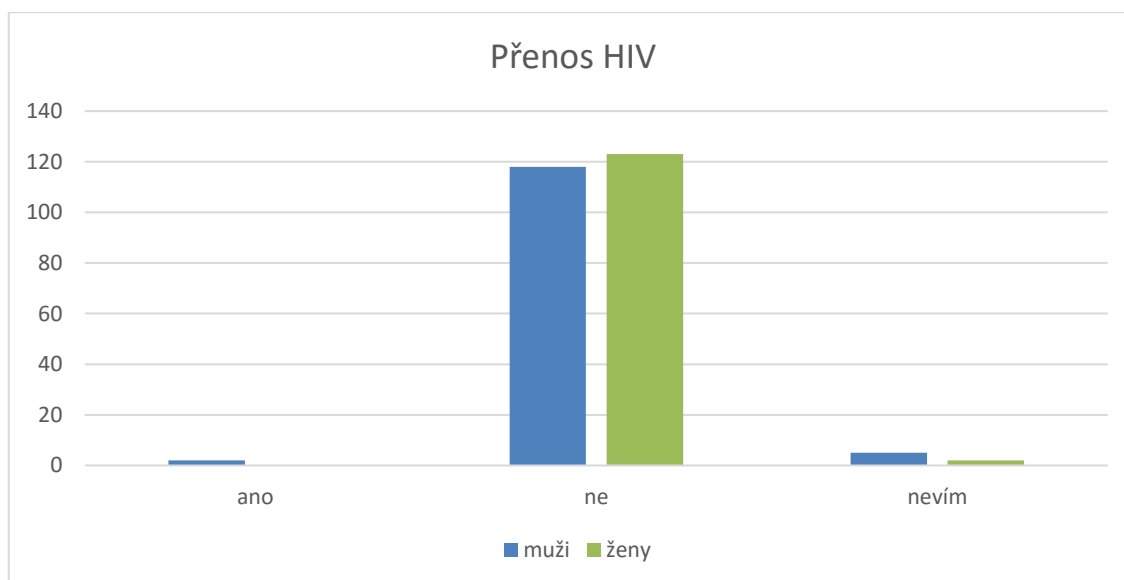


Více než 73 % dotazovaných opovědělo na otázku správně. Jedna z možných možností, proč je u této otázky vysoká úspěšnost je všeobecné povědomí laické veřejnosti o této problematice.

Tabulka č. 12 Přenosy HIV
(Otázka č. 13 dotazníku - Lze přenést virus HIV podáním ruky?)

	muži		ženy	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	2	1,60 %	0	0,00 %
ne	118	94,40 %	123	98,40 %
nevím	5	4,00 %	2	1,60 %

Graf č. 12 Přenos HIV

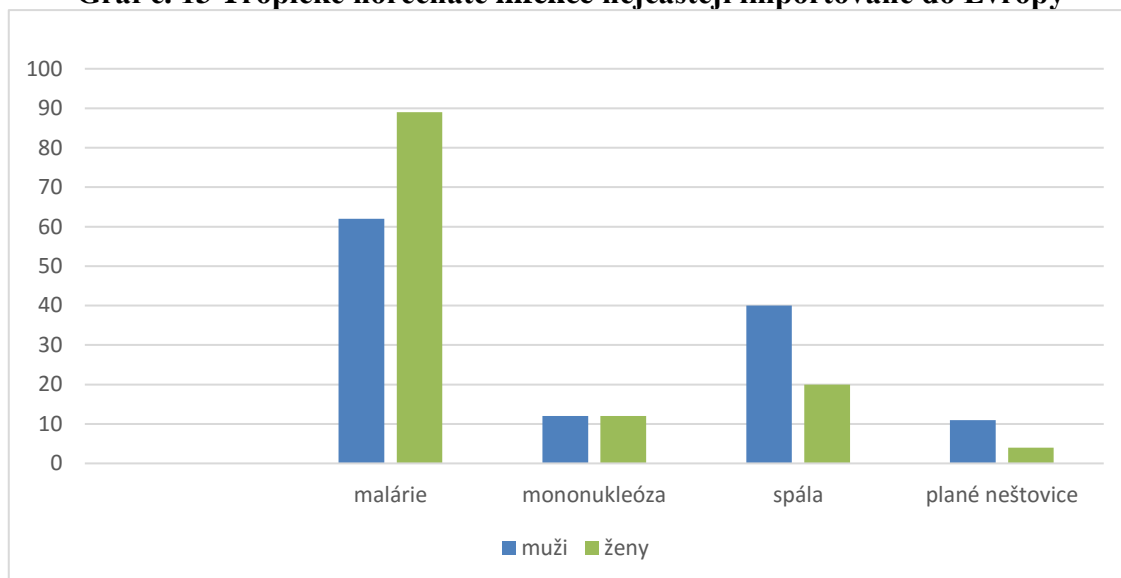


Z grafu je zřejmé, že více než 94 % dotazovaných odpovědělo správně. Vysoká úspěšnost správných odpovědí je možná ovlivněna faktem, že o problematice HIV/AIDS jsou celosvětově vedené osvětové kampaně.

**Tabulka č. 13 Nejčastěji importované tropické horečnaté infekce do Evropy
(Otázka č. 14 dotazníku – Jaké importované
tropické horečnaté infekce se nejčastěji importují do Evropy?)**

	muži		ženy	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
malárie	62	49,60 %	89	71,20 %
mononukleóza	12	9,60 %	12	9,60 %
spála	40	32,00 %	20	16,00 %
plané neštovice	11	8,80 %	4	3,20 %

Graf č. 13 Tropické horečnaté infekce nejčastěji importované do Evropy

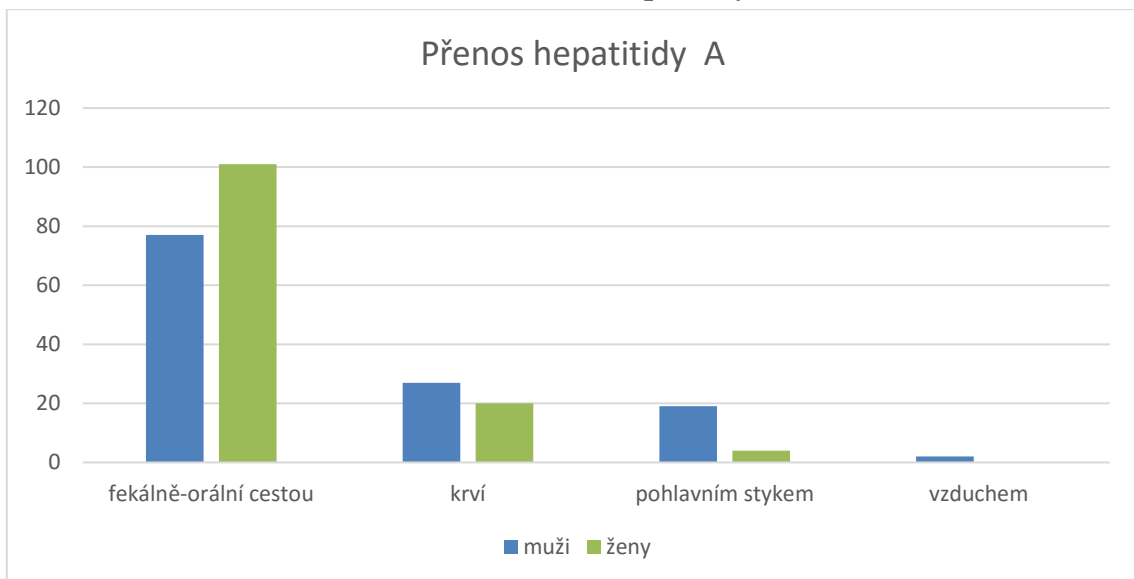


V odpovědích na tuto otázku se vyskytovala správná odpověď velmi často, a to malárie. Je zajímavé, že se zde vyskytl velký rozdíl v počtu správných odpovědí u mužů a u žen. Opět skupina žen vykazuje podstatně vyšší informovanost.

Tabulka č. 14 Přenos hepatitidy A
(Otázka č. 15 dotazník – Čím se přenáší hepatitida typu A?)

	muži		ženy	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
fekálně-orální cestou	77	61,60 %	101	80,60 %
krví	27	21,06 %	20	16,00 %
pohlavním stykem	19	15,20 %	4	3,20 %
vzduchem	2	1,60 %	0	0,00 %

Graf č. 14 Přenos hepatitidy A

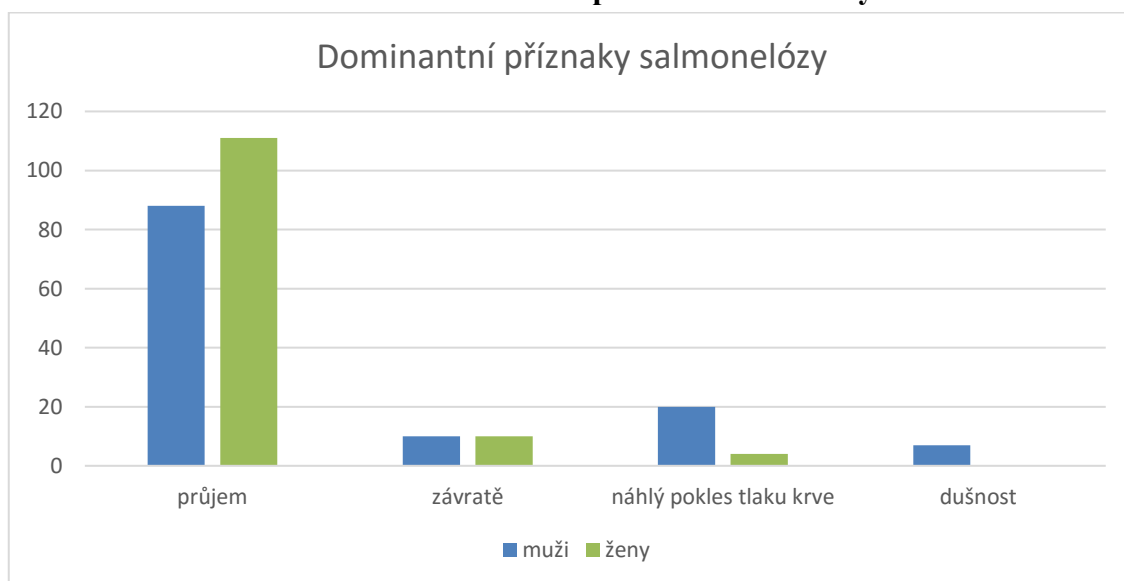


U této otázky můžeme vidět převahu odpovědí, že k přenosu virové hepatitidy A dochází fekálně orální cestou. Tato odpověď byla správná. Poměrně vysoké procento (37 %) dotazovaných si myslí, že k přenosu dochází krevní cestou.

Tabulka č. 15 Dominantní příznaky salmonelózy
 (Otázka č. 16 dotazníku - Jaký je jeden z dominantních příznaků salmonelózy?)

	muži		ženy	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
průjem	88	70,40 %	111	88,80 %
závratě	10	8,00 %	10	8,00 %
náhlý pokles tlaku krve	20	16,00 %	4	3,20 %
dušnost	7	5,60 %	0	0,00 %

Graf č. 15 Dominantní příznak salmonelózy

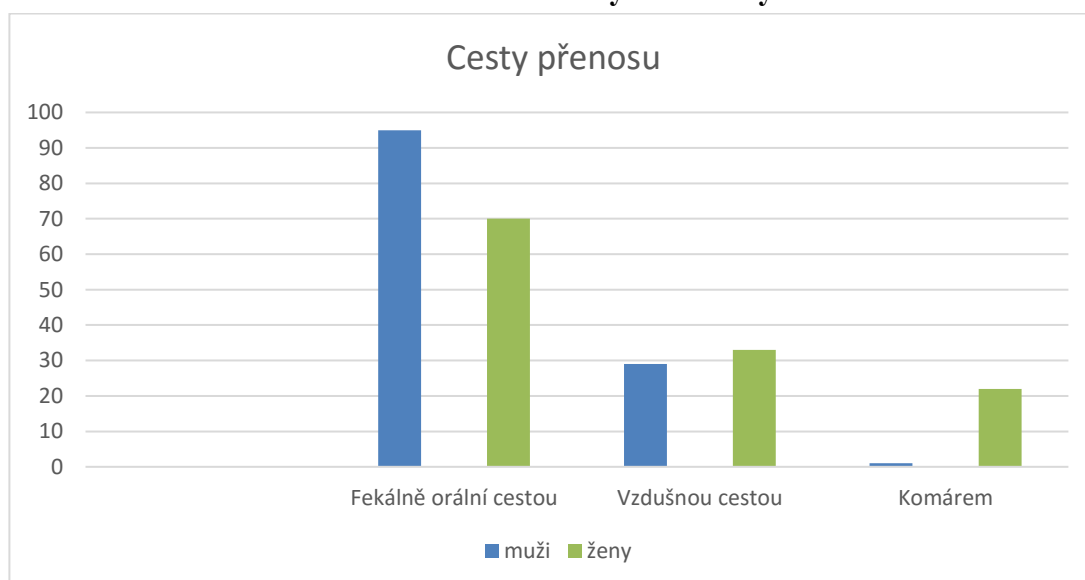


Na tuto otázku správně odpovědělo 79,60 % respondentů, že dominantním příznakem pro salmonelózu je průjem.

Tabulka č. 16 Přenos nákazy břišním tyfem
(Otázka č. 17 dotazníku - Jaká je nejčastější cesta přenosu nákazy břišním tyfem?)

	muži		ženy	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
fekálně orální cestou	95	76,00 %	70	56,00 %
vzdušnou cestou	29	23,20 %	33	26,40 %
komárem	1	0,80 %	22	17,60 %

Graf č. 16 Přenos nákazy břišním tyfem

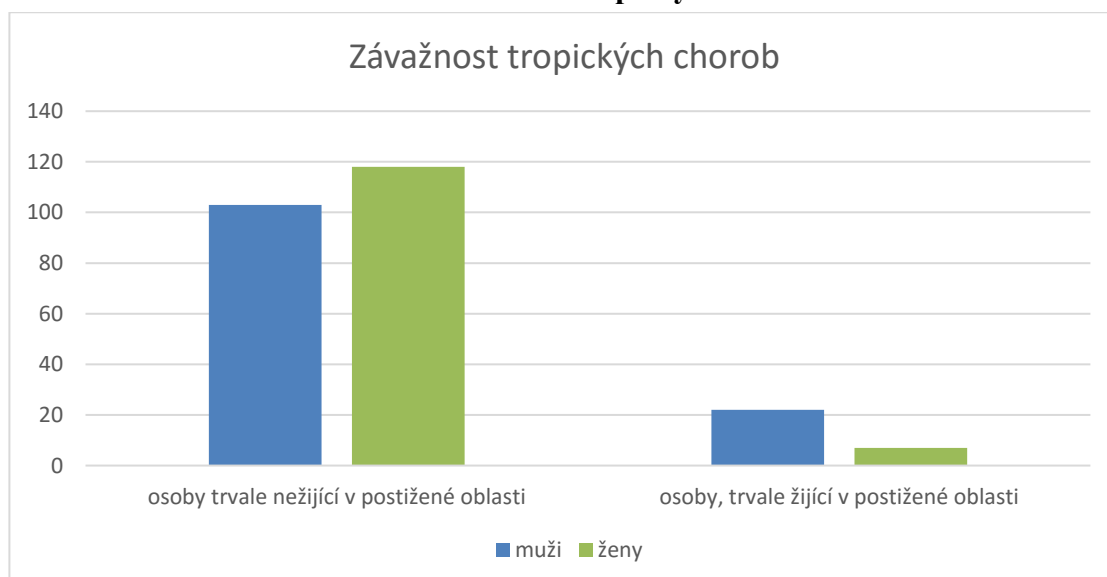


Na tuto otázku zvolili dotazovaní muži nejčastěji odpověď „fekálně orální cestou“, což je správná odpověď. Naopak ženy nejčastěji volily odpověď „vzdušnou cestou“, tedy chybně. V celkovém součtu na tuto otázku správně odpovědělo 66 % dotazovaných.

Tabulka č. 17 Závažnost tropických chorob
(Otázka č. 18 dotazníku - Pro koho jsou tropické nemoci zvláště nebezpečné?)

	muži		ženy	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
osoby trvale nežijící v postižené oblasti	103	82,40 %	118	94,40 %
osoby, trvale žijící v postižené oblasti	22	17,60 %	7	5,60 %

Graf č. 17 Závažnost tropických chorob

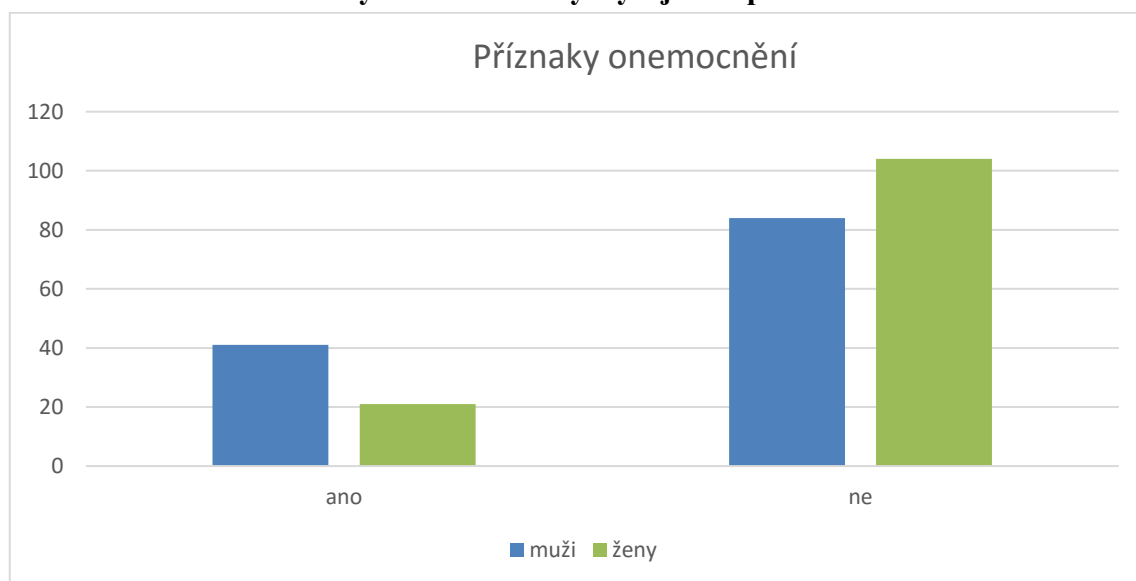


Na tuto otázku 88 % dotazovaných zvolilo správnou odpověď. Ve větším riziku nákazy jsou osoby, které nežijí trvale v postižené oblasti a nemají ochranné protilátky. V četnosti správných odpovědí nebyl zásadní rozdíl mezi muži a ženami, obě skupiny jsou o této skutečnosti dobře informovány.

**Tabulka č. 18 Příznaky onemocnění vyskytující se po návratu ze zahraničí
(Otázka č. 19 dotazníku - Znáte nějaké příznaky,
které se mohou vyskytnout po pobytu v zahraničí?)**

	muži		ženy	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	41	32,80 %	21	16,80 %
ne	84	67,20 %	104	83,20 %

Graf č. 18 A Příznaky onemocnění vyskytující se po návratu ze zahraničí



Graf č. 18 B Nejčastěji uváděné příznaky

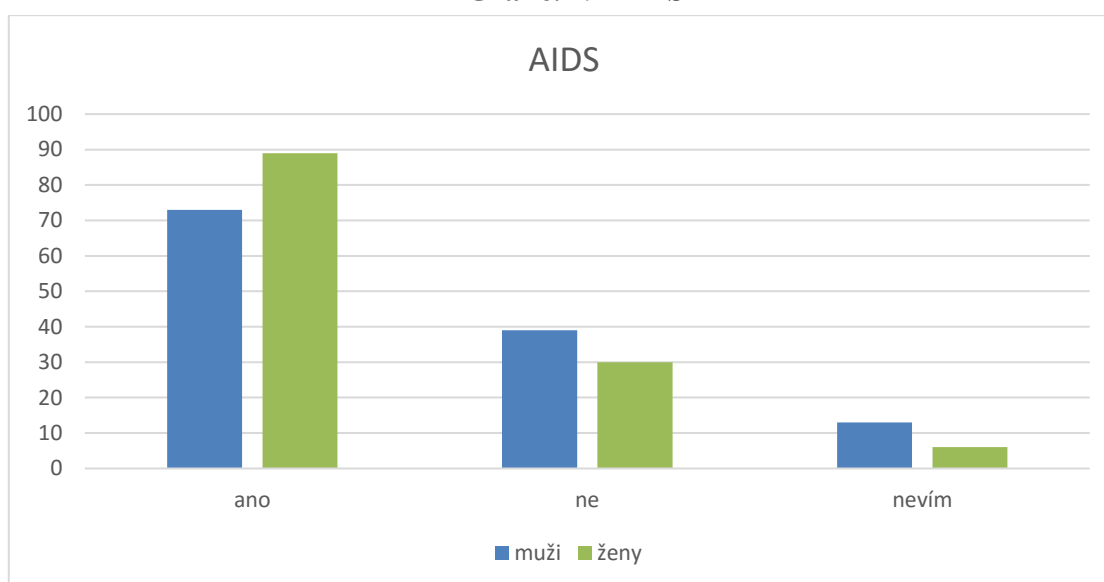


Na tuto otázku odpovědělo více než 40 % dotazovaných, že si myslí, že zná příznaky onemocnění. V grafu č. 18 B jsme vybírali nejčastěji uváděné odpovědi (průjem, únava, nachlazení, vyrážka, jiné).

Tabulka č. 19 AIDS jako infekční onemocnění
(Otázka č. 20 dotazníku - Patří onemocnění AIDS mezi infekční onemocnění?)

	muži		ženy	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	73	58,40 %	89	71,20 %
ne	39	31,20 %	30	24,00 %
nevím	13	10,40 %	6	4,80 %

Graf č. 19 AIDS

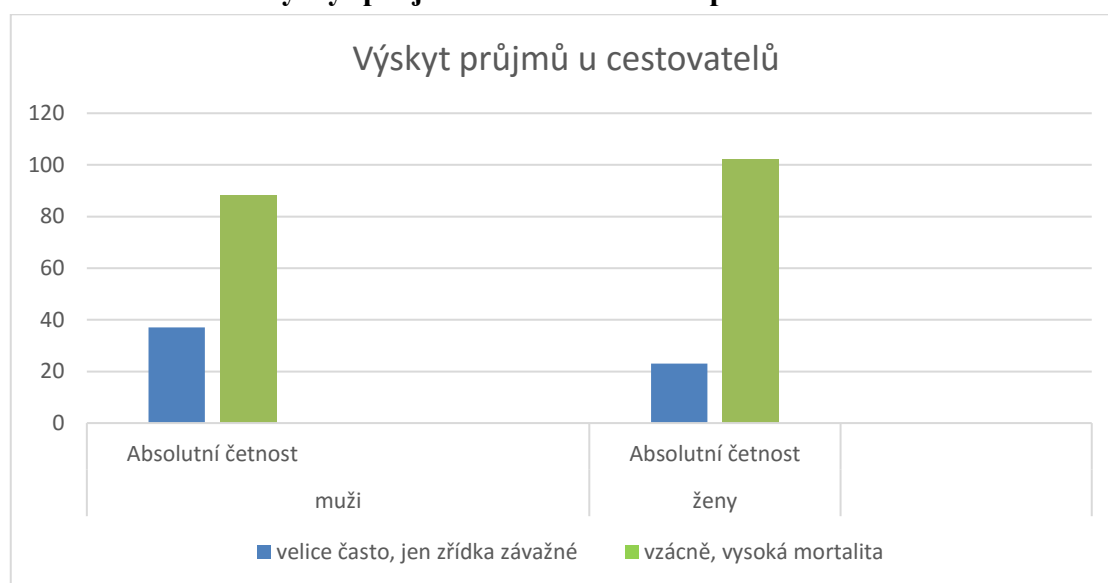


Na otázku dotazníku č. 20 Patří onemocnění AIDS mezi infekční onemocnění, odpovědělo správně jen 58,4 % dotázaných mužů a 71,2 % dotázaných žen. Je vidět, že tato elementární znalost mezi dotazovanými je na velmi nízké úrovni, obzvláště u mužů, a to i přes poměrně masivní osvětové kampaně ve sdělovacích a dopravních prostředcích nebo veřejném prostoru. Je třeba si tuto skutečnost uvědomit a nadále znalosti veřejnosti o základních skutečnostech onemocnění AIDS prohlubovat všemi dostupnými prostředky.

**Tabulka č. 20 Výskyt průjmového onemocnění po návratu ze zahraničí
(Otázka č. 21 dotazníku - Vyskytují se průjmová onemocnění
mezi cestovateli často?)**

	muži		ženy	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
velice často, jen zřídka závažné	37	29,60 %	23	18,40 %
vzácně, vysoká mortalita	88	70,40 %	102	81,60 %

Graf č. 20 Výskyt průjmového onemocnění po návratu ze zahraničí



Tato otázka prokázala neinformovanost laické veřejnosti o průjmovém onemocnění, chybně byla uváděná odpověď, že ve většině případů se průjmy vyskytují vzácně a je u nich vysoká mortalita.

6 INTERPRETACE VLASTNÍHO VÝZKUMU

6.1 VYHODNOCENÍ CÍLŮ

Cíl 1: Zjistit, zda mají větší orientovanost v problematice tropických nemocí muži, či ženy.

První část dotazníku obsahovala osobní údaje (pohlaví, věk, vzdělání), druhá část dotazníku byla vytvořena tak, že pouze jedna odpověď byla správná. V celkovém měřítku byly výsledky nadprůměrně pozitivní. Z celkového počtu 250 respondentů byla úspěšnost 70,11 % pro obě pohlaví. Při následné diseminaci byly výsledky následovné: muži 63,71 % a ženy 76,52 %.

Cíl 2: Zjistit znalosti laické veřejnosti o nadstandardním očkování v ČR

Orientovanost jsme zjišťovali pomocí otázek (8, 9, 10) z dotazníku.

Na otázku č. 8 „Očkování před plánovaným výjezdem“ správně odpovědělo 208 respondentů, což činí 83,20 %.

Na otázku č. 9 „Pracoviště provádějící očkování do zahraničí“ byl počet správných odpovědí 143 z 250, tj. 57,20 %

Na otázku č. 10 „Co znamená mezinárodní očkovací průkaz?“ odpovědělo správně 227 dotazovaných z celkového počtu 250, což činí 90,80 %.

V celkovém součtu byla úspěšnost 77,06 %. Tím lze říci, že se respondenti orientují v oblasti nadstandardního očkování před cestou do zahraničí.

Cíl 3: Zjistit, jaká je informovanost mužů a žen o příznacích nemocí v souvislosti s pobytem v zahraničí.

Informovanost o příznacích jsme zjišťovali pomocí otázek č. 16, 19, 21.

Na otázku č. 16 „Jaký je jeden z dominantních příznaků salmonelózy“ správně zodpovědělo 199 respondentů, tj. 79,60 %. Vysoká úspěšnost je nejspíše ovlivněná rozšířeností daného onemocnění na území České republiky.

Na otázku č. 19 „Příznaky onemocnění po návratu“ převládaly odpovědi: průjem, vyrážka, únava a nachlazení. Celkem 62 osob, tj. 24,80 %, odpovědělo, že zná nějaké příznaky onemocnění po návratu ze zahraničí.

Na otázku č. 21 „Výskyt průjmového onemocnění po návratu ze zahraničí“ správně odpovědělo pouze 60 respondentů, tj. 24 %. Proč zde byla úspěšnost tak nízká, nelze přesně dovodit. Náš osobní názor je, že průjmová onemocnění se v naší populaci vyskytují běžně, ale ne všichni lidé, kteří trpí tímto příznakem, jsou si vědomi závažnosti tohoto onemocnění, které v některých případech může končit až smrtí.

Cíl 4: Zjistit informovanost mužů a žen o malárii.

Pro tento cíl jsme si zvolili průzkumnou otázku č. 14. Na tuto otázku „Nejčastější importované horečnaté infekce“ správně odpovědělo 151 respondentů, že malárie patří mezi nejčastější nákazy. Dle procentuálního hlediska byla úspěšnost 60,40 %. Osobně jsme se domnívali, že číslo bude vyšší.

Cíl 5: Zjistit informovanost mužů a žen o AIDS.

Informovanost o AIDS jsme zjišťovali pomocí otázek č. 7, 13, 20.

Na otázku č. 7 „Co znamená zkratka HIV?“ správně odpovědělo 175 respondentů, tj. 70,00 %.

Na otázku č. 13 „Je možný přenos viru HIV podáním ruky?“ z celkového počtu 250 dotazovaných odpovědělo správně 241 respondentů, tj. 96,40 %.

Na otázku č. 20 „Patří onemocnění AIDS mezi infekční choroby?“ správně odpovědělo 162 respondentů z celkového počtu 250 dotazovaných, tedy více než polovina.

U této otázky považujeme za mimořádnou neznalost laické veřejnosti. A to zejména proto, že v oblasti AIDS/ HIV probíhají celosvětové preventivní programy a kampaně. Zde by bylo na místě mnohem větší počet správných odpovědí.

DISKUZE

Není snadné srovnávat práci na toto téma s jinými autory, jelikož je velice specifické a záleží na současné zdravotní situaci u nás a ve světě.

Z našeho zjištění vyplývá, že je stále nedostatečná informovanost populace o problematice HIV/AIDS. Z průzkumu vyšlo, že pouhých 56,06 % dotazovaných se orientuje v problematice o HIV/AIDS. Tuto informaci nám potvrdil i výzkum doktora Malého a jeho týmu, který tvrdí, že v roce 2015 bylo v České republice na základě 1,29 mil. provedených vyšetření nově diagnostikováno 266 případů infekce HIV u občanů ČR a cizinců s dlouhodobým pobytem, což je nejvyšší roční výskyt v historii sledování od r. 1985. V relativním vyjádření představuje uvedený počet výskyt 2,52 případu na 100 000 obyvatel. S tímto tvrzením korespondují i data ze SZU, který k prosinci 2016 evidoval 2772 HIV pozitivních, z toho 2484 byli občané ČR/rezidenti a 288 cizinců. U onemocnění AIDS byla hodnota 549 osob.

Data můžeme porovnat i s diplomovou prací Ilony Palátové z Jihočeské univerzity - její výzkum probíhal od ledna do prosince 2016 formou kvalitativního výzkumu a její téma práce bylo „Prevence AIDS/HIV v České republice - Jaká je vlastně realita?“. Pro zpracování zvolila kvalitativní formu výzkumu pomocí techniky sekundární analýzy dat a obsahové analýzy. Analyzována byla data v Národní referenční laboratoři pro AIDS. Ve 42 případech (27,5 %) byla HIV infekce diagnostikována cizincům s dlouhodobým pobytem v ČR – tzv. rezidentům. Občanů ČR bylo 111 (72,5 %). V roce 2011 se narodily 3 děti HIV pozitivním matkám.

Nedostatečnou informovanost o této nákaze potvrzuje i diplomová práce Martina Hrycha ze Západočeské univerzity v Plzni, který ve své prostorové analýze výskytu HIV/AIDS na území České republiky zjistil, že v povědomí občanů vyspělých evropských zemí je hluboce zakořeněno přesvědčení, že „já neonemocním“, že „dnešní medicína je natolik vyspělá, že můj život nemůže být v ohrožení a není tedy třeba se zatěžovat očkováním či nějakou další prevencí“.

Jedním z dalších cílů naší diplomové práce bylo zjištění, zda mají větší orientovanost muži či ženy v problematice importovaných infekcí, zejména AIDS/HIV, žloutenka, malárie, Zika, Ebola, horečka dengue a průjem cestovatelů. Z našeho průzkumu vyšlo, že se lépe v problematice orientují ženy. Muži dosáhli hodnoty 76,13 %, u žen byl výsledek 80,33 %. Což v celkovém počtu není markantní rozdíl. S našimi výsledky se shoduje i statistika SZÚ, který datuje k 31. 12. 2016 téměř 5x větší incidenci mužů u onemocnění HIV/AIDS.

Dalším cílem bylo zjistit informovanost laické veřejnosti o malárii. Z našeho průzkumu vyplynulo, že více než 60 % dotazovaných zná problematiku malárie. Jelikož se jedná o velice aktuální problém, mělo by být číslo mnohem větší. Jiný názor na tuto problematiku má Tereza Váněová ve své diplomové práci z roku 2008 na téma „Malárie z pohledu Středoevropana“. Popisuje, že dostupnost informací není klíčovým problémem, tím je nedostatek podrobnějších informací v češtině.

Dalším významným celosvětovým problémem v tomto specifickém spektru onemocnění jsou finanční zdroje, které by pomohly zlepšit prevenci, diagnostiku a léčbu vybraných infekčních onemocnění. Autoři odborných publikací se shodují, že je jich nedostatek. Liší se pouze nástroji, jakými by se měla tato situace řešit. Jeden možný způsob popisuje ve své práci na téma „The Global Health Crisis and Our Nation's Research Universities“ profesor Kinshore a jeho tým, který tvrdí, že by se měly podporovat univerzity a jejich výzkumná střediska, které se zejména podílejí na výzkumu v oblasti léčby infekčních onemocnění.

Jiného názoru je Feachem a jeho tým, který ve své práci tvrdí, že klíčem k vymýcení malárie není jen podpora vysokých škol a jejich výzkumných aktivit, nýbrž aktivní podpora globálního fondu pro boj proti AIDS, tuberkulóze a malárii (Global Fund). Tento fond poskytuje finanční podporu zemím endemicky postiženým malárií. Jak Feachem ve své práci uvádí: “Global fund umožnil od roku 1900 eliminovat malárii ve 113 zemích a v dalších 34 zemích v současné době pracuje na úplném odstranění malárie, z nichž mnohé jsou na cestě k odstranění do roku 2020.

V České republice došlo k zásadnímu kroku, kdy problematika zvládnutí infekčních onemocnění byla zařazena do akčního plánu Zdraví 2020, jehož účelem je především

stabilizace systému prevence nemocí a ochrany a podpory zdraví a nastartování účinných a dlouhodobě udržitelných mechanismů ke zlepšení zdravotního stavu populace (MZČR, 2015).

Dalším cílem bylo zjištění znalosti laické veřejnosti o nadstandardním očkování v ČR, kdy v našem případě byla úspěšnost více než 70 %, čímž se potvrdila znalost laické veřejnosti. S tímto faktem částečně souhlasí i výsledky diplomové práce Ivy Mikuláškové z roku 2015, která souhlasí, že informovanost o nadstandardním očkování se zvyšuje, ale pouze u některých vybraných onemocnění. Celkovým zjištěním bylo, že ženy jsou více informovány než muži. Tohoto názoru je se svojí prací Jana Špačková z Masarykovy univerzity, která ve své diplomové práci na téma „Očkování dětí z pohledu rodičů“ dospěla k závěru, že ženy mají větší přehled o tom, proti kterým nemocem se děti v ČR očkují.

Kromě toho je nutné věnovat pozornost také novým hrozbám, aktuálně vznikajícím situacím. Současná migrační vlna z Blízkého východu a Afriky, kdy tisíce příchozích lidí žije v zoufalých podmínkách v provizorních táborech s nedostatečnou hygienou a lékařskou péčí, představuje zvýšené riziko přenosu infekcí a reálné riziko vypuknutí a šíření epidemie.

7 NÁVRHY NA DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Importované infekce tu byly, ale i budou. Podstatou problému není jen nalezení vakcín k prevenci všech onemocnění, ale i motivace jedince k odpovědnosti. Je možné ovlivnit importované infekce zvýšenou kontrolou cestujících z rizikových oblastí? Jak definovat rizikové zóny?

V televizi a dalších médiích běží stovky reklam na zdravý životní styl, ale rizika spojená s malárií nebo se žloutenkou nejsou představena. Není to téma, které by se hodilo na billboardy místo reklamy na hodinky. Projedeme-li se metrem v New Yorku, první, co upoutá naši pozornost, jsou obří nápisy o virových infekcích a rizicích s nimi spojených. Řadíme-li se mezi světové metropole, je nutné se inspirovat i v tomto směru.

Naše doporučení pro praxi zní: zvýšit prevenci a osvětovou činnost efektivní formou (např. reklamy v televizi, billboardy atd.), věnovat větší pozornost nástrahám při cestování do rizikových zemí, které mohou ohrozit každého cestovatele. V tomto segmentu zaměřit pozornost zejména na muže, protože vykazovali nižší míru informovanosti.

Kromě výše uvedeného se jeví jako vhodné systematicky začlenit informování o infekčních nemocech do vzdělávacích programů ve školách.

Dále lze poukázat na objev výzkumníků na univerzitě v Malajsii, kteří přišli s netradičním řešením veřejného osvětlení, které funguje na principu přitahování komárů za oxidem uhličitým do lampy a následného zabránění jeho úniku. Tím se snižuje riziko nakažení malárií a horečkou dengue. Výzkumný objev lze doporučit k zavedení do běžné praxe v rizikových oblastech.

ZÁVĚR

V této bakalářské práci jsme se zabývali informovaností laické veřejnosti o importovaných tropických infekcích a celkové problematice nejen očkování, ale také o dostupnosti získávání všech potřebných informací. Pro bakalářskou práci jsme si zvolili pět cílů, kterých jsme chtěli dosáhnout:

Zjistit, zda mají větší orientovanost v problematice tropických nemocí muži či ženy. Z celkového počtu 250 respondentů se 78,23 % respondentů orientovalo v problematice. Při následné diseminaci dosáhli muži hodnoty 76,13 %, u žen byl výsledek 80,33 %. V dané problematice se tedy orientují více ženy.

Zjistit orientovanost mužů a žen v nadstandardním očkovacím systému v České republice. V celkovém součtu byla orientovanost respondentů v této problematice 77,06 %. Tím lze říci, že se respondenti poměrně dobře orientují v očkovacím systému v České republice.

Zjistit, jaká je informovanost mužů a žen o příznacích nemocí v souvislosti s pobytem v zahraničí. Zde došlo k mírnému poklesu a celková informovanost klesla k 51,8 %.

Zjistit informovanost mužů a žen o malárii. Ta dosáhla 60,40 %.

Zjistit informovanost mužů a žen o onemocnění AIDS. Na otázky vztahující se k tomuto cíli správně odpovědělo 195 respondentů z 250, tj. 78 % dotázaných.

Lze shrnout, že informovanost laické veřejnosti o importovaných tropických infekcích je na relativně dobré úrovni - až na problematiku HIV/AIDS. Žádná z otázek, kterými byla zjišťována míra informovanosti a znalostí o celkové problematice očkování, nevykázala méně než 50 % hodnotu správných odpovědí. Přesto z výzkumných otázek dovozujeme nutnost zaměřit informovanost na některé oblasti, např. na oblast symptomatologie nemocí. Na otázku č. 7 z dotazníku jsme (Co znamená zkratka HIV) jsme použili výpočet chí kvadrátu, kde jsme porovnávali data z otázky spolu s pohlavím

a věkem. Dle výpočtu jsme přijmuli alternativní hypotézu, která nám říká, že zde určitá závislost existuje.

Tato práce uvedla jen základní a pro nás zajímavá onemocnění. Téma importované infekce je v dnešní době velice aktuální téma. Za zmínku stojí recidivovaný virus zika apod. Dotazník byl strukturován tak, aby pokryl základní oblasti problematiky. V praktické části jsme vyhodnotili data získaná od respondentů, která jsme poté graficky znázornili.

Pro tuto práci jsme si zvolili kvantitativní průzkum. Ke sběru dat jsme použili strukturovaný dotazník. Respondentům bylo vysvětleno, jak mají postupovat, a byli ujištěni, že dotazník je zcela anonymní.

Tato bakalářská práce přinesla dílčí pohled na problematiku informovanosti laické veřejnosti o importovaných tropických nemocech. Získali jsme řadu zajímavých poznatků a názorů, které obohatily naši dosavadní zkušenost s tropickými infekcemi, ale také umožnily zamyslet se nad podstatou věci, což není onemocnění samo, nýbrž společnost a jedinec.

Práce si neklade za cíl změnit postoj veřejnosti k rizikům dané problematiky, ale má upozornit na prostor pro další možnosti v prohloubení znalostí laické veřejnosti v problematice tropických infekčních nemocí.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

AMBROŽOVÁ, Helena. Diferenciálně diagnostické kapitoly z infekčního lékařství. 2., upr. vyd. Praha: Karolinum, 2012, 125 s. ISBN 978-80-246-2040-4.

BENEŠ, Jiří. Infekční lékařství. Praha: Galén, c2009. ISBN 978-80-7262-644-1.

DOSTÁL, Václav. Infektologie. 1. dotisk 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005, 338 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 80-246-0749-2.

ECDC. Ebola outbreak in West Africa. European centre for Disease Prevention and Control [online]. Sweden: Sweden Academy, 2008 [cit. 2016-08-21]. Dostupné z: http://ecdc.europa.eu/EN/HEALTHTOPICS/EBOLA_MARBURG_FEVERS/Pages/ebola-outbreak-west-africa.aspx

FEACHEM, Phillips AA, Hwang J, Cotter et col. 2010 Nov 6;376(9752):1566-78. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61270-6. Review

FREI, Jiří – problém týkající se nás všech. <Http://zdravi.euro.cz/> [online]. Praha: Praha, 2015 [cit. 2016-08-21]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/hiv-aids-problem-tykajici-se-nas-vsech-459339>

HAYES, Edward. B. 2009. Zika Virus Outside Africa [online]. Barcelona [cit. 2016-02-25]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2819875/>

HNILICOVÁ, Helena. Migrace a ochrana a podpora veřejného zdraví [online]. Praha, 2010 [cit. 2017-02-18]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/mensiny/Hnilicova.pdf>. Ústav veřejného zdravotnictví a medicínského práva Univerzita Karlova – 1. Lékařská fakulta.

HUSA, Petr, Lenka KRBKOVÁ a Drahomíra BARTOŠOVÁ. Infekční lékařství: učební text pro studenty všeobecného lékařství. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2011, 159 s. ISBN 978-80-210-5660-2.

HOBSTOVÁ, Jiřina a Helena AMBROŽOVÁ. Infectious diseases. 2nd rev. ed. Prague: Karolinum, 2012, 246 s. ISBN 978-80-246-2111-1.

HRYCH, Martin. Prostorová analýza výskytu HIV/AIDS na území České republiky. Plzeň, 2015. Bakalářská práce. Vedoucí práce RNDr. Jiří Preis, Ph.D.

CHONG, Wen Tong. Street lamp targets dengue fever [online]. England and Wales: Creative Commons Attribution License, 2015 [cit. 2016-08-22]. Dostupné z: <http://www.scidev.net/global/engineering/news/street-lamp-targets-dengue-fever.html>

KHS STC. Krajská hygienická stanice Středočeského kraje se sídlem v Praze: Hlášení infekčních onemocnění. Krajská hygienická stanice Středočeského kraje se sídlem v Praze: Hlášení infekčních onemocnění [online]. Praha, 2015 [cit. 2016-08-22]. Dostupné z: http://www.khsstc.cz/obsah/hlaseni-infekcnich-onemocneni_483_1.html

KISHORE, SP.Tavera G. Hotez, P.J (2010) The Global Health Crisis and Our Nation's Research Universities. PLoS Negl Trop Dis 4(2): e635. doi: 10.1371/journal.pntd.0000635

MALÝ, M. a kol. Výskyt a šíření HIV/AIDS v ČR v roce 2012. Zprávy z Národní referenční laboratoře a odborných skupin Centra epidemiologie a imunologie. 2013. Státní zdravotnický ústav, Praha.

MATOUŠKOVÁ, Ivanka, VLČKOVÁ, Jana. Vybrané kapitoly z epidemiologie 2. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012, 93 s. ISBN 978-80-244-3008-9.

MIKULÁŠKOVÁ, Iva. Vývoj využití nadstandardního očkování u dětí v letech 2011-2014 [online]. Plzeň, 2015 [cit. 2017-04-02]. Dostupné z: <<http://theses.cz/id/pi363f/>>. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce MUDr. Daniela Fránová.

MZČR, Akční plány pro implementaci Národní strategie Zdraví 2020 [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 2015 [cit. 2017-05-21]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/verejne/dokumenty/akcni-plany-pro-implementaci-narodni-strategie-zdravi-2020_10814_3016_5.html

NĚMCOVÁ, Jitka. Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci [online]. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5, Duškova 7, 150. Praha, 2015 [cit. 2016-08-22]. ISBN 978-80-904955-9-3.

PALÁTOVÁ, Ilona. Prevence HIV/AIDS v České republice - Jaká je vlastně realita? [online]. České Budějovice, 2012 [cit. 2017-04-02]. Dostupné z: <http://theses.cz/id/y6rmen/>. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. František Kotrba.

PLÍŠEK, Stanislav. Virové hepatitidy [online]. Praha, 2001 [cit. 2016-08-21]. Dostupné z: <http://www.cls.cz/seznam-doporucenych-postupu>

PREIS, J. 2011. Geografické rysy pandemie HIV/AIDS: Kolaps v ohrožených regionech světa, rizika pro střední a východní Evropu. Vyd. Brno. Disertační práce. Masarykova Univerzita. Přírodovědecký fakulta.

OECD. Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) [online]. 6 [cit. 2017-02-12]. Dostupné z : <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/hiv-aids-surveillance-report-Europe-2013.pdf>

PODSTATOVÁ, Renata. Péče o pacienty s infekčním onemocněním. Sestra. 2011, 2011(4)

PROPEOPLE.CZ. Horečka dengue [online]. In: . s. 1 [cit. 2016-02-25]. Dostupné z: http://www.tropicke-nemoci.cz/horecka-denguefull_comments

ROZSYPAL, Hanuš. Základy infekčního lékařství. Vydání první. V Praze: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2932-2.

Slovníky.cz [online]. [cit. 2016-02-25]. Dostupné z: <http://lekarske.slovníky.cz/o-nas>

STEJSKAL, František. Oddělení tropické medicíny [online]. 2010. [cit. 2016-02-25]. Dostupné z: http://inf3.lf1.cuni.cz/tropy/tropacest/Importovane_tropicke_infekce.pdf

ŠPAČKOVÁ, Jana. Očkování dětí z pohledu rodičů [online]. Brno, 2008 [cit. 2017-04-02]. Dostupné z: <http://theses.cz/id/xdlqjn/>. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Bc. Eva Volfová.

ÚZIS ČR. Zdravotnická statistika. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2007. ISSN 1802-999x.

VÁNĚOVÁ, Tereza. Malárie z pohledu Středoevropana [online]. Brno, 2008 [cit. 2017-04-17]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/166094/pedf_b/. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Jitka Slaná Reissmannová.

VANIŠTA, Jiří. Základy cestovního lékařství. 1. vyd. Praha: Galén, 2006, 288 s. ISBN 80-7262-435-0.

VOKURKA, Martin Jan, HUGO, 2009. Velký lékařský slovník: Martin Vokurka, Jan Hugo a kolektiv. 9., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-202-5

WHO. Ebola virus disease outbreak. <http://www.who.int/csr/en/>. [online]. 22. 8. 2016 [cit. 2016-08-22]. Dostupné z: <http://www.who.int/csr/disease/ebola/en/>

WHO. AIDS/HIV <http://www.who.int/hiv/en/>. [online]. 12. 2. 2017 [cit. 2017-02-12]. Dostupné z: <http://www.who.int/hiv/en/>

PŘÍLOHY

Příloha A Rychlý diagnostický test.....	I
Příloha B Rešerše.....	II
Příloha C Dotazník.....	III- VI
Příloha D Hodnoty erytrocytů.....	VII
Příloha E Koncentrace CRP.....	VIII
Příloha F Formulář hlášení infekční nemoci.....	IX
Příloha G Mapa výskytu onemocnění ebola.....	X
Příloha H Výskyt infekčních onemocnění dle krajů ČR.....	XI
Příloha I Chí kvadrát.....	XII- XIV
Příloha J Čestné prohlášení.....	XV

PŘÍLOHA A

Rychlý diagnostický test na přítomnost malárie



(Oddělení tropické medicíny, 2010)

PŘÍLOHA B

INFORMOVANOST LAICKÉ VEŘEJNOSTI O IMPORTOVANÝCH TROPICKÝCH INFEKČÍCH

Kristina Roženská

- Jazykové vymezení: čeština, angličtina
- Klíčová slova: cestovní medicína, ebola, infekce, malárie, tropické nemoci
- Časové vymezení: 2005-2015
- Druhy dokumentů: vysokoškolské práce, knihy, články a příspěvky ve sborníku, elektronické zdroje
- Počet záznamů: 572 (vysokoškolské práce: 111, knihy: 57, články a příspěvky ve sborníku: 10, elektronické zdroje: 394)
- Použitý citační styl: harvardský, ČSN ISO 690-2:2011 (česká verze mezinárodních norem pro tvorbu citací tradičních a elektronických dokumentů)
- Základní prameny: katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz)
databáze vysokoškolských prací (www.theses.cz)
Ústav vědeckých informací 1. LF UK a VFN
specializované databáze (EBSCO, EMBASE, MEDLINE, EBSCOhost, Web of science, PubMed)

PŘÍLOHA C

Dotazník

Dobrý den,

jsem studentkou Vysoké školy zdravotnické v Praze a obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku, který mi poslouží jako podklad pro vytvoření bakalářské práce na téma: „**Informovanost laické veřejnosti o importovaných tropických infekcích**“. Dovoluji si Vás požádat o pravdivost Vašich odpovědí. Zaškrtněte odpovědi, se kterými se nejvíce ztotožňujete. Dotazník je zcela anonymní a zabere pouze pár minut.

Předem děkuji za spolupráci

Kristina Roženská

1. Jakého jste pohlaví?

- a) žena
- b) muž

2. Kolik je vám let?

- a) 0-18
- b) 19-26
- c) 27-35
- d) nad 36 let

3. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) základní vzdělání
- b) střední vzdělání bez maturitní zkoušky
- c) střední vzdělání s maturitní zkouškou
- d) vysokoškolské vzdělání

4. Byl (a) jste někdy v zahraničí?

- a) ano
- b) ne

5. Uved'te, ve které části světa jste pobýval (a)

- a)
- b)
- c)

6. Čím se zabývá infekční lékařství?

- a) lékařský obor zabývající se diagnostikou a léčbou onemocnění způsobenými mikroorganismy
- b) lékařský obor zabývající se eliminací a dekontaminací infekčních patogenů

7. Co znamená zkratka HIV?

- a) Human independent virus
- b) Human Immunodeficiency Virus
- c) Half Immunitate syndrom

8. Můžeme se nechat očkovat před plánovaným pobytem v cizině?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

9. Které pracoviště provádí očkování do zahraničí?

- a) lze se nechat očkovat v ordinaci u svého praktického lékaře
- b) pouze na krajské hygienické stanici
- c) na certifikovaných pracovištích – centra očkování a cestovní medicíny
- d) infekční oddělení

10. Co znamená pojem mezinárodní očkovací průkaz?

- a) certifikát o platném očkování nebo profylaxi
- b) průkaz bezinfekčnosti

11. Jaký je odborný název pro virovou žloutenku?

- a) hepatitida
- b) lues
- c) ikterus

12. Musí se některá vybraná infekční onemocnění hlásit krajské hygienické stanici?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

13. Lze přenést virus HIV podáním ruky?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

14. Jaké nejčastější importované tropické horečnaté infekce se vyskytují v Evropě?

- a) malárie
- b) mononukleóza
- c) spála
- d) plané neštovice

15. Čím se přenáší žloutenka typu A?

- a) fekálně-orální cestou
- b) krví
- c) pohlavním stykem
- d) vzduchem

16. Jaký je jeden z dominantních příznaků salmonelózy?

- a) průjem
- b) závratě
- c) náhlý pokles tlaku krve
- d) dušnost

17. Jaká je nejčastější cesta přenosu nákazy břišním tyfem?

- a) fekálně orální cestou, tj. kontaminovanou vodou, mlékem
- b) vzdušnou cestou, tj. kapénkami při kýchání
- c) komárem

18. Pro koho jsou tropické nemoci zvláště nebezpečné?

- a) pro osoby, které trvale nežijí v postižené oblasti
- b) pro osoby, které trvale žijí v postižené oblasti

19. Znáte nějaké příznaky, které se mohou vyskytnout po pobytu v zahraničí?

- a) pokud ano, prosím vypište alespoň tři
- b) ne

20. Patří onemocnění AIDS mezi infekční choroby?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

21. Vyskytují se průjmová onemocnění mezi cestovateli často?

- a) velice často, jen zřídka závažné
- b) vzácně, ale s vysokou mortalitou

PŘÍLOHA D

Hodnoty erytrocytů

Hodnota	Označení sedimentace
2-10(-20) mm/hod	normální
(10-)20-30 mm/hod	zvýšená
30-60 (-80) mm/hod	středně vysoká
Více než 60(-80) mm/hod	velmi vysoká

(BERAN, 2006)

PŘÍLOHA E

Koncentrace CRP

Koncentrace	Interpretace
méně 8 mg/l	Bez bakteriální infekce
0-40 mg/l	Virová infekce
Více než 40- 60 mg/l	Bakteriální infekce

(BERAN, 2006)

PŘÍLOHA F

Formulář Hlášení infekční nemoci

<p>POZNÁMKY PRO EPIDEMIOLOGA (Jména dětí ze společné domácnosti, škola a třída, zájezd rekreace apod., zdroj onemocnění, onemocnění po očkování atd.)</p> <p>_____</p> <p>Datum: _____</p> <p>Razítko a podpis lékaře Razítko zdrav. zařízení</p> <p><small>V případě závažného infekčního onemocnění, např. břišního tyfu, paratyfu, cholery, virové hepatitidy, diptherie, meningit, poliomyelitidy atd., či hromadných onemocnění je třeba neprodleně informovat příslušného epidemiologa.</small></p> <p><small>Dodávka DITIS, s.r.o., PS 31, Odkřichovské 24, 562 06 Oetř nad Otlicí, telefon 465 524 027, fax+zážnam 465 525 701, e-mail: dits@dits.cz, http://www.dits.cz</small></p>	<p>POKYNY K VYPLNĚNÍ: (čitelně, hůlkovým písmem)</p> <ol style="list-style-type: none"> Rodné číslo - do předtisknutých okének (poslední dvojciferní roku, měsíc (u žen se připoč den/evíden. č.) - u cizinců místo RČ vyplnit datum narození/evíden. č. = 9999 a nakóduvat pohlaví) Trvalé bydliště - uvést textem (nakóduvat číslo obce podle číselníku obcí ČSÚ kóduje v případě potřeby OHES) Pracoviště - název včetně adresy Povolání - uveďte se textem Vyplní se u dětí a dorostu, které navštěvují pře nebo školní zařízení Diagnóza - do předtisknutého okénka se zapíše příslušný - dg slovně i kódem podle MKN - 10 Vyplňuje se v případě, když obec onemocnění nesouhlasí s trvalým bydlištěm Místo izolace - do předtisknutého okénka se zapíše příslušný kód Použijte v případě nosokomiální nákazy
---	--

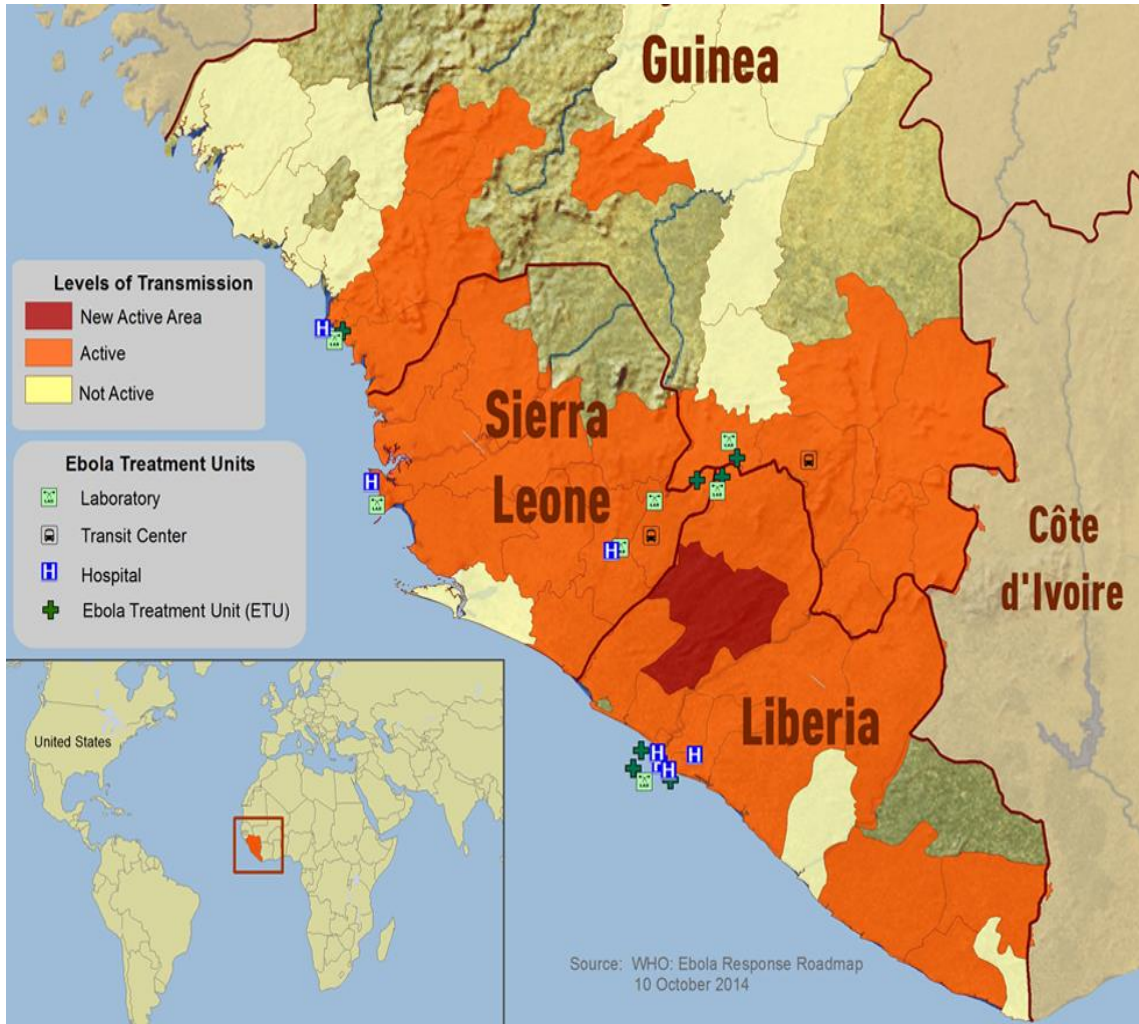
HLÁŠENÍ INFEKČNÍ NEMOCI	
1. Příjmení: Jméno: Rodné číslo: Pohlaví: 1 - muž, 2 - žena <input type="checkbox"/>	
2. Trvalé bydliště (obec, ulice, číslo):	
3. Pracoviště:	Povolání:
4. Název a adresa kolektivního zařízení:	
5. Diagnóza: 1 - potvrzená, 2 - podezření, 3 - nosičství, 4 - úmrtí <input type="checkbox"/> dg - slovně: dg	
6. Datum prvních příznaků (den, měsíc, rok):	
7. Obec onemocnění:	Okres:
8. Místo izolace: 1 - doma, 2 - inf. odd., 3 - jinde, 4 - neznámo <input type="checkbox"/> Datum izolace (den, měsíc, rok):	
9. Název zařízení a oddělení, ve kterém došlo k nákaze:	

DITIS 113 023 0

(KHSSTC, 2015)

PŘÍLOHA G

Výskyt onemocnění ebola

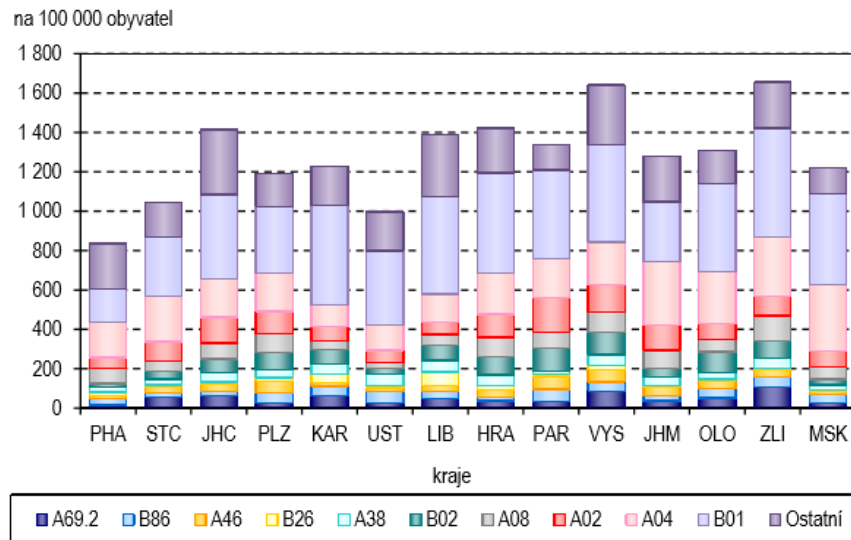


(WHO, 2014)

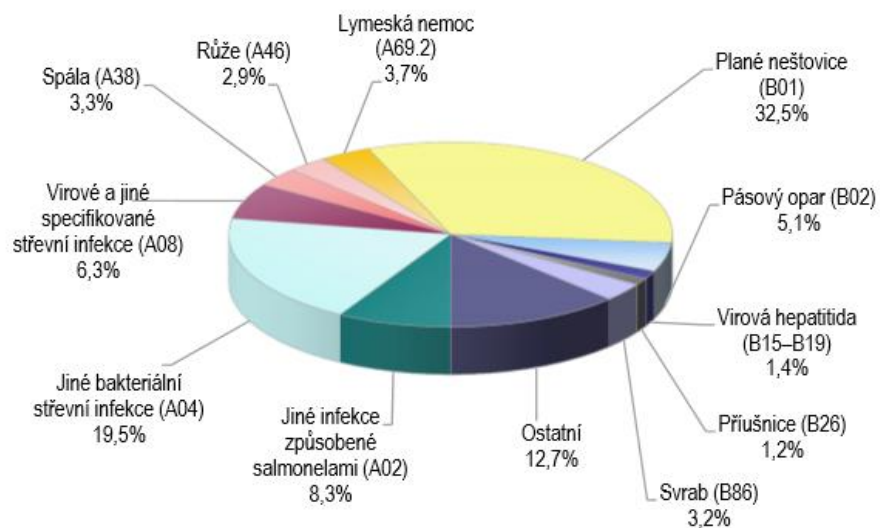
PŘÍLOHA H

Výskyt infekčních onemocnění dle krajů ČR

7. Struktura incidence infekčních nemocí dle krajů bydliště v ČR



8. Struktura hlášených infekčních nemocí



(ÚZIS ČR, 2009)

PŘÍLOHA I

Pohlaví - Otázka 7

	Human independent virus	Human Immunodeficiency Virus	Half Immunity syndrom	Celkem
Muži	15	100	10	125
Ženy	26	75	24	125
Celkem	41	175	34	250

Tabulka skutečných četností

	Human independent virus	Human Immunodeficiency Virus	Half Immunity syndrom	Celkem
Muži	20,5	87,5	17	125
Ženy	20,5	87,5	17	125
Celkem	41	175	34	250

Pearsonův koeficient je 0,265.

Cramerův koeficient je 0,157.

Vzdělání - Otázka 7

	Human independent virus	Human Immunodeficiency Virus	Half Immunity syndrom	Celkem
Střední vzdělání bez maturitní zkoušky	6	0	0	6
Střední vzdělání s maturitní zkouškou	35	49	0	84
Vysokoškolské vzdělání	0	126	34	160
Celkem•	41	175	34	250

Tabulka skutečných četností

	Human independent virus	Human Immunodeficiency Virus	Half Immunity syndrom	Celkem
Střední vzdělání bez maturitní zkoušky	0,98	4,2	0,82	6
Střední vzdělání s maturitní zkouškou	13,78	58,8	11,42	84
Vysokoškolské vzdělání	26,24	112	21,76	160
Celkem•	41	175	34	250

Tabulka očekávaných četností.

	Human independent virus	Human Immunodeficiency Virus	Half Immunity syndrom	Celkem
Střední vzdělání	41	49	0	90
Vysokoškolské vzdělání	0	126	34	160
Celkem.	41	175	34	250

Tabulka skutečných četností

	Human independent virus	Human Immunodeficiency Virus	Half Immunity syndrom	Celkem
Střední vzdělání	14,76	63	12,24	90
Vysokoškolské vzdělání	26,24	112	21,76	160
Celkem.	41	175	34	250

Pearsonův koeficient je 0,647.

Cramerův koeficient je 0,440.

PŘÍLOHA J

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem **Informovanost laické veřejnosti o importovaných tropických infekcích** v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne

.....

jméno a příjmení studenta