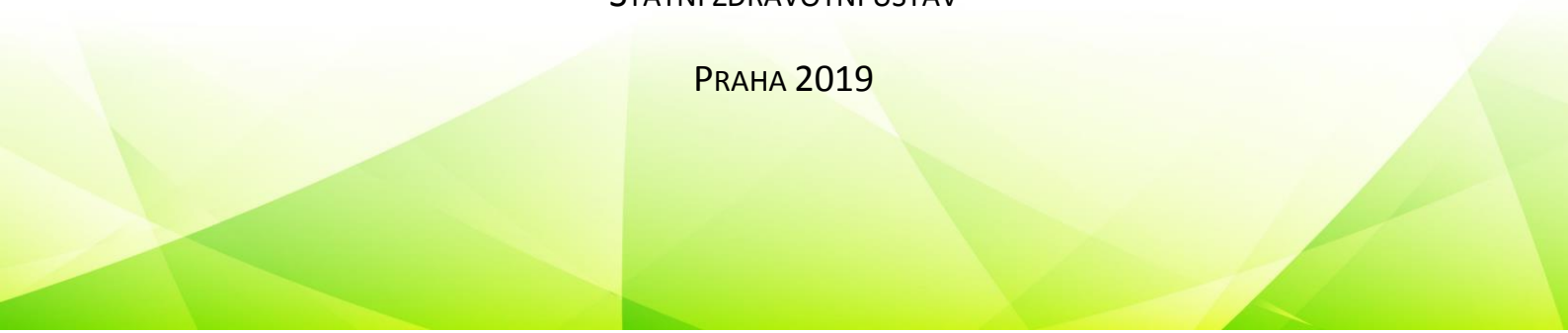


SEXUÁLNÍ CHOVÁNÍ MUŽŮ, KTEŘÍ MAJÍ SEX S MUŽI

Česká zpráva ze studie European MSM
Internet Survey (EMIS 2017)

STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV

PRAHA 2019



Autorský kolektiv:

RNDr. Alena Fialová, Ph.D., Státní zdravotní ústav – kapitola č. 1

Ing. Mgr. Robert Hejzák, Česká společnost AIDS pomoc – kapitola č. 2, 4, 9

MUDr. Anna Kubátová, Státní zdravotní ústav – kapitola č. 2

Bc. Patrik Lenz, Státní zdravotní ústav – kapitola č. 4, 5

RNDr. Marek Malý, CSc., Státní zdravotní ústav – kapitola č. 1, 4

RNDr. Michal Pitoňák, Ph.D., Národní ústav duševního zdraví – kapitoly č. 4, 5, 6, 7, 8, 9

MUDr. Ivo Procházka, CSc., Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN – kapitoly č. 3, 5

MUDr. Hana Zákoucká, Státní zdravotní ústav – kapitola č. 2

Zpracování studie bylo podpořeno Ministerstvem zdravotnictví ČR – RVO (Státní zdravotní ústav – SZÚ, IČ: 75010330). Publikace byla vytištěna s podporou účelového navýšení finančních prostředků pro řešení problematiky HIV/AIDS Ministerstvem zdravotnictví ČR pro rok 2019.

© Státní zdravotní ústav

Vydal Státní zdravotní ústav, Šrobárova 49/48, 100 00 Praha 10

1. vydání, Praha 2019

Grafická úprava: Státní zdravotní ústav, Geoprint

Tisk: Geoprint s.r.o., Krajinská 1110, 460 01 Liberec

ISBN 978-80-7071-388-4

eISBN 978-80-7071-389-1

Obsah

Úvod.....	5
1 Popis výzkumného vzorku	6
1.1 Nábor respondentů.....	6
1.2 Sociodemografické údaje.....	7
1.3 Zaměstnání a příjmy.....	8
1.4 Sexuální orientace.....	9
1.5 Trvalý vztah	9
1.6 Sexuální vztahy s muži.....	10
1.7 Věkové složení.....	12
2 Sexuální zdraví	14
2.1 Testování HIV	14
2.2 Diagnóza a léčba HIV.....	18
2.3 Ostatní sexuálně přenosné infekce.....	21
2.4 Virové hepatitidy.....	26
3 Sexuální chování	29
3.1 Stálá partnerství.....	29
3.2 Nahodilí partneři	32
3.3 Sex za úplatu	38
3.4 Sex se ženou.....	41
4 Prevence přenosu HIV/STI	44
4.1 Bezpečnější sex	44
4.2 Postexpoziční profylaxe (PEP)	49
4.3 Preexpoziční profylaxe (PrEP)	50
5 Užívání návykových látek.....	56
5.1 Užívání návykových látek před či během sexuálního styku	56
5.2 Poslední užití drog.....	58
5.3 Injekční užívání drog	60
5.4 Chemsex.....	60
5.5 Problémové užívání alkoholu	61
6 Duševní zdraví.....	63
7 Prožívání vlastní sexuální orientace/sebeidentifikace.....	67
7.1 Coming out a míra otevřenosti prožívání vlastní sexuality	67
7.2 Coming out jako migrační faktor.....	70
8 Sociální opora	71

9	Homofobní projevy a internalizovaná homonegativita	74
9.1	Homofobní projevy: zastrašování, slovní narážky a fyzické útoky	74
9.2	Internalizovaná homonegativita	75
	Závěr	79
	Poděkování	82
	Literatura	83

Úvod

V roce 2017 byla spuštěna již druhá celoevropská on-line studie EMIS (The European Men Who Have Sex with Men Internet Survey – Evropský internetový průzkum u mužů, kteří mají sex s muži). První studie, jíž se Česko rovněž zúčastnilo, byla provedena v roce 2010. Cílem studie EMIS 2017 bylo shromáždit informace o sexuálním zdraví gayů, bisexuálů a dalších mužů, kteří mají sex s muži (MSM). Jedná se o největší studii svého druhu na světě a shromážděná data mohou v jednotlivých zemích posloužit pro plánování preventivních programů v oblasti HIV a dalších sexuálně přenosných infekcí i pro pochopení zdraví a potřeb cílové skupiny, včetně monitorování vývoje v této oblasti v jednotlivých zemích.

Průzkum zorganizovala výzkumná skupina Sigma Research (Fakulta veřejného zdraví a politiky na Londýnské škole hygieny a tropické medicíny) a realizovala jej ve spolupráci s Ústavem Roberta Kocho v Berlíně. Studie byla financována z programu EU v oblasti zdraví (2014–2020) a z prostředků kanadské Agentury veřejného zdraví. V každé účastnické zemi organizovali sběr dat místní spolupracovníci z příslušných zemí, připravili překlady dotazníku, propagovali průzkum a organizovali sběr dat prostřednictvím webových stránek. V Česku průzkum a jeho vyhodnocení realizovala Česká společnost AIDS pomoc, z. s., Státní zdravotní ústav a Národní ústav duševního zdraví.

Cílovou skupinou průzkumu byli muži a trans muži, kteří jsou sexuálně přitahováni k mužům a/nebo mají sex s muži. Bylo požadováno, aby dosáhli minimálně věku dostatečného pro legální sex s muži v dané zemi. Dále museli žít v jedné ze zemí zapojených do průzkumu a být schopni číst a psát v jednom z jazyků studie (dotazník byl přeložen do 33 jazyků včetně češtiny).

Metodiku výzkumu a dotazník vypracovala mezinárodní skupina výzkumných pracovníků po konzultacích s odborníky z více než 40 evropských zemí z institucí činných ve veřejném zdravotnictví, neziskových organizací a univerzit, které se zabývají problematikou HIV, zdraví mužů a lidských práv (Weatherburn et al., 2019).

Otázky zahrnovaly pět oblastí:

- sociálně-demografické údaje (34 otázek),
- zdravotní problémy (28 otázek) – deprese, alkohol (dotazník CAGE), sebevražednost, HIV a sexuálně přenosné infekce,
- chování (83 otázek) – sexuální vztahy, použití kondomů, preexpoziční (PrEP) a postexpoziční (PEP) profylaxe, očkování proti hepatitidě A a B, hepatitida C, užívání drog v souvislosti se sexuálními aktivitami (chemsex),
- potřeby související s bezpečným chováním (22 otázek), včetně škály zvnitřněné homonegativity,
- intervence (35 otázek) – dostupnost kondomů, léčba drogové závislosti, testování HIV a sexuálně přenosných infekcí, očkování proti virové hepatitidě A a B.

EMIS 2017 byl organizován ve 49 evropských zemích, v nichž se celkově zúčastnilo 128000 mužů, a v Kanadě s více než 6000 účastníky. Data byla shromážděna prostřednictvím internetového průzkumu v období od poloviny října 2017 do konce ledna 2018. Odhaduje se, že studie se zúčastnila více než 2 % MSM v Evropě.

Podrobnější informace o studii jsou k dispozici na adrese <https://www.esticom.eu/>. Veškeré materiály související se studií včetně dotazníku v českém jazyce jsou k dispozici na <http://www.emis2017.eu/>.

Studie byla inzerována prostřednictvím následujících kanálů:

- místní a mezinárodní internetové stránky o HIV, gayích a LGBT organizacích,
- sociální média (Facebook, Twitter, Instagram),
- kontaktní sítě a mobilní aplikace (iboys.cz, PlanetRomeo, Grindr, Hornet, Qruiser, RECON, Scruff, Gaydar, Manhunt/Jack, GROWLr a Bluesystem).

Podpořily ji také mnohé gay/LGBT spolky a organizace působící v oblasti prevence HIV a péče o sexuální zdraví.

Pro podporu studie byly vytvořeny speciální bannery, přičemž vizuální podoba studie byla stejná jako v roce 2010. Banner navedl potenciální respondenty na domovskou webovou stránku studie, kde si mohli vybrat vhodný jazyk pro komunikaci. Na stránce byl uveden účel studie a způsob sběru dat. Účast ve studii byla dobrovolná. Všichni účastníci měli možnost vyplňování dotazníku kdykoliv ukončit či přeskočit některé otázky. O této možnosti i dalších aspektech byli potenciální respondenti předem informováni ve vysvětlujících textech, jejichž přečtení a porozumění museli potvrdit před vyplněním dotazníku. Rovněž museli aktivně uvést souhlas s účastí ve studii. Pro zachování soukromí byl průzkum prováděn anonymně, nebyly shromažďovány žádné osobní údaje ani údaje, které by umožnily identifikovat totožnost respondenta (např. IP adresy, soubory cookie). V souvislosti s tím ovšem nebylo možné přerušit vyplňování dotazníku a později jej obnovit. Studie byla schválena etickou komisí Londýnské školy hygieny a tropické medicíny (University of London).

Při vyplňování dotazníku byly otázky zobrazeny na obrazovce jedna po druhé nebo jako krátké bloky. Získaná data byla čištěna týmem Sigma Research, který posléze poskytl jednotlivým zemím národní data pro vytvoření národních zpráv. Zpracování dat probíhalo jak na centrální úrovni, tak v Česku pomocí statistického software SPSS.

Klíčové výsledky z 50 zúčastněných zemí jsou uvedeny v souhrnné zprávě (The EMIS Network, 2019).

1 Popis výzkumného vzorku

1.1 Nábor respondentů

Do průzkumu se v Česku přihlásilo nejvíce respondentů přes aplikaci Grindr (42,3 %), další se zapojili zejména přes PlanetRomeo (24,0 %) a bannery umístěné na místních webových stránkách, např. iboys.cz (18,0 %). Celkový přehled je uveden v tabulce 1.

TABULKA 1 ROZDĚLENÍ RESPONDENTŮ DLE ZDROJE

Zdroj	Procento
Grindr	42,3
PlanetRomeo	24,0
Místní partneři: (emaily, webové bannery)	18,0
Hornet	5,3
Jiné kontaktní sítě a mobilní aplikace	9,0
Místní partneři: sociální média (Facebook, Twitter, Instagram)	0,4

Celkem bylo získáno 1897 vyplněných dotazníků. Zastoupení respondentů činilo 5,4 na 10000 mužů ve věku 15–64 let. Dotazníky byly analyzovány na logickou správnost a dotazníky, které nesplňovaly logické vazby, byly vyřazeny. Vyřazeno bylo 209 dotazníků (11 %) a dále bylo zpracováno 1688 dotazníků. Celkové počty u některých otázek jsou ale nižší, neboť někteří respondenti nezodpověděli všechny otázky.

1.2 Sociodemografické údaje

Mezi respondenty bylo 1674 mužů (99,2 %) a 14 trans mužů (0,8 %). Mezi účastníky nebyly žádné binární osoby.

Většina respondentů (1427 osob, tj. 84,5 %) uvedla jako místo svého narození Česko (Československo) a 148 účastníků (8,8 %) se narodilo na Slovensku. Další pocházeli z Ruska (17 osob), Polska (10) a Ukrajiny, Německa a Spojených států amerických (shodně po 8 osobách). Ostatní respondenti pochází jednotlivě z 34 jiných států světa.

Z 259 mužů narozených v zahraničí, kteří odpověděli na otázku „Jak dlouho žijete v České republice?“, žila v ČR téměř polovina (127 osob, 49 %) respondentů do 5 let, 22,4 % mužů zde žilo 6–10 let, 11,2 % 11–15 let a 17,4 % déle než 15 let.

Administrativní členění Česka je uvedeno na mapě 1. Téměř polovina účastníků bydlí v hlavním městě Praze (732 osob, 44,6 %). Další velká skupina 188 (11,5 %) osob žije v Jihomoravském kraji, který zahrnuje Brno. Další nejpočetnější skupiny uvedly jako místo svého bydliště Středočeský a Moravskoslezský kraj (oba 109 osob, 6,6 %). Rozdělení respondentů dle krajů uvádí tabulka 2; 48 respondentů na tuto otázku neodpovědělo.

MAPA 1 ADMINISTRATIVNÍ ČLENĚNÍ ČESKA (NUTS 3)



TABULKA 2 ODPOVĚDI NA OTÁZKU: „VE KTERÉM KRAJI ŽIJETE?“

	Počet	Procento
Hlavní město Praha	732	44,6
Středočeský kraj	109	6,6
Jihočeský kraj	62	3,8
Plzeňský kraj	71	4,3
Karlovarský kraj	23	1,4
Ústecký kraj	87	5,3
Liberecký kraj	42	2,6
Královéhradecký kraj	46	2,8
Pardubický kraj	40	2,4
Olomoucký kraj	62	3,8
Moravskoslezský kraj	109	6,6
Jihomoravský kraj	188	11,5
Zlínský kraj	43	2,6
Kraj Vysočina	26	1,6
Celkem	1640	100,0

1.3 Zaměstnání a příjmy

Tři pětiny respondentů pracují na plný úvazek, 19,1 % respondentů uvedlo, že studuje, a 10,3 % podniká jako živnostníci, viz tabulka 3.

TABULKA 3 ODPOVĚDI NA OTÁZKU: „JAKÁ Z NÁSLEDUJÍCÍCH MOŽNOSTÍ NEJLÉPE VYSTIHUJE VAŠE AKTUÁLNÍ ZAMĚSTNÁNÍ?“

	Počet	Procento
Zaměstnán na plný úvazek	1022	60,7
Zaměstnán na částečný úvazek	62	3,7
Živnostník	173	10,3
Nezaměstnaný	35	2,1
Student	321	19,1
V důchodu	15	0,9
Invalidní důchod nebo dlouhodobá nemocenská, či uvolnění z práce ze zdravotních důvodů	19	1,1
Jiné	37	2,2
Celkem	1684	100,0

Dále byli respondenti dotazováni na svoji příjmovou situaci. Pouze 10 % respondentů má ekonomické problémy, ostatní mají příjmy alespoň dostatečné, jak ilustruje tabulka 4.

TABULKA 4 ODPOVĚDI NA OTÁZKU: „JAKÉ Z NÁSLEDUJÍCÍCH TVRZENÍ NEJLÉPE VYSTIHUJE VÁŠ PŘÍJEM?“

	Počet	Procento
Mám opravdu dobrý příjem	292	17,4
S aktuálním příjmem pohodlně vyjdu	685	40,8
Nemohu říci, že pohodlně vyjdu, ale ani nestrádám	539	32,1
S aktuálním příjmem mám problém vyjít	106	6,3
S aktuálním příjmem mám opravdu problémy vyjít	56	3,3
Celkem	1678	100,0

1.4 Sexuální orientace

Devět desetin účastníků identifikovalo svou sexuální orientaci jako homosexuální (popř. se identifikovali jako gayové), 8 % mužů se identifikovalo jako bisexuálové (tabulka 5). V souladu s tím 90 % respondentů sexuálně přitahují pouze muži a 7,5 % muži a ženy (tabulka 6). Respondenti byli dotázáni, kolik osob z jejich okolí (včetně rodinných příslušníků, přátel, spolužáků a kolegů) zná jejich sexuální orientaci. Téměř polovina odhaduje, že o ní věděli všichni nebo téměř všichni lidé z jejich okolí (tabulka 7).

TABULKA 5 ODPOVĚDI NA OTÁZKU: „KTERÁ Z NÁSLEDUJÍCÍCH KATEGORIÍ JE VÁM NEJBLIŽE (VE SMYSLU JAKÁ JE VAŠE SEXUÁLNÍ ORIENTACE)?“

	Počet	Procento
Gay nebo homosexuální	1519	90,0
Bisexuální	134	7,9
Heterosexuální	8	0,5
Jiné	4	0,2
Pro svou sexuální orientaci se nevztahují k žádné kategorii	23	1,4
Celkem	1688	100,0

TABULKA 6 ODPOVĚDI NA OTÁZKU: „KDO VÁS SEXUÁLNĚ PŘITAHUJE?“

	Počet	Procento
Pouze muži	1521	90,2
Pouze ženy	7	0,4
Jen nebinární osoby	1	0,1
Jen muži a ženy	127	7,5
Jen muži a nebinární osoby	17	1,0
Muži, ženy a nebinární osoby	10	0,6
Nikdo	4	0,2
Celkem	1687	100,0

TABULKA 7 ODPOVĚDI NA OTÁZKU: „ZNÁ VAŠE OKOLÍ (VČETNĚ RODINY, PŘÁTEL, SPOLUŽÁKŮ A KOLEGŮ) VAŠI SEXUÁLNÍ ORIENTACI?“

	Počet	Procento
Všichni nebo téměř všichni	828	49,5
Více než polovina	375	22,4
Méně než polovina	188	11,2
Pár	219	13,1
Nikdo	64	3,8
Celkem	1674	100,0

1.5 Trvalý vztah

V době šetření bylo 47,5 % účastníků svobodných (n = 801) a 45,4 % mělo stálý vztah (n = 766). Každý čtrnáctý respondent (7,1 %) uvedl, že má vztah komplikovaný nebo nejistý (n = 120). Čtvrtina single mužů nikdy nebyla ve stálém vztahu (11,6 % z celkového počtu). Doba, kdy se rozpadl poslední trvalý vztah u singles, je uvedena v tabulce 8.

TABULKA 8 ODPOVĚDI NA OTÁZKU: „KDY SE VÁM NAPOSLEDY ROZPADL STABILNÍ VZTAH?“

	Počet	Procento
V průběhu posledních 24 hodin	1	0,1
V průběhu posledních 7 dní	8	1,0
V průběhu posledních 4 týdnů	16	2,0
V průběhu posledních 6 měsíců	108	13,8
V průběhu posledních 12 měsíců	120	15,3
V průběhu posledních 5 let	236	30,1
Více než před 5 lety	99	12,6
Nikdy jsem neměl stálý vztah	196	25,0
Celkem	784	100,0

Analýza stabilních vztahů respondentů z hlediska počtu jejich partnerů a jejich pohlaví je uvedena v tabulce 9. Tabulka 10 odráží u respondentů s trvalým vztahem délku trvání vztahu. Respondenti ve stabilním vztahu žijí v 89,8 % (n = 668) s HIV negativním partnerem a v 2,7 % (n = 46) s HIV pozitivním partnerem, v 1,8 % (n = 30) neznají HIV status svého partnera.

V době průzkumu bylo 23 mužů ve stálém vztahu s partnerkou, z nich třináct bylo ve stálém vztahu 1–5 roků, čtyři 6–10 roků a šest více než deset let. U dvou žen respondenti neznali jejich HIV status, ostatní ženy byly HIV negativní.

TABULKA 9 ODPOVĚDI NA OTÁZKU: „S KÝM JSTE VE STABILNÍM VZTAHU?“

	Počet	Procento
s pouze jedním mužem	669	87,5
s více muži (žádné ženy/nebinární osoby)	72	9,4
s pouze jednou ženou	18	2,4
ostatní stabilní vztahy	6	0,8
Celkem	765	100,0

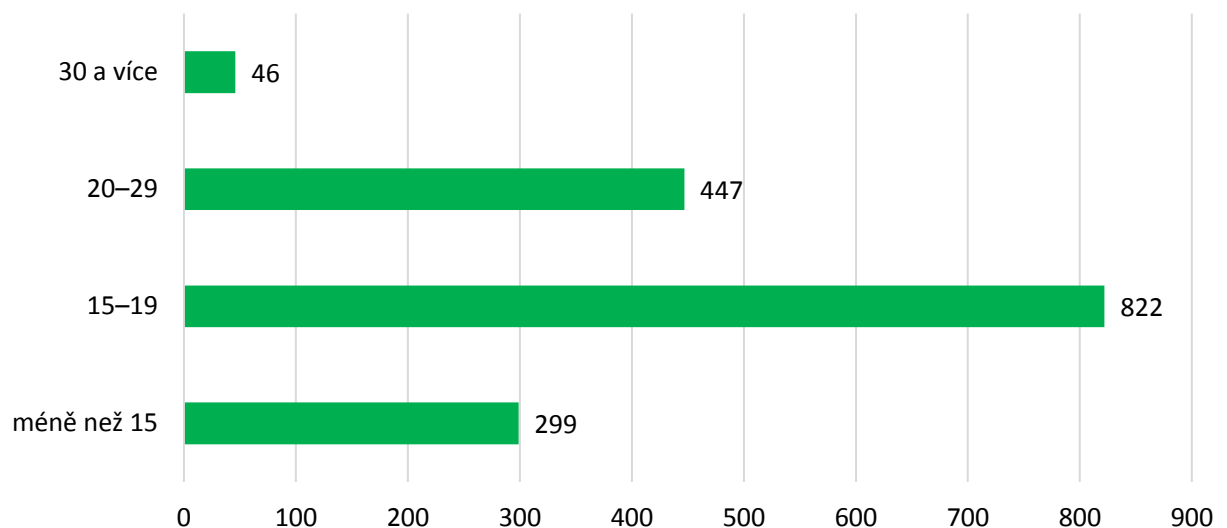
TABULKA 10 ODPOVĚDI NA OTÁZKU: „JAK DLOUHO VÁŠ STABILNÍ VZTAH TRVÁ?“

	Počet	Procento
Méně než 1 rok	101	13,6
1–5 roků	328	44,0
6–10 roků	158	21,2
Více než 10 roků	158	21,2
Celkem	745	100,0

1.6 Sexuální vztahy s muži

Sexuální kontakt s mužem (jakýkoli sexuální nebo intimní kontakt) mělo v životě 97,3 % respondentů (n = 1642). Věk respondentů při prvním sexuálním kontaktu s mužem je uveden v tabulce 11 a grafu 1. Celkem 299 respondentů (18,3 % z těch, co odpověděli) uvedlo, že měli svůj první sexuální nebo intimní kontakt ještě před dosažením zákonné věkové hranice 15 let.

GRAF 1 VĚK RESPONDENTŮ PŘI PRVNÍM SEXUÁLNÍM KONTAKTU S JINÝM MUŽEM



Medián věku při prvním sexuálním kontaktu s mužem byl 17 let. Většina mužů (94,1 %) měla sexuální kontakt také v posledních 12 měsících (tabulka 12). Většina mužů, kteří měli někdy sexuální kontakt s muži (96,6 %, n = 1583), měla pohlavní styk s mužem (aktivní nebo pasivní), což je 93,8 % celkového souboru. Věk při prvním pohlavním styku s mužem je uveden v tabulce 13. Medián věku při prvním pohlavním styku s mužem byl 18 let. Mezi respondenty mělo 86,7 % mužů pohlavní styk s mužem v posledních 12 měsících (tabulka 14).

TABULKA 11 ODPOVĚDI NA OTÁZKU: „KOLIK VÁM BYLO LET, KDYŽ JSTE MĚL PRVNÍ SEXUÁLNÍ KONTAKT S JINÝM MUŽEM?“

	Počet	Procento
Nepamatuji si	16	1,0
Do 15 roků	299	18,3
15–19 roků	822	50,4
20–29 roků	447	27,4
30 a více roků	46	2,8
Celkem	1630	100,0

TABULKA 12 ODPOVĚDI NA OTÁZKU: „KDY JSTE MĚL NAPOSLED SEXUÁLNÍ KONTAKT S MUŽEM?“

	Počet	Procento
V průběhu posledních 24 hodin	329	19,5
V průběhu posledních 7 dnů	625	37,1
V průběhu posledních 4 týdnů	367	21,8
V průběhu posledních 6 měsíců	206	12,2
V průběhu posledních 12 měsíců	59	3,5
V průběhu posledních 5 let	44	2,6
Více než před 5 lety	11	0,7
Nikdy	45	2,7
Celkem	1686	100,0

TABULKA 13 ODPOVĚDI NA OTÁZKU: „KOLIK VÁM BYLO LET, KDYŽ JSTE MĚL PRVNÍ POHLAVNÍ STYK S JINÝM MUŽEM?“

	Počet	Procento
Nikdy jsem neměl pohlavní styk	55	3,4
Nepamatuji si	37	2,3
Do 15 roků	159	9,8
15–19 roků	732	45,0
20–29 roků	572	35,2
30 a více roků	72	4,4
Celkem	1627	100,0

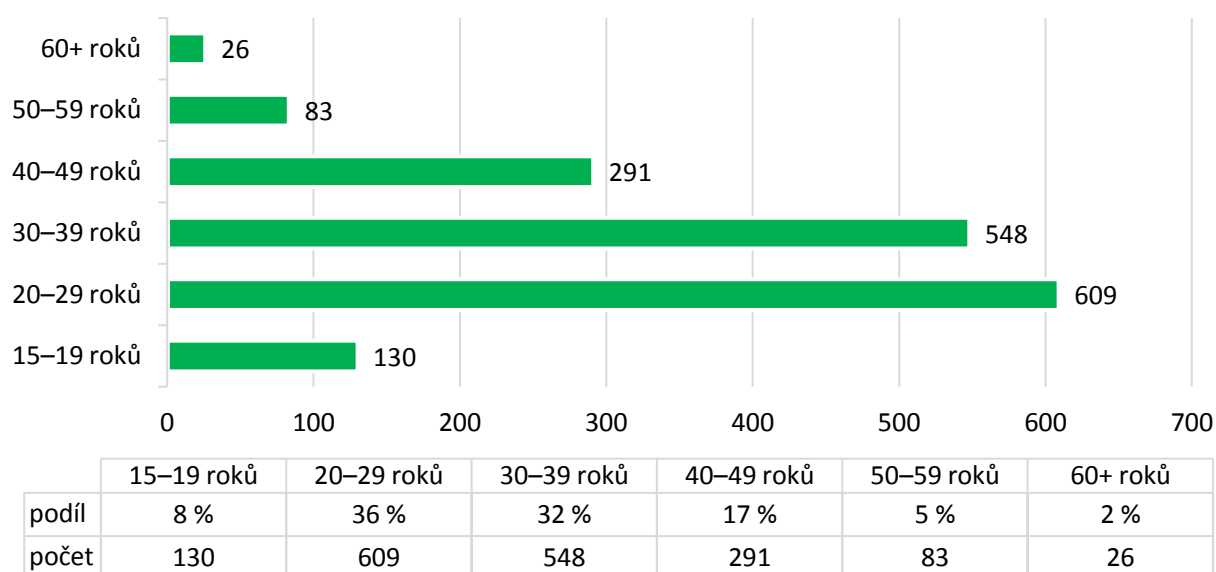
TABULKA 14 ODPOVĚDI NA OTÁZKU: „KDY JSTE MĚL NAPOSLED POHLAVNÍ STYK S JINÝM MUŽEM?“

	Počet	Procento
V průběhu posledních 24 hodin	193	11,5
V průběhu posledních 7 dnů	445	26,5
V průběhu posledních 4 týdnů	404	24,1
V průběhu posledních 6 měsíců	293	17,5
V průběhu posledních 12 měsíců	119	7,1
V průběhu posledních 5 let	90	5,4
Více než před 5 lety	33	2,0
Nikdy	100	6,0
Celkem	1677	100,0

1.7 Věkové složení

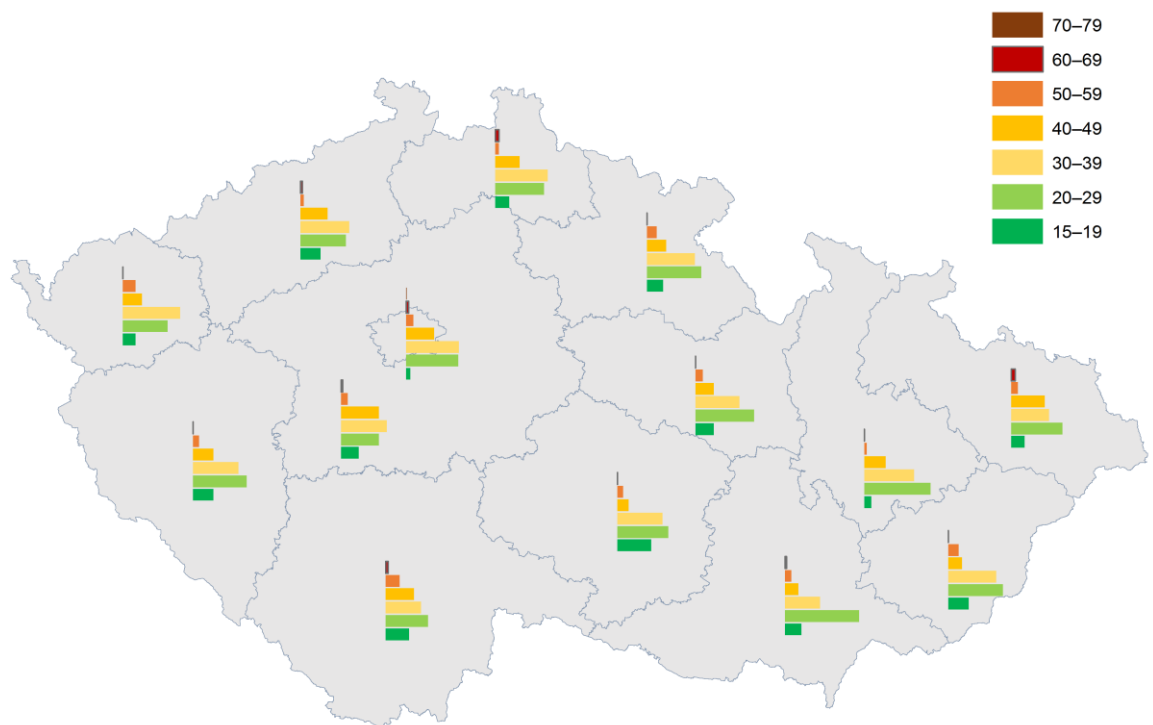
Věkové složení výzkumného vzorku popisují graf 2 a mapa 2. Nejsilněji zastoupené skupiny jsou 20–29 let ($n = 609$; 36 %) a 30–39 let ($n = 548$; 32 %). Vypovídací hodnota věkových skupin 50–59 let ($n = 83$; 5 %) a nad 60 let ($n = 26$; 2 %) je poměrně nízká, nejmladší věková skupina 15–19 roků je zastoupena 130 respondenty (8 %). Průměrný věk respondentů byl 32,5 roků se směrodatnou odchylkou (SD) 10,2, medián 31 roků, minimum 15 roků, maximum 76 roků.

GRAF 2 VĚKOVÉ SLOŽENÍ VZORKU ($N=1687$)



MAPA 2

RELATIVNÍ ROZLOŽENÍ RESPONDENTŮ DLE VĚKOVÝCH SKUPIN V RÁMCI KRAJŮ



SHRNUTÍ

- Bylo zpracováno celkem 1688 dotazníků, získaných od 1674 mužů a 14 trans mužů ve věku 15–65 let.
- Českou republiku jako místo narození uvedlo 1427 mužů (84,5 %), 258 mužů uvedlo zahraničí (nejčastěji Slovensko, Rusko, Polsko, Ukrajina, Německo, Spojené státy americké), 49 % z nich žije v Česku méně než 5 let.
- Z celého souboru 44,6 % respondentů bydlí v Praze, 11,5 % v Jihomoravském kraji, po 6,6 % pak ve Středočeském a Moravskoslezském kraji. V ostatních krajích bydlí 39,7 % respondentů. Pouze 10 % respondentů má ekonomické problémy.
- Věkové složení respondentů: ve věku 15–19 roků odpovědělo 130 osob (8 %), ve věku 20–29 roků 609 osob (36 %), ve věku 30–39 roků 548 osob (32 %), ve věku 40–49 roků 291 osob (17 %), ve věku 50–59 roků 83 osob (5 %), ve věku nad 60 roků 26 osob (2 %).
- Celkem 90 % respondentů označilo svoji sexuální orientaci za homosexuální, 8 % za bisexuální. 47,8 % respondentů bylo svobodných, 45,6 % udávalo stálý vztah, 7,1 % uvádělo, že vztah je komplikovaný nebo nejistý.
- Respondenti ve stabilním vztahu žijí v 89,8 % s HIV negativním partnerem, 46 osob (2,7 %) žije s HIV pozitivním partnerem, 30 osob (1,8 %) nezná HIV status svého partnera.
- U 49,5 % respondentů znají všichni nebo téměř všichni v okolí jejich sexuální orientaci. U 3,8 % respondentů jejich sexuální orientaci nezná nikdo.
- Sexuální kontakt s mužem mělo v životě 97,3 % respondentů. Z těch, kteří odpověděli, uvedlo 299 mužů (18,3 %) svůj první sexuální nebo intimní kontakt ještě před dosažením zákonné věkové hranice 15 let. Medián při prvním sexuálním nebo intimním kontaktu s mužem byl 17 let, medián věku při

prvním pohlavním styku byl 18 let. První pohlavní styk do 15 let věku uvedlo 159 osob (9,8 % respondentů).

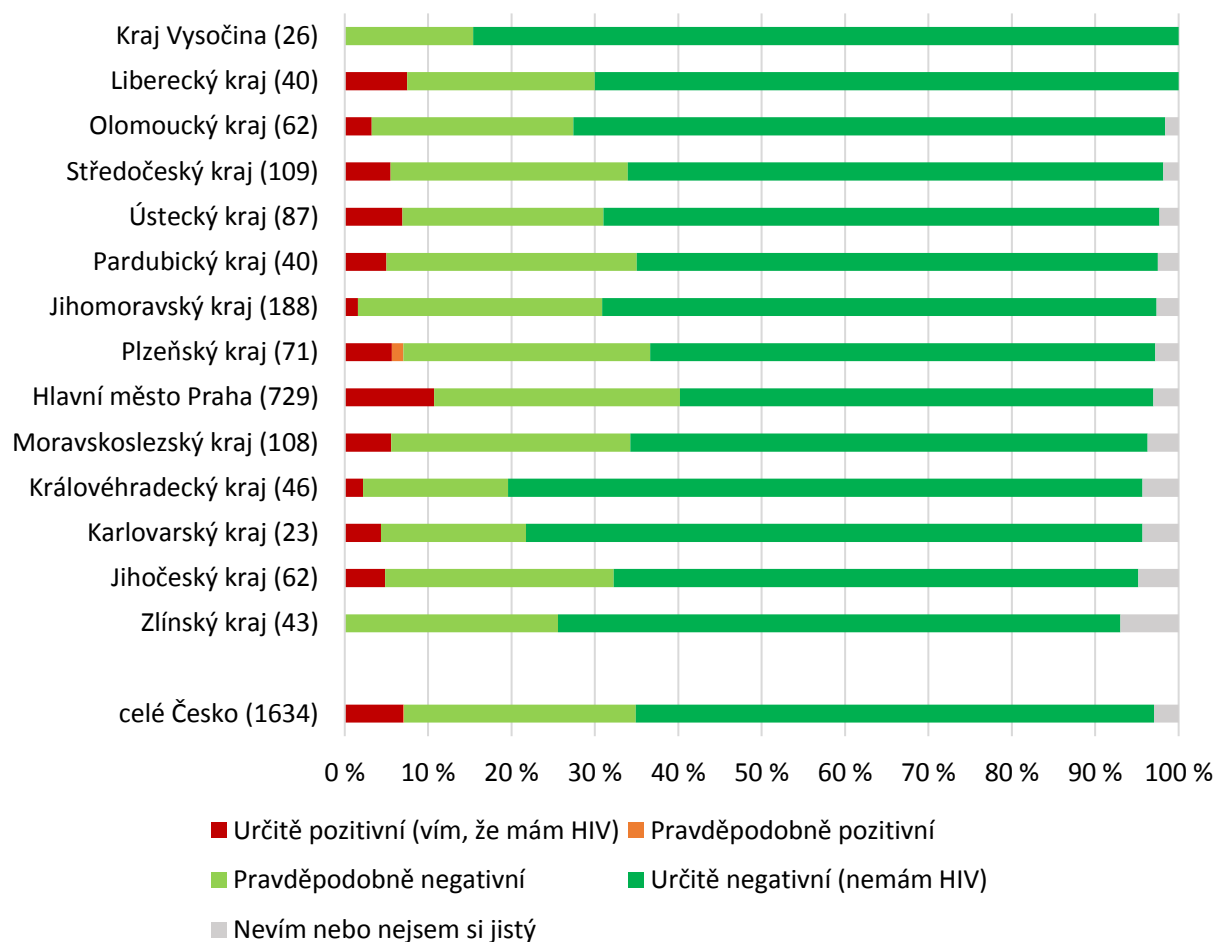
2 Sexuální zdraví

2.1 Testování HIV

Testování a včasná diagnóza HIV jsou jedním z základních pilířů prevence HIV. Možnosti testování HIV v Česku zahrnují jak testování v zdravotnických zařízeních, tak komunitní testování v terénu. Otázky v této části studie zkoumaly míru znalosti vlastního serostatusu, protestovanosti a byly zaměřeny na to, zda, kdy a kde respondenti test podstoupili, jaké služby jim byly při testování nabídnuty a jaká byla jejich spokojenost s testováním.

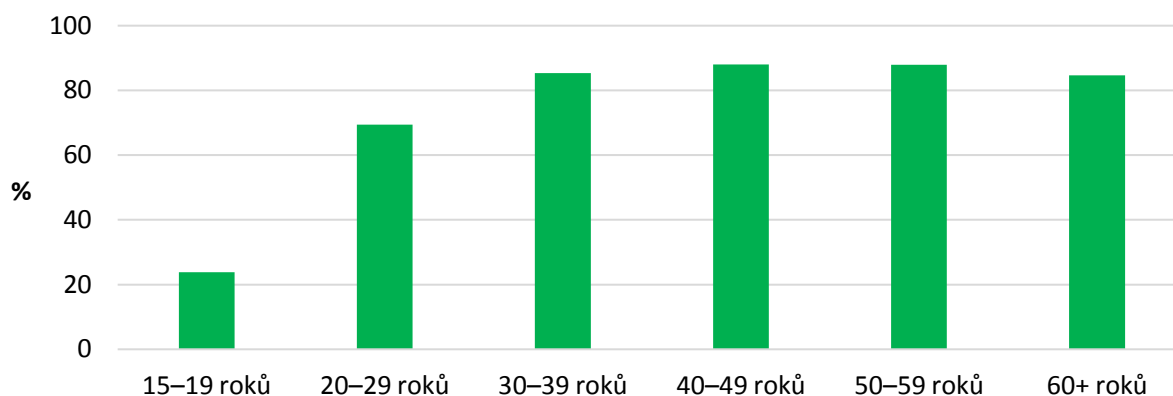
Povědomí respondentů o vlastním HIV serostatusu je vysoké, pouze 3 % dotázaných uvedla, že „neví nebo si není svým serostatusem jistá“. Z regionálního hlediska nebyly významné odlišnosti v procentuálním rozdělení odpovědí; nejvyšší podíl osob, které znaly svůj HIV pozitivní status, byl v Praze (graf 3). Zhruba čtvrtina dotázaných uvedla, že je „pravděpodobně negativní“, doplňující informace k tomuto tvrzení nicméně respondenti ve studii neposkytovali.

GRAF 3 POVĚDOMÍ O VLASTNÍM HIV SEROSTATUSU, DLE KRAJŮ



Tři čtvrtiny dotázaných uvedly, že někdy během svého života podstoupily test na HIV a obdržely jeho výsledek (75,4 %). Čtvrtina účastníků průzkumu nikdy v životě test na HIV nepodstoupila (24,6 %); četnost neotestovaných významně roste v nižších věkových skupinách – 76,2 % mužů ve věku 15–19 a 30,5 % mužů ve věku 20–29 nikdy nebylo na HIV testováno (graf 4).

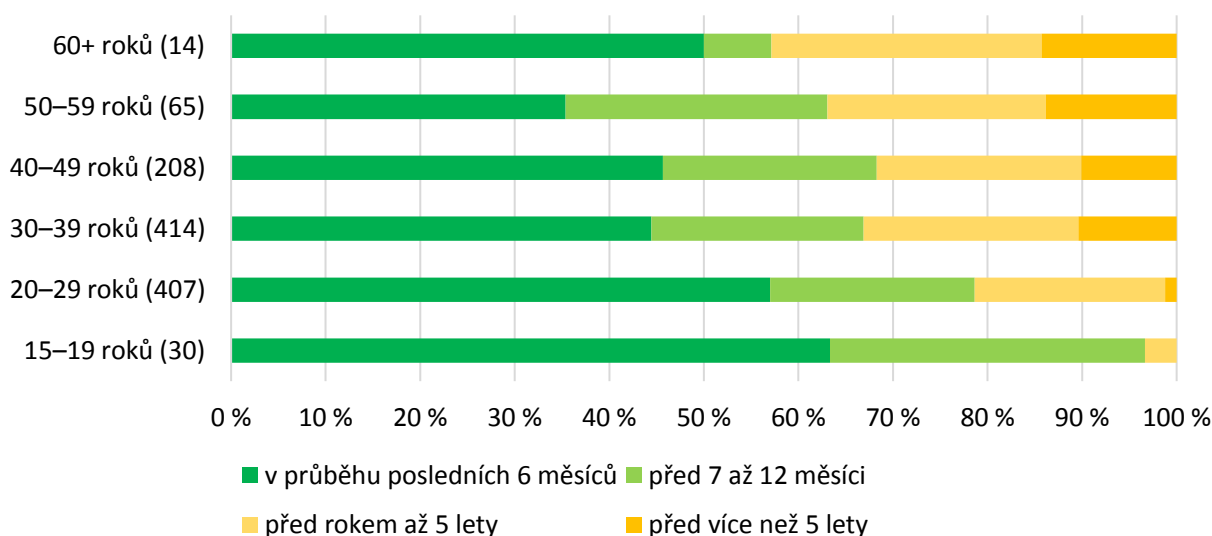
GRAF 4 MÍRA PROTESTOVANOSTI NA HIV V PROCENTECH (N=1686)



Z mužů, kteří test na HIV nikdy v životě nepodstoupili, přibližně 4 % uvedla, že jim test na HIV byl nabídnut lékařem či jiným zdravotnickým personálem (test tedy výslovně odmítli). Dále 15,9 % uvedlo, že neví, kde by si test mohlo nechat provést.

Z mužů, kteří byli testováni na HIV, poslední test na HIV podstoupila většina dotazovaných během uplynulých 12 měsíců (71,7 %), jen 7 % účastníků průzkumu uvedlo, že poslední test na HIV podstoupili před více než 5 lety. Zájem o pravidelné testování klesá s věkem – zatímco ve věkové skupině 15–19 let téměř všichni účastníci průzkumu podstoupili test na HIV během posledních 12 měsíců, ve věkové skupině nad 50 let šlo jen o cca 60 % dotázaných (graf 5).

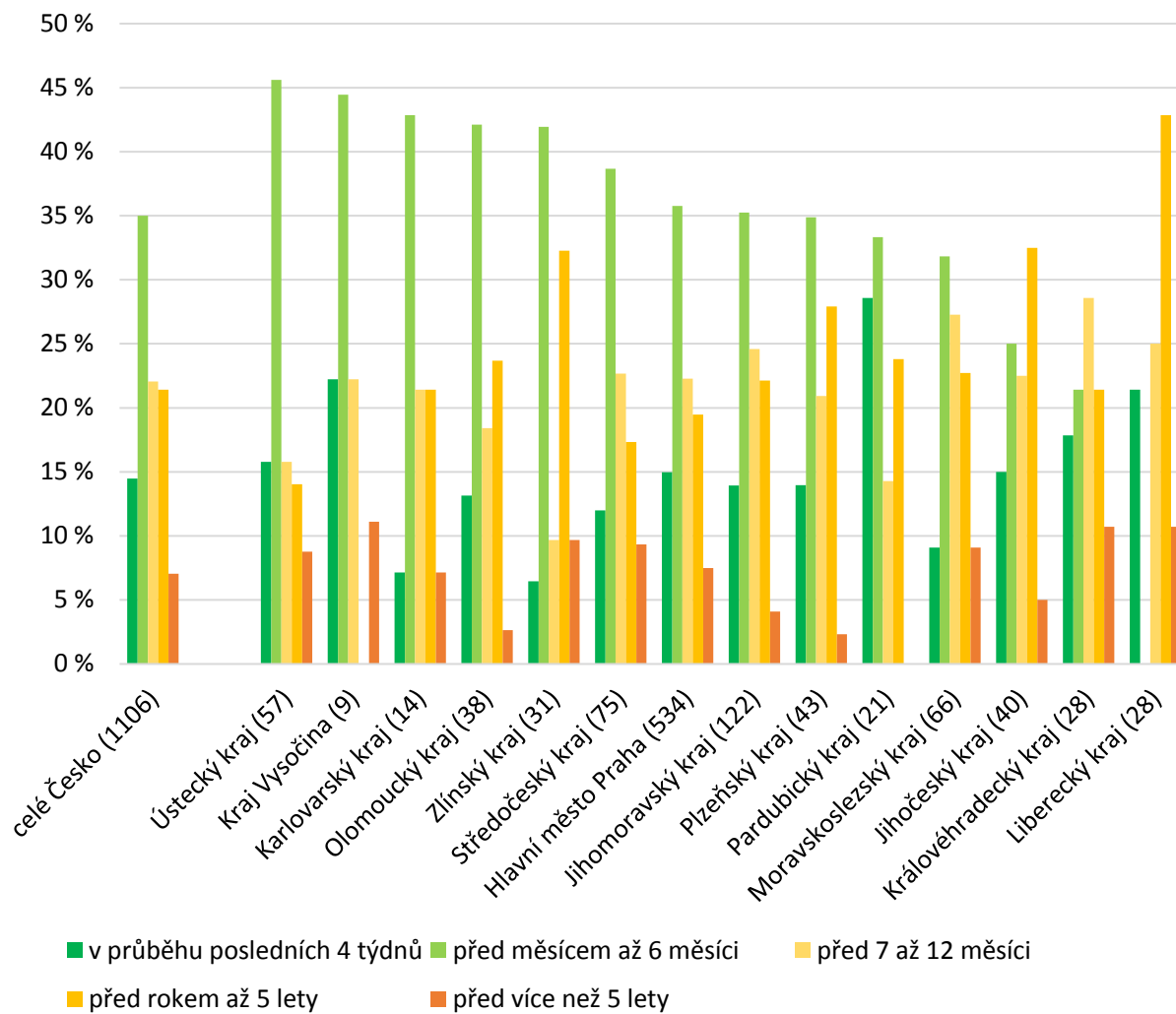
GRAF 5 POSLEDNÍ PROVEDENÝ TEST NA HIV (N=1138)



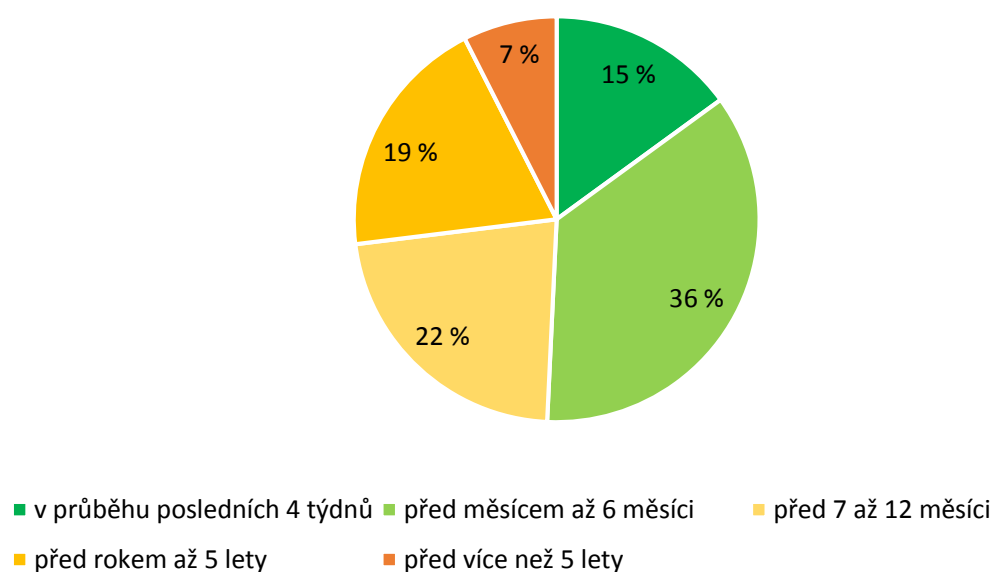
V průběhu posledních 6 měsíců podstoupili test na HIV nejčastěji muži v Ústeckém kraji (46 %), na Vysočině (44 %), v Karlovarském kraji (43 %), v Olomouckém a Zlínském kraji (42 %). Naopak nejméně často (nejvyšší počet odpovědí „více než před 5 lety“) se respondenti testovali v krajích Vysočina, Královéhradeckém a Libereckém (vždy po 11 %). Malé množství respondentů v těchto krajích (n = 9, 28 a 28) ovšem mohlo zatížit výsledek statistickou chybou (graf 6).

Vysokou protestovanost při dostatečně velkém počtu respondentů (n = 534) naopak zaznamenalo hlavní město Praha, kde 73 % dotázaných uvedlo, že test na HIV podstoupili v průběhu posledních 12 měsíců nebo dříve (graf 7). Mezinárodní doporučení pro testování HIV uvádí, že klíčové populace by měly podstoupit test na HIV alespoň jednou ročně (WHO, 2015).

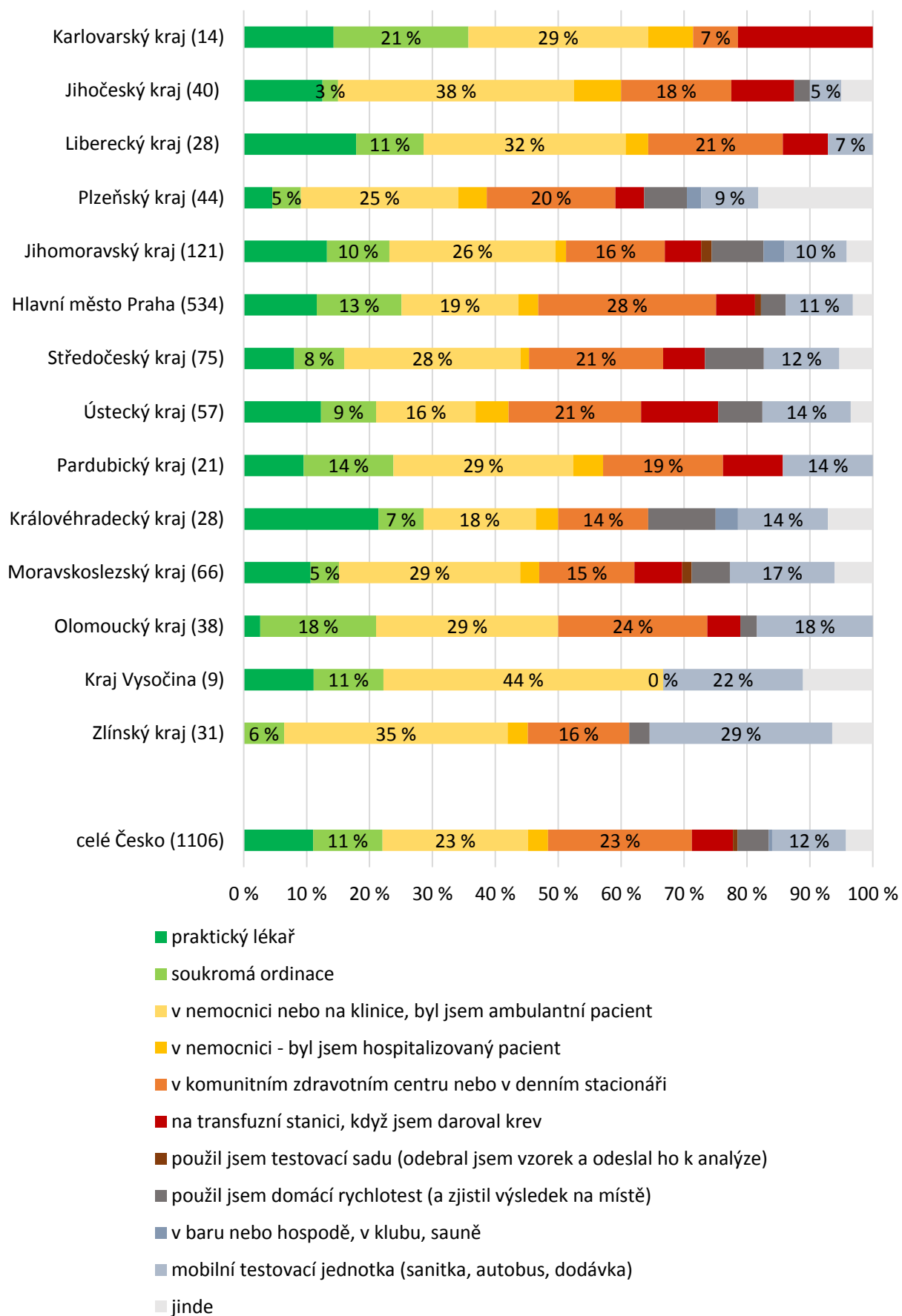
GRAF 6 DOBA POSLEDNÍHO TESTU NA HIV, DLE KRAJŮ



GRAF 7 DOBA POSLEDNÍHO TESTU NA HIV, HLAVNÍ MĚSTO PRAHA (N=534)



GRAF 8 MÍSTO POSLEDNÍHO TESTU NA HIV, DLE KRAJŮ



Testy na HIV jsou v Česku nabízeny v různých zařízeních a s využitím různých typů testů (laboratorní testy, rychlotesty, sebetesty). Nejčastěji podstoupili respondenti test ve zdravotnickém zařízení (praktický lékař, soukromá ordinace, nemocnice, transfuzní stanice), rozdělení odpovědí se ovšem lišilo podle jednotlivých krajů (graf 8). Podstoupení testu v komunitním centru uvedl přibližně každý pátý respondent, s výjimkou Prahy, kde test v komunitním centru uvedla téměř třetina respondentů. Rozložení odpovědí naznačuje regionální dostupnost testování – v krajích, v nichž neexistuje komunitní testování, muži využívají častěji testování v mobilních testovacích jednotkách či sebetesty (Olomoucký kraj, Zlínský kraj, Kraj Vysočina), zdravotnická zařízení (Karlovarský kraj, Jihočeský kraj, Liberecký kraj, Kraj Vysočina), případně místa, která nejsou primárně k testování na HIV určena, jako např. krevní banky (Karlovarský kraj, Ústecký kraj, Jihočeský kraj). Sebetestování se na HIV testování podílí v průměru pouze 5 %; podíl je opět vyšší v těch krajích, kde chybí možnost testování v komunitním centru.

Studie nedává přímou odpověď na důvody, které vedly muže k tomu, že test na HIV nikdy nevyhledali nebo jim nebyl nabídnut. Tato oblast by si zasloužila dodatečný výzkum. Zahraniční odborná literatura nicméně velmi dobře mapuje bariéry testování jak na straně klienta, tak na straně poskytovatele testu (Deblonde et al., 2010; ECDC, 2017a; 2017b). Patří mezi ně jak malá dostupnost testování v komunitních centrech či mobilních testovacích jednotkách, tak např. obavy ze stigmatizace nebo porušení důvěrnosti ve zdravotnických zařízeních. Rozdílné regionální rozdělení míst podstoupení posledního testu na HIV naznačuje, že podobné bariéry existují i v Česku.

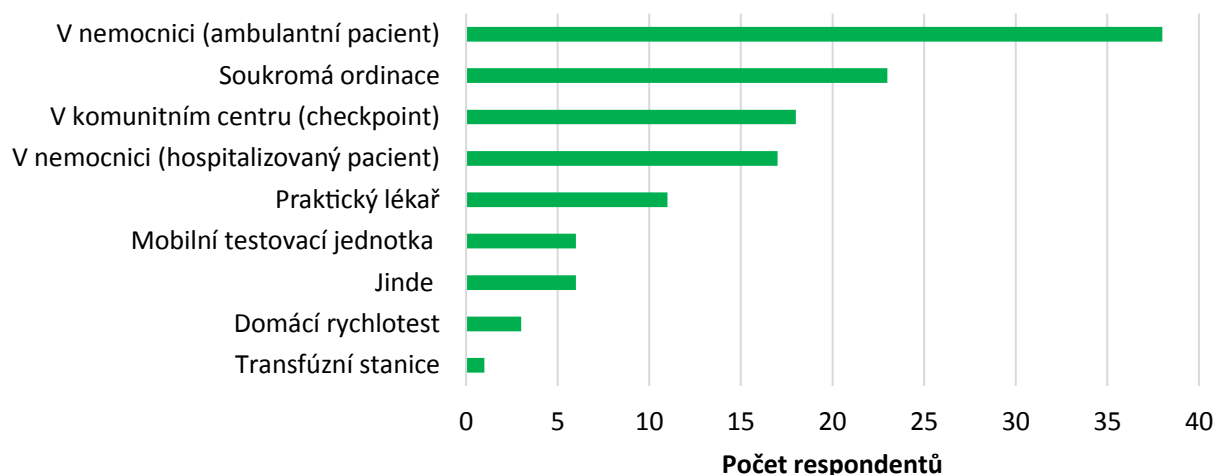
SHRNUTÍ A DOPORUČENÍ

- Výsledky studie ukázaly vysokou protestovanost MSM populace; menší míru podstoupení testu na HIV studie zaznamenala pouze v nejmladších věkových skupinách (15–19 a 20–29 roků). Programy prevence podporující testování na HIV by měly být cíleny zejména na tyto nižší věkové skupiny.
- Dobrým zjištěním je, že v regionech s nejvyšší incidencí HIV (hl. město Praha), je nejen vysoká protestovanost v populaci MSM, ale zároveň většina mužů podstoupila test během posledních 12 měsíců. Čtvrtina respondentů nicméně nikdy v životě na testu na HIV nebyla.
- Studie nedává přímou odpověď na důvody, které vedly muže k tomu, že test na HIV nikdy nevyhledali nebo jim nebyl nabídnut. Tato oblast by si zasloužila dodatečný výzkum.
- Programy prevence podporující testování HIV by měly do budoucna zahrnovat širší škálu testovacích nástrojů a přístupů (např. podporu testování mimo zdravotnická zařízení, sebetestování, testování v mobilních testovacích jednotkách, nabídnutí testu praktickým lékařem, apod.), jež povedou k vyšší dostupnosti testování na HIV a snížení počtu nedagnostikovaných osob žijících s HIV.

2.2 Diagnóza a léčba HIV

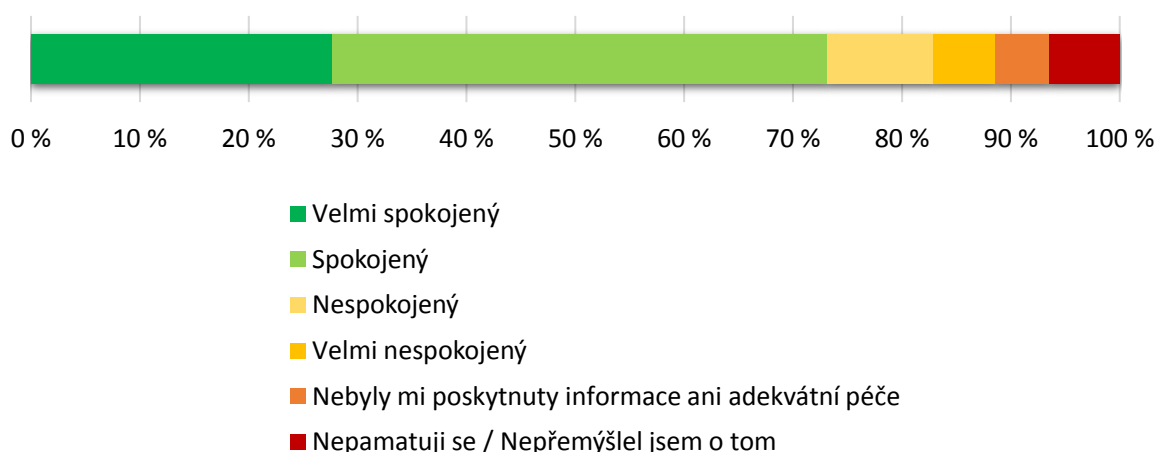
Celkem 7,3 % účastníků průzkumu (n = 123) byli muži žijící s HIV. Z nich 65 % bylo diagnostikováno v poslední dekádě před průzkumem EMIS 2017 (2006–2017, n = 80) a 10 % v průběhu posledních 12 měsíců (n = 12). Nejčastějším místem diagnózy byla ambulance odborného lékaře nebo nemocnice a komunitní centrum. Dále 4,9 % případů bylo diagnostikováno v mobilních testovacích zařízeních, mezi odpověďmi se objevily i tři případy diagnózy zjištěné s využitím domácích sebetestovacích rychlotestů (graf 9).

GRAF 9 MÍSTO DIAGNÓZY HIV (N=123)



Většina dotazovaných (73 %) byla spokojena s péčí a informacemi, které jim byly poskytnuty při diagnostikování HIV, pouze 15 % uvedlo, že s poskytnutou péčí či informacemi spojeno nebylo (graf 10). Míra spokojenosti či nespokojenosti se výrazně nelišila v závislosti na místě, kde byla diagnóza stanovena.

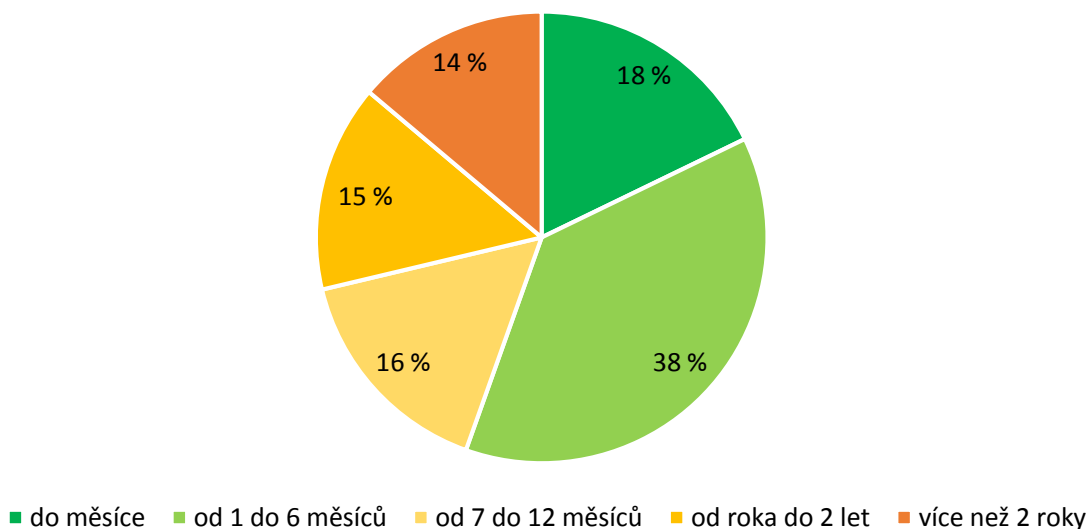
GRAF 10 SPOKOJENOST S POSKYTNUTÝMI INFORMACEMI PŘI ZJIŠTĚNÍ DIAGNÓZY HIV



Respondenti žijící s HIV odpovídali na dodatečné otázky týkající se zdravotní péče o pacienty s infekcí HIV. Odpovědi na dotaz na frekvenci návštěv ve specializovaném HIV centru, které monitoruje zdravotní stav osob žijících s HIV, ukazují vysokou míru zapojení a udržení v lékařské péči – 97,5 % dotázaných uvedlo, že HIV centrum navštívilo během posledních 24 hodin až 6 měsíců. Vysoké bylo i procento respondentů, kteří podstupují antiretrovirovou léčbu (ART) – celkem 92,6 %, šest dotázaných léčbu neužívá, tři si nebyli jisti. Z těch, kdo ART zahájili, pouze jeden dotazovaný uvedl, že léčbu v jejím průběhu přerušil z obav z vedlejších účinků.

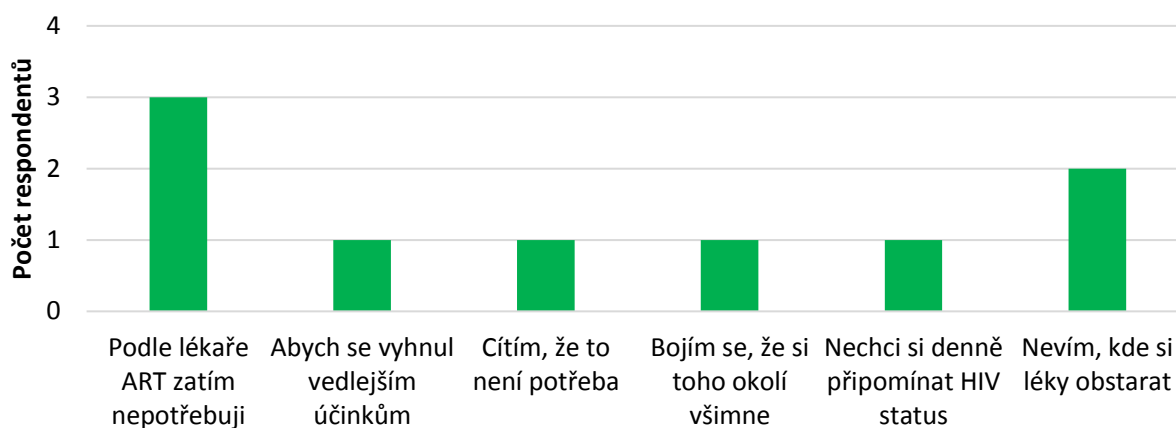
Na dotaz, kolik měsíců uplynulo mezi diagnózou a zahájením léčby, 18 % dotázaných uvedlo méně než jeden měsíc, 38 % udalo jeden až šest měsíců a 14 % dotázaných zahájilo léčbu až po době delší než 2 roky (graf 11). Včasnější zahájení léčby se objevuje zejména v posledních letech – zatímco všichni respondenti, kteří byli diagnostikováni v roce 2017 (n = 6), zahájili léčbu nejpozději do tří měsíců od diagnózy, o deset let dříve v roce 2007 žádný (n = 4). To zřejmě mj. souvisí s pokrokem vědeckého poznání a změnou doporučení pro zahájení léčby infekce HIV.

GRAF 11 ZAHÁJENÍ LÉČBY INFEKCE HIV, ZASTOUPENÍ ODPOVĚDÍ NA OTÁZKU: „JAK DLOUHO TRVALO OBDOBÍ MEZI DIAGNOSTIKOU HIV A POČÁTKEM LÉČBY?“ (N=101)



U šesti osob, které uvedly, že antiretrovirovou léčbu neužívají, průzkum zjišťoval, jaké byly důvody k nezahájení léčby (otázka umožňovala vícečetné odpovědi). Tři z dotázaných uvedli, že jim lékař sdělil, že aktuálně léčbu nepotřebují, dva ovšem v kombinaci s dalšími důvody, např. vyhnutím se vedlejším účinkům. Dvakrát se objevila odpověď, že dotazovaný neví, kde léčbu může získat (graf 12).

GRAF 12 DŮVODY K NEZAHÁJENÍ LÉČBY, ZASTOUPENÍ ODPOVĚDÍ NA OTÁZKU: „PROČ NEUŽÍVÁTE ART?“ (N=6)



Hlavním cílem antiretrovirové léčby infekce HIV je dosáhnout po šesti měsících po zahájení léčby nedetekovatelnou hladinu počtu kopií HIV RNA, tzv. nedetekovatelnou virovou nálož (Snopková et al., 2019). Virová suprese zásadně snižuje vysokou morbiditu a mortalitu následkem infekce HIV i riziko přenosu HIV na jiného jedince. Léčba je proto dnes považována za velmi účinný nástroj sekundární prevence.

Celkem 82 % dotázaných uvedlo, že výsledek jejich posledního testu virové nálože HIV byl nedetekovatelný, 11 % mělo detekovatelnou virovou nálož, u zbývajících 7 % buď výsledek testu nebyl sdělen, dotazovaný si výsledek nepamatoval nebo test virové nálože nebyl součástí posledního monitoringu.

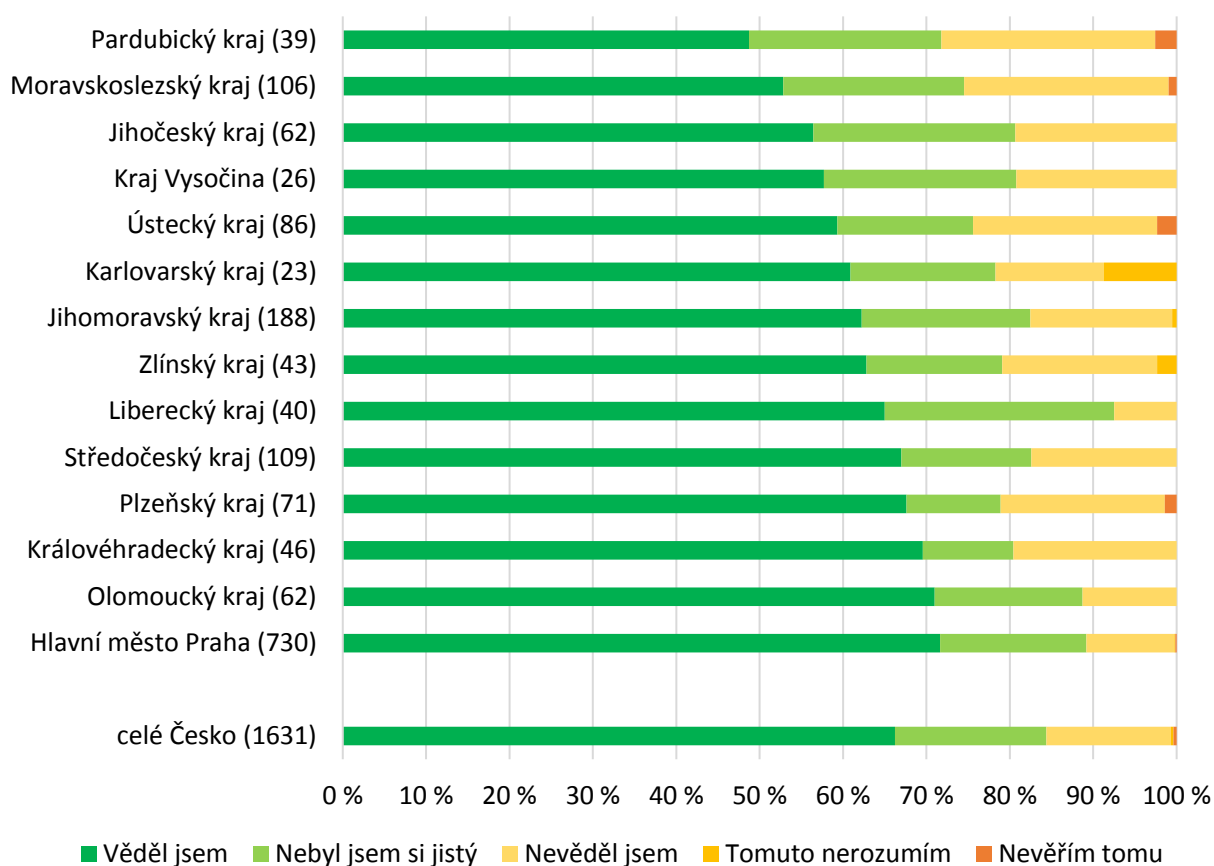
SHRNUTÍ A DOPORUČENÍ

- Výsledky studie podporují mezinárodní doporučení zajistit širokou dostupnost testování na HIV – každý čtvrtý muž žijící s HIV byl diagnostikován mimo zdravotnické zařízení v komunitním centru, mobilní testovací jednotce, případně sebetestem či jinde.
- Národní strategie testování by měla rovněž respektovat mezinárodní doporučení a individualizovat předtestové poradenství, nevyžadovat písemný souhlas s testem a zvýšit nízkoprahovost testování.
- Výsledky studie korespondují s národními daty Státního zdravotního ústavu o tzv. léčebné kaskádě (počet léčených a počet léčených s nedetekovatelnou virovou náloží) a odráží změny v českých doporučených postupech léčby HIV z roku 2016 (zahájení léčby ihned po diagnóze).
- Podrobnější výzkum by si zasloužilo porovnání zahájení a typu léčby v jednotlivých HIV centrech, zejména s ohledem na odpovědi o nezahájení léčby z důvodu nedoporučení lékařem, které se v studii objevily.

2.3 Ostatní sexuálně přenosné infekce

Otázky, jež byly ve studii EMIS 2017 věnovány výskytu, přenosu a prevenci sexuálně přenosných infekcí (STI) včetně HIV, umožňují zhodnotit jednak úroveň znalostí respondentů, jednak behaviorální vzorce, které jsou pro výskyt některých jevů typické.

GRAF 13 POVĚDOMÍ O DALŠÍCH STI (SNAŽŠÍ ŠÍŘENÍ V POROVNÁNÍ S HIV), DLE KRAJŮ

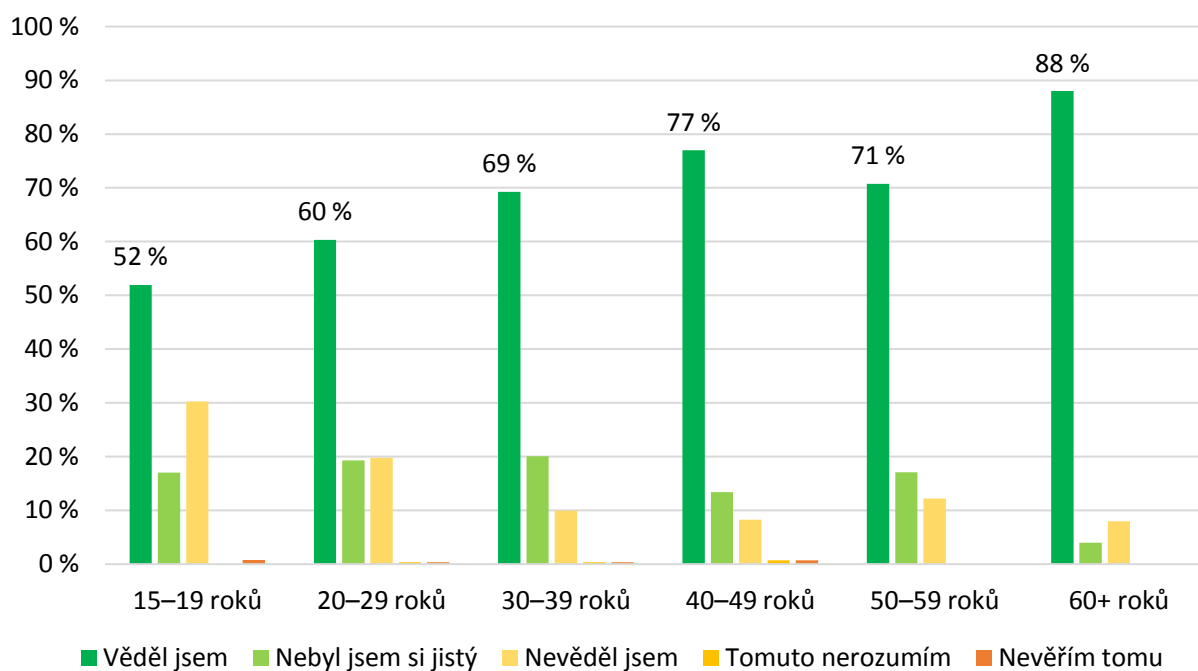


Regionální analýza zaznamenala nejvyšší povědomí o STI v hlavním městě Česka (graf 13). Celkově 67 % respondentů vědělo, že většina pohlavně přenosných infekcí se šíří snáze než HIV. Nejvyšší informovanost v této oblasti vykazovala hl. m. Praha (72 %), naopak nejnižší Pardubický kraj (49 %). Povědomí o přenosu STI

se lineárně zvyšovalo s věkem dotazovaných. Pouze 52 % dotazovaných ve věku mezi 15 až 19 lety vědělo, že se většina pohlavně přenosných infekcí šíří snáze než HIV. U respondentů ve věku 60 a více let byly vědomosti o STI o 36 procentních bodů vyšší (graf 14).

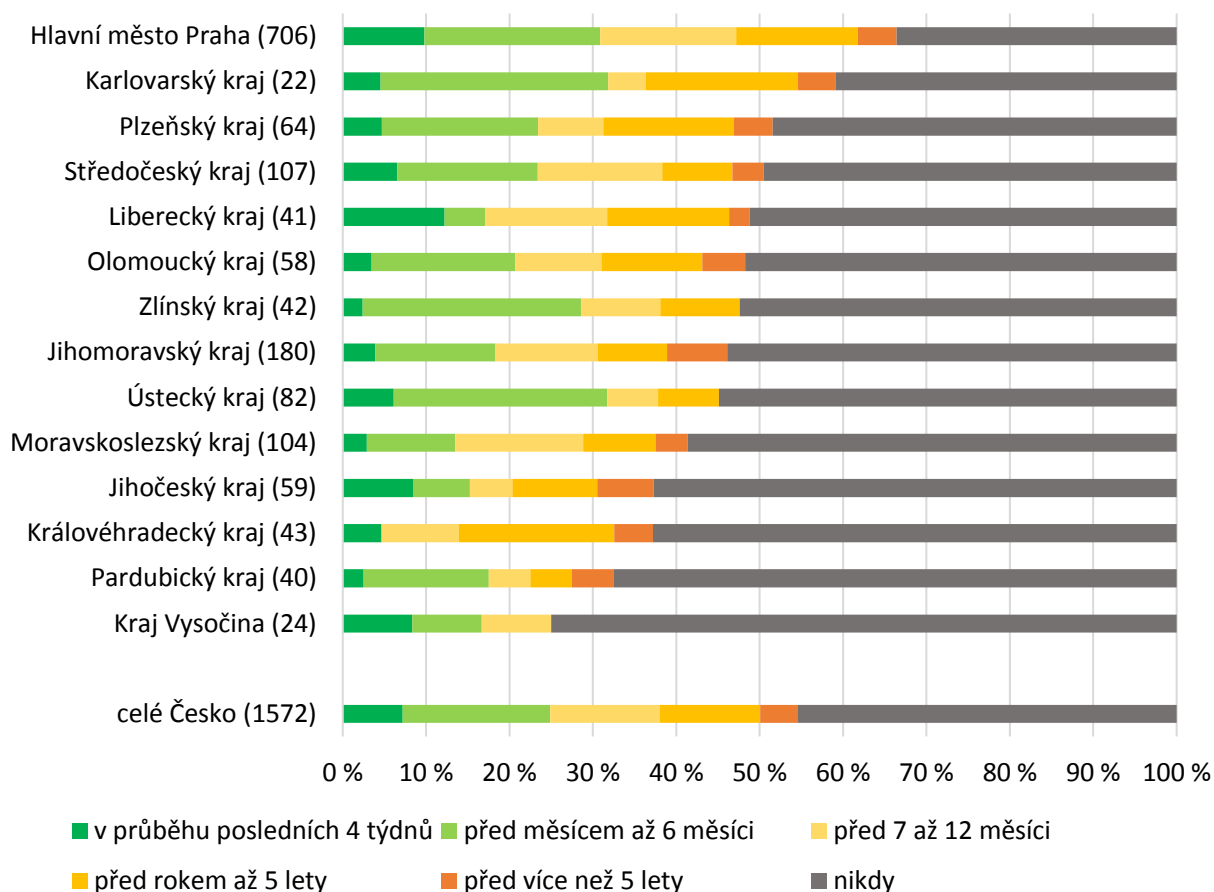
Znalost způsobu přenosu STI byla všeobecně dobrá. Ve skupinách respondentů, kteří prodělali jednotlivé STI, byla znalost o snadnější přenositelnosti dalších STI v porovnání s HIV (odpověď „Ano, věděl jsem“) poněkud vyšší, konkrétně: syfilis 133/170 (78,2 %), kapavka 189/233 (81,1 %), chlamydiové infekce 121/149 (81,2 %), HIV 99/122 (81,1 %), lidský papiloma virus 113/163 (69,3 %).

GRAF 14 POVĚDOMÍ O DALŠÍCH STI (SNAŽŠÍ PŘENOSITELNOST V POROVNÁNÍ S HIV), DLE VĚKOVÝCH SKUPIN



Testování jako preventivní aktivitu odhalující případy STI a umožňující jejich léčbou ovlivnit další šíření v populaci (graf 15) využilo pouze 25 % (409 z 1611) respondentů v posledních 6 měsících (což je přiměřená periodičita z hlediska možnosti odhalení STI, pokud klient nemá klinické obtíže a není mu známo, že by byl v přímém riziku infekce). Čtyři pětiny z nich (325 ze 409, tj. 79,5 %) odpověděly na otázku „Většina pohlavně přenosných infekcí se šíří snáze, než HIV.“, že tuto informaci věděly (tabulka 15). Většina klientů testovaných na STI kdykoli v průběhu života (622 respondentů) nesdělila ošetřujícímu lékaři, že patří do skupiny MSM (514 vs. 104). Takovéto jednání ovšem omezuje relevantní volbu vyšetřovacích postupů a zvyšuje riziko nerozpoznání asymptomatické infekce zejména rekta a orofaryngu a jejího dalšího šíření.

GRAF 15 DOBA POSLEDNÍHO TESTOVÁNÍ NA DALŠÍ STI, DLE KRAJŮ



TABULKA 15 POSLEDNÍ TEST NA STI DLE ZNALOSTI O ŠÍŘENÍ STI

		Kdy jste byl naposledy testován na STI? (jiné než HIV)						Celkem
		v průběhu posledních 4 týdnů	před měsícem až 6 měsíci	před 7 až 12 měsíci	před rokem až 5 lety	před více než 5 lety	Nikdy	
Většina pohlavně přenosných infekcí se šíří snáz, než HIV	Věděl jsem	84	241	152	144	55	399	1075
	Nebyl jsem si jistý	15	40	37	27	13	154	286
	Nevěděl jsem	16	12	21	22	3	164	238
	Tomuto nerozumím	0	1	0	1	0	4	6
	Nevěřím tomu	0	0	0	0	1	5	6
Celkem		115	294	210	194	72	726	1611

Nevýhodná testovací strategie, tj. testování na jinou STI než HIV v odstavu delším než v posledních 6 měsících, je častá také ve skupině respondentů, kteří si v posledních 12 měsících kondomy nepoživovali – 87 %.

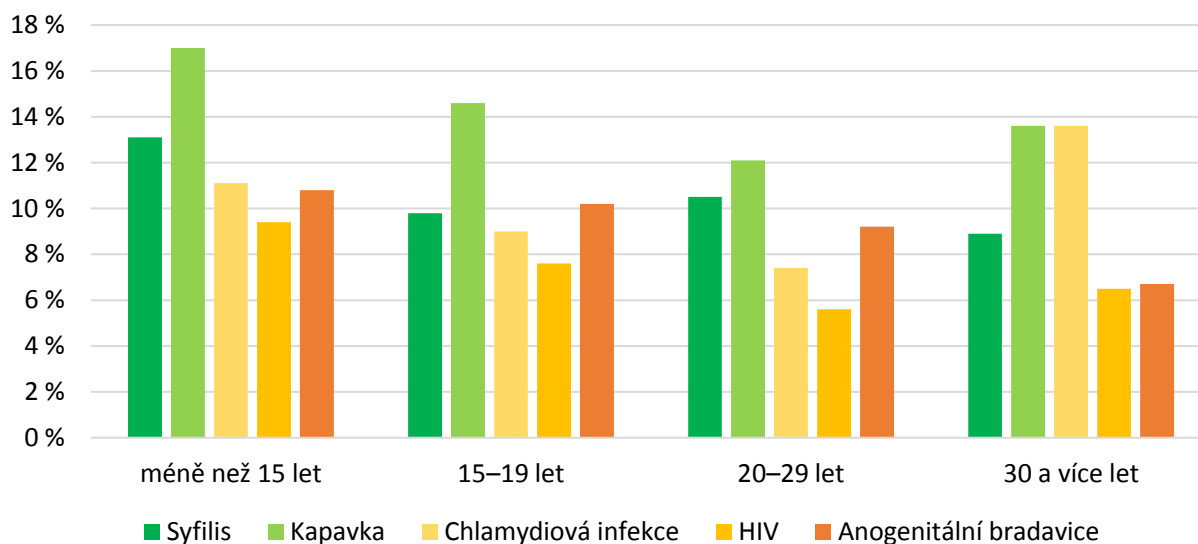
Výskyt STI se ve vyšším procentu projevil u respondentů, kteří na otázku: „Měl jste někdy sex s mužem?“ odpověděli ANO (tabulka 16). V případě syfilis je rozdíl statisticky významný.

TABULKA 16 POČET INFIKOVANÝCH RESPONDENTŮ JEDNOTLIVÝMI STI DLE ODPOVĚDI NA OTÁZKU, ZDA NĚKDY MĚLI SEX S MUŽEM

INFEKCE	Měl jste někdy sex s mužem?	
	Ne	Ano
	% (počet/N)	% (počet/N)
Syfilis	0 (0/45)	10,4 (171/1637)
Kapavka	4,5 (2/44)	14,4 (233/1619)
Chlamydiová infekce	2,2 (1/45)	9,1 (149/1637)
HIV	4,4 (2/45)	7,4 (121/1633)
Anogenitální bradavice	4,4 (2/45)	9,8 (161/1638)

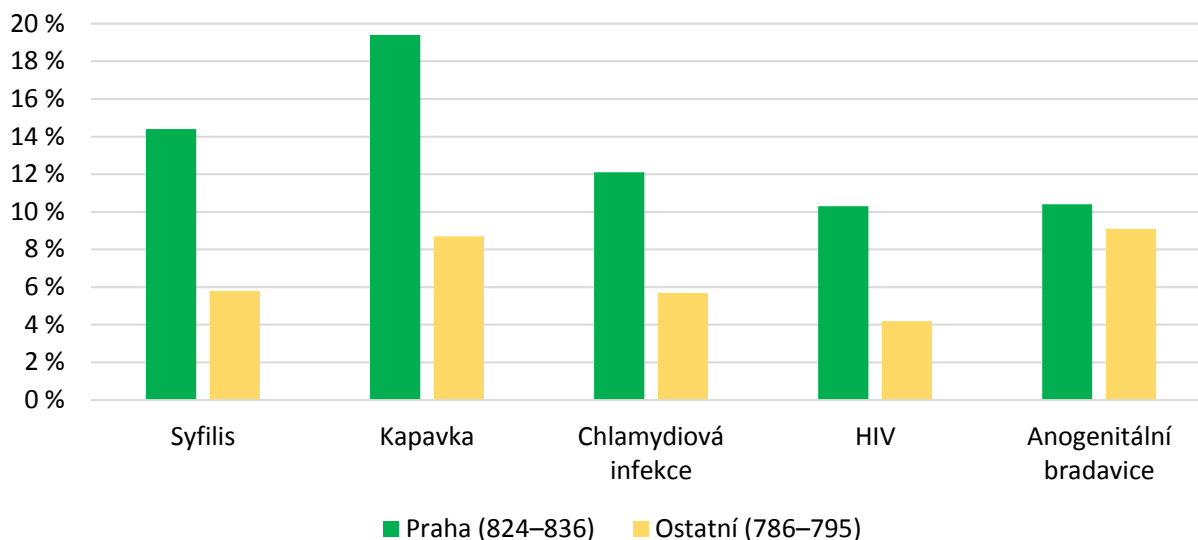
Znatelně vyšší byl výskyt STI u respondentů, kteří zahájili svůj sexuální život dříve, nebo dokonce velmi časně (graf 1, graf 16).

GRAF 16 RELATIVNÍ POČET RESPONDENTŮ INFIKOVANÝCH JEDNOTLIVÝMI STI DLE VĚKU PRVNÍHO SEXUÁLNÍHO KONTAKTU



Typický je také větší výskyt STI u respondentů z větších měst s výjimkou anogenitálních bradavic, kde byl výskyt obdobný ve velkých sídlech i v menších městech (graf 17). Tento fakt zřejmě odpovídá skutečnosti, že cca 50 % mužů hostí lidský papiloma virus (HPV) ve svém předkožkovém vaku bez ohledu na sexuální preference nebo praktiky. Muži mající sex s muži věnují možná vyšší pozornost výskytu klinických projevů a jejich následnému řešení na odborném pracovišti.

GRAF 17 ROZDĚLENÍ RESPONDENTŮ INFIKOVANÝCH JEDNOTLIVÝMI STI DLE MÍSTA BYDLIŠTĚ



Stejně tak mezi respondenty s prodělanou STI mírně převažovali respondenti, kteří nežili v době studie ve stabilním partnerském vztahu. Pokud dotazovaní na otázku „Jak často jste v průběhu posledních 12 měsíců při pohlavním styku a nahodilými partnery použil kondomy?“ odpověděli „nikdy, zřídka, občas“, vyskytla se u nich mírně častěji syfilis a HIV infekce, u kapavky a chlamydiových infekcí byl poměr vyrovnaný se skupinou, která odpovídala „většinou, vždy“.

Ve vztahu prodělané STI k poslední konzumaci alkoholu je patrný vyšší výskyt u respondentů, kteří uvedli konzumaci v posledních 7 dnech (včetně posledních 24 hodin, viz tabulka 17) v porovnání s těmi, kteří uvedli poslední konzumaci alkoholu před delší dobou. Poměr mezi jednotlivými skupinami může naznačovat význam ztráty kontroly pod vlivem alkoholu.

TABULKA 17 KONZUMACE ALKOHOLU INFIKOVANÝCH RESPONDENTŮ

	Syfilis	Kapavka	Chlamydiová infekce	HIV
V posledních 24 hodinách	66 (38,6 %)	110 (46,8 %)	60 (40,0 %)	41 (33,3 %)
V posledních 7 dnech	61 (35,7 %)	74 (31,5 %)	52 (34,7 %)	42 (34,1 %)
V posledních 4 týdnech	17 (9,9 %)	20 (8,5 %)	11 (7,3 %)	12 (9,8 %)
Ostatní	27 (15,8 %)	31 (13,2 %)	27 (18,0 %)	28 (22,8 %)

Respondenti odpovídali na otázku, zda někdy absolvovali test na jiné STI. Kladně odpovědělo 54,5 % respondentů a rozložení jejich odpovědí se liší mezi kraji (tabulka 18). Největší procento je v Praze (66,4 %), dále 50 % překročil stav v dalších třech krajích. Nerovnoměrné rozložení je z velké části způsobeno nerovnoměrnou dostupností zdravotnických služeb.

TABULKA 18 TEST NA SEXUÁLNĚ PŘENOSNÉ INFEKCE

Absolvoval jste někdy test na jiné pohlavně přenosné infekce (STI) než HIV?	Ano	Ne	Celkem
Hlavní město Praha	469 (66,4 %)	237	706
Jihomoravský kraj	83 (46,1 %)	97	180
Moravskoslezský kraj	43 (41,3 %)	61	104
Středočeský kraj	54 (50,5 %)	53	107
Ústecký kraj	37 (45,1 %)	45	82
Jihočeský kraj	22 (37,3 %)	37	59

Plzeňský kraj	33 (51,6 %)	31	64
Olomoucký kraj	28 (48,3 %)	30	58
Královéhradecký kraj	16 (37,2 %)	27	43
Pardubický kraj	13 (32,5 %)	27	40
Zlínský kraj	20 (47,6 %)	22	42
Liberecký kraj	20 (48,8 %)	21	41
Kraj Vysočina	6 (25,0 %)	18	24
Karlovarský kraj	13 (59,1 %)	9	22
celé Česko	857 (54,5 %)	715	1572

SHRNUTÍ A DOPORUČENÍ

- Fakt, že většina účastníků studie testovaných na STI nesdělila ošetřujícímu lékaři, že mají sex s muži, přináší reálné riziko nesprávného rozsahu provedených vyšetření a také nerozpoznání latentních STI. Zejména se jedná o orofaryngeální a anorektální kapavku a chlamydiovou infekci, které ve většině případů probíhají asymptomaticky. Preventivní aktivity by se měly zaměřit také na zvyšování povědomí populace a zejména MSM o významu otevřeného a nezastírajícího přístupu v komunikaci s lékařem, zvláště pokud se jedná o řešení závažných infekčních onemocnění. Stejně tak je třeba výrazně zvýšit povědomí lékařů všech odborností, hlavně v první linii kontaktu s pacienty, o nutnosti věnovat sexuálnímu zdraví maximální aktivní pozornost a provádět komplexní vyšetření STI.
- Doporučujeme zmapovat příčiny komunikační bariéry mezi lékařem a pacientem.
- Vzhledem k tomu, že studie prokázala současný nebo následný výskyt různých (bakteriálních i virových) STI, doporučujeme v rámci preventivních programů zvýšit povědomí o vhodnosti a možnostech komplexního testování nejen na HIV, ale i ostatních STI. V této souvislosti je také nutné zlepšit informovanost o riziku přenosu zejména bakteriálních STI při nechráněném orálním sexu.
- Častý výskyt infekce HPV ve skupině respondentů je podnětem ke zvýšení preventivních aktivit v oblasti prevence této infekce očkováním a včasné diagnostiky zejména možných nádorových komplikací.

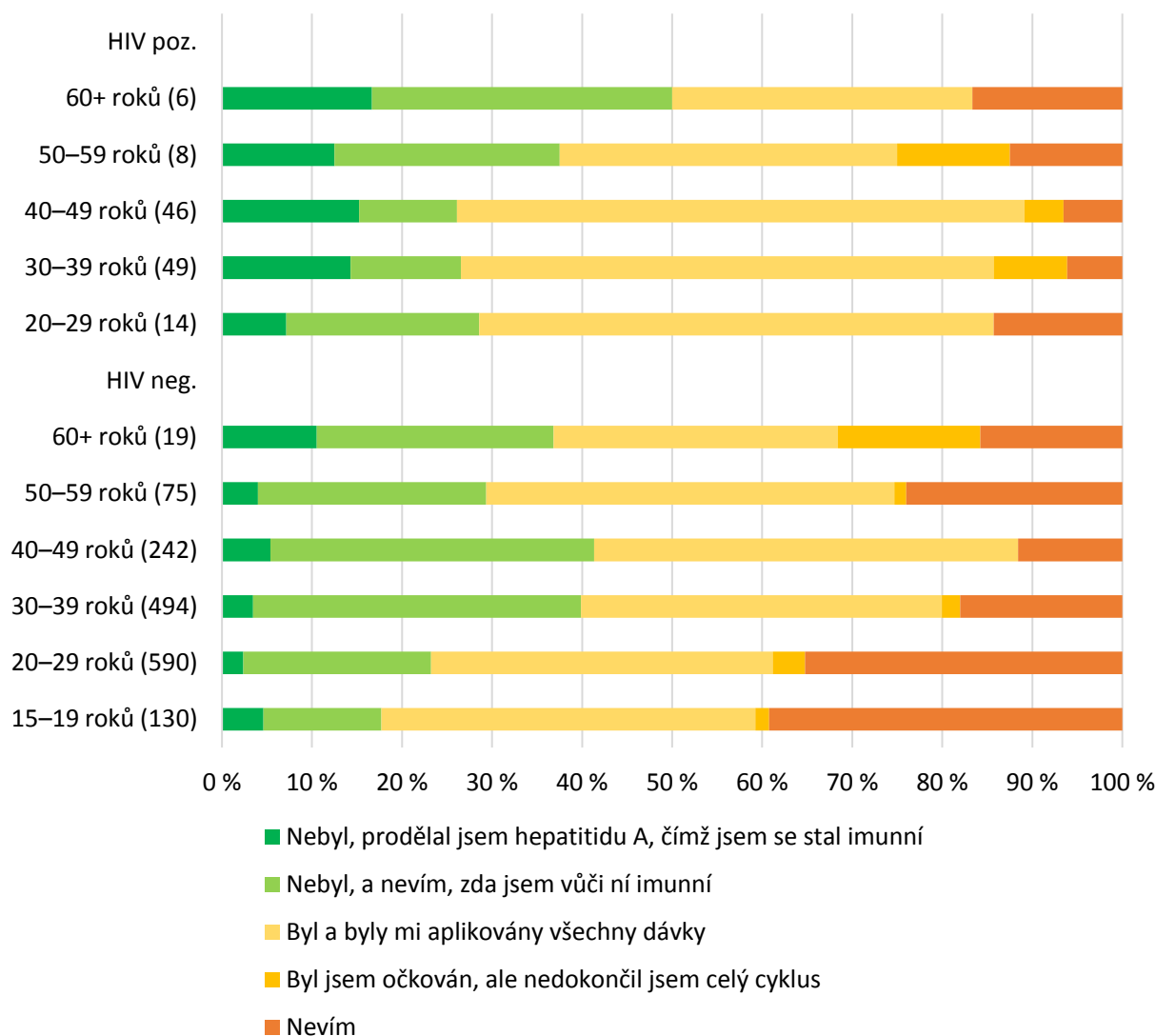
2.4 Virové hepatitidy

Jedna skupina otázek byla věnována problematice virových hepatitid. Proti hepatitidě A i B jsou k dispozici účinné vakcíny, které mají významnou roli rovněž v prevenci sexuálního přenosu. Očkování proti hepatitidě B je v Česku od roku 1989 součástí tzv. pravidelného očkování (vyhláška č. 537/2006 Sb.), tj. povinného očkovacího programu hrazeného státem, takže populace do 29 roků věku by měla být až na výjimky proočkovaná, což je potřeba brát v úvahu při interpretaci dále uvedených dat. V zahraničí může být situace odlišná v závislosti na konkrétní zemi a jejím vakcinačním programu. Očkování proti hepatitidě A je v Česku až na výjimky (v epidemických situacích) očkováním na žádost fyzické osoby, které si očkování hradí sám.

Ve studii je poměrně vysoké procento respondentů řádně očkových proti virové hepatitidě A (VHA) (41,9 %, n = 1673), což je vyšší proočkovanost než u běžné populace ve stejných věkových kategoriích (Němeček et al., 2003). Svědčí to o dobrém účinku preventivních aktivit. Ve skupině HIV pozitivních (n = 123) je procento řádně očkových proti VHA vyšší (57,8 %) než u HIV negativních respondentů (40,7 %, n = 1550). Z celkového počtu 1673 respondentů neznalo svůj očkovací status proti hepatitidě A 24,3 % (tj. 407 osob), přičemž mezi HIV pozitivními to bylo 8,1 % (10 osob), mezi ostatními 25,6 % (397 osob). Celkem 4,2 %

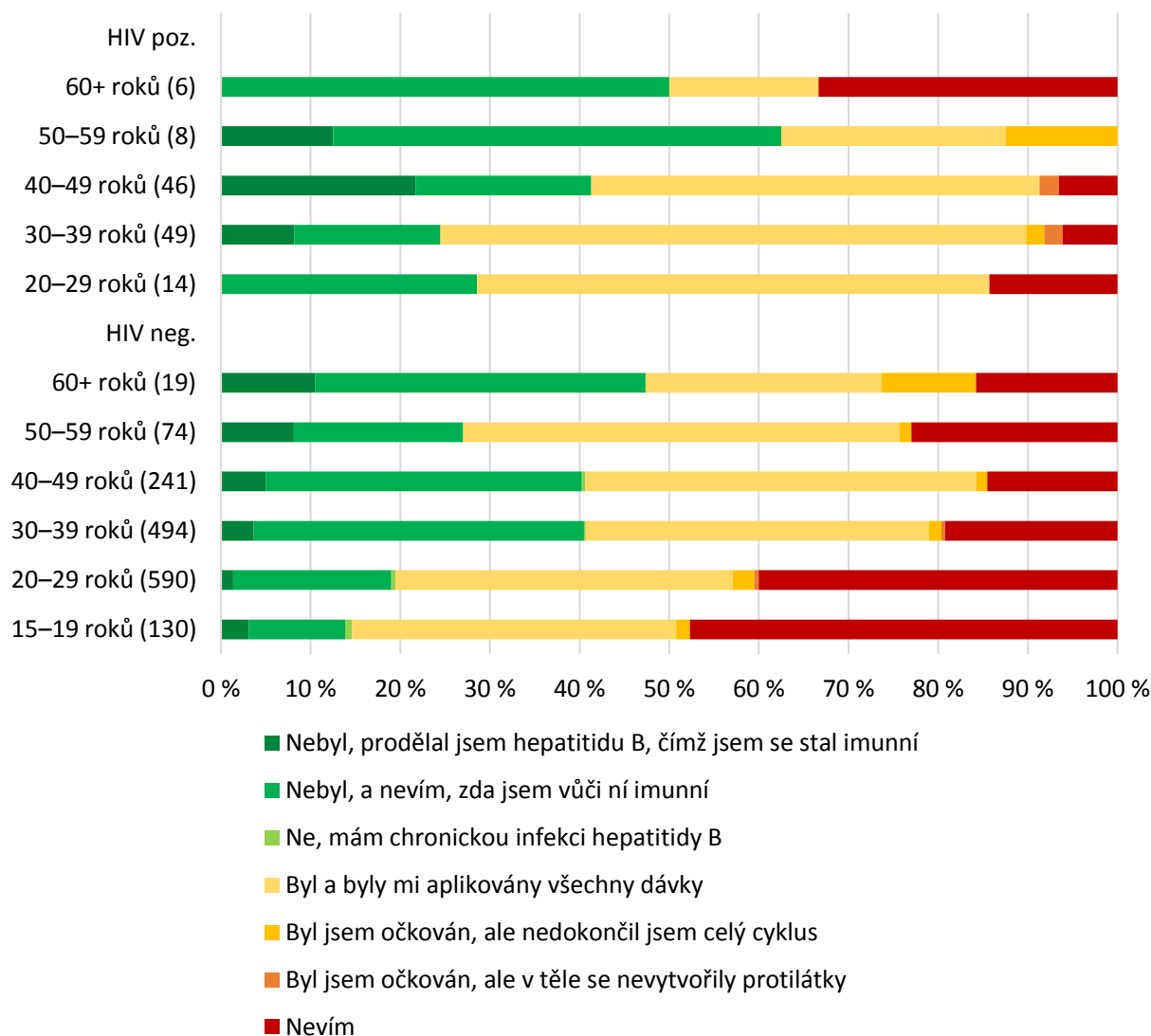
respondentů (z 1683) uvedlo, že prodělalo virovou hepatitidu A. Mezi HIV negativními respondenty to bylo 3,5 % (17 z 1551), mezi HIV pozitivními 13,8 % (55 ze 123). Detailní údaje dle věkových skupin uvádí graf 18.

GRAF 18 ODPOVĚDI NA OTÁZKU: „JSTE OČKOVÁN PROTI HEPATITIDĚ TYPU A?“



Pouze 3,8 % respondentů (z 1671) uvedlo, že prodělalo virovou hepatitidu B (VHB). Mezi HIV negativními respondenty to bylo 3,2 % (z 1548), mezi HIV pozitivními pak 12,2 % (ze 123). Asi jedna čtvrtina (26 %) respondentů uvedla, že očkovaná nebyla a neví, zda je proti VHB imunní. Vzhledem k výše zmíněnému povinnému očkování jsou tyto odpovědi zarážející ve věkové skupině 20–29 roků, kde odpověď „Nebyl a nevím, zda jsem vůči ní imunní“ uvedlo 108 osob (17,8 %) z 604. Naopak odpověď „Byl jsem očkován a byly mi aplikovány všechny dávky“ uvedlo pouze 230 osob (38,1 %) v této věkové skupině a 238 osob (39,4 %) uvedlo, že neví, zda bylo očkováno proti VHB (graf 19).

GRAF 19 ODPOVĚDI NA OTÁZKU: „BYL JSTE OČKOVÁN PROTI HEPATITIDĚ TYPU B?“



Pro upřesnění byly zkoumány odpovědi respondentů ve věku 15–29 roků narozených mimo Českou republiku (ČR), tj. 122 osob, a v ČR, tj. 614 osob (tabulka 19). Mezi osobami narozenými v ČR uvádí 1,3 %, že očkováno nebylo a prodělal virovou hepatitidu B, zatímco mezi osobami narozenými mimo ČR jsou to 3,3 %.

TABULKA 19 ODPOVĚDI NA OTÁZKU: „BYL JSTE OČKOVÁN PROTI HEPATITIDĚ TYPU B?“ (VĚKOVÁ SKUPINA 15–29 LET)

	Nebyl, prodělal jsem hepatitidu B, čímž jsem se stal imunním	Nebyl a nevím, zda jsem vůči ní imunní	Ne, mám chronickou infekci hepatitidy B	Byl a byly mi aplikovány všechny dávky	Byl jsem očkovan, ale nedokončil jsem celý cyklus	Byl jsem očkovan, ale v těle se nevytvořily protilátky	Nevím	Celkem
Češi	8 (1,3 %)	101 (16,4 %)	3 (0,5 %)	234 (38,1 %)	9 (1,5 %)	1 (0,2 %)	258 (42,0 %)	614 (100,0 %)
Cizinci	4 (3,3 %)	22 (18,0 %)	1 (0,8 %)	44 (36,1 %)	7 (5,7 %)	2 (1,6 %)	42 (34,4 %)	122 (100,0 %)
Celkem	12 (1,6 %)	123 (16,7 %)	4 (0,5 %)	278 (37,8 %)	16 (2,2 %)	3 (0,4 %)	300 (40,8 %)	736 (100,0 %)

Dále 16,4 % osob narozených v ČR uvádí, že očkováno nebylo a neví, zda je vůči VHB imunní, oproti 18 % osob narozených mimo ČR. Absolvování očkování s aplikací všech 3 dávek uvádí 38,1 % respondentů narozených v ČR a podobně 36,1 % osob narozených mimo ČR. Svůj očkovací status proti VHB nezná 42,0 % respondentů v této věkové skupině narozených v ČR oproti 34,4 % respondentů narozených mimo ČR. Podle sérologických přehledů 2013 (Bílková Fránková et al., 2014) se ve věkové skupině 1–29 roků u osob bez záznamu o očkování pohybovala pozitivita anti-HBc protilátek (známka prodělané VHB) v rozmezí 0,0–3,7 %.

Absolutní počet pacientů, kteří prodělali virovou hepatitidu C (VHC), je celkově velmi malý – 19. Přesto je procentuální výskyt prodělané VHC ve sledovaném vzorku vyšší (1,1 %) než v obecné populaci nad 18 let (0,5 %). Šest respondentů uvedlo, že hepatitida C spontánně odezněla bez léčby, osm osob uvedlo, že hepatitida odezněla díky léčbě, pět osob je stále infikovaných. Předpokládaný vliv zkušeností s intravenózní aplikací drog se nepotvrdil, důvodem může být malý počet pozitivních respondentů.

Velikost sídla, ze kterého účastník studie pochází, neovlivnila ani výskyt virových hepatitid A a B (projevil se pouze u VHC, podle očekávání ve prospěch velkého sídla), ani proočkovanost proti virové hepatitidě A a B.

SHRNUTÍ A DOPORUČENÍ

- Navzdory tomu, že očkování proti hepatitidě B je v Česku součástí tzv. pravidelného očkování, výsledky této studie naznačují, že očkovaným respondentům chybí informace o tom, že byli očkováni. Provedení podobné vědomostní studie v rámci celé populace by umožnilo formulovat doporučení, jak zvýšit obecné povědomí o tom, proti kterým infekčním nemocem je populace v Česku očkována.
- I když je procento očkovaných osob proti hepatitidě A poměrně vysoké, je vhodné upozorňovat na možnost očkování proti VHA (případně VHB) současně s nabídkou testování, zejména u MSM.

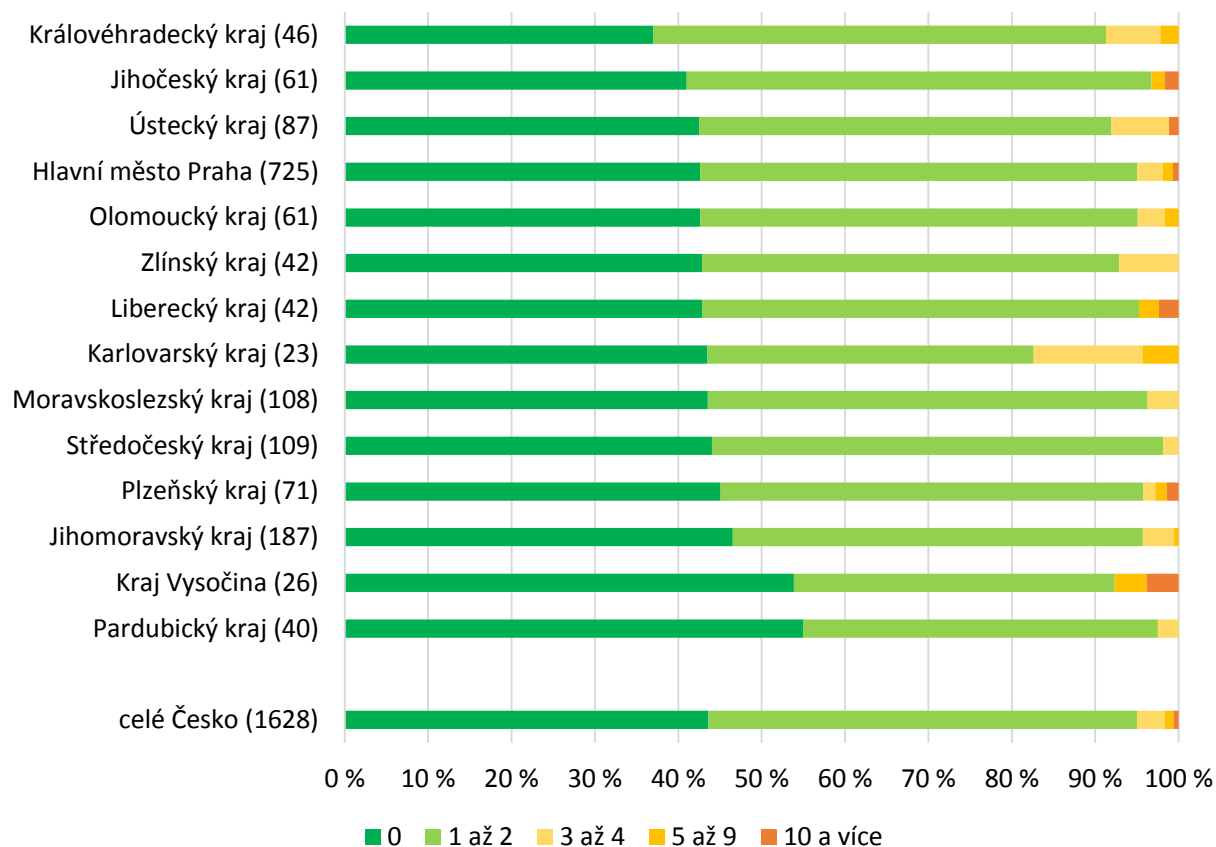
3 Sexuální chování

3.1 Stálá partnerství

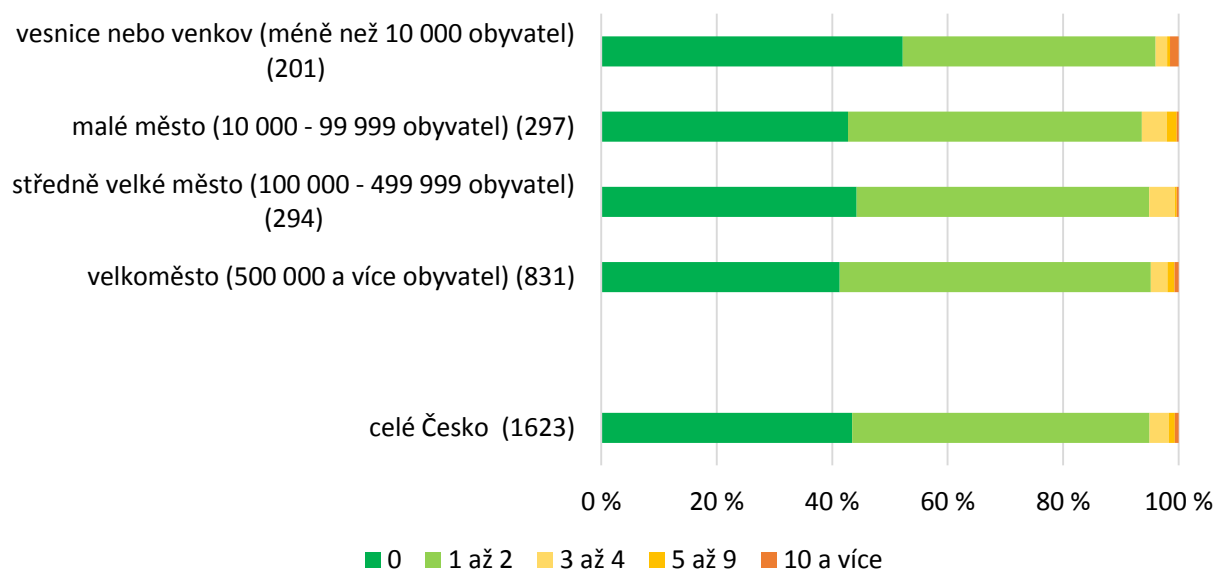
Nějakou formu pohlavního styku se stálým partnerem mělo v posledních dvanácti měsících 956 mužů (57 % ze všech respondentů). Naopak 726 mužů (43 %) stálého partnera nemělo (nebo s ním nemělo sex).

Stálý partner nejčastěji chyběl mužům z nejmenších sídel. U těch, kteří žili v místech nad 10 000 obyvatel, již podstatné rozdíly podle velikosti bydliště nebyly. Z hlediska regionů měli méně stálých partnerů respondenti z krajů Vysočina a Pardubického, na čemž se může podílet jednak venkovský charakter těchto regionů, jednak i menší podíl respondentů (graf 20, graf 21).

GRAF 20 POČET STÁLÝCH PARTNERŮ V POSLEDNÍCH 12 MĚSÍCÍCH, DLE KRAJŮ



GRAF 21 POČET STÁLÝCH PARTNERŮ V POSLEDNÍCH 12 MĚSÍCÍCH, DLE VELIKOSTI SÍDLA



Celkem 870 mužů (91 %) mělo se stálým partnerem v posledních dvanácti měsících nejméně jednou pohlavní styk. Z těchto mužů 683 (78 % mužů se stálým partnerem) mělo v posledních dvanácti měsících jednoho stálého partnera, 122 mužů mělo dva stálé partnery (14 %) a 65 respondentů (8 %) uvedlo, že mělo více než tři stálé partnery.

Ti, kdo se identifikovali jako gayové (uvedli homosexuální orientaci), měli aktuálně častěji stálého partnera než ti, kteří se identifikovali bisexuálně či heterosexuálně (tabulka 20).

TABULKA 20 SEBEIDENTIFIKACE VS. STÁLÉ PARTNERSTVÍ

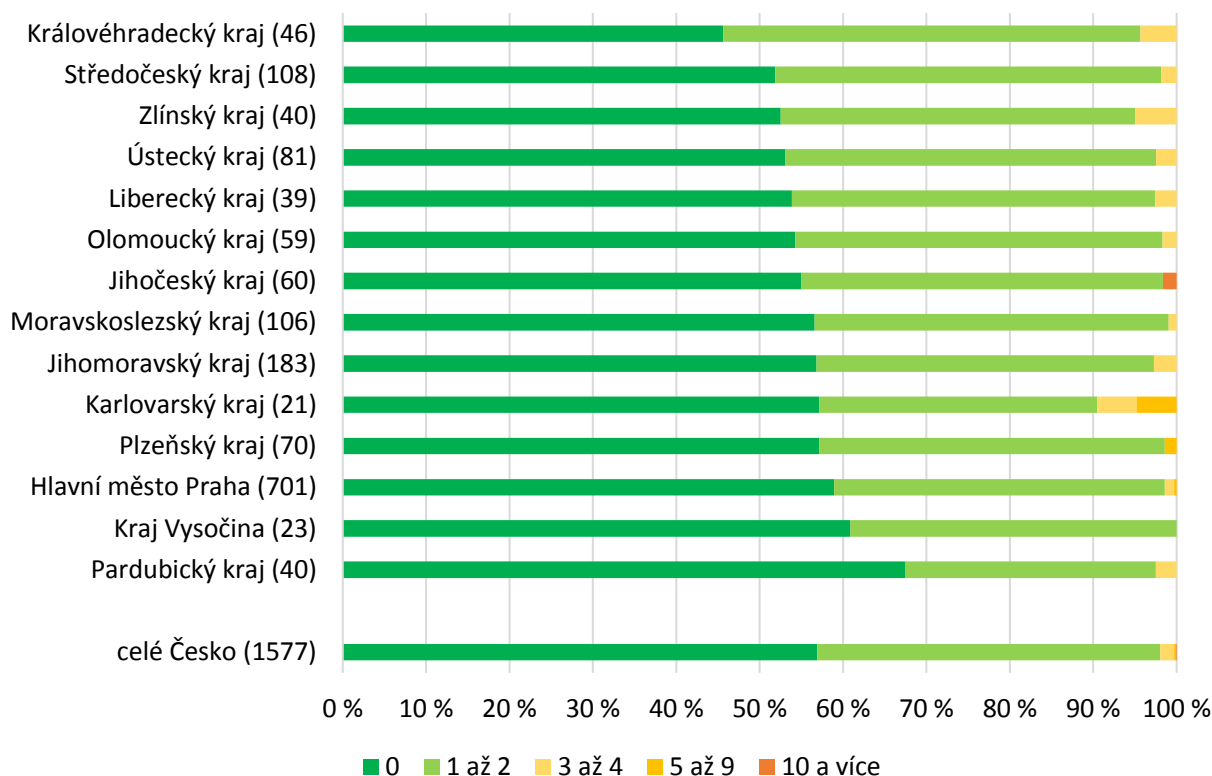
	Se stálým partnerem	Bez stálého partnera
Gay (homosexuální)	811 (54 %)	685 (46 %)
Bisexuální a heterosexuální	44 (31 %)	96 (69 %)

Muži s vyšším vzděláním měli aktuálně nevýznamně častěji stálého partnera a podle věku měli nejméně často stálého partnera muži z nejnižší věkové kategorie (15–19 let).

Další dotaz byl směřován na styky bez kondomu. Dotazník důsledně používal výraz „bez kondomu“ namísto v Česku běžnějšího slovního spojení „nechráněný sex“. Zavedení nových preventivních nástrojů, jakými jsou například preexpoziční profylaxe (viz kapitola Prevence přenosu HIV/STI) nebo U=U (viz kapitola Bezpečnější sex), totiž mění v epidemiologii a prevenci definici bezpečnějšího sexu a míry ochrany, kterou jednotlivé nástroje prevence poskytují (Kelly, 2016), byť ve vztahu k různým pohlavně přenosným infekcím není míra ochrany identická.

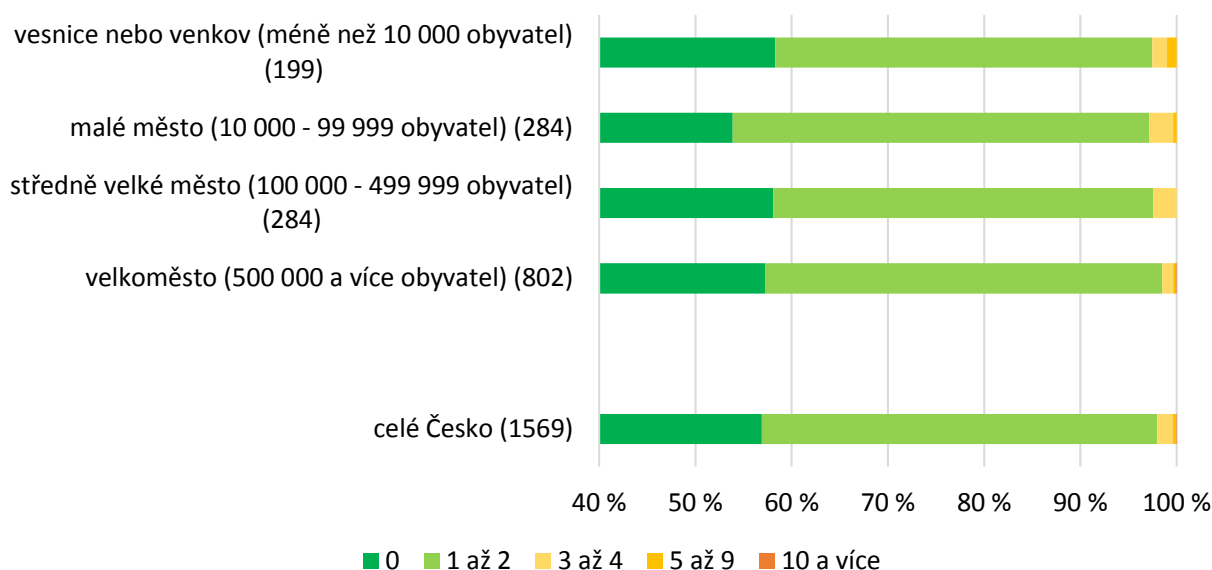
Anální styk bez kondomu v posledních dvanácti měsících mělo nejméně jednou se svým stálým partnerem 696 mužů, což představuje čtyři pětiny (80 %) z uvedeného celku 870 respondentů. Z toho 103 mužů mělo styk bez kondomu s více než jedním stálým partnerem (15 %). To znamená, že soulož bez kondomu s více stálými partnery mělo 55 % těch, kteří uváděli více stálých partnerů.

GRAF 22 POČET STÁLÝCH PARTNERŮ, SE KTERÝMI MĚL RESPONDENT STYK BEZ KONDOMU, DLE KRAJŮ



Celkem 319 mužů, kteří měli se stálým partnerem pohlavní styky bez kondomu, nemělo v posledních dvanácti měsících náhodného partnera (46 %). Muži, kteří měli se stálými partnery pohlavní styky bez kondomu, se významně nelišili podle demografických charakteristik (graf 22, graf 23).

GRAF 23 POČET STÁLÝCH PARTNERŮ, SE KTERÝMI MĚL RESPONDENT STYK BEZ KONDOMU, DLE VELIKOSTI SÍDLA



SHRNUTÍ A DOPORUČENÍ

- Lze konstatovat, že přibližně polovina mužů, kteří mají sex s muži, má stálého partnera. S ním má většina z nich pohlavní styky bez kondomu.
- Nicméně nemalý podíl z nich měl souběžně i styky s jiným stálým partnerem. Tyto styky pak mohou zvýšit riziko nákazy HIV a STI i pro jejich prvního či dalšího stálého partnera, pokud nežijí v monogamním stálém vztahu.
- Bylo by vhodné, aby se další výzkum zaměřil na hlubší porozumění sexuálnímu chování, vztahům a subjektivnímu vnímání těchto jevů.

3.2 Nahodilí partneři

Celkem 1144 mužů (69 %) mělo v posledních dvanácti měsících nějakou formu pohlavního styku s nestálým partnerem (tabulka 21). Z nich 971 mělo alespoň v jednom takovém případě soulož (84 % těch, kteří náhodného partnera měli). Každý druhý z těch, kteří náhodného partnera měli, respektive téměř tři pětiny z těch, kteří s ním souložili (572 mužů), pak měl s náhodným partnerem nejméně jednu anální styk bez kondomu. Většina z nich neznala HIV status svého partnera (n = 335, 59 %).

TABULKA 21 STYKY S NAHODILÝMI PARTNERY

1144, TEDY 69 % Z CELKOVÉHO SOUBORU MĚLO V POSLEDNÍCH 12 MĚSÍCÍCH NĚJAKOU FORMU POHLAVNÍHO STYKU S NAHODILÝM PARTNEREM

971, tedy 84 % z těch, kteří měli náhodného partnera, mělo alespoň v jednom případě soulož
572, tedy 59 % z těch, kteří s náhodným partnerem souložili, měli alespoň jednu soulož bez kondomu
335, tedy 59 % z nich pak neznalo HIV status svého partnera

Celkem 82 mužů (5 %) mělo nechráněný styk s partnerem, o němž věděli, že je HIV pozitivní. Ve většině případů spoléhali na jeho nedetekovatelnou virovou nálož (n = 61, 74 %). Jednoho náhodného partnera mělo 149 mužů, 2–5 partnerů 541 mužů, 6–10 partnerů 190 jedinců a více než 11 partnerů mělo 264 mužů.

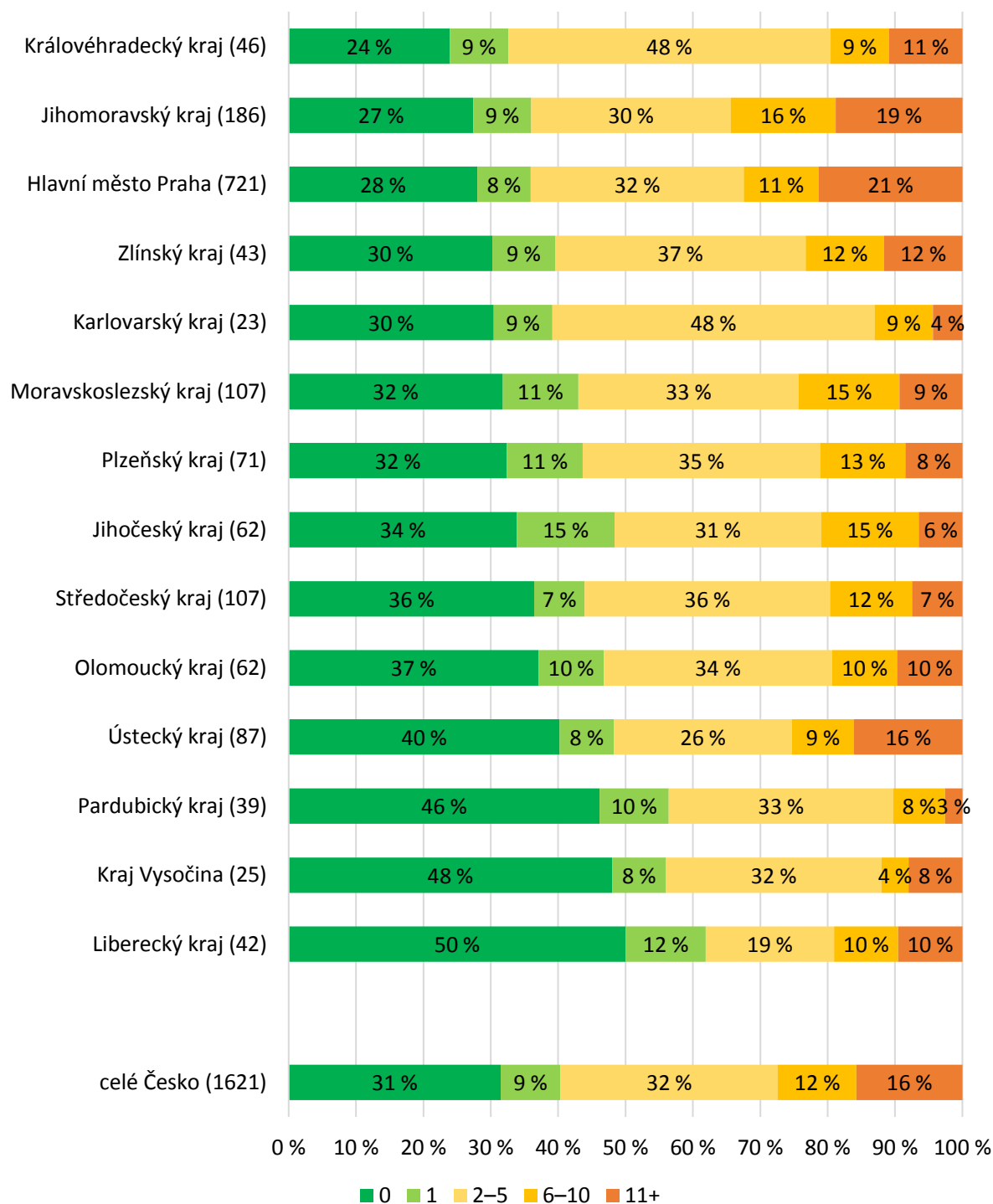
Podle počtu náhodných partnerů s pohlavním stykem bez kondomu pak mělo jednoho náhodného partnera 193 mužů, 2–5 partnerů 250 respondentů, 6–10 partnerů 37 mužů a více než 11 partnerů 48 mužů. Jak vyplývá z tabulky 22, muži, kteří měli více nahodilých partnerů, používali kondom méně často. Muži s vyšším vzděláním se nelišili v počtu náhodných partnerů, ale častěji měli tendenci používat kondom. První řádek tabulky naznačuje určitou nekonzistenci v odpovědích respondentů na jednotlivé otázky.

TABULKA 22 POUŽÍVÁNÍ KONDOMŮ PŘI SEXU S NAHODILÝMI PARTNERY, DLE POČTU PARTNERŮ

S kolika nahodilými partnery jste měl v posledních 12 měsících sex bez kondomu?	Jak často jste v průběhu posledních 12 měsíců při pohlavním styku s nahodilými partnery použil kondomy?					Celkem
	Nikdy	Zřídka	Občas	Většinou	Vždy	
0	9 (2,2 %)	4 (1,0 %)	2 (0,5 %)	20 (4,9 %)	372 (91,4 %)	407
1	44 (22,8 %)	15 (7,8 %)	11 (5,7 %)	123 (63,7 %)	0 (0,0 %)	193
2–5	43 (17,2 %)	29 (11,6 %)	45 (18,0 %)	133 (53,2 %)	0 (0,0 %)	250
6–10	6 (16,2 %)	12 (32,4 %)	11 (29,7 %)	8 (21,6 %)	0 (0,0 %)	37
11 a více	15 (31,3 %)	13 (27,1 %)	15 (31,3 %)	5 (10,4 %)	0 (0,0 %)	48
Celkem	117 (12,5 %)	73 (7,8 %)	84 (9,0 %)	289 (30,9 %)	372 (39,8 %)	935

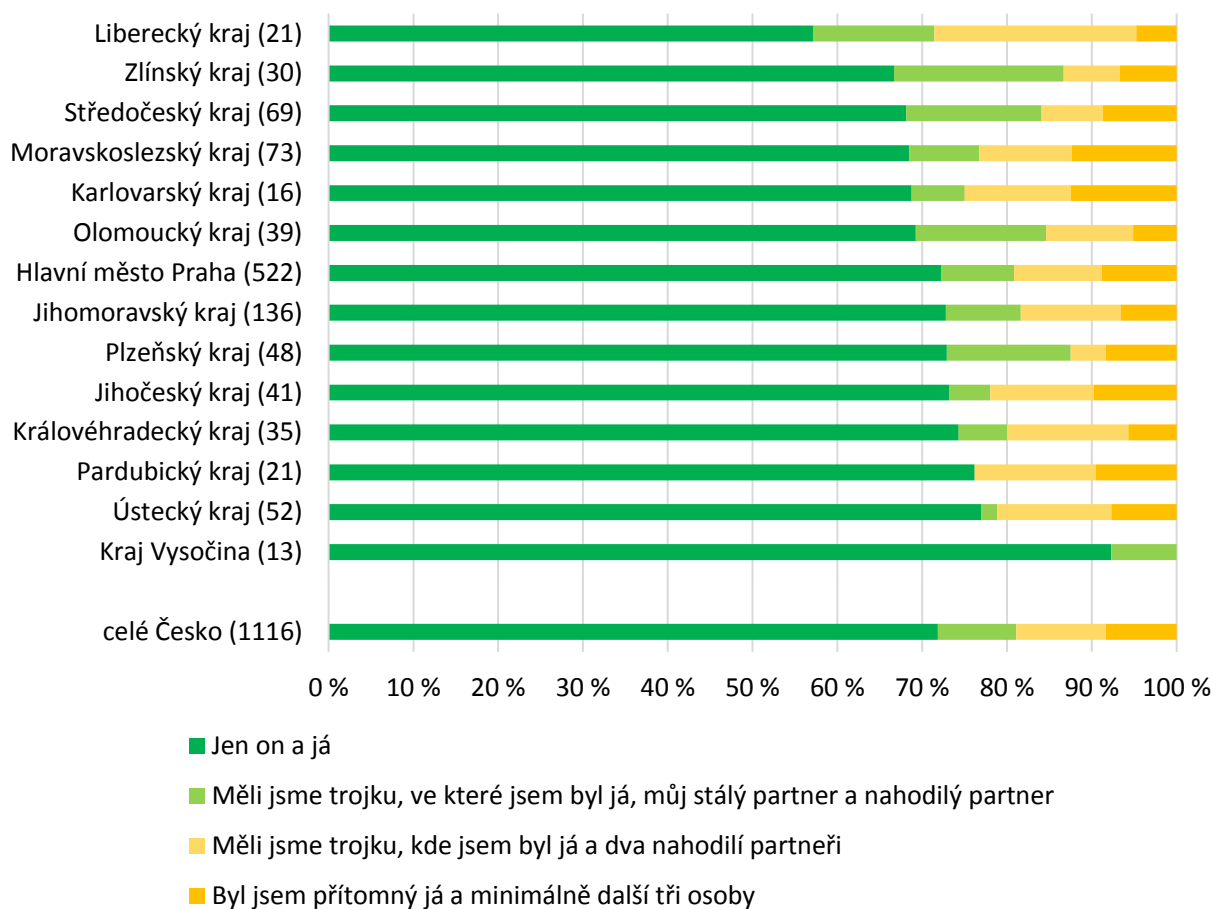
Graf 24 ukazuje, že počet náhodných sexuálních partnerů respondentů v posledních dvanácti měsících byl značně rozrůzněný podle krajů. Muži z Prahy měli vyšší počty náhodných partnerů častěji (21 % z nich uvádělo více než 10 náhodných partnerů, v ostatních regionech byla procenta nižší). Podobně měli vyšší počty partnerů respondenti z větších sídel. Muži z Královéhradeckého (76 %), Jihomoravského kraje (73 %) a Prahy (72 %) měli častěji nahodilého partnera, naopak z Libereckého kraje (50 %) a Vysočiny (52 %) to bylo nejméně často.

GRAF 24 POČET NAHODILÝCH PARTNERŮ V POSLEDNÍCH 12 MĚSÍCÍCH, DLE KRAJŮ



Graf 25 zobrazuje v krajském uspořádání, jaký byl průběh posledního sexu, při kterém byl náhodný partner, a to z pohledu počtu zúčastněných stálých a nahodilých partnerů.

GRAF 25 PRŮBĚH POSLEDNÍHO SEXU, PŘI KTERÉM BYL NÁHODNÝ PARTNER, ZASTOUPENÍ ODPOVĚDÍ NA OTÁZKU: „MĚL JSTE SEX S JEDNÍM, NEBO S VÍCE MUŽI?“



Z mužů, kteří měli pohlavní styk s 1–2 partnery bez kondomu, jich 62 % (n = 191) uvedlo, že kondom použili většinou, pětina uvedla, že nikdy. Podíl těch, kteří uvedli, že kondom nepoužili nikdy, byl stejný i ve skupině, kde respondenti měli nechráněné styky s více než třemi partnery. Méně často ale tito muži uváděli, že kondom použijí většinou (35 %). Pouze v několika procentech věděli muži (n = 40), že jejich nestálý partner užívá preexpoziční profylaxi.

Z 684 mužů, kteří měli styky se stálým partnerem (partnery) bez kondomu, jich 187 (27 %) mělo styk bez kondomu s nejméně jedním nestálým partnerem. U mužů, kteří stálého partnera (se styky bez kondomu) neměli, pak podíl těch, kteří s nahodilým partnerem kondom nejméně jednou nepoužili, byl vyšší a dosáhl podílu téměř dvou třetin (n = 589). Muži, kteří měli HIV pozitivního stálého partnera, měli více než dvakrát častěji styky bez kondomu s nahodilým partnerem (tabulka 23).

TABULKA 23 STYKY BEZ KONDOMU S NAHODILÝM PARTNEREM PODLE HIV STATUSU STÁLÉHO PARTNERA

	Nahodilý partner bez kondomu	Bez nahodilého partnera bez kondomu
HIV negativní stálý partner	150 (23 %)	505 (77 %)
HIV pozitivní stálý partner	19 (42 %)	26 (58 %)

Muži, kteří měli více než jednoho stálého partnera se styky bez kondomu, měli také častěji styky bez kondomu s náhodnými partnery (tabulka 24).

TABULKA 24 STYKY BEZ KONDOMU S NAHODILÝM PARTNEREM PODLE POČTU PARTNERŮ

	Nahodilý partner bez kondomu	Bez nahodilého partnera bez kondomu
Jeden stálý partner	278 (47 %)	314 (53 %)
Více než 2 stálí partneři	66 (66 %)	34 (34 %)

Lze konstatovat, že 576 mužů (37 % celého souboru) nemělo v posledních dvanácti měsících pohlavní styk bez kondomu se stálým ani nahodilým partnerem. Přibližně čtvrtina osob z celého souboru o svém HIV stavu náhodnému partnerovi nic nesdělila, další čtvrtina mu řekla, že je HIV negativní. Jen malý podíl respondentů (3 %) hovořil s partnerem o preexpoziční profylaxi. Muži, kteří měli nahodilé styky s náhodnými partnery, byli častěji testováni na infekci HIV (tabulka 25).

TABULKA 25 TESTOVÁNÍ NA HIV DLE STYKŮ BEZ KONDOMU S NAHODILÝM PARTNEREM

	Nahodilý partner bez kondomu	Bez nahodilého partnera bez kondomu
Test na HIV v posledních 12 měsících	303 (66 %)	493 (47 %)
Test na HIV nikdy či dávno	155 (34 %)	551 (53 %)

Při posledním pohlavním styku s náhodným partnerem necelá třetina mužů (n = 294, 31 %) uvedla, že neměla anální styk. Mezi těmi, kteří měli soulož, byl mírně vyšší podíl respondentů v pasivní roli (n = 287, 45 %), poněkud menší podíl v aktivní roli (n = 258, 41 %) a nejmenší byl podíl versatilních respondentů, tj. respondentů praktikujících anální sex v obou rolích (n = 92, 14 %).

Většina mužů v pasivní roli užívala kondom (n = 225, 60 %). U necelé poloviny z těch, kteří byli v pasivní roli s partnerem a neužívali kondom, došlo i k ejakulaci do konečnicku. Pokud se ale (u menšího procenta mužů) jednalo o skupinový sex, byl podíl pohlavních styků bez kondomu nadpoloviční. U mužů v aktivní roli rovněž nadpoloviční podíl mužů použil kondom po celou dobu styku (n = 192, 55 %).

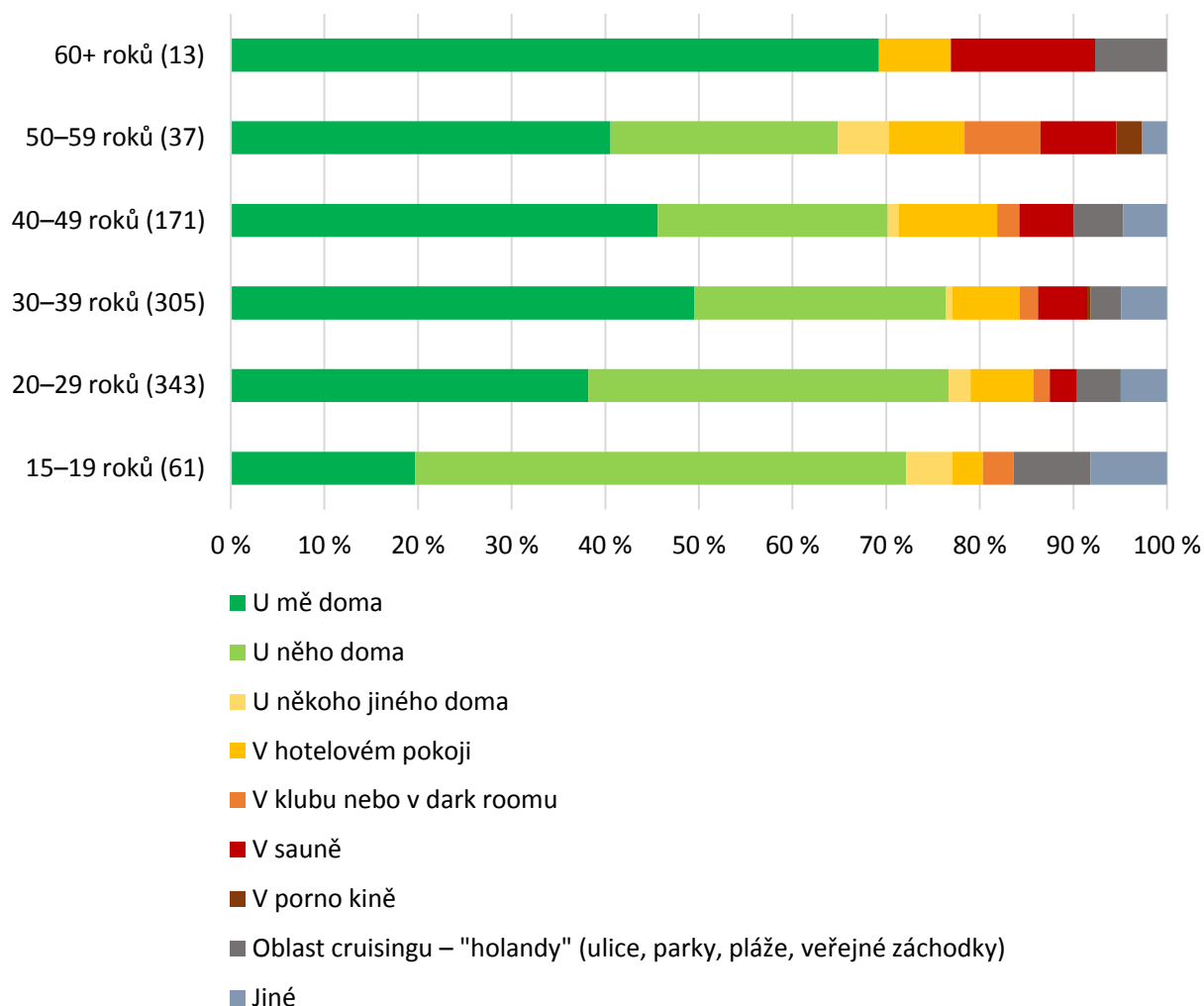
Při posledním pohlavním styku s náhodným partnerem mírná většina mužů nebyla pod vlivem návykové látky (n = 480, 53 %). Necelá třetina mužů, kteří nějakou návykovou látku užívali, byla pod vlivem alkoholu (n = 287, 32 %). Poloviční podíl užil poppers (n = 146, 16 %). Kolem 5–6 % mužů pak užívalo lék na podporu erekce (např. Viagra®) a podobný podíl užil kanabis. Užití ostatních návykových látek se týkalo méně než dvou procent respondentů.

Skupinový sex uvedlo 326 mužů (29 % těch, kteří měli náhodného partnera). Nejčastěji se jednalo o styk se dvěma náhodnými partnery, pak tzv. trojku (náhodný partner spolu se stálým partnerem nebo se dvěma nestálými partnery) a nejméně často o skupinu více osob. Mezi těmi, kteří skupinový sex měli, byli méně zastoupeni vysokoškoláci.

Při skupinových sexuálních aktivitách nebyla pod vlivem návykové látky jen čtvrtina respondentů (n = 56, 26 %). Mírně nadpoloviční podíl respondentů užil nitrity (n = 104, 51 %) a vyšší byl i podíl respondentů užívajících metamfetamin a GHB, což jsou látky aplikované při chemsexu, tedy sexualizovaném užití drogy (n = 24, 11 %). Ve všech případech se injekční užití drog týkalo jen několika jednotlivců.

Ve více než polovině případů se poslední sex s náhodným partnerem odehrával v bytě respondenta nebo jeho partnera, případně v bytě někoho jiného, jednalo se o více než čtyři pětiny posledních sexuálních aktivit s náhodným partnerem. U nejmladší generace to bylo nejméně často ve vlastním bytě. Lokality typické pro tzv. cruising nepřesáhly pět procent (sauna, holanda, auto). Čím starší byl respondent, tím častěji se sex odehrál v sauně. Ostatní cruisingové aktivity (holandy) byly častější u nejstarší a nejmladší generace (graf 26).

GRAF 26 MÍSTO, KDE DOŠLO K POSLEDNÍMU SEXU, PŘI KTERÉM BYL NÁHODNÝ PARTNER, DLE VĚKU



Více než polovina respondentů navazovala sexuální kontakty přes aplikaci mobilního telefonu, dalších 23,7 % přes internet.

SHRNUTÍ A DOPORUČENÍ

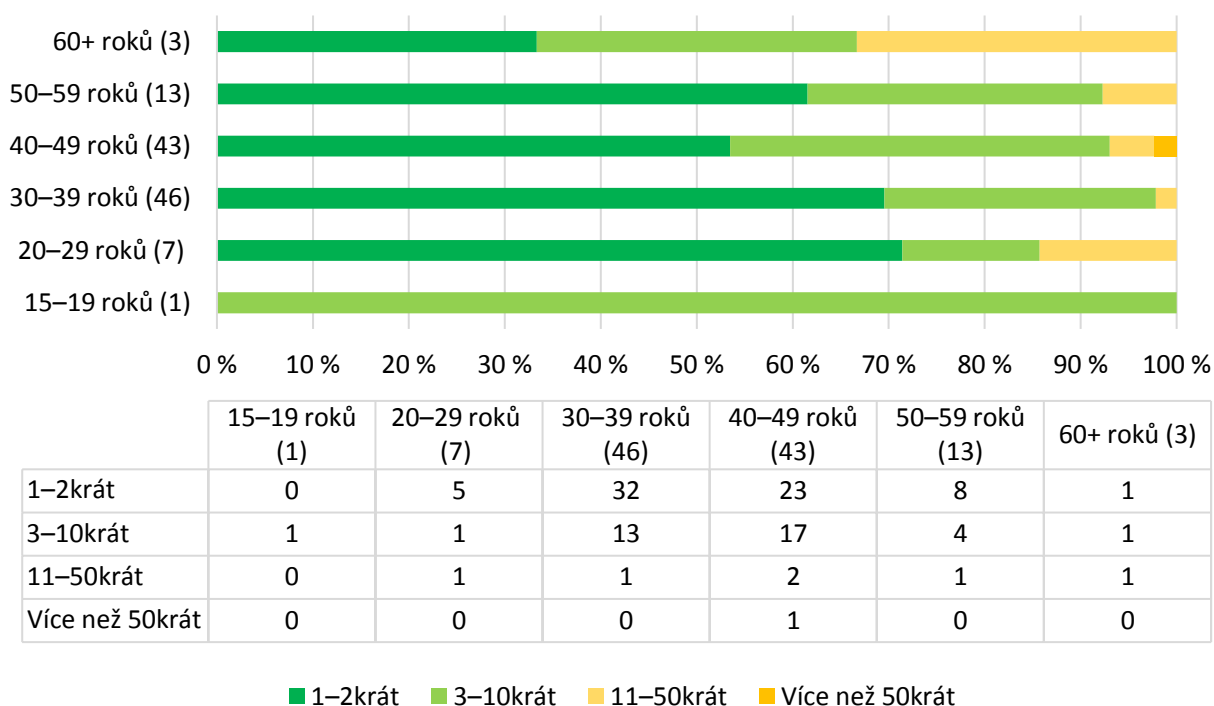
- Většina mužů, kteří mají sex s muži, měla během posledních dvanácti měsíců náhodného partnera. Nejčastěji se jednalo o 2–5 partnerů u mužů z větších sídel.
- Přestože použití kondomu při styku s nestálým partnerem, případně použití nekoitálních, méně ohrožujících forem sexu bylo mnohem častější než se stálým partnerem, alespoň jednou ho nepoužila při análním sexu třetina mužů, kteří náhodnou soulož měli.
- Pozitivním zjištěním je, že muži, kteří nepoužívali kondom, byli častěji testováni na infekci HIV.
- Při sexu se stálým partnerem dominuje styk bez kondomu. Ten převažuje i při styku s nestálým partnerem, aniž by byl znám HIV status partnera.
- Při posledním náhodném análním styku poměrně velký podíl (téměř třetina) respondentů neměla soulož, volili tedy nekoitální praktiky včetně orálního sexu. Z těch, kteří anální sex měli, pak většina mužů (55–60 %) měla styk s kondomem.
- Své náhodné partnery respondenti často hledali na mobilních seznamovacích aplikacích či internetových seznamkách a sex se obvykle odehrával v bytě jednoho z partnerů. Téměř polovina respondentů užíla při tomto sexu nějakou návykovou látku včetně alkoholu.

- Bylo by vhodné, aby se další výzkum zaměřil na hlubší porozumění sexuálnímu chování, vztahům a subjektivnímu vnímání těchto jevů.
- Je třeba prohlubovat preventivní působení v rámci cílené prevence v komunitě mužů majících sex s muži, která zahrnuje pravidelné vyšetřování na HIV a ostatní sexuálně přenosné choroby bez ohledu na subjektivní vnímání rizika a příznaků, užívání kondomu a lubrikantu, propagaci preexpoziciční profylaxe a dalších profylaktických preventivních metod.

3.3 Sex za úplatu

Za sex někdy zaplatilo (či použilo jinou formu úplaty) 232 mužů, tedy necelých 15 % souboru. Úplatou zde myslíme peníze, dárky nebo jinou formu odměny výměnou za sexuální služby. Téměř poloviční podíl z uvedených 232 mužů tak učinil v posledním roce (n = 115). Většinou se jednalo o jednorázovou zkušenost. Jen sedm mužů tak učinilo častěji než desetkrát (graf 27)

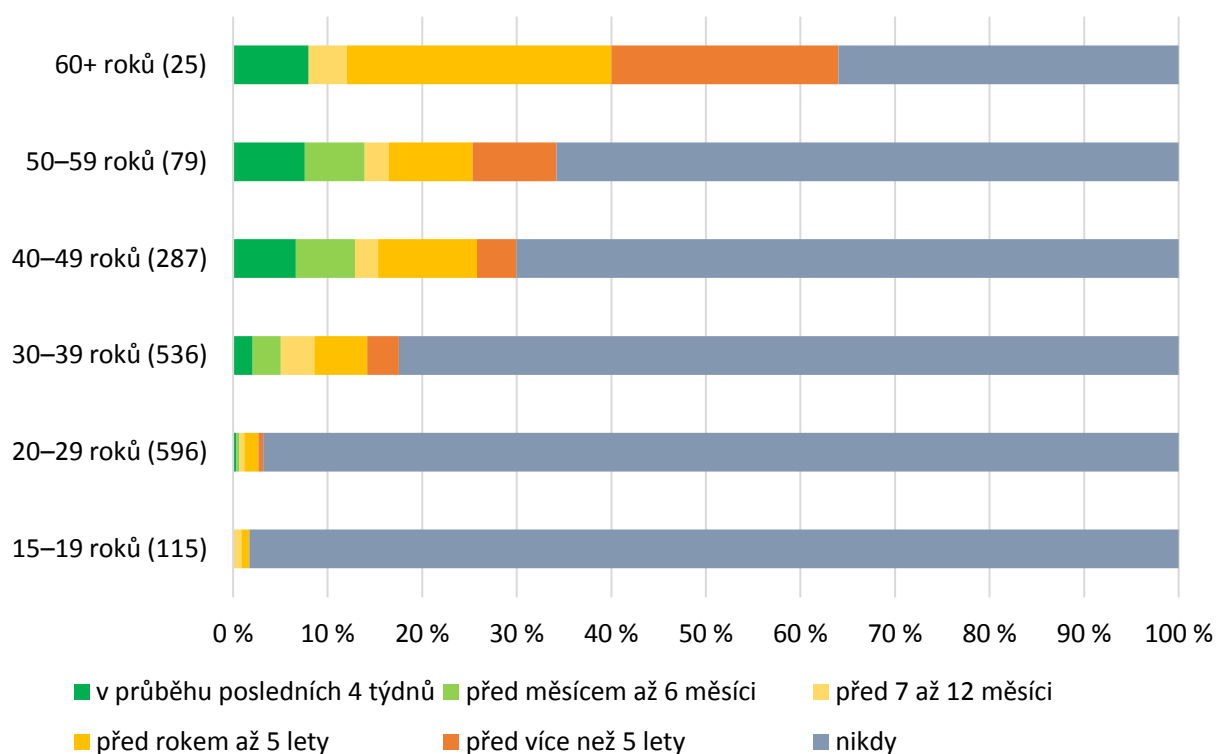
GRAF 27 NÁKUP SEXUÁLNÍCH SLUŽEB, DLE VĚKOVÝCH SKUPIN A ČETNOSTÍ, ZASTOUPENÍ ODPOVĚDÍ NA OTÁZKU: „KOLIKRÁT JSTE ZA POSLEDNÍCH 12 MĚSÍCŮ POSKYTL ÚPLATU JINÉMU MUŽI ZA TO, ABY S VÁMI MĚL SEX (ZAPLATIL JSTE ZA SEX S NÍM)?“



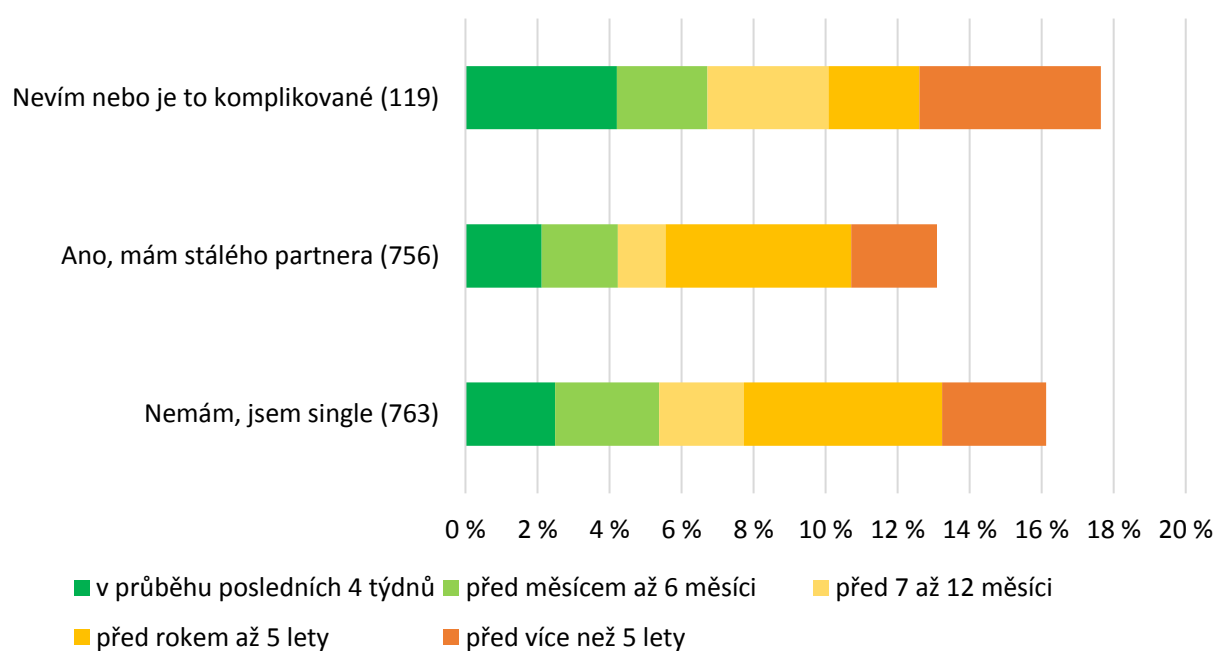
V Praze je jejich podíl mírně vyšší (17 %). S přibývajícím věkem je tato zkušenost častější (graf 28), v generaci 60+ je nadpoloviční podíl respondentů s touto zkušeností, ale jedná se o početně menší skupinu (n = 25). Častěji se jednalo o muže, kteří nemají stálého partnera nebo na tuto otázku odpověděli, že „je to komplikované“ (graf 29). Dosažené vzdělání neovlivnilo četnost úhrady respondenta za sex, méně vzdělaní muži pak sex poněkud častěji za peníze poskytovali.

Nejčastěji zaplatili za sex respondenti z Moravskoslezského kraje (graf 30), nejméně často v posledním roce pak z obou východočeských krajů a Vysočiny.

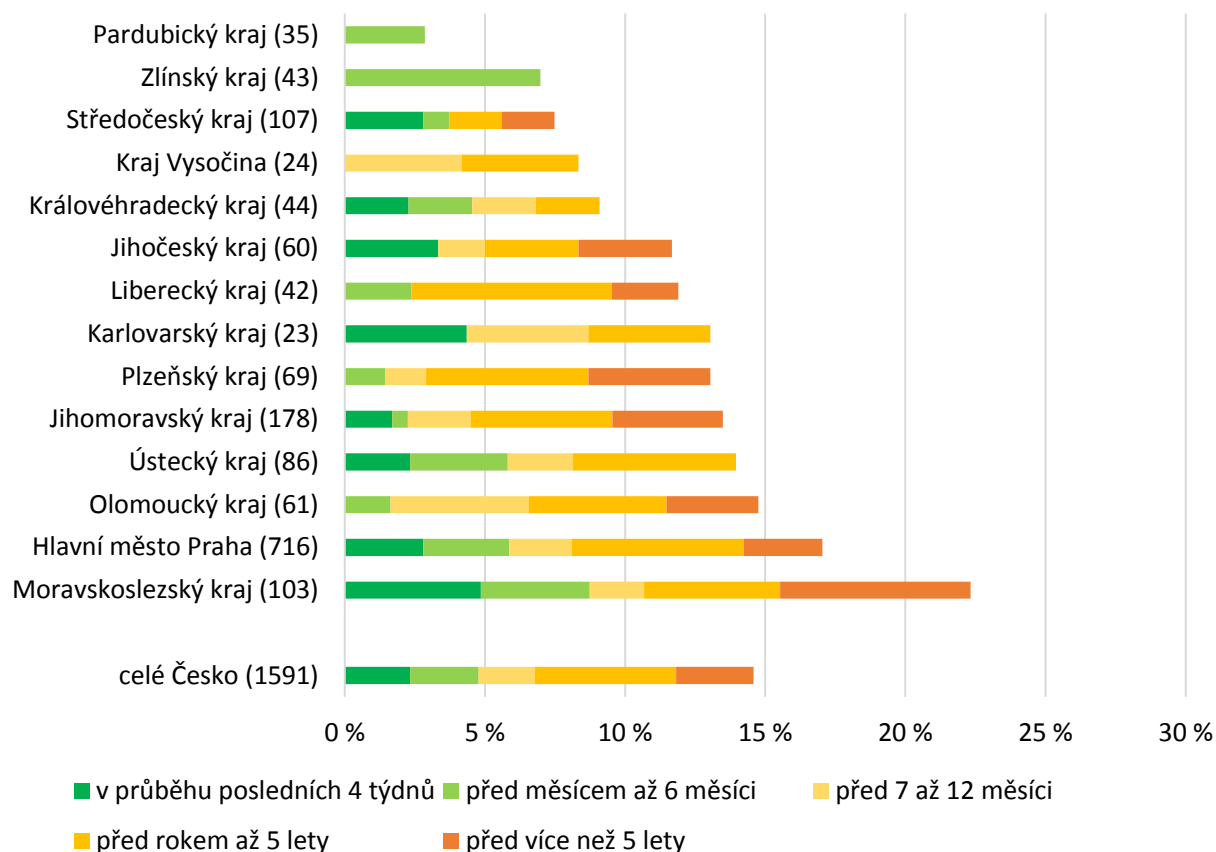
GRAF 28 NÁKUP SEXUÁLNÍCH SLUŽEB, DLE VĚKOVÉ SKUPINY, ZASTOUPENÍ ODPOVĚDÍ NA OTÁZKU: „KDY JSTE NAPOSLEDY ZAPLATIL JINÉMU MUŽI ZA TO, ABY S VÁMI MĚL SEX?“



GRAF 29 NÁKUP SEXUÁLNÍCH SLUŽEB, DLE PARTNERSKÉHO STATUSU

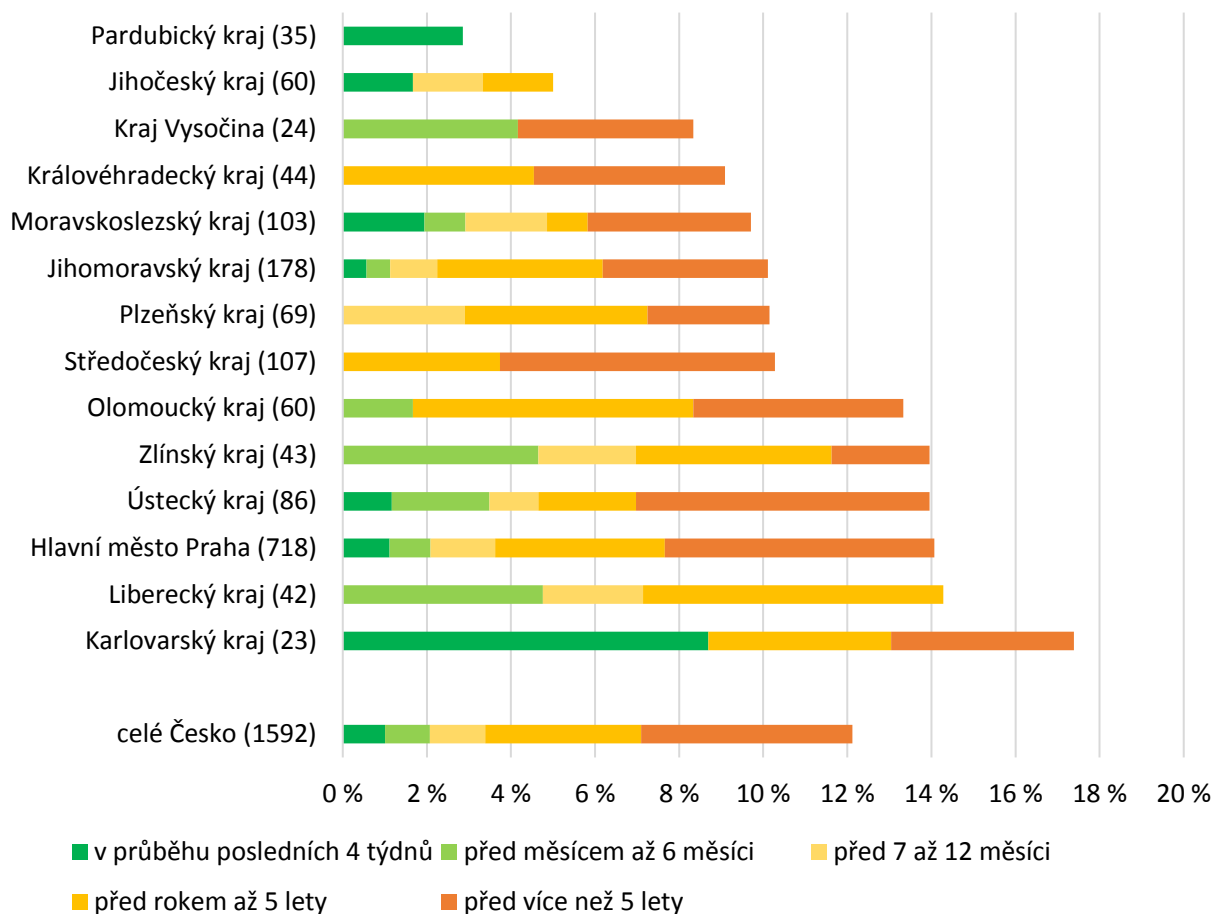


GRAF 30 NÁKUP SEXUÁLNÍCH SLUŽEB, DLE KRAJE



Naopak 199 mužů přijalo za sex úplatu (12 %). V posledním roce to byla rovněž menšina z nich ($n = 57$), nejčastěji z věkové kategorie 20–29 let. Jen devatenáct mužů tak učinilo častěji než třikrát. Nejčastěji za sex dostali zaplaceno respondenti z Karlovarského kraje, kde zřejmě hraje roli příhraniční sexuální turistika. Nejméně často pak z Pardubického kraje a v posledním roce takovou zkušenost neměl ani jeden respondent z Královéhradeckého a Středočeského kraje (graf 31).

GRAF 31 POSLEDNÍ PŘÍPAD PRODEJE SEXUÁLNÍCH SLUŽEB, DLE KRAJE, ZASTOUPENÍ ODPOVĚDÍ NA OTÁZKU: „KDY JSTE NAPOSLEDY POSKYTL JINÉMU MUŽI SEX ZA ÚPLATU (BEZ ODPOVĚDI "NIKDY")“



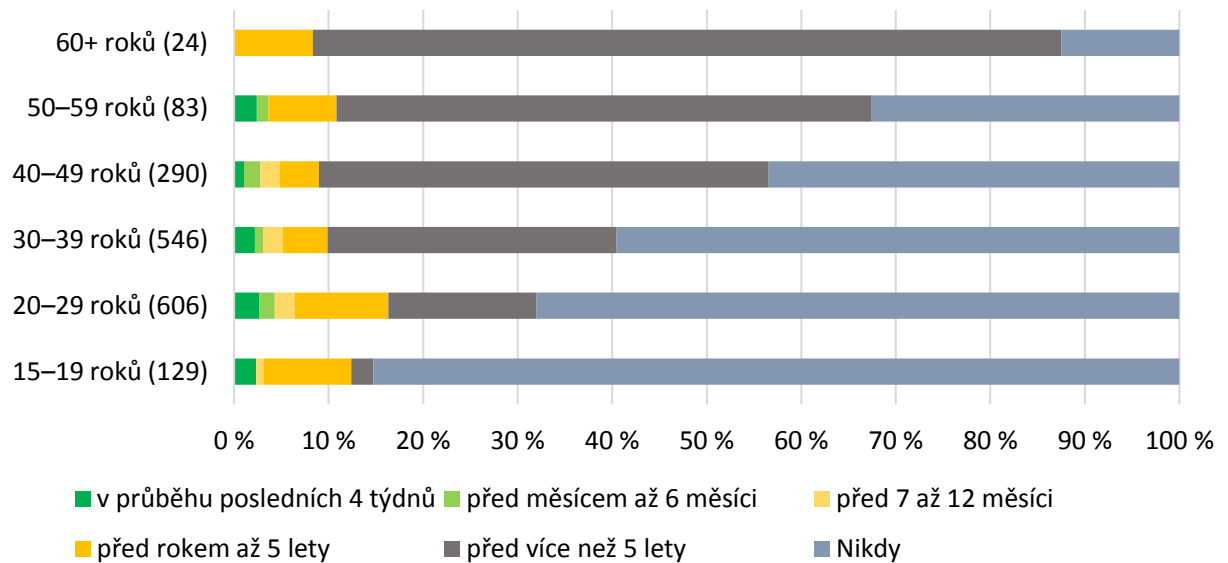
SHRNUTÍ A DOPORUČENÍ

- Za sex alespoň jednou zaplatila či dostala zaplacenou méně než šestina respondentů, u mnoha z nich se jednalo o starší zkušenost.
- S přibývajícím věkem respondenta stoupá pravděpodobnost, že za sex zaplatí. Naopak četnost úplaty je nejvyšší ve věkové kategorii 20–29 let.
- Dosažené vzdělání neovlivnilo četnost úhrady respondenta za sex, méně vzdělaní muži pak sex poněkud častěji za peníze poskytovali.

3.4 Sex se ženou

Necelé tři pětiny mužů (n = 1004) nikdy neměly sex se ženou. Více než čtvrtina mužů měla takový sex naposledy před více než pěti lety (n = 469, 28 %). Čím starší je respondent, tím je pravděpodobnější, že má heterosexuální zkušenost (graf 32). Tyto výsledky patrně zachycují žitou realitu starších mužů, kteří v minulosti čelili mnohem většímu „heteronormativnímu tlaku“, a jejich konformita k heterosexuální zkušenosti tak byla významně vyšší než dnes.

GRAF 32 POSLEDNÍ PŘÍPAD SEXU SE ŽENOU, DLE VĚKOVÝCH SKUPIN

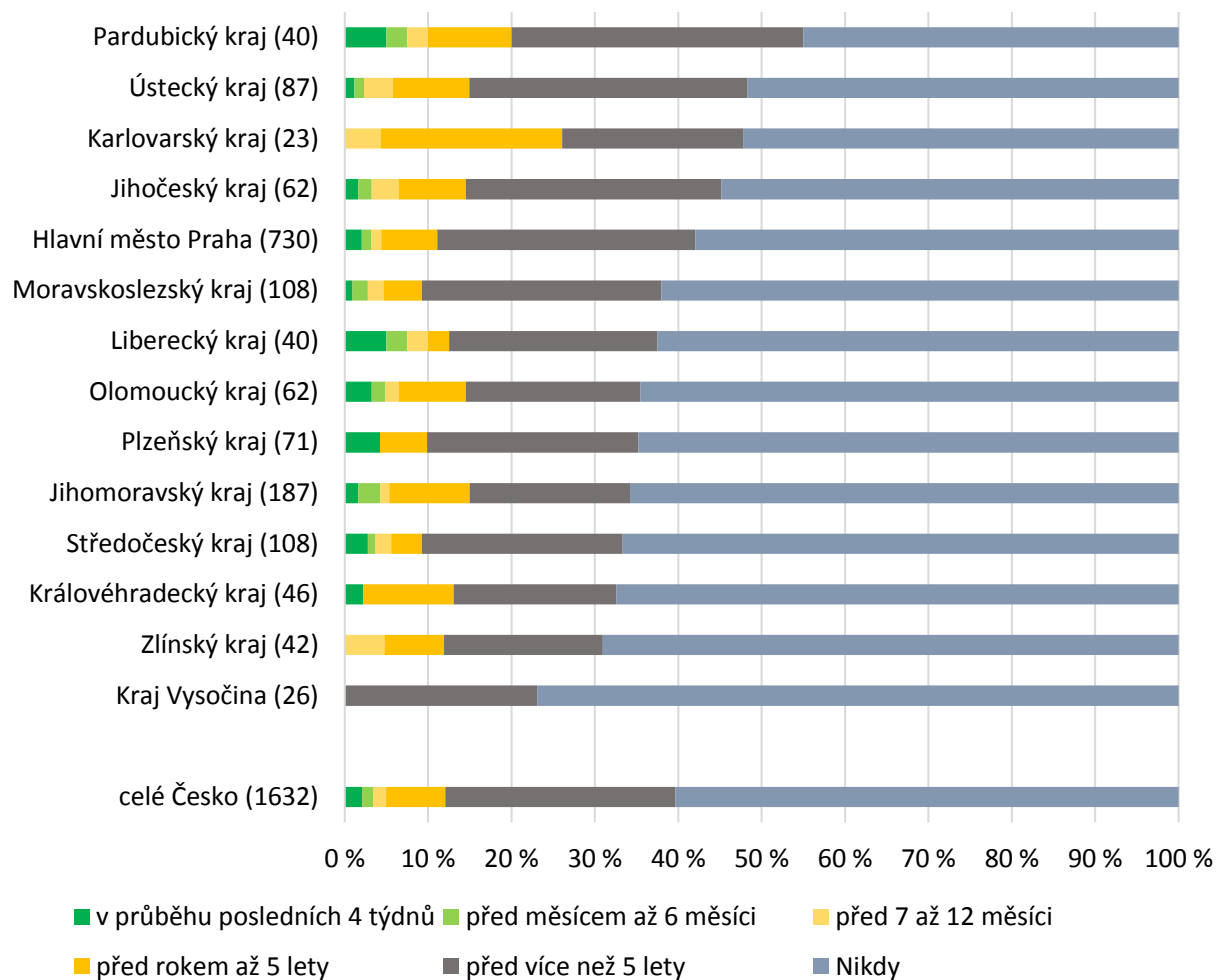


Jen dvacetina mužů měla sex se ženou i v posledních dvanácti měsících ($n = 88$, 5%). Nejvíce z nich je ve věkové skupině 20–29 let. Z hlediska krajů (graf 33) jsou respondenti s největším podílem zkušeností se sexuálním stykem se ženou nejvíce zastoupeni v Libereckém kraji (aktuálně v posledním roce mělo heterosexuální styk 10 % mužů) a Pardubickém kraji (celoživotní zkušenost měla více než polovina respondentů).

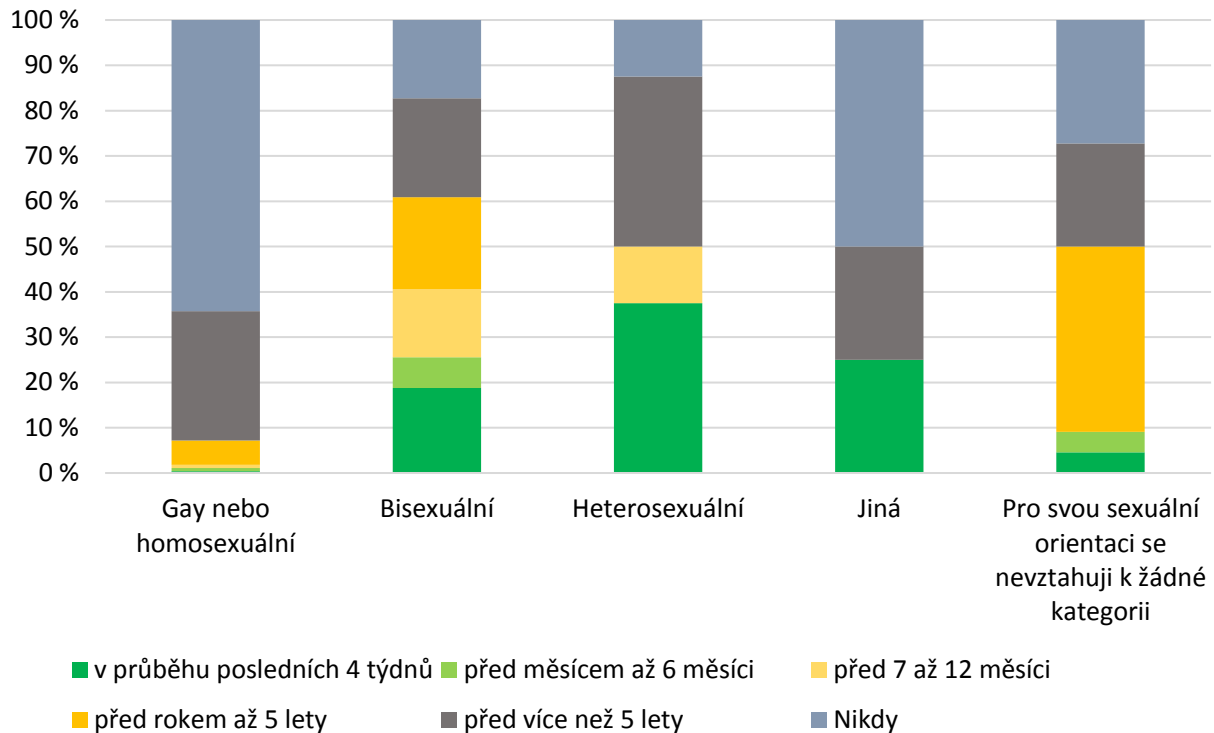
Více než dvě pětiny těch, kteří aktuálně mají heterosexuální styky, se identifikují jako bisexuálové nebo heterosexuálové. I tak téměř dvě třetiny bisexuálů a více než polovina heterosexuálů neměly v posledních dvanácti měsících pohlavní styk se ženou. Poněkud častěji měli celoživotně sex se ženou muži s vysokoškolským vzděláním, ale vzdělání již nerozlišovalo v četnosti aktuálních heterosexuálních styků (graf 34).

Většina respondentů ($n = 59$), kteří měli sex se ženou, ho měla s jedinou partnerkou. Přibližně stejný podíl mužů při heterosexuální souloži použil kondom vždy ($n = 33$) nebo nikdy ($n = 30$).

GRAF 33 POSLEDNÍ PŘÍPAD SEXU SE ŽENOU, DLE KRAJE



GRAF 34 POSLEDNÍ PŘÍPAD SEXU SE ŽENOU, DLE SEXUÁLNÍ SEBEIDENTIFIKACE/ORIENTACE



SHRNUTÍ A DOPORUČENÍ

- Heterosexuální styky nejsou ve zkoumaném souboru častým jevem. Ještě méně se objevují v posledních dvanácti měsících, kdy je uvádí jen dvacetina souboru. Jejich četnost je asociována s deklarovanou bisexuální či heterosexuální orientací.
- Čím starší je respondent, tím je pravděpodobnější, že měl během života heterosexuální zkušenost.
- Programy podpory přijetí vlastní sexuální orientace mohou dále snížit (i tak již nízkou) četnost heterosexuálních styků u ne-heterosexuálních mužů.

4 Prevence přenosu HIV/STI

4.1 Bezpečnější sex

K tomu, aby muži mohli praktikovat bezpečnější sex, potřebují příležitosti, schopnosti a motivaci. Studie na základě odpovědí o znalostech o bezpečnějším sexu (motivace), míře dostupnosti kondomů (příležitosti) a vnímané účinnosti, v angličtině self-efficacy (schopnosti) identifikovala nenaplněné potřeby v oblasti bezpečnějšího sexu.

Vnímaná účinnost vyjadřuje schopnost nastavit si vlastní míru rizika, respektive bezpečnosti v sexuálním chování a schopnost odmítnout sex, který tato měřítka nesplňuje. Respondenti měli ohodnotit, do jaké míry souhlasí s následujícími dvěma tvrzeními:

- Sex, který provozuji, je vždy tak bezpečný, jak si sám stanovím.
- Nemám problém říct „ne“ ve chvíli, kdy o sex nestojím.

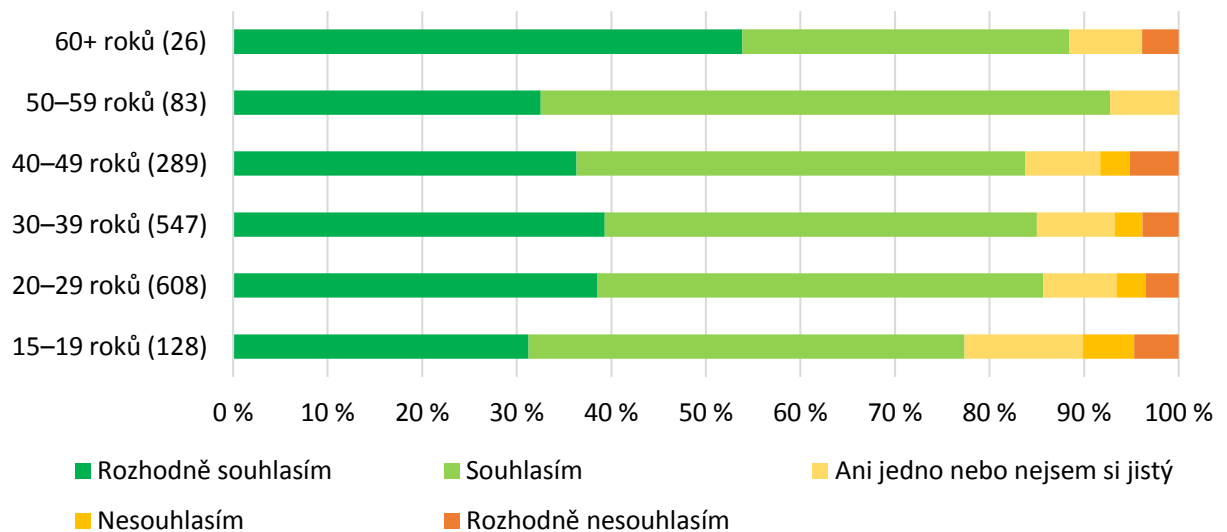
TABULKA 26 VLASTNÍ VNÍMANÁ ÚČINNOST (SELF-EFFICACY)

	<i>Sex, který provozuji, je vždy tak bezpečný, jak si sám stanovím (% odpovědí, n = 1682)</i>	<i>Nemám problém říct "ne" ve chvíli, kdy o sex nestojím (% odpovědí, n = 1680)</i>
Rozhodně nesouhlasím	3,8	2,4
Nesouhlasím	3,0	3,3
Ani jedno/nejsem si jistý	8,3	5,2
Souhlasím	47,1	41,1
Rozhodně souhlasím	37,8	47,5

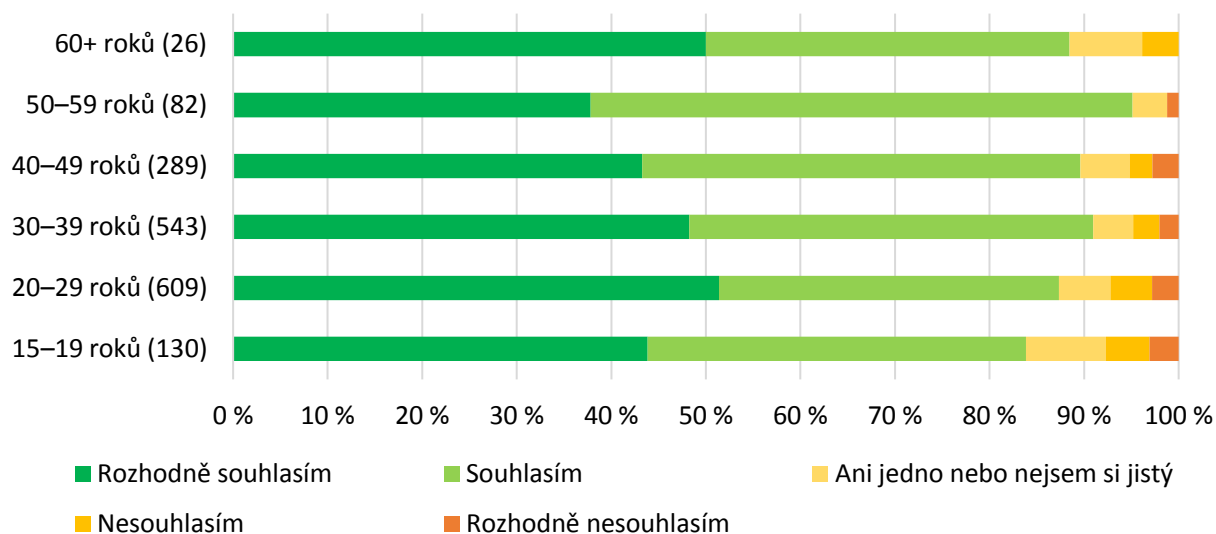
Celkem 15 % dotázaných vyjádřilo nesouhlas či nejistotu s tvrzením, že vždy provozují tak bezpečný sex, jak si sami stanoví. Jeden ze sedmi mužů tak nedosahuje dostatečné vnímané účinnosti. Mírně nižší procento mužů (11 %) uvedlo, že mají problém odmítnout sex, o který nestojí (tabulka 26).

Nejmenší míru vnímané účinnosti vykazují nejmladší respondenti ve věkové skupině 15–19 let, kteří uvádějí méně než 80 % souhlasných odpovědí u tvrzení, zda vždy provozují tak bezpečný sex, jak si sami stanoví (graf 35) a méně než 85 % souhlasných odpovědí o tvrzení, zda nemají problém odmítnout sex, o který nestojí (graf 36).

GRAF 35 VLASTNÍ VNÍMANÁ ÚČINNOST (SELF-EFFICACY) DLE VĚKU (HRANICE BEZPEČÍ), NA ZÁKLADĚ ODPOVĚDÍ NA OTÁZKU: „JE SEX, KTERÝ PROVOZUJI, VŽDY TAK BEZPEČNÝ, JAK SI SÁM STANOVÍM?“



GRAF 36 VLASTNÍ VNÍMANÁ ÚČINNOST (SELF-EFFICACY) DLE VĚKU (ODMÍTNUTÍ SEXU), NA ZÁKLADĚ ODPOVĚDÍ NA OTÁZKU: „NEMÁM PROBLÉM ŘÍCT "NE" VE CHVÍLI, KDY O SEX NESTOJÍM?“



Znalosti o přenosu HIV a STI byly ověřeny sérií otázek, v rámci kterých měli respondenti zhodnotit, zda znají některé základní skutečnosti ohledně přenosu HIV a STI (tabulka 27). Míra základních znalostí o přenosu HIV a STI byla obecně vysoká. Nedostatečné znalosti nicméně respondenti prokázali u nemožnosti přenosu HIV líbáním (nevědělo 14,4 %), existenci asymptomatických STI (nevědělo 21,6 %) a rozdílné míře virulence HIV oproti jiným STI (nevědělo 33,6 %).

TABULKA 27 ZNALOSTI O PŘENOSU HIV A STI

Následující výroky jsou pravdivé. Věděl jste, že...	Věděl jsem	Nebyl jsem si jistý	Nevěděl jsem	Tomuto nerozumím	Nevěřím tomu
<i>HIV se nemůžete nakazit líbáním, protože slinami se vir HIV nešíří?</i>	85,6	10,6	1,8	0,0	2,0
<i>HIV se můžete nakazit, pokud nepoužijete kondom, a to i pokud neejakulujete do partnera/partnerky, jak při vaginálním, tak análním styku?</i>	90,0	6,8	2,5	0,4	0,4
<i>HIV se můžete nakazit, pokud jste v pozici pasivního a váš partner po celou dobu styku s vámi nepoužije kondom?</i>	95,0	2,9	1,8	0,1	0,1
<i>většina pohlavně přenosných infekcí se šíří snáz než HIV?</i>	66,4	18,0	14,8	0,4	0,4
<i>protože často nemají žádné průvodní příznaky, lidé si mnohdy nejsou vědomi toho, že jsou pohlavně přenosnou infekcí nakaženi?</i>	78,4	13,9	6,9	0,4	0,4
<i>správné užívání kondomu po celou dobu pohlavního styku snižuje pravděpodobnost nákazy, nebo přenosu pohlavně přenosné infekce, včetně HIV?</i>	97,4	1,4	0,7	0,3	0,2

Dostupnost informací o HIV a STI je v cílové skupině MSM rovněž vysoká – 80 % dotázaných uvedlo, že za posledních 24 hodin až 6 měsíců vidělo nebo slyšelo informace o HIV nebo STI, které byly specificky určené mužům majícím sex s muži. Zároveň se informovanost od doby posledního průzkumu zlepšila – oproti 80 %

v EMIS 2017 na identickou otázku ve výzkumu EMIS 2010 odpovědělo pouze 63 % dotázaných (The EMIS Network, 2013).

Míra informovanosti se přitom téměř neliší mezi jednotlivými věkovými skupinami (rozpětí odpovědí mezi 75 % a 84 %, 10leté věkové intervaly). Pouze 2,8 % dotázaných uvedlo, že se s podobnými informacemi v životě nikdy nasetkalo, nejčastěji se tato odpověď vyskytovala u nejmladší věkové skupiny (5,8 % odpovědí ve věkovém intervalu 15–19 let).

Následná série otázek sledovala znalosti respondentů týkající se viru a infekce HIV, testování a léčby. Míra znalostí byla vysoká s rozpětím odpovědí potvrzujících znalost informace mezi 92,6 % a 98,3 % (tabulka 28). Jedinou věkovou skupinou vykazující mírně nižší povědomí byli respondenti z nejmladší věkové skupiny 15–19 roků (rozpětí odpovědí potvrzujících znalost informace mezi 80,8 % a 96,9 %).

TABULKA 28 ZNALOSTI O HIV

Následující výroky jsou pravdivé. Věděl jste, že...	Ano, věděl (%)
AIDS je způsoben virem HIV?	98,3
podle vzhledu nelze poznat HIV status člověka?	94,2
existuje test, který dokáže odhalit virus HIV v těle?	98,1
virus HIV je detekovatelný až po několika týdnech?	92,6

Významně nižší bylo povědomí o významu léčby jako prostředku prevence, tj. ohledně neinfekčnosti účinně léčených HIV pozitivních osob s nedetekovatelnou virovou náloží (undetectable=untransmittable, U=U). Znalost U=U uvedlo 63,1 % respondentů. Nejnižší míru informovanosti vykazovala opět nejmladší věková skupina 15–19 let, v níž pouze 43,4 % respondentů vědělo, že lidé s nedetekovatelnou virovou náloží nemohou přenášet HIV (tabulka 29). Je potřeba podotknout, že U=U je empiricky ověřený přístup, který je ale funkční pouze za určitých podmínek, mezi něž zejména patří setrvalé nedetekovatelná virová nálož v průběhu půl roku (doložená provedením alespoň dvou kontrol) a adherence k léčbě (Eisinger et al., 2019).

TABULKA 29 ZNALOSTI O LÉČBĚ HIV

Následující výroky jsou pravdivé. Věděl jste, že...	Ano, věděl (%)
v současné době je infekce HIV nevyléčitelná?	95,5
infekci HIV lze pomocí léků dostat pod kontrolu a snížit tak dopad na zdraví HIV pozitivní osoby?	96,0
pomocí efektivní léčby lze snížit tzv. virovou nálož na nedetekovatelné minimum?	
Při nedetekovatelné virové náloži se virus na sexuální partnery HIV pozitivního nepřenáší.	63,1

Znalost, že užívání kondomu po celou dobu pohlavního styku snižuje pravděpodobnost nákazy nebo přenosu pohlavně přenosné infekce včetně HIV, mělo celkově 97,4 % respondentů. Ve věkové kategorii 15–39 let to bylo 97,6 % a v kategorii nad 40 roků 96,7 %, takže znalost byla podobná v celém rozmezí věku respondentů.

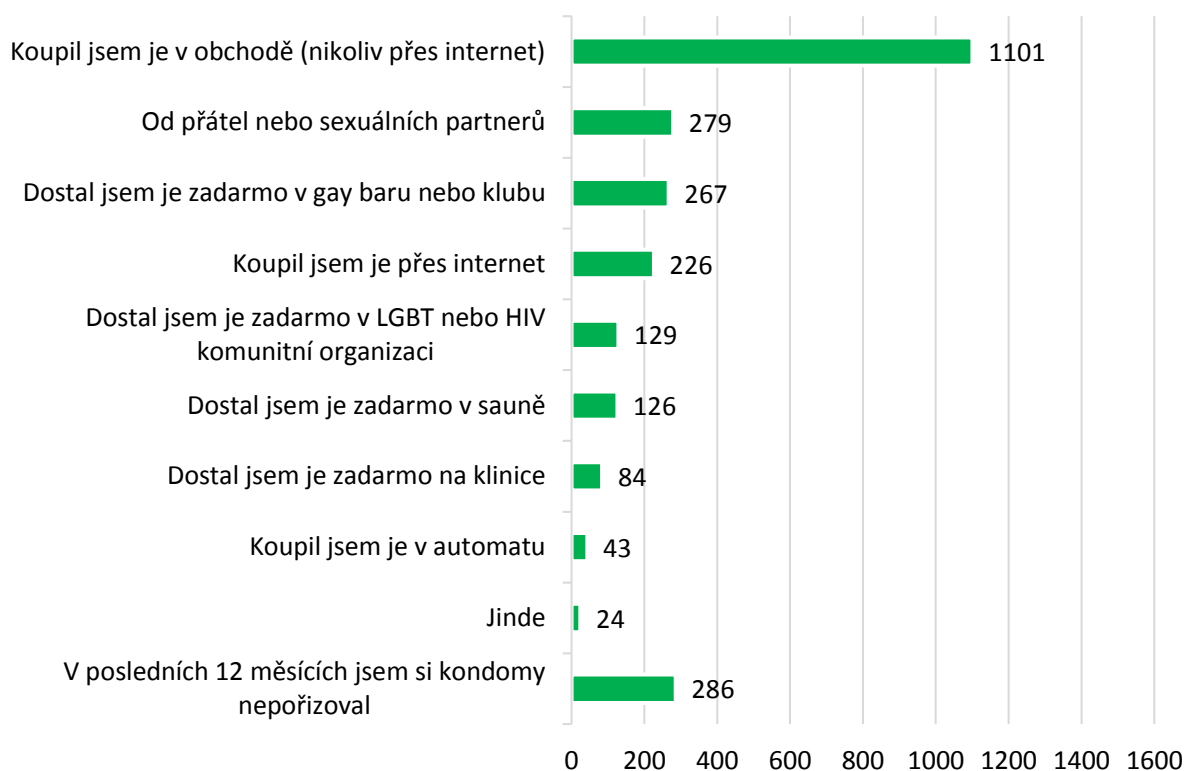
Dostupnost kondomu je dalším předpokladem bezpečnějšího sexu. Více než čtvrtina mužů (465, tj. 27,7 %) v dotazníku uvedla, že měla v průběhu posledních 12 měsíců pohlavní styk bez kondomu z toho důvodu, že zrovna nebyl žádný kondom k dispozici. Podíl takových respondentů klesá s věkem, v kategorii 15–29 roků dosahuje 31,5 %, ale v kategorii 60 a více let jen 16,0 %. Pražští respondenti uvedli tuto situaci ve 25,1 %, zatímco mimopražští ve 30,4 %.

Na otázky ohledně pořizování kondomů odpovědělo 1678 z 1688 respondentů. Z nich jedna šestina, 286 mužů (16,9 %), deklarovala, že si v posledních 12 měsících kondomy nepořizovala. Mezi 1392 muži, kteří

uvedli, že si kondomy pořizovali, je většina (79,1 %) získávala v kamenných obchodech. Dále si je muži často obstarávali od přátel či sexuálních partnerů (20,0 %) a v gay barech nebo klubech (19,2 %). Uvedené procento poukazuje na důležitost distribuce kondomů v těchto zařízeních. Každý řádek v grafu 37 zaznamenává absolutní počty kladných odpovědí respondentů z celkového počtu 1678 respondentů. Bylo možno uvést více možností, kde si respondenti kondomy pořizují.

Podíl nákupů v obchodě byl poněkud nižší v nejmladších věkových kategoriích (15–19 let: 62,5 %, 20–29 let: 68,2 %), naopak v kategorii 60 a více let je nejčastěji nakupuje 80 % respondentů. V Praze byl v porovnání s ostatními částmi republiky vyšší podíl respondentů, kteří uváděli, že kondom dostali zadarmo na klinice, v gay baru, v sauně či v komunitní organizaci (17,5 % vs. 5,2 %).

GRAF 37 POŘIZOVÁNÍ KONDOMŮ V PRŮBĚHU POSLEDNÍCH 12 MĚSÍCŮ (N=1678)



Na otázku, kde nejčastěji získávají kondomy, uvedlo z 1392 respondentů 57,2 % nákup v obchodě, 9,1 % nákup přes internet, 4,7 % bezplatné získání v gay baru či klubu, 4,5 % od přátel či sexuálních partnerů, 2,5 % v LGBT či HIV komunitní organizaci a 2,2 % v sauně. Ostatní uvedli jiné možnosti, které v součtu dávají 1,9 % respondentů.

SHRNUTÍ A DOPORUČENÍ

- Studie ukazuje na obecně dobrou míru znalostí o přenosu HIV a STI, nicméně zároveň identifikuje konkrétní nenaplněné potřeby v oblasti primární prevence, např. nedostatečné znalosti o asymptomatických STI a vyplývající potřebu častějšího STI testování.
- Nejnižší míra znalostí o HIV/STI byla u nejmladších respondentů (15–19 let), tato cílová skupina si zaslouží specifickou komunitní edukační kampaň.
- Téměř 40 % dotázaných ovšem nemělo dostatečné povědomí o U=U. Široká komunitní znalost významu antiretrovirové léčby v prevenci HIV je přitom důležitá hned ze dvou důvodů: snižuje stigmatizaci osob žijících s HIV a snižuje bariéry testování HIV.

- Část mužů (zejména ti v nejnižší věkové skupině) nemá dostatečné schopnosti vyjednávat o takovém sexu, který by chtěli. Komunitní programy by měly cíleně obsahovat trénink asertivity v sexuálním kontextu, který umožní MSM lépe vyjednávat o pravidlech bezpečnějšího sexu.
- Dostupnost kondomů zůstává neuspokojenou potřebou části MSM populace (28 % dotázaných uvedlo, že mělo v průběhu posledních 12 měsíců pohlavní styk bez kondomu z toho důvodu, že zrovna nebyl žádný kondom k dispozici) a upozorňuje na potřebu podpory komunitních programů distribuce kondomů v místech, kde se setkávají MSM.

4.2 Postexpoziční profylaxe (PEP)

Postexpoziční profylaxe (PEP) je nástroj prevence spočívající v užívání antiretrovirových léků po určitou dobu bezprostředně po expozici HIV. Účinky PEP jsou známy již téměř dvacet let, PEP je součástí českých i zahraničních doporučených postupů (Snopková et al., 2019; ECDC, 2015; EACS, 2018). K tomu, aby PEP byla účinným nástrojem prevence, musí lidé vědět, že byli (pravděpodobně) vystaveni HIV, mít povědomí o PEP a vědět, jak k ní získat přístup.

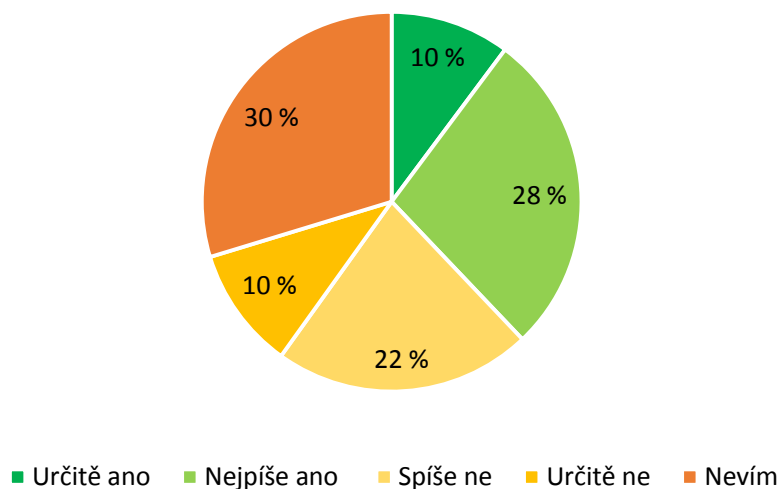
Znalosti o postexpoziční profylaxi mezi účastníky průzkumu byly omezené – zhruba pouze polovina dotazovaných o PEP někdy slyšela, 38 % dotazovaných PEP neznalo, 13 % si nebylo jistých. Míra znalostí o PEP se u jednotlivých podotázek různila, nejnižší povědomí bylo o faktu, že PEP je kombinace léčiv proti HIV, která se užívají po dobu jednoho měsíce (tabulka 30).

TABULKA 30 ZNALOSTI O POSTEXPOZIČNÍ PROFYLAXI (N = 1673–1681)

Následující výroky jsou pravdivé. Věděli jste, že...	Ano, věděl (%)	Nebyl jsem si jistý (%)	Ne, nevěděl (%)	Tomuto nerozumím (%)	Nevěřím tomu (%)
<i>PEP dokáže zastavit šíření infekce HIV poté, co je osoba vystavena viru?</i>	41,7	15,8	38,2	2,7	1,7
<i>PEP je kombinace léčiv proti HIV, která se užívají po dobu jednoho měsíce?</i>	26,9	14,9	56,1	1,5	0,6
<i>PEP by měla být zahájena co nejdříve po expozici virem, pokud možno v rámci hodin?</i>	40,4	12,2	45,8	1,1	0,4

Celkem 68 dotázaných (4,4 %) se někdy pokusilo PEP získat, ovšem pouhých 16 ji i získalo a užívalo (0,9 %). Dalších 43 dotázaných uvedlo, že PEP nesehnali, 9 uživatelů možnost léky užívat mělo, ale rozhodlo se profylaxi nepodstoupit. Na dotaz pro HIV pozitivní respondenty, zda se pokoušeli užívat PEP předtím, než jim bylo diagnostikováno HIV, odpověděli kladně tři; dva z nich se ovšem k PEP nedostali, jeden PEP získal, ale rozhodl se profylaxi neužít. Necelá polovina respondentů se vyjádřila pozitivně k dotazu, zda by se v případě potřeby byla schopná k PEP dostat, naopak jedna třetina vyjádřila obavy, že by PEP zřejmě nesehnala (graf 38).

GRAF 38 SUBJEKTIVNĚ VNÍMANÁ DOSTUPNOST POSTEXPOZIČNÍ PROFYLAXE, ZASTOUPENÍ ODPOVĚDÍ NA OTÁZKU: „DOMNÍVÁTE SE, ŽE BYSTE POSTEXPOZIČNÍ PROFYLAXI SEHNAL, POKUD BY BYLA POTŘEBA?“ (N=1551)



SHRNUTÍ A DOPORUČENÍ

- Studie ukázala nízké povědomí o PEP, kdy každý druhý respondent neměl o PEP žádné nebo jen nedostatečné povědomí.
- Studie ovšem naznačila i omezenou dostupnost PEP – dvě třetiny respondentů, kteří se PEP pokusili získat, neuspěli. Výsledky studie nedávají přímou odpověď na to, jaké jsou důvody nízké dostupnosti a v jaké míře jde o kombinaci fyzické, informační či finanční (ne)dostupnosti.
- Z výsledků je nicméně zřejmé, že při kombinaci nízkého povědomí a nízké dostupnosti je reálný dopad PEP na prevenci HIV v Česku malý.
- Preventivní komunitní programy by se měly zaměřit na zlepšení informovanosti klíčové populace o PEP. Národní program by měl analyzovat bariéry dostupnosti PEP a zavést změny v systému prevence vedoucí k její vyšší dostupnosti klíčovým populacím.

4.3 Preexpoziční profylaxe (PrEP)

Preexpoziční profylaxe (PrEP) je nástroj prevence spočívající v užívání antiretrovirových léků HIV negativními osobami s vysokým rizikem nákazy HIV. PrEP má prokázanou vysokou účinnost přesahující 90 % (Riddell et al., 2018) a je součástí zahraničních doporučených postupů (EACS, 2018; WHO, 2019; ECDC, 2019). V Česku vznikla na základě mezinárodních a národních metodických postupů (WHO 2019, ECDC 2019, Dlouhý 2018) příslušná doporučení v roce 2018 (Pitoňák, 2018b; 2018c). Aby muži z klíčové populace mohli PrEP efektivně využívat jako nástroj prevence, potřebují mít o profylaxi povědomí, PrEP musí být dostupná a muži musí být motivováni profylaxi užívat.

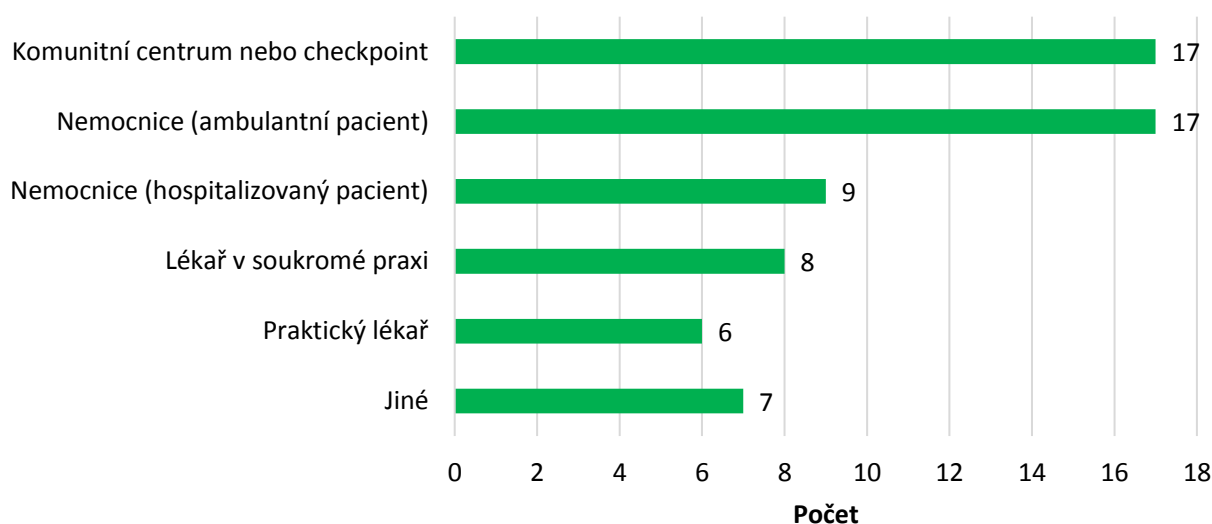
Znalosti o preexpoziční profylaxi mezi dotazovanými byly na podobné úrovni jako znalosti o PEP – 52,2 % respondentů o PrEP slyšelo, zbývající účastníci průzkumu buď o PrEP nikdy nic neslyšeli (41,2 %) nebo si nebyli jistí (6,5 %). Kvalita znalosti o PrEP byla nižší než u PEP (rozpětí kladných odpovědí potvrzujících znalosti u jednotlivých podotázek se pohybovalo od 10,6 % do 38,6 %, viz tabulka 31). Nejnižší míra znalosti o PrEP byla zaznamenána u informace o možnosti intermitentního užití PrEP (PrEP on demand), kdy téměř 80 % dotazovaných o této možnosti nevědělo.

TABULKA 31 ZNALOSTI O PREEKPOZIČNÍ PROFYLAXI (N=1666–1676)

Následující výroky jsou pravdivé. Věděli jste, že...	Ano, věděl (%)	Nebyl jsem si jistý (%)	Ne, nevěděl (%)	Tomuto nerozumím (%)	Nevěřím tomu (%)
<i>PrEP funguje tak, že HIV negativní osoba užívá léky před a po sexu léky, které zabraňují nákaze?</i>	38,6	11,9	47,1	1,6	0,9
<i>PrEP se může užívat denně, pokud osoba, která ji užívá, předem neví, kdy bude mít sex?</i>	33,3	13,3	51,1	1,4	0,9
<i>pokud si je uživatel PrEP vědom, že bude mít v následujících 24 hodinách sex, musí PrEP užít v dvojité dávce před sexem a následně po 24 a 48 hodinách po dvojité dávce?</i>	10,6	8,3	78,3	1,9	0,8

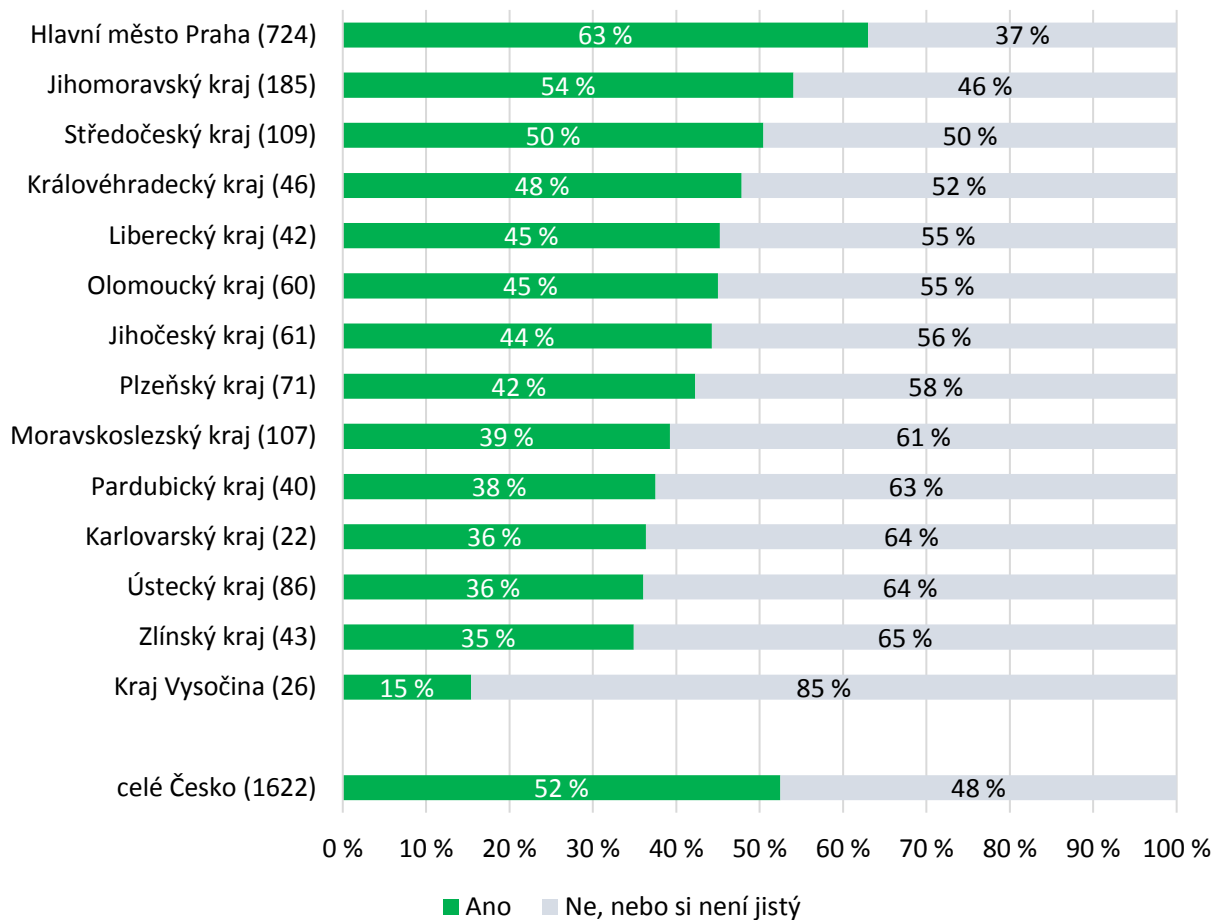
Studie ukázala i na nízkou míru poskytování informací o PrEP ze strany zdravotnického personálu – pouze 60 (3,6 %) účastníků průzkumu uvedlo, že s nimi na téma PrEP zdravotnický personál v určitém zařízení hovořil; někteří z nich uvedli více zařízení. Nejčastěji bylo jako místo, kde byla informace o PrEP poskytnuta, uvedeno komunitní centrum/checkpoint a ambulance lékaře v nemocnici (graf 39).

GRAF 39 MÍSTO INFORMOVÁNÍ O PREEKPOZIČNÍ PROFYLAXI (N=60)

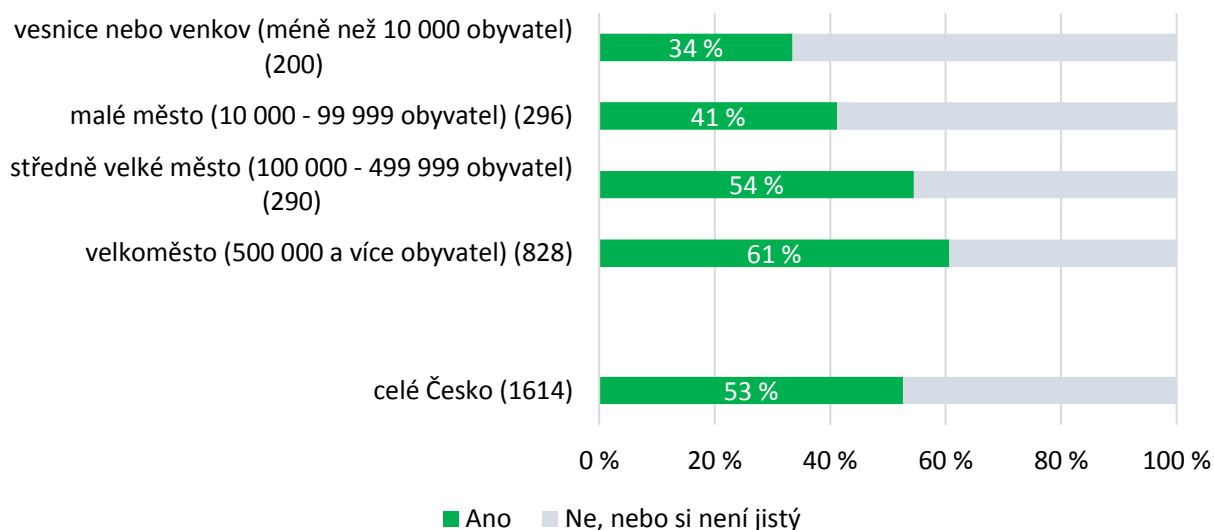


Informovanost o PrEP se rovněž značně liší regionálně (graf 40). Nejméně informací o PrEP mají muži na Vysočině (15 % někdy slyšelo o PrEP), naopak nejvíce informovaní jsou muži v Praze (63 %). Tato skutečnost může být způsobena relativně vysokou mírou koncentrace informačních a preventivních aktivit v hlavním městě, ale také dalšími faktory, které v rámci této studie nebyly sledovány. Data ale naznačují, že velikost měst v informovanosti o PrEP může hrát významnou roli, informovanost významně klesá se snižující se velikostí sídel (graf 41).

GRAF 40 INFORMOVANOST O PREEXPOZIČNÍ PROFYLAXI, DLE KRAJŮ, ZASTOUPENÍ ODPOVĚDÍ NA OTÁZKU: „SLYŠEL JSTE NĚKDY O PREP?“



GRAF 41 OBEZNÁMENOST S PREEXPOZIČNÍ PROFYLAXÍ, DLE VELIKOSTI SÍDLA, ZASTOUPENÍ ODPOVĚDÍ NA OTÁZKU: „SLYŠEL JSTE NĚKDY O PREP?“



Regionální rozdíly jsou výrazné i při souhrnném porovnání znalostí o PrEP a PEP. Respondenti byli dotazováni na své znalosti o šesti následujících základních faktech týkajících se PrEP a PEP:

Fakta o PrEP:

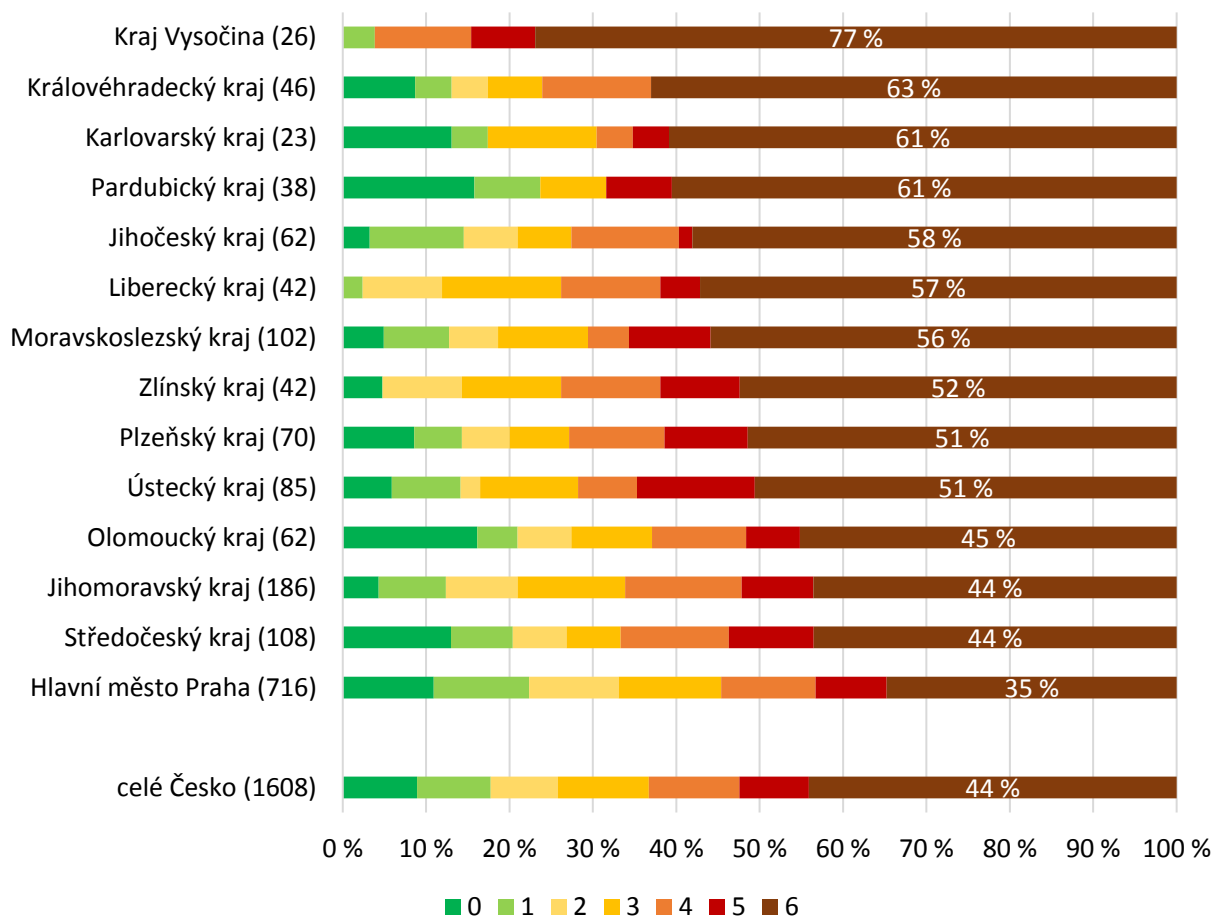
- Preexpoziční profylaxe (PrEP) funguje tak, že HIV negativní osoba užívá léky před, ale také po sexu.
- PrEP se rovněž může užívat denně, a to pokud osoba, která jej užívá, předem neví, kdy bude mít sex.
- Pokud si je uživatel PrEP vědom, že bude mít v následujících 24 hodinách sex, musí PrEP užít v dvojitě dávkce, přibližně 24 hodin dopředu a následně po 24 a 48 hodinách, rovněž ve zdvojené dávkce.

Fakta o PEP:

- Postexpoziční profylaxe (PEP) dokáže zastavit šíření infekce HIV poté, co je osoba vystavena viru (například během pohlavního styku bez použití kondomu).
- PEP je kombinace léčiv proti HIV, která se užívají po dobu jednoho měsíce.
- Léčba PEP by měla být zahájena co nejdříve po expozici virem, pokud možno v rámci hodin.

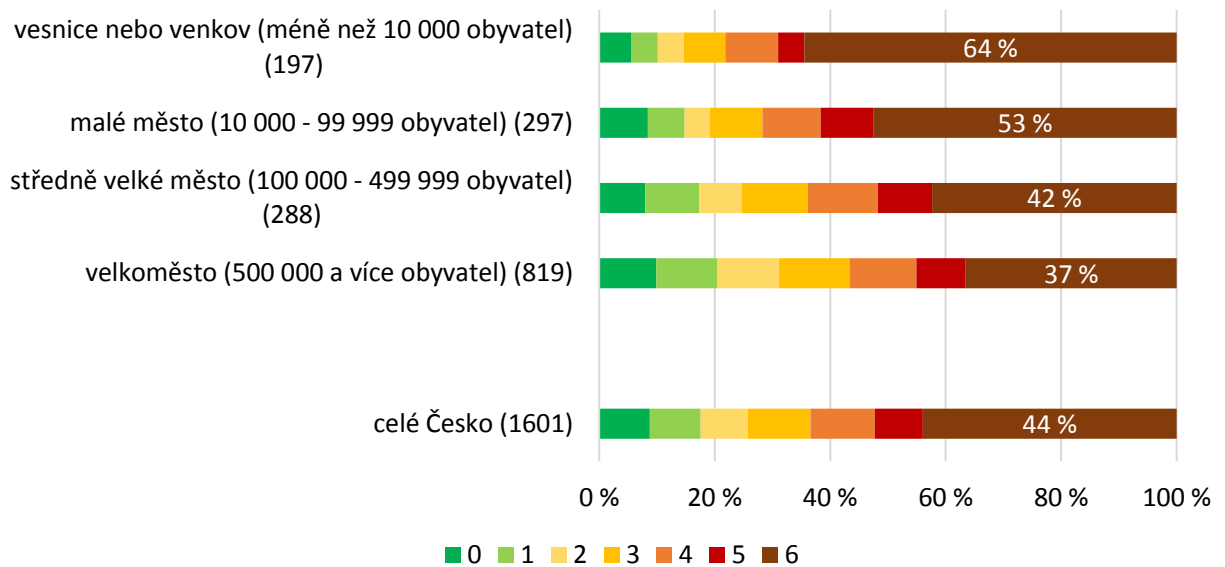
Nejmenší míru znalostí vykazali respondenti v kraji Vysočina a Královéhradeckém kraji, v nichž 77 %, resp. 63 %, neznalo žádnou z těchto informací. Nejlepší informovanost naopak, nepřekvapivě, prokázali respondenti z Prahy, tedy největšího města s relativně nejvyšší koncentrovaností preventivních aktivit (graf 42).

GRAF 42 NEZNALOST ŠESTI FAKTŮ TÝKAJÍCÍCH SE PREEXPOZIČNÍ A POSTEXPOZIČNÍ PROFYLAXE, POČET NEOBEZNÁMENOSTÍ DLE KRAJŮ (N=1608)



Obdobně jako v případě základní informovanosti o PrEP, je i informovanost o PrEP a PEP značně nízká na venkově, klesá s velikostí sídla respondenta (graf 43).

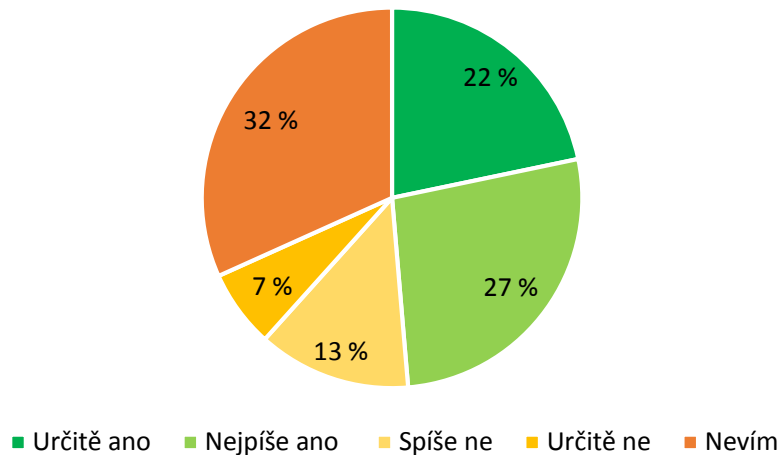
GRAF 43 NEZNALOST ŠESTI FAKTŮ TÝKAJÍCÍCH SE PREEXPOZIČNÍ A POSTEXPOZIČNÍ PROFYLAXE, POČET NEOBEZNÁMENOSTÍ DLE VELIKOSTI SÍDLA (N=1601)



Na otázky vztahující se k dostupnosti PrEP odpovědělo 76 dotazovaných (4,5%), že se někdy pokusilo PrEP získat, ovšem pouhých 10 respondentů ji i užívalo (6 v denním dávkování, 4 v intermitentním užívání). Pouze jeden uživatel PrEP uvedl získání PrEP na recept předepsaný odborným lékařem. Odpovědi na dotaz, kde došlo k získání léků na PrEP, zahrnovaly praktického lékaře, soukromou ambulanci, nemocnici, komunitní centrum a kamennou lékárnou. Celkem 4 uživatelé uvedli nákup PrEP v online lékárně. Nikdo nevěděl, že by jako PrEP užíval některý z léků určených k PEP, 2 uživatelé nicméně uvedli užití ART léčiv někoho jiného jako PrEP. Odpovědi respondentů ukazují, že část uživatelů PrEP získává profylaxi mimo zdravotnický systém z šedého, případně černého dovozu a užívá ji bez lékařského dohledu (tzv. wild-PrEP). Zahraniční výzkum naznačuje, že k užívání wild-PrEP uživatele vede zejména nečinnost tvůrců politik ochrany veřejného zdraví zapříčiňující nedostupnost PrEP (Galea et al., 2017).

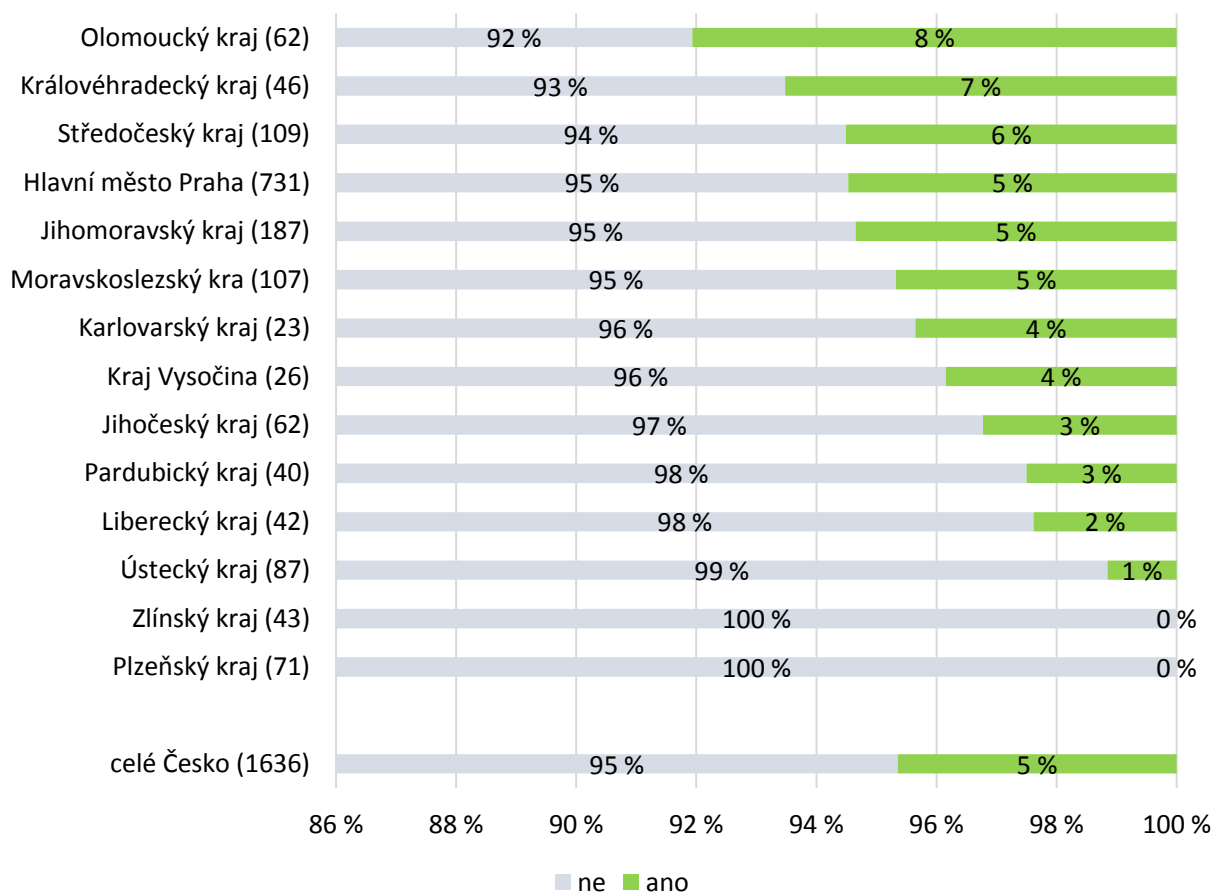
Z dalších výsledků, které ukazují na míru poptávky po PrEP, je zřejmé, že mezi dotazovanými převládá relativně vysoká ochota PrEP užívat, pokud by byl dostupný (fyzicky a cenově) – téměř polovina dotázaných se vyjádřila kladně, jedna třetina respondentů si nebyla odpovědí jistá (graf 44).

GRAF 44 OCHOTA POUŽÍT PREEXPOZIČNÍ PROFYLAXI, ZASTOUPENÍ ODPOVĚDÍ NA OTÁZKU: „KDYBY BYL PREP DOSTUPNÝ A MOHL BYSTE SI JEJ DOVOLIT, UŽÍVAL BYSTE HO?“ (N=1551)



Procentuálně nejvyšší poptávka po PrEP byla zaznamenána v Olomouckém kraji (8,1 %, graf 45). Nicméně v absolutním počtu mělo snahu si někdy obstarat PrEP nejvíce respondentů z hlavního města Prahy (40). Na druhé straně, ve Zlínském a Plzeňském kraji byla poptávka po PrEP nulová. Nízká poptávka v těchto krajích může korelovat i s nízkým povědomím o PrEP v těchto regionech (graf 40).

GRAF 45 SNAHA O ZÍSKÁNÍ PREEXPOZIČNÍ PROFYLAXE, DLE KRAJŮ, ZASTOUPENÍ ODPOVĚDÍ NA OTÁZKU: „ZKOUŠEL JSTE SI NĚKDY PREP OBSTARAT?“



SHRNUTÍ A DOPORUČENÍ

- Studie potvrdila, že povědomí o PrEP jako jedné z možností kombinované prevence i její dostupnost byly v době realizace studie v Česku velmi omezené. Každý druhý dotazovaný o PrEP nikdy neslyšel nebo o ni měl jen malé povědomí; pouze jeden zájemce o PrEP z deseti profylaxi skutečně získal.
- Nízká dostupnost PrEP může souviset s nedostatečnou informovaností o PrEP, původně vysokou cenou profylaxe, ale i slabou odbornou podporou. V době realizace studie nebyl PrEP součástí žádných národních doporučených postupů.
- Ke zvýšení informovanosti o PrEP je třeba šířit a distribuovat nově vypracované informační materiály.
- Doporučení ke zvýšení účinnosti PrEP v systému prevence v Česku zahrnují její explicitní zařazení do národního programu prevence HIV v souladu s příklady mezinárodní dobré praxe, vypracování studie nákladové efektivity PrEP a rozšíření komunitních informačních programů. Zde je zvláště významná potřeba zlepšit informovanost o dvojnásobném režimu užívání PrEP (denní a intermitentní užívání).
- Je potřeba průběžně monitorovat užívání PrEP, podpořit další výzkum faktorů ovlivňujících dostupnost PrEP v Česku a destigmatizovat užívání PrEP.

5 Užívání návykových látek

V následujících podkapitolách jsou prezentovány výsledky šetření týkajících se v rámci studie EMIS 2017 užívání nelegálních drog či jiných návykových látek u mužů mající sex s muži. Interpretovaná data jsou založena na subjektivních odpovědích respondentů v internetové studii a vzhledem k citlivosti tématu závisí na percepci a porozumění respondentů. Proto nemusí v plné míře odrážet realitu.

5.1 Užívání návykových látek před či během sexuálního styku

Počet dotazovaných na otázky týkající se užití návykových látek (včetně alkoholu) před či během posledního styku s jedním nestálým partnerem byl 902 (tj. 53,4 % z celkového počtu 1688 respondentů). Další 756 respondentů nebylo dotazováno, protože neměli náhodného partnera a 30 respondentů na tuto otázku neodpovědělo.

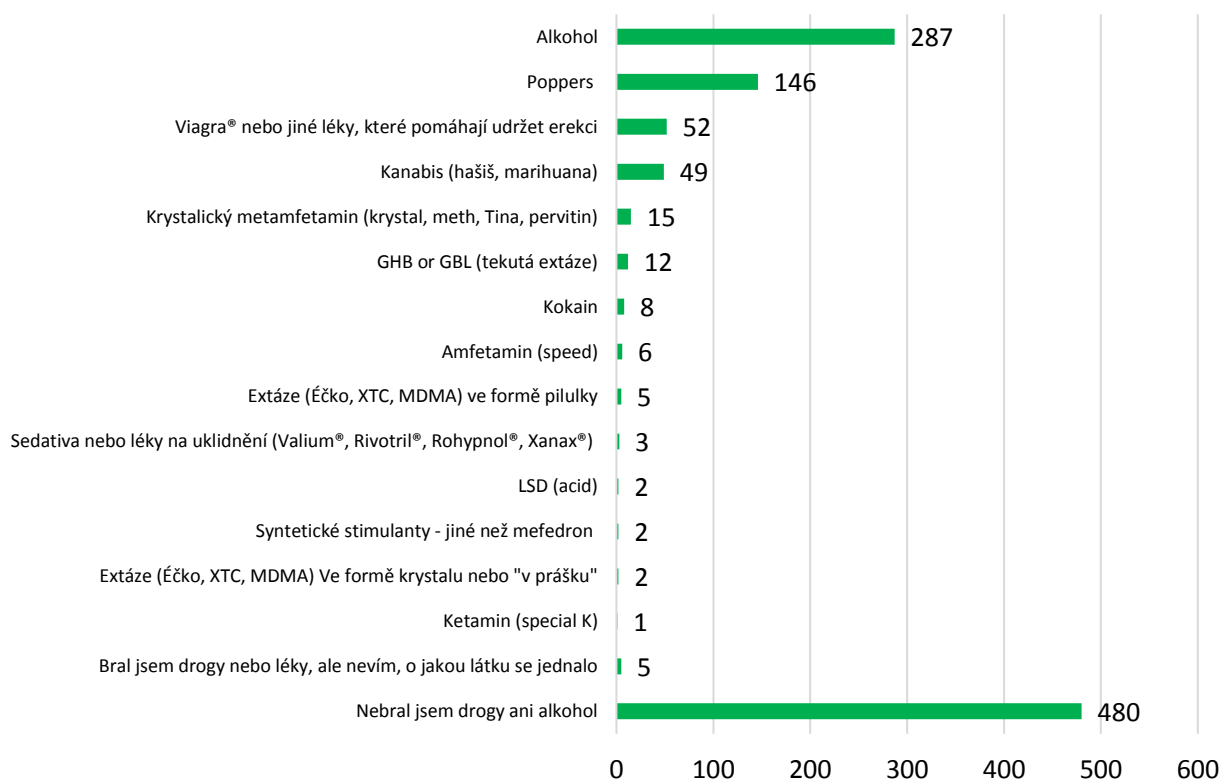
Celkem 480 mužů z uvedených 902 dotazovaných uvedlo, že ani drogu ani alkohol před posledním pohlavním stykem s jedním nestálým partnerem neužilo (53 %). Alkohol nebo jinou drogu užilo při posledním náhodném styku 422 (47 %) respondentů (graf 46), přitom v odpovědích bylo možno uvést více možností.

Alkohol požilo 287 mužů (32 %), druhou nejčastější návykovou látkou byl poppers (nitrát), který užilo 146 respondentů (16 %). Dále 52 mužů (5 %) užilo lék na podporu erekce, nebylo ale zjišťováno, zda šlo o léčebné či rekreační užití. Obdobné množství mužů (n = 49) užilo kanabis. U něho lze spíše předpokládat sociální efekt než účelový pozitivní vliv na sexualitu (u některých jedinců ji spíše tlumí).

Psychostimulancia (metamfetamin a amfetamin) užilo 21 respondentů (2 %), kokain osm mužů. GHB/GBL pak 12 mužů (1 %). Jeden muž užil ketamin. V těchto případech se s velkou pravděpodobností jednalo o tzv. chemsex, tedy sexualizované užití drogy. Další chemsexová droga – mefedron nebyl respondenty uveden ani v jednom případě.

Ostatní drogy (extáze, LSD, sedativa, syntetické kanabinoidy) byly podle odpovědí užity méně často než v jednom procentu případů. Pět mužů uvedlo, že nevěděli, jakou drogu požili. Injekčně užili drogu tři respondenti.

GRAF 46 UŽÍVÁNÍ DROG PŘED NEBO BĚHEM POSLEDNÍHO STYKU (JEDEN NESTÁLÝ PARTNER, N=902)



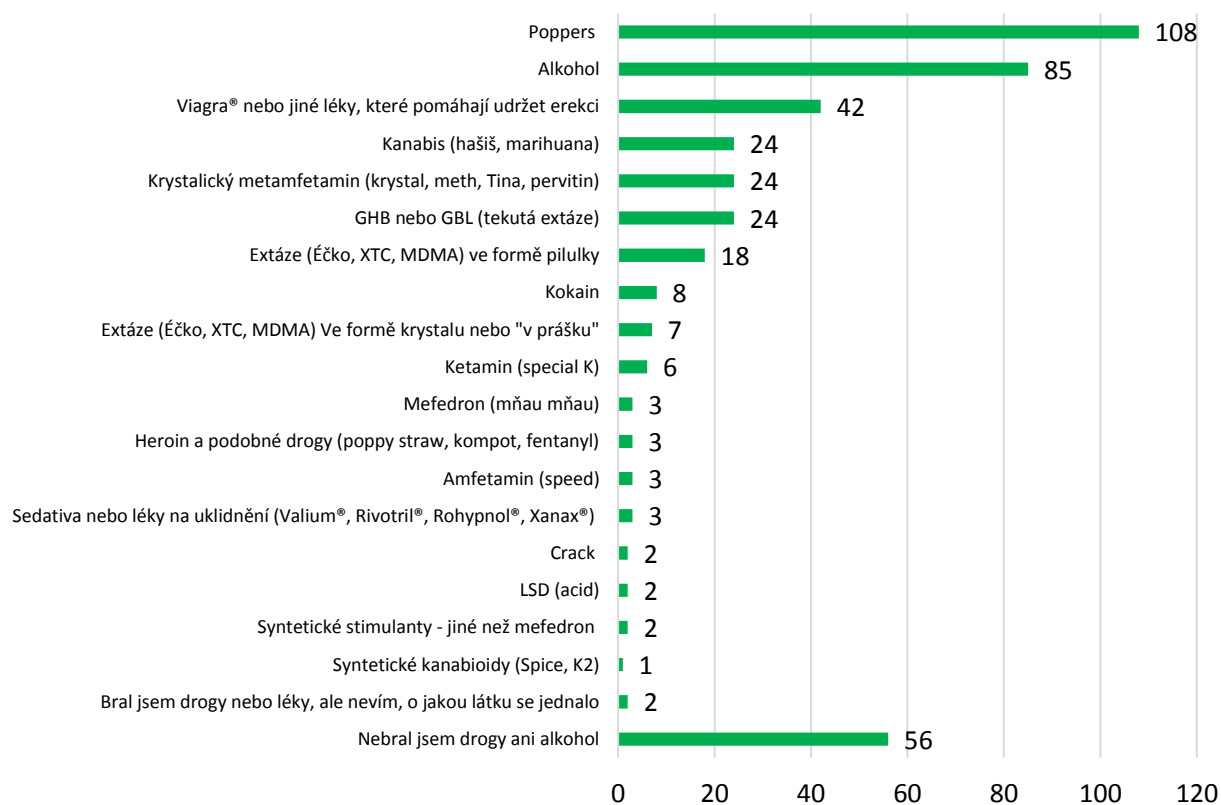
Užívání drog či jiných návykových látek bylo procentuálně vyšší u mužů, kteří měli sexuální styk s více než jedním partnerem. Jednalo se o 212 respondentů (13 % celého souboru a 19 % těch, kteří měli pohlavní styk s náhodným partnerem). Jen přibližně čtvrtina mužů ($n = 56$, 26 %) žádnou drogu ani alkohol před skupinovým sexem nepožila (graf 47). Na druhé straně 123 mužů uvedlo, že kombinuje stimulační drogy a sex s více muži (8 % celého souboru). Téměř dvě třetiny z nich uvedly, že tak začaly činit v průběhu posledních tří let ($n = 76$).

V těchto případech bylo užití poppers častější než požití alkoholu. Užila ho více než polovina těchto respondentů ($n = 108$). Na druhém místě byl alkohol ($n = 85$, 40 %). Častější než při stycích s jedním partnerem bylo užití léků na podporu erekce ($n = 42$, 20 %). Toto užití bývá často spojeno se sexualizovaným užitím drogy (chemsex), protože usnadňuje delší sexuální prožitek, který je u chemsexu přítomen.

Metamfetamin a GHB/GBL byl užit ve 24 případech (11 %), kokain byl užit osmkrát (4 %), ketamin šestkrát (3 %). Třikrát byl užit mefedron a amfetamin.

Nicméně i drogy, jejichž užití není typické pro sexualizovaný abúzus drog, byly užity častěji při skupinovém sexu než při styku s jedním partnerem. Ve 25 případech byla užita extáze (12 %), kanabis byl užit ve 24 případech (11 %), tedy dvakrát častěji než při náhodném styku s jedním partnerem. V několika případech byly užity i opiáty a syntetické drogy (přitom je možné, že někdy respondenti mohli považovat jiné syntetické drogy, např. flakku, za metamfetamin). Nikdo z těchto respondentů nevedl, že by si drogu aplikoval injekčně.

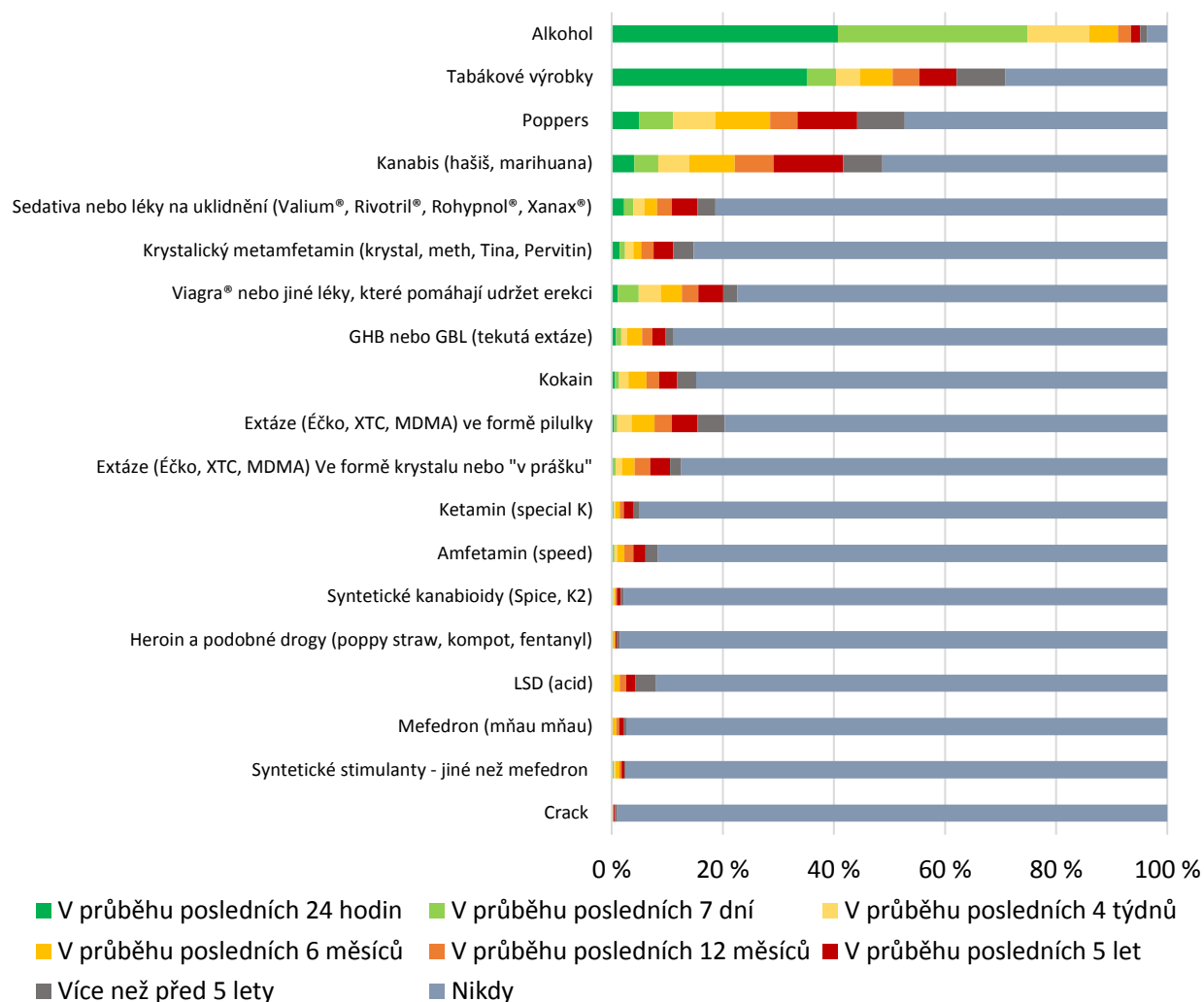
GRAF 47 UŽÍVÁNÍ DROG PŘED NEBO BĚHEM POSLEDNÍHO STYKU (VÍCE NEŽ JEDEN NESTÁLÝ PARTNER, N=212)



5.2 Poslední užití drog

Respondenti odpovídali na otázky, kdy naposledy užíli jednotlivé typy návykových látek. V grafu 48 je uvedeno relativní rozložení konzumace návykových látek dle poslední doby užití.

GRAF 48 POSLEDNÍ UŽITÍ DROG (N=1664–1686)



Alkohol nikdy nepožilo 62 respondentů (4 %) a déle než pět let ho nepoživá dalších dvacet osob (1 %). Za abstinenty lze tedy označit dvacetinu souboru.

Nikdy nekouřilo tabák (ani ho nekonzumovalo jinou formou) 492 mužů (29 %). Déle než pět let nekouří dalších 147 (9 %) a déle než rok 113 osob (7 %). Znamená to, že více než polovinu respondentů lze označit za pravidelné anebo příležitostné kuřáky, což je více než v obecné české populaci (Csémy et al., 2019). Celkem 71 mužů (4 %) někdy vyhledalo kvůli kouření zdravotní pomoc.

Celkem 797 mužů (47 %) nikdy neužilo poppers. Téměř polovina souboru nikdy neužila jinou rekreační nebo nelegální drogu (n = 818, 49 %).

Co se týče nelegálních drog, je nejčastěji uváděná zkušenost s kanabidem, kterou má 812 osob (48 %). Na dalším místě co do četnosti užití je kokain, s nímž se setkalo 254 osob (15 %). Jen o málo nižší podíl má zkušenost s užitím metamfetaminu (n = 246, 15 %). GHB/GBL zkusilo někdy 184 respondentů (11 %).

Nejfrekventovaněji užitou návykovou látkou byl mezi respondenty alkohol. Dle odpovědí respondentů v průběhu posledního týdne alkohol užilo 1260 mužů, tedy tři čtvrtiny souboru. V průběhu posledních 24 hodin konzumovalo alkohol 686 z 1684 dotazovaných. V relativních číslech se jedná o 40,7 % respondentů. V roce 2010 byl v obdobném šetření (The EMIS Network, 2013) relativní počet konzumentů alkoholu v posledních 24 hodinách nižší o 1,9 procentního bodu.

Druhou nejčastěji konzumovanou návykovou látkou mezi muži majícími sex s jinými muži byly tabákové výrobky. Celkem 592 (tedy 35,1 %) respondentů v průzkumu uvedlo, že v průběhu posledních 24 hodin užilo tabákový výrobek. Uvedený výsledek je obdobný předchozímu výzkumu EMIS 2010 (The EMIS Network, 2013), v němž užití tabákového výrobku před méně než 24 hodinami uvedlo 36 % respondentů.

Muži s vysokoškolským vzděláním měli tendenci k častějšímu užívání návykových látek. V posledním roce konzumovalo alkohol 96 % respondentů s vysokoškolským vzděláním a 91,3 % respondentů s nižším než vysokoškolským vzděláním, marihuanu 31,5 % proti 25,8 %, zatímco jiné rekreační nebo nelegální drogy užilo 55 % vysokoškoláků a pouze 46,1 % mužů s nižším vzděláním. Naopak tabákové výrobky méně konzumovali vysokoškoláci (51,4 % proti 60,1 %).

5.3 Injekční užívání drog

Aplikování nitrožilních drog není pro sledovaný mužský vzorek respondentů typické. Celkem 1623 z 1677 respondentů (97,3 %) uvedlo, že si nikdy neaplikovalo nitrožilně drogy pro jejich psychoaktivní účinky. Na otázky ohledně nitrožilního aplikování drog kladně odpověděly jen jednotky dotazovaných.

Jako nejčastější nitrožilní droga užívaná početní menšinou respondentů byl zaznamenán metamfetamin. Celkem 18 z 1671 respondentů (1,1 %) užilo během posledních 12 měsíců pervitin, který byl injekčně aplikován. Mezi další nitrožilně aplikované drogy patřily v jednotlivých případech amfetamin, ketamin, heroin a syntetické stimulanty jiné než mefedron či kokain. Jeden respondent uvedl, že si v průběhu posledních 24 hodin aplikoval injekčně nespécifickou drogu.

Kromě injekčního užívání drog si 31 mužů (18 v posledním roce), tedy 2 % souboru, injekčně aplikovalo anabolické steroidy.

5.4 Chemsex

Za chemsex považujeme v této studii sexualizované užití některých drog. Jedná se tedy o takové užití drog, při němž je primární motivace k jejich užití zlepšení, případně prodloužení sexuálního prožitku. Typickými drogami užívanými při chemsexu jsou metamfetamin, GHB/GBL, případně ketamin a mefedron.

Data o užívání drog jsou založena na subjektivních odpovědích respondentů v internetové studii a vzhledem k citlivosti tématu odpovědi závisí na percepci a porozumění respondentů, která může záviset i na kulturním kontextu. Proto zjištěné údaje nemusí v plné míře odrážet reálná data. Aby bylo možné odlišit „běžné“ uživatele drog od mužů, kteří drogy užívali primárně k chemsexu, byly zařazeny některé speciální otázky jako například: „Kdy jste naposled užil stimulační drogy, aby byl váš sex intenzivnější, nebo aby trval déle?“ a „Kdy jste naposledy měl pod vlivem stimulačních drog sex s více než jedním mužem?“.

Celkem 262 respondentů (16 %) uvedlo, že užili někdy psychostimulancia proto, aby zlepšili svůj sexuální prožitek. Z nich 186 mužů (11 %) tak učinilo v posledním roce. Prakticky stejný podíl mužů (n=184, 11 %) měl takový sex někdy s více partnery. Lze tedy předpokládat, že se u této skupiny jednalo o sexualizované užití drog, tedy tzv. chemsex.

Většina osob, která užila drogu s primární sexuální motivací, tak učinila při skupinovém sexu (n = 54, 72 %). Z mužů, kteří užívali při sexu někdy stimulační drogy typické pro chemsex, tak většina z nich učinila aspoň někdy právě pro primárně sexuální účinek (n = 65, 88 %).

Nicméně podíl respondentů, kteří připustili v časové ose sexualizované užití drog, byl podstatně vyšší (přibližně dvojnásobný) než podíl těch, kteří při základním dotazu na užití drogy při sexu uvedli, že někdy drogu při sexu vůbec užívali. Je tedy otázkou, zda u této druhé poloviny byla motivace sexuální nebo jiná a je zřejmé, že získané údaje mohou být podhodnocené.

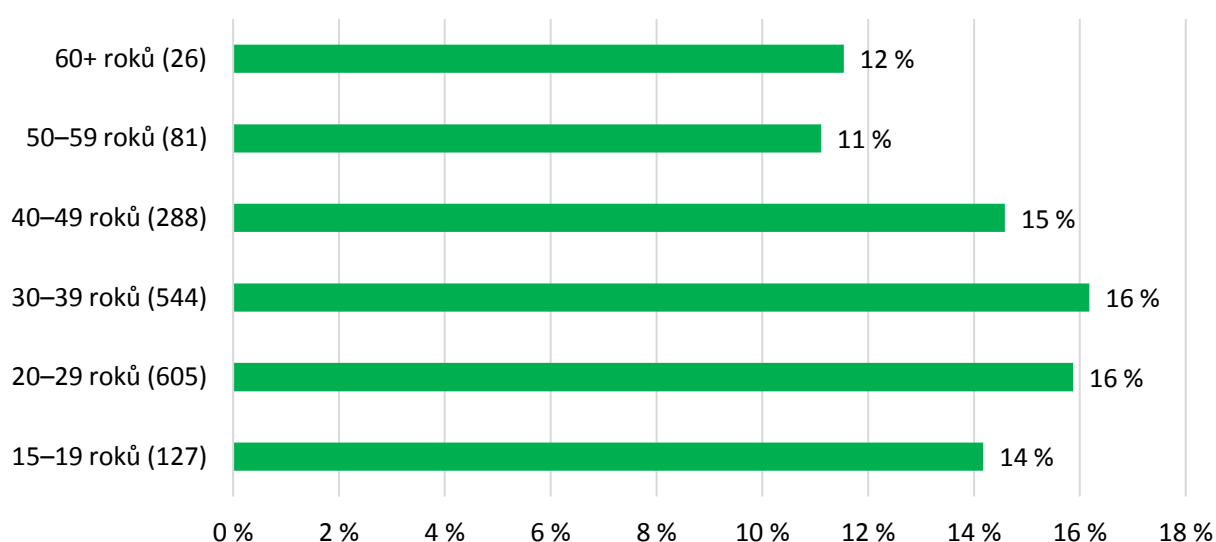
Muži, kteří měli chemsex při posledním pohlavním styku, také častěji užívali léky na podporu erekce. Zatímco z mužů, kteří při posledním styku návykové látky nepožili, tyto léky užívalo 6 % mužů, ve skupině chemsex uživatelů to byla téměř polovina (n = 34, 46 %).

Ve studii byly zjištěny i odlišnosti v chemsexovém užití drog podle HIV stavu respondentů. Chemsex v posledních čtyřech týdnech uvedla jen 3 % HIV negativních mužů (n = 51), ale mezi HIV pozitivními to byla téměř čtvrtina respondentů (n = 28, 23 %). Podobně se lišil i výskyt chemsexu při styku s více partnery. Mezi HIV negativními respondenty takovou zkušenost v posledních čtyřech týdnech měla necelá 2 % mužů (n = 27), mezi HIV pozitivními to bylo 17 % respondentů (n = 21).

5.5 Problémové užívání alkoholu

Pro zhodnocení výskytu problémového užívání alkoholu byl ve studii využit mezinárodně uznávaný screeningový test CAGE-4 (Allen, Wilson, 2003; Erwing, 1984), jehož název je odvozen od počátečních písmen anglické mutace dotazníku: C (Cut/Omezení): „*Pokusil jste se omezit konzumaci alkoholu?*“, A (Annoyed/Podráždění): „*Naštvali Vás lidé, kteří kritizují Vaši konzumaci alkoholu?*“, G (Guilt/Vina): „*Cítíte se kvůli konzumaci alkoholu špatně/provinile?*“, E (Eye-opener/Otvírák): „*Zapil jste někdy/zapíjíte kocovinu dalším alkoholem, abyste uklidnil nervy, nebo abyste se kocoviny zbavil?*“ Pozitivní odpověď na dvě či více z těchto otázek značí možnou závislost na alkoholu, přičemž graf 49 ukazuje, že výsledek tohoto screeningového dotazníku se značně liší mezi věkovými skupinami, a graf 50 spolu s mapou 3 ukazují rovněž na značnou regionální variabilitu.

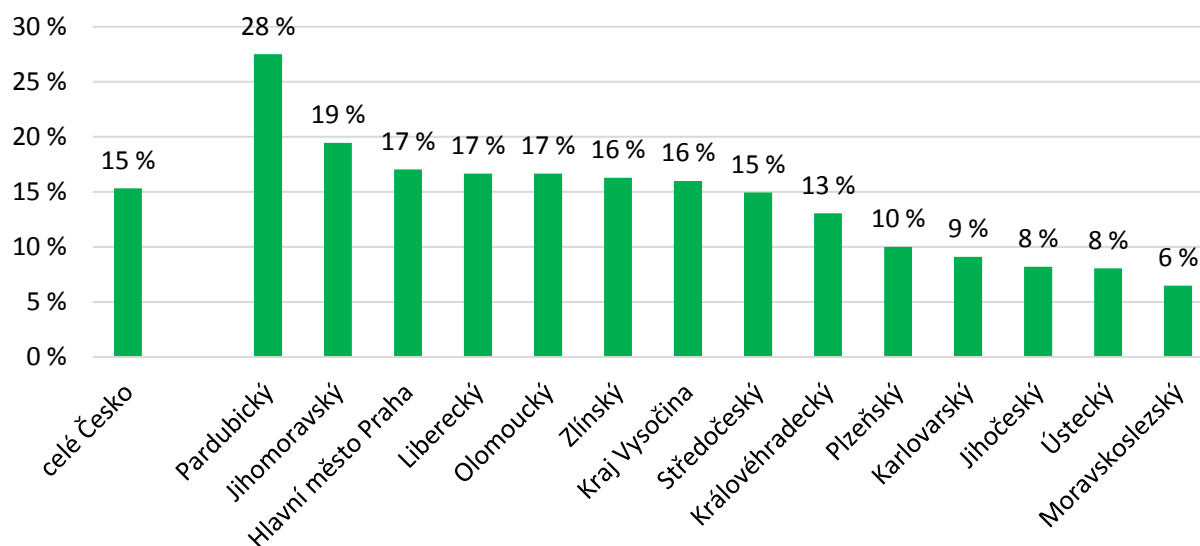
GRAF 49 CAGE-4 INDIKÁTOR ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU, DLE VĚKOVÝCH SKUPIN (N=1671)



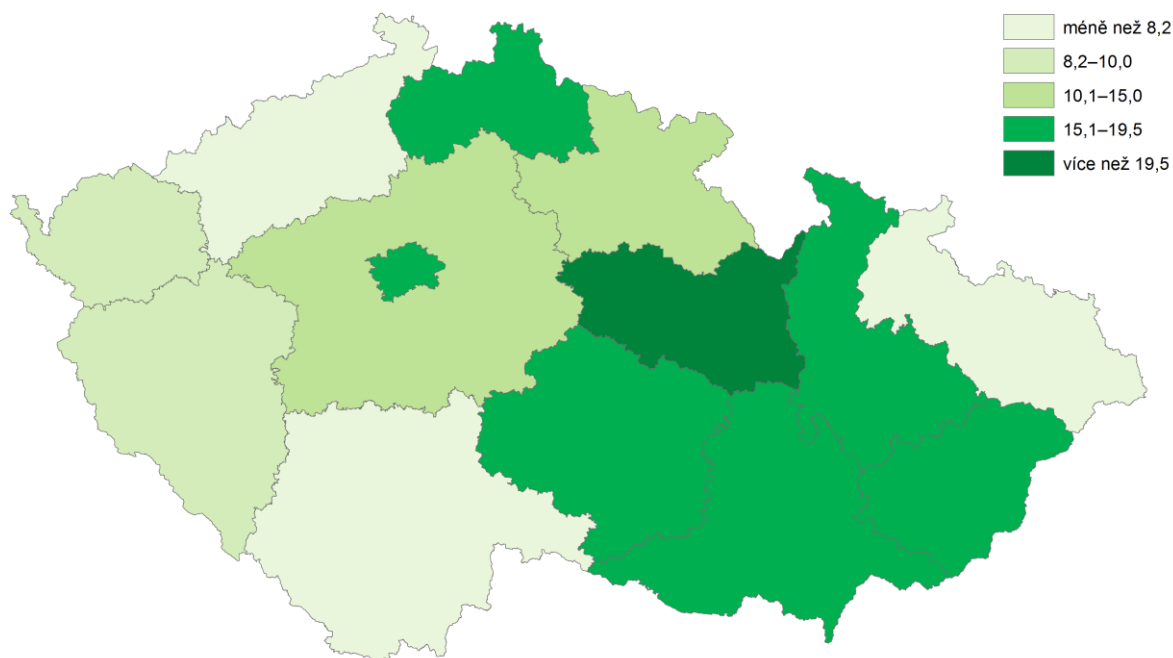
V rámci celého Česka se rozpětí pozitivního výsledku (pravděpodobné závislosti na alkoholu) pohybuje mezi 6 % v Moravskoslezském kraji a 28 % v kraji Pardubickém. Průměrná hodnota je pak 15 %. Pokud bychom to srovnali s výsledky identického indikátoru alkoholové závislosti u obecné populace 15+ v Česku, pak z posledních dostupných výsledků můžeme vyvozovat 9% výskyt rizikové konzumace alkoholu (Chomynová,

Mravčík, 2018). Z našich dostupných dat proto můžeme potvrdit mezinárodní trend, kterým je vyšší míra rizikové konzumace alkoholu u ne-heterosexuálních osob, která je vysvětlována disproporčním působením tzv. menšinového stresu v této populaci (Pitoňák, 2017).

GRAF 50 INDIKÁTOR ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU CAGE-4, DLE KRAJŮ (N=1624, V %)



MAPA 3 INDIKÁTOR ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU CAGE-4, DLE KRAJŮ (N= 1624, V %)



Určité rozdíly existují i mezi muži, kteří uvedli homosexuální orientaci či se označili za gaye, a muži, kteří uvedli, že jsou bisexuální. Výsledek hodnocení „závislý na alkoholu“ vychází mírně negativněji pro bisexuální muže (17,2 %) ve srovnání s gayi a dalšími homosexuálními MSM (15,2 %).

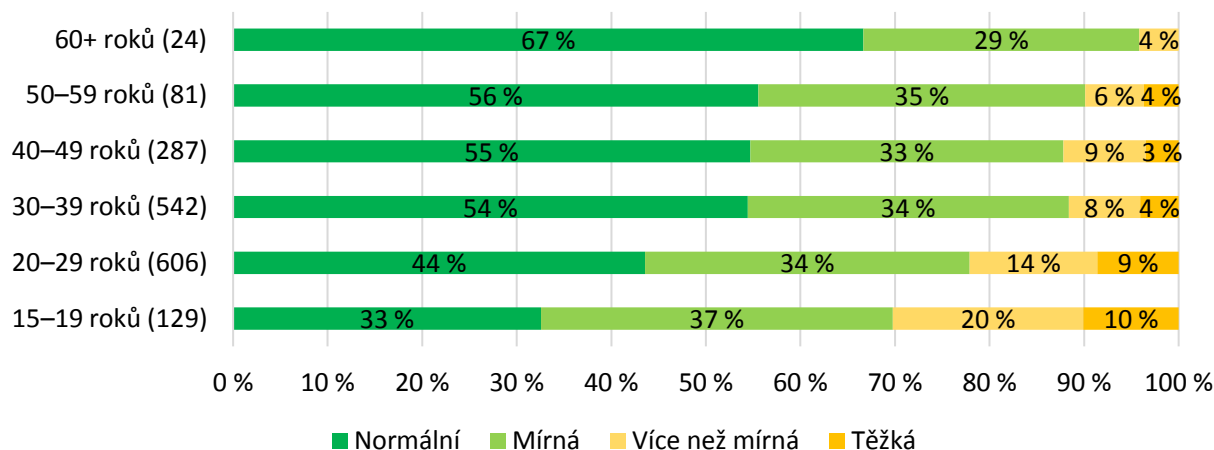
SHRNUTÍ A DOPORUČENÍ

- Lze konstatovat, že míra užívání návykových látek, zejména alkoholu, tabáku, ale i poppers a kanabisu je vysoká. To samozřejmě může mít behaviorální důsledky a ovlivňovat i duševní zdraví konzumentů.
- Nízká četnost injekčního užívání drog je příznivým zjištěním.
- Je potřeba podporovat nízkoprahové programy, které redukuje rizika spojená s užíváním drog.
- Sexualizované užívání drog (tzv. chemsex) ve studii dosahuje celkově 16 % všech respondentů a 11 % v posledních 12 měsících.
- Jelikož lze v souladu se zkušenostmi z jiných zemí očekávat nárůst provozování chemsexu, je potřeba tomuto jevu věnovat zvýšenou pozornost.
- Problém rizikového pití, tj. problémového užívání alkoholu značícího možnou závislost vykazuje průměrně 15 % respondentů (v porovnání s 9 % v obecné populaci). Tento výsledek je v souladu se zahraničními trendy, které vyšší prevalenci rizikového pití přisuzují působení tzv. menšinového stresu.
- Požití alkoholu a jiných drog je ve vyšší míře spojeno se sexem bez kondomu.
- Preventivní, léčebné a harm-reduction projekty zaměřené na omezení konzumace návykových látek by měly ve svých programech zohlednit potřeby ne-heterosexuálních osob.
- V některých případech je potřebné, aby programy byly zaměřeny specificky na muže, kteří mají sex s muži (např. chemsex).
- I jiné specificky zaměřené aktivity, např. doléčovací podpůrné skupiny, mohou vytvářet pro své ne-heterosexuální klienty větší pocit bezpečí, a zvyšovat tak svou účinnost.
- Sexuálně-preventivní programy určené pro MSM by měly zahrnovat i prevenci užívání návykových látek.
- Je žádoucí další výzkum, který by umožnil tyto výsledky lépe interpretovat, např. v kontextu dopadu na prevenci HIV/STI.

6 Duševní zdraví

Většina studií, které se zabývají problematikou duševního zdraví ne-heterosexuálních lidí, konzistentně poukazuje na to, že ne-heterosexuální lidé jsou častěji ohroženi různými duševně zdravotními problémy (depresemi, úzkostnými poruchami, nadužíváním legálních i ilegálních návykových látek atp.). Stejně studie se zároveň shodují na tom, že tyto problémy jsou výsledkem komplexního působení tzv. menšinového stresu (minority stress), tedy psychosociálního, strukturálně založeného procesu, který souvisí se společenskou stigmatizací ne-heterosexuality a její kulturní a institucionální druhořadostí v rámci tzv. heteronormativity (Pitoňák, 2017). Podrobně se těmto vztahům věnují přehledové práce (Hatzenbuehler, 2009; Hatzenbuehler et al., 2008; Meyer, 2003; Pitoňák, 2017), jejichž závěry zapadají do rámce biopsychosociálního (popř. přesněji syndemického) uvažování o zdraví ne-heterosexuálních osob (Pitoňák, 2018a). Současné studie se však shodují na tom, že duševní zdraví ne-heterosexuálních lidí je zasaženo interakcemi s faktory, které rovněž mohou nepřímo zvyšovat náchylnost ne-heterosexuálů vůči infekci HIV.

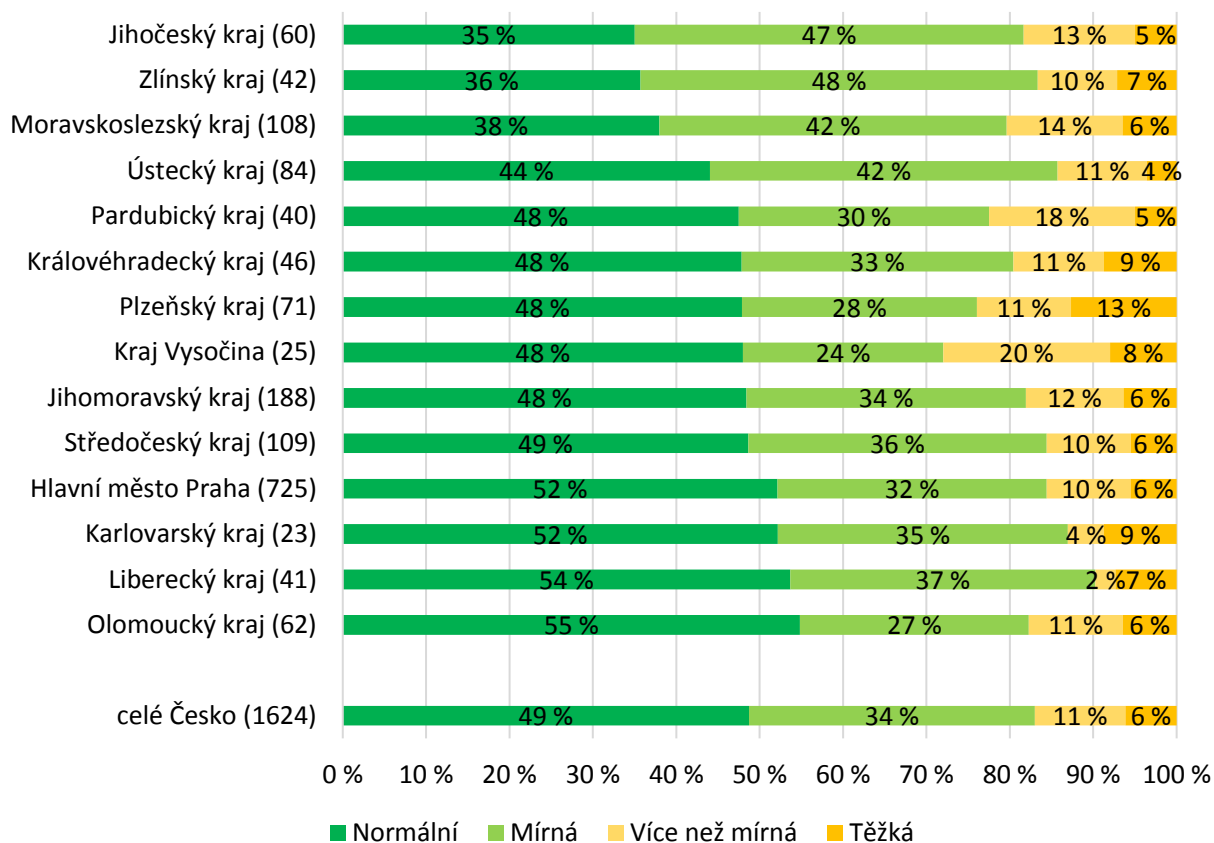
GRAF 51 MÍRA DEPRESE A ÚZKOSTNOSTI PODLE DOTAZNÍKU PHQ-4, DLE VĚKU (N=1669)



Za účelem stanovení prevalence depresivních problémů či výskytu úzkostnosti mezi respondenty byl do studie zařazen krátký čtyřpoložkový kompozitní dotazníkový instrument *Patient Health Questionnaire for Depression and Anxiety* (PHQ-4), který vychází z poznatků o komorbiditě obou problémů (Kroenke et al., 2009). Tento instrument je zaměřený na sebehodnocení stavu respondentů v posledních 2 týdnech. Obsahuje otázky: Měl jste v posledních dvou týdnech následující potíže? (1) Byl jsem nervózní a úzkostlivý; (2) Neustále se něčeho obávám; (3) Nic mě nezajímá a nebaví, nedokážu se nadchnout; (4) Pocit bezmoci, deprese. Možnosti odpovědí vyjádřených na stupnici 0–3 zahrnují: vůbec (0), někdy (1), většinu týdne (2) a téměř denně (3). Uvedené čtyři otázky reprezentují dvě sub-škály. První z nich, tvořená položkami (1) a (2), je zaměřená na zjišťování úrovně úzkostnosti, druhá pak zjišťuje úroveň depresivity prostřednictvím položek (3) a (4). Pokud se součty všech odpovědí rovnají 0–2, hovoříme o „normálním stavu“, pokud jsou v rozmezí 3–5, hodnotíme problémy jako „mírné“, pokud mezi 6–8, jako „více než mírné“ a mezi 9–12 jsou již problémy „těžké“.

Z vyhodnocení kombinovaných výsledků pro úzkost i deprese vidíme, že oba typy duševních problémů se s přibývajícím věkem respondentů zmenšovaly (graf 51). Tyto výsledky tak mohou naznačovat například to, že v období sexuálního dospívání a souvisejícího coming outu (procesu přijetí své vlastní sexuality) respondenti vlastní duševní stav hodnotí nejméně pozitivně. Je rovněž možné, že tyto výsledky zachycují nějaké generační či kohortové efekty, které na základě nám dostupných dat nemáme možnost interpretovat.

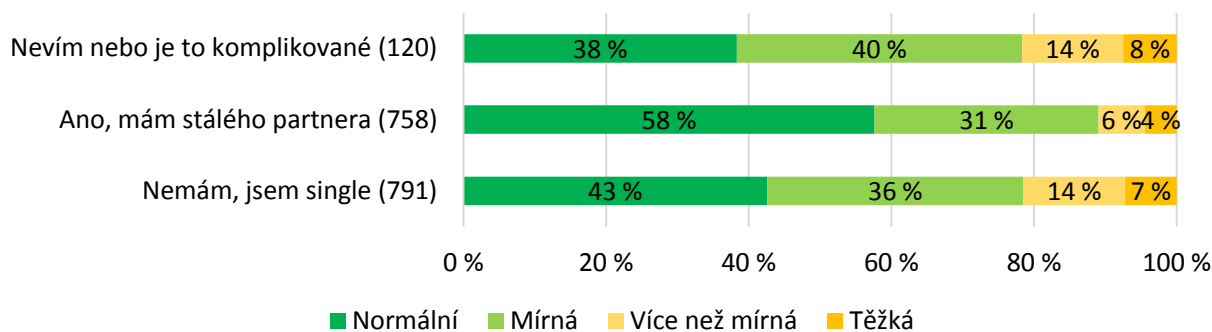
GRAF 52 MÍRA DEPRESE A ÚZKOSTNOSTI PODLE DOTAZNÍKU PHQ-4, DLE KRAJŮ (N=1624)



Z hlediska regionálního pohledu pak graf 52 ukazuje další zajímavosti v rozložení výsledků. Jen polovina respondentů v celém Česku spadala dle výsledků do kategorie „normální stav“. Jak je vidět, mezi jednotlivými kraji v Česku existují relativně značné rozdíly, kdy nejmenší procento „normálního“ výsledku udávali respondenti z krajů Jihočeského a Zlínského (35 % a 36 %), největší procento „normálního“ výsledku pak vykazovali respondenti v Libereckém (54 %) a Olomouckém (55 %) kraji. Je ovšem třeba mít na paměti výrazně rozdílné počty respondentů v jednotlivých krajích. Z dat, která máme k dispozici, není možné tyto regionální rozdíly jednoznačně interpretovat, a je proto otázkou, zda například nemohou být způsobené nějakými objektivními rozdíly v regionální péči. Bylo by proto vhodné analyzovat kvalitu duševního zdraví z regionálního hlediska podrobněji pomocí dodatečných studií.

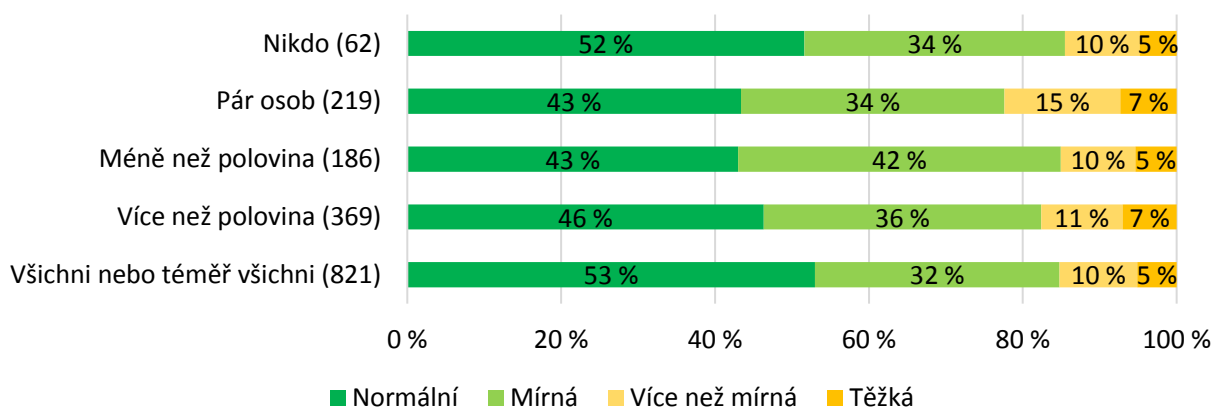
V souvislosti s výsledkem dotazníku PHQ-4 však můžeme v oblasti duševního zdraví respondentů nacházet další zajímavé souvislosti, které naznačují spojitost s kvalitou vlastního života na úrovni partnerského soužití a také na základě vlastní míry otevřenosti života v ohledu vlastní sexuality. Jak zobrazuje graf 53, respondenti, kteří měli komplikovaný vztah (odpověď „Nevím/je to komplikované“ na otázku „Máte aktuálně „stálého partnera“, milence či snoubence? (myšleno nejste "single"), popřípadě kteří žádný vztah neměli (odpověď „Nemám, jsem single“ na stejnou otázku), vykazovali podstatně vyšší míru výskytu duševně-zdravotních problémů (součty výsledků PHQ-4 „těžká“ a „více než mírná“ 24 % a 21 %) v porovnání s respondenty, kteří odpověděli, že mají stálého partnera (10 %). Lze se tedy důvodně domnívat, že partnerský život a jeho kvalita nějakým (pozitivním) způsobem souvisí s duševním zdravím ne-heterosexuálních mužů.

GRAF 53 MÍRA DEPRESE A ÚZKOSTNOSTI PODLE DOTAZNÍKU PHQ-4, DLE PARTNERSKÉHO STATUSU (N=1669)



Podle výsledků, které ukazuje graf 54, má tak určitý vliv na vlastní hodnocení duševního stavu ne-heterosexuálních respondentů i míra otevření se svému okolí v otázce své vlastní sexuality. Z grafu vidíme, že největší podíl normálních výsledků hodnocení PHQ-4 dosáhli respondenti, jejichž rodina, přátelé, spolužáci či kolegové byli z velké či úplné míry seznámeni s jejich sexuální orientací (53 %; odpověď „Všichni nebo téměř všichni“ na otázku „Zná Vaše okolí (včetně rodiny, přátel, spolužáků a kolegů) Vaši sexuální orientaci?“). Zajímavé však je, že skupinou s druhou největší mírou výsledku PHQ-4 „v normě“ byla skupina respondentů, kteří uvedli, že jejich sexuální orientaci nezná „nikdo“. Tento výsledek bývá v rámci odborné literatury interpretován nejčastěji tak, že přijetí své vlastní sexuality (coming out) je procesem, při kterém je zapotřebí se vyrovnávat se stigmatizací společensky nestejně-hodnotné ne-heterosexuality, přičemž osoby, které ji skrývají, se tak mohou paradoxně některým problémům, které souvisí se společenským nepřijetím ne-heterosexuality, vyhýbat (Pachankis, Bränström, 2018; 2019). Za některých situací je tak zatajování sexuální orientace v rámci stigmatizujícího prostředí potřeba vnímat jako ochrannou strategii. V současnosti je k dispozici první ucelený doporučený postup pro poskytování psychologické a psychotherapeutické pomoci ne-heterosexuálním lidem i v češtině (Queer Geography, 2018) a jeho zavedení do praxe podpořila ve své nedávné zprávě „Být LGBT v Česku“ i veřejná ochránkyně práv (Šabatová, 2019).

GRAF 54 MÍRA DEPRESE A ÚZKOSTNOSTI PODLE DOTAZNÍKU PHQ-4, DLE OTÁZKY „ZNÁ VAŠE OKOLÍ VAŠI SEXUÁLNÍ ORIENTACI?“ (N=1657)



SHRNUTÍ A DOPORUČENÍ

- Výsledky ukazují, že duševní problémy (hodnocené dle dotazníku PHQ-4) se s přibývajícím věkem respondentů zmenšovaly. To může ukazovat například na to, že v období sexuálního dospívání

a souvisejícího coming outu respondenti zažívají největší problémy. Avšak i z celkového hlediska jen polovina respondentů v celém Česku dle výsledků spadala do zcela „normálního stavu“.

- Lze konstatovat, že muži žijící ve stálém partnerském vztahu vykazovali významně kvalitnější duševní zdraví. Rovněž respondenti, jejichž rodina, přátelé, spolužáci či kolegové z velké většiny či zcela věděli o jejich sexuální sebeidentifikaci, měli významně častěji normálnější výsledek PHQ-4 v porovnání s ostatními.
- Skupinou s druhou největší mírou výsledku PHQ-4 „v normě“ byla skupina respondentů, kteří uvedli, že jejich sexuální orientaci nezná „nikdo“. Skrývání své vlastní sexuality tak zřejmě patří mezi faktory, které je potřeba dále studovat.
- Doporučujeme šířit informaci o existenci a vhodnosti užívání Doporučeného postupu pro psychologickou praxi s ne-heterosexuálními klienty mezi psychology a psychoterapeuty.
- Bylo by vhodné realizovat další studii na kvalitu duševního zdraví z regionálního hlediska.

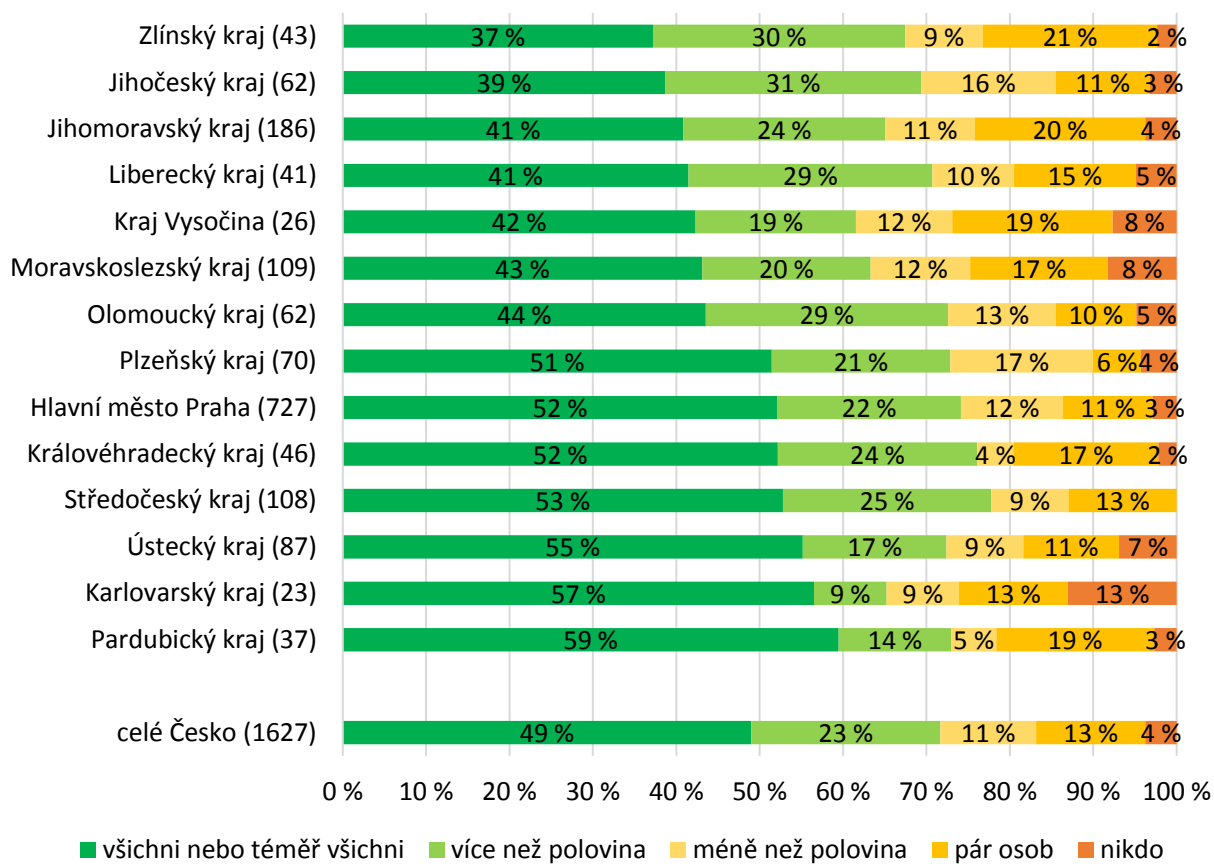
7 Prožívání vlastní sexuální orientace/sebeidentifikace

7.1 Coming out a míra otevřenosti prožívání vlastní sexuality

Sexuální orientace nepatří mezi rysy, které bychom na druhých osobách dokázali rozpoznat, je proto možné ji před druhými osobami skrývat či rozmanitě prostorově a časově „vyjednávat“. K tomu, aby bylo možné tuto nesnadno měřitelnou problematiku zhodnotit, byla v dotazníku zařazená otázka: „*Zná Vaše okolí (včetně rodiny, přátel, spolužáků a kolegů) Vaši sexuální orientaci?*“ přičemž možné odpovědi zahrnovaly „*všichni nebo téměř všichni*“, „*více než polovina*“, „*méně než polovina*“, „*pár osob*“ a „*nikdo*“.

Na úrovni celého Česka respondenti odpověděli následovně: 49 % (všichni nebo téměř všichni), 23 % (více než polovina), 11 % (méně než polovina), 13 % (pár osob) a 4 % (nikdo). Pokud bychom se zaměřili na hodnocení zastoupení největší míry otevřenosti, tedy odpovědi „všichni nebo téměř všichni“, pak v Česku zaznamenáváme relativně značné meziregionální rozdíly. Ve Zlínském kraji byla zaznamenána nejnižší hodnota (37 % všichni nebo téměř všichni), přičemž v kraji Pardubickém byla hodnota nejvyšší (59 % všichni nebo téměř všichni). Průměr v celém Česku byl 49 %. Pokud sečteme první dvě odpovědi („všichni nebo téměř všichni“ a „více než polovina“), pak můžeme identifikovat tři kraje s nejnižší mírou respondentů, kteří své okolí se svou sexuální orientací obeznámili (prošli před ním tzv. coming outem, resp. s ním sdíleli svou sexuální identifikaci). Mezi tyto tři kraje patří Kraj Vysočina (61 %), Moravskoslezský kraj (63 %) a kraj Jihomoravský (65 %), ve kterých jsou respondenti nejméně otevření vůči ostatním a svou sexuální orientaci/sebeidentifikaci tak nejvíce skrývají. Vysokou míru skrývání vlastní sexuální orientace lze označovat i pojmem „closetovanost“, vycházejícím z anglické fráze „coming out from the closet“, volně přeloženo „vycházení ze skříně“ (Pitoňák, 2019). Pokud bychom se naopak zaměřili na odpověď „nikdo“, naznačující vysokou míru skrývání vlastní sexuální orientace, pak zaznamenáme nejvyšší hodnoty v kraji Karlovarském (13 %), krajích Vysočina a Moravskoslezském kraji (po 8 %) a v Ústeckém kraji (7 %). V kraji Vysočina a v Karlovarském kraji byl však počet respondentů nízký a míra nejistoty tak může být vyšší. Obecně proto výsledky naznačují na poměrně značnou regionální rozmanitost, kterou přehledně zobrazuje graf 55 a mapa 4.

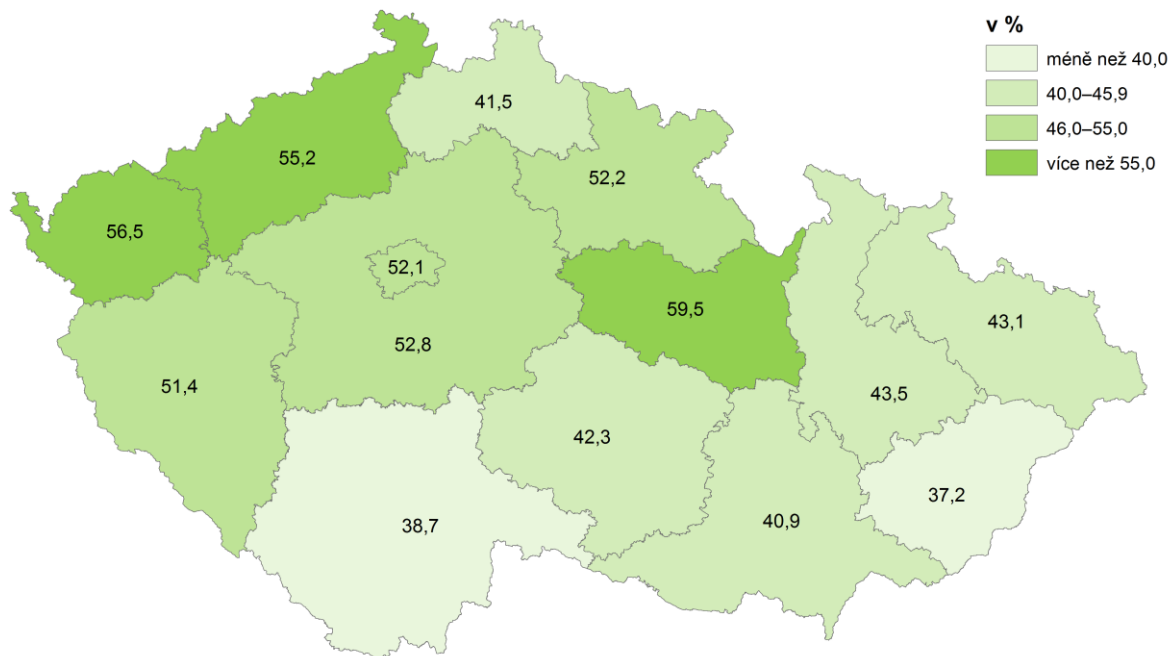
GRAF 55 ODPOVĚDI NA OTÁZKU: „ZNÁ VAŠE OKOLÍ (VČETNĚ RODINY, PŘÁTEL, SPOLUŽÁKŮ A KOLEGŮ) VAŠI SEXUÁLNÍ ORIENTACI?“ ROZDĚLENÉ PODLE KRAJŮ



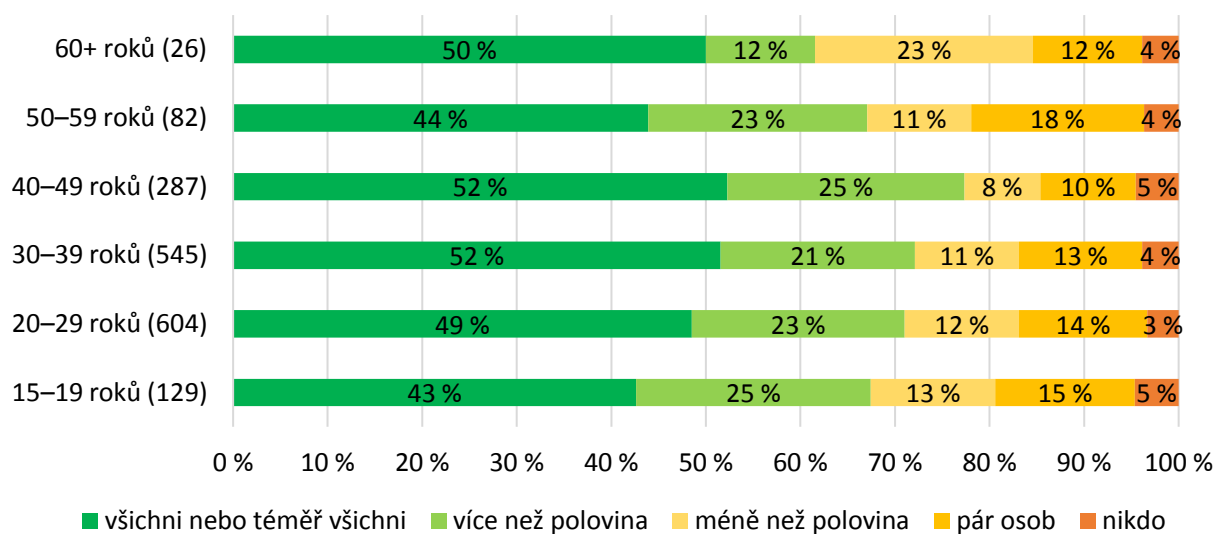
Sexuální dospívání je procesem, který je závislý na celé řadě faktorů včetně věku. Může se do něj zapisovat nejen životní zkušenost (např. partnerská atd.), ale také kohortové efekty spojené se skutečností, že až do poloviny 80. let minulého století byla problematika menšinové sexuality zcela tabuizována, a společnost proto starším generacím nevytvářela vhodné podmínky pro úspěšné zvládnutí coming outu.

Graf 56 přehledně ukazuje, jak míru otevřenosti vlastní sexuální orientace vůči okolí ovlivňuje věk. Vidíme, že nejnižší míry otevřenosti (tj. nejméně odpovědí „všichni nebo téměř všichni“ a „více než polovina“) vykazaly osoby starší 60 let (n = 26; 62 %), následované osobami mezi 50–59 lety (n = 82; 67 %) a osobami mezi 15–19 lety (n = 129; 68 %). Výsledek ve skupině nejstarších osob může být zatížen nejistotou spojenou s relativně nízkým počtem respondentů, avšak je rovněž zřejmé, že starší generace, které dospívaly a prožívaly většinu svého života ve společnosti, která byla k ne-heterosexuálním lidem podstatně méně přívětivá než společnost současná, budou uzavřenější i v projevu a prožívání své sexuality. Nízké hodnoty naměřené v kategorii dospívajících a mladistvých (15–19 roků) pak naopak naznačují vyšší zastoupení osob, které ještě neprošly coming outem či adaptací na převážně heteronormativní společnost, tj. společnost, která od dospívajících normativně očekává heterosexuální (Pitoňák, 2019).

MAPA 4 ODPOVĚDI NA OTÁZKU: „ZNÁ VAŠE OKOLÍ (VČETNĚ RODINY, PŘÁTEL, SPOLUŽÁKŮ A KOLEGŮ) VAŠI SEXUÁLNÍ ORIENTACI?“ – ZASTOUPENÍ ODPOVĚDÍ „VŠICHNI NEBO TĚMĚŘ VŠICHNI“ DLE KRAJŮ (V %)



GRAF 56 OTEVŘENÉ PROŽÍVÁNÍ VLASTNÍ SEXUALITY VE VZTAHU K VĚKU, ZASTOUPENÍ ODPOVĚDÍ NA OTÁZKU: „ZNÁ VAŠE OKOLÍ (VČETNĚ RODINY, PŘÁTEL, SPOLUŽÁKŮ A KOLEGŮ) VAŠI SEXUÁLNÍ ORIENTACI?“

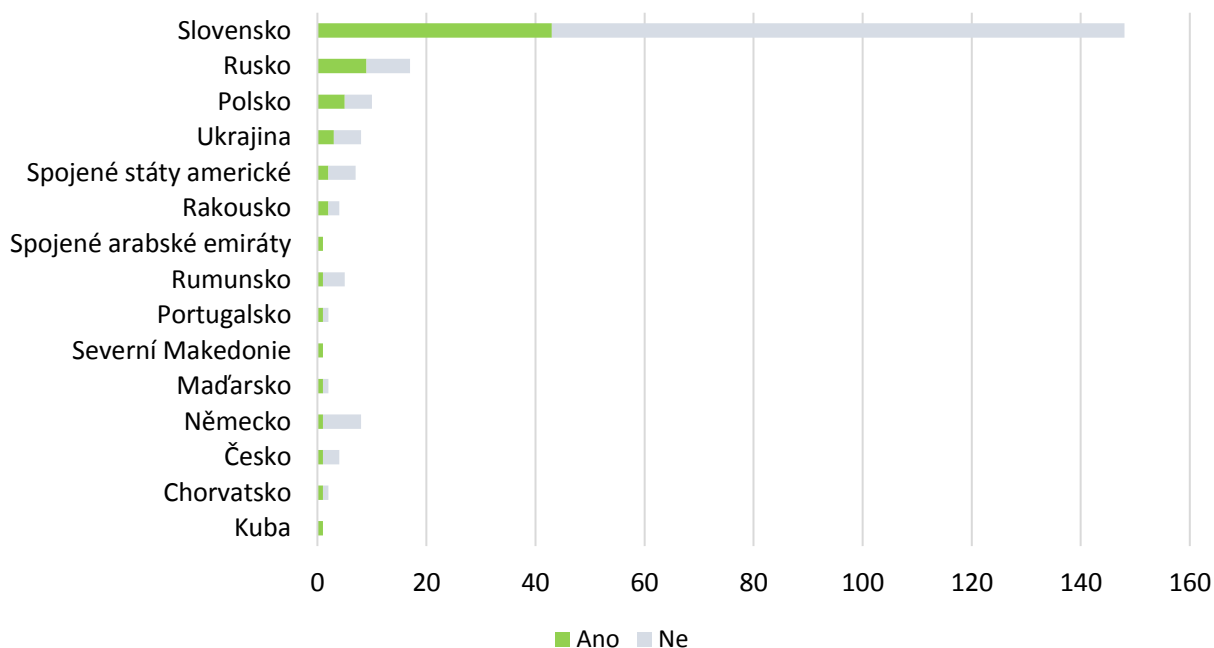


7.2 Coming out jako migrační faktor

Regionální rozmanitost v prožívání vlastní sexuality a především pak v míře otevřenosti vlastní sexuální identity vůči ostatním lidem se může promítat i do mezinárodních rozdílů. Ty mohou vytvářet přeshraniční gradienty a například i motivovat k migraci. Z tohoto důvodu byla respondentům, kteří odpovídali na dotazník v národním jazyce, avšak nežili v Česku celý život, položena dodatečná otázka: „Proč jste se přestěhovali do Česka?“ s výběrem možnosti „abych mohl otevřeně žít jako gay, bi nebo trans“. Z celkového počtu respondentů, kteří do Česka v průběhu života imigrovali (n = 261), necelá třetina (28 %, n = 73) tuto možnost označila. Potřeba žít v prostředí, které je vůči menšinové sexuální orientaci občanů více přívětivé, je proto významným migračním faktorem.

V souladu s výsledky mezinárodních studií, které potvrzují východo-západní gradient stigmatizace či nepřijetí sexuálních menšin v Evropě, i výsledky ze studie EMIS 2017 se ukazuje, že největší počet respondentů, kteří do Česka migrovali „aby mohli otevřeně žít jako gayové, bisexuální nebo trans lidé“, přicházel ze Slovenska. Tento důvod připustilo 29 % (43 ze 148) respondentů, kteří imigrovali ze Slovenska (graf 57). Druhou nejčastější zemí, ze které respondenti migrovali, bylo Rusko (n = 17), z jehož respondentů tuto motivaci uvedla již nadpoloviční většina (n = 9, tj. 53 %), a třetí bylo Polsko (n = 10), mezi Poláky tuto motivaci uvedla polovina (n = 5). Ve všech těchto případech je důvodné se domnívat, že s přihlédnutím k tamějšímu postavení sexuálních menšin byly tyto motivace autentické, neboť v rámci mezinárodních srovnání tyto státy vykazují vyšší míru intolerance a nepřijetí sexuálních menšin (Pachankis et al., 2017).

GRAF 57 MOTIVACE K MIGRACI: ODPOVĚĎ „ABYCH MOHL OTEVŘENĚ ŽÍT JAKO GAY, BI NEBO TRANS“ JAKO DŮVOD PŘESTĚHOVÁNÍ DO ČESKA, DLE ZEMĚ PŮVODU



SHRNUTÍ A DOPORUČENÍ

- Pouze necelá polovina respondentů (49 %) žije v rámci svého okolí (včetně rodiny, přátel, spolužáků a kolegů) ve vztahu ke své sexuální orientaci zcela otevřeně.
- Míra otevřenosti prožívání vlastní sexuální orientace (měřeno otázkou „Zná Vaše okolí (včetně rodiny, přátel, spolužáků a kolegů) Vaši sexuální orientaci?“) v rámci Česka vykazuje značné regionální rozdíly a rozdíly dle věku respondentů.

- Ve Zlínském kraji bylo zaznamenáno nejnižší zastoupení odpovědi „všichni nebo téměř všichni“ na uvedenou otázku (37 %), naopak v kraji Pardubickém bylo nejvyšší (59 %). Průměr v celém Česku byl 49 %.
- Nejnižší míru otevřenosti (tj. nejméně odpovědi „všichni nebo téměř všichni“ a „více než polovina“) vykazaly osoby starší 60 let (n = 26; 62 %), následované osobami mezi 50–59 lety (n = 82; 67 %) a osobami mezi 15–19 lety (n = 129; 68 %). Vyšší věkové kategorie si s sebou nesou svou životní zkušenost z minulého režimu, zatímco mladí lidé v kategorii 15–19 většinou v tomto období řeší svůj coming out.
- Téměř jedna třetina z mužů, kteří se v průběhu svého života přestěhovali do Česka, byla motivována i tím, aby mohli otevřeně žít jako gayové, bisexuálové nebo trans lidé. Tato migrační motivace je orientovaná z východu a z hlediska nejvyššího podílu této motivace zahrnuje především Rusy, Poláky a Ukrajince.
- Zaznamenané významné vztahy mezi otevřeností života v ohledu sexuální sebeidentifikace a duševním zdravím ne-heterosexuálních mužů vykazují i významný regionální rozměr. Lze proto doporučit zavádění služeb a opatření, jejichž cílem bude podporovat coming out a prevenci duševních problémů ne-heterosexuálních lidí na úrovni celého Česka.

8 Sociální opora

Sociální opora byla v rámci psychologické literatury popsána jako jeden z primárních ameliorativních faktorů, majících pozitivní efekt na kvalitu života a duševní zdraví osob. Ke stanovení míry sociální opory byly v rámci studie využity dvě čtyřpoložkové sub-škály z obsáhlejšího 24 položkového dotazníku vnímané sociální opory (Social Provisions Scale, Cutrona, Russell, 1987). První sub-škálou, která byla zahrnuta, je sub-škála sociální integrace (Social Integration Subscale) a druhou sub-škála spolehlivého spojení (Reliable Alliance Subscale).

Škály obsahují následující otázky:

Sub-škála spolehlivého spojení (Reliable Alliance Subscale)

- Mám ve svém okolí osoby, na které se mohu v případě nouze obrátit.
- Nemám ve svém okolí nikoho, na koho bych se mohl obrátit, kdybych potřeboval pomoci.
- Kdyby nastala závažná situace, nemám na koho se obrátit.
- Mám ve svém okolí osoby, na které se mohu spolehnout a obrátit, budu-li potřebovat pomoc.

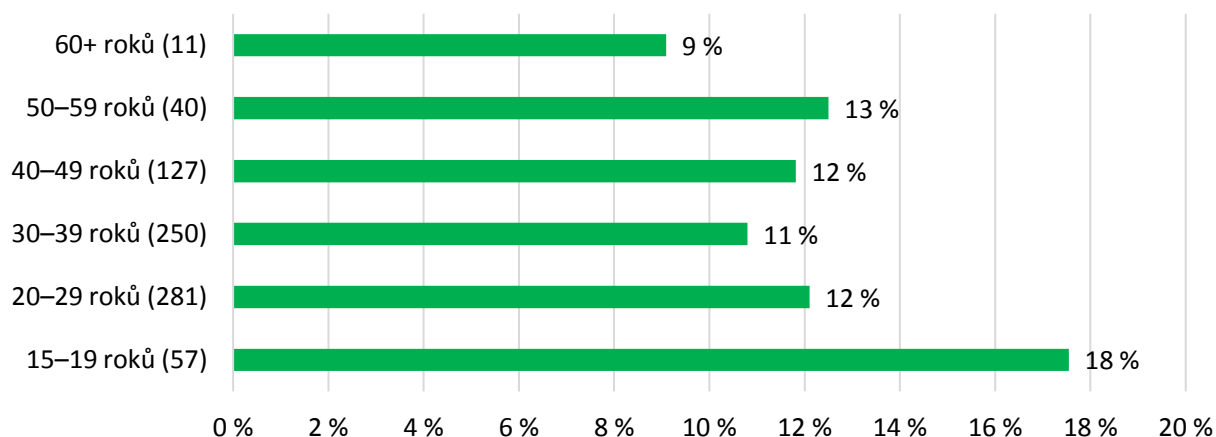
Sub-škála sociální integrace (Social Integration Subscale)

- Mám ve svém okolí osoby, které baví stejné společenské aktivity jako mě.
- Nemám ve svém okolí nikoho, koho by bavily stejné aktivity jako mě.
- Nemám kolem sebe nikoho, kdo by sdílel moje zájmy a obavy.
- Cítím se být součástí skupiny osob, která sdílí mé hodnoty a postoje.

Uvedených osm položek se zobrazilo pouze jedné polovině respondentů, druhé polovině respondentů byla předložena škála měřící zvnitřněnou homonegativitu (viz kapitola Internalizovaná homonegativita). Cílem bylo zkrátit čas potřebný k vyplňování dotazníku. Možné odpovědi zahrnovaly „rozhodně nesouhlasím“, „nesouhlasím“, „souhlasím“ a „rozhodně souhlasím“. Výsledky pak byly rozděleny do skupin, první skupina zahrnovala skóry odpovídající situaci, ve které ani v jedné škále nebylo dosaženo výsledku, který by značil

nedostatek sociální integrace, popř. spolehlivého spojení. Druhá skupina zahrnovala výsledky, kdy alespoň v jedné ze dvou škál byla překročena hraniční hodnota. Následující grafy charakterizují druhou skupinu výsledků, tj. situaci, při které alespoň v jedné ze sub-škál došlo u respondenta k překročení hranice, která značí chybějící sociální oporu.

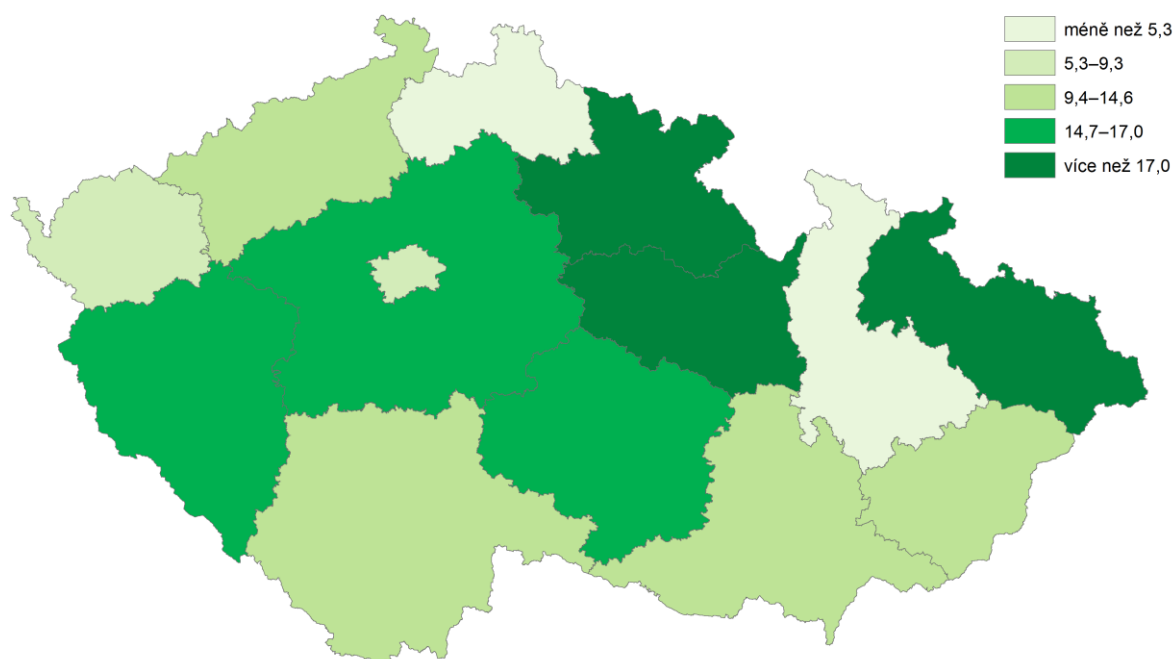
GRAF 58 CHYBĚJÍCÍ SOCIÁLNÍ OPORA, DLE VĚKU (N=766)



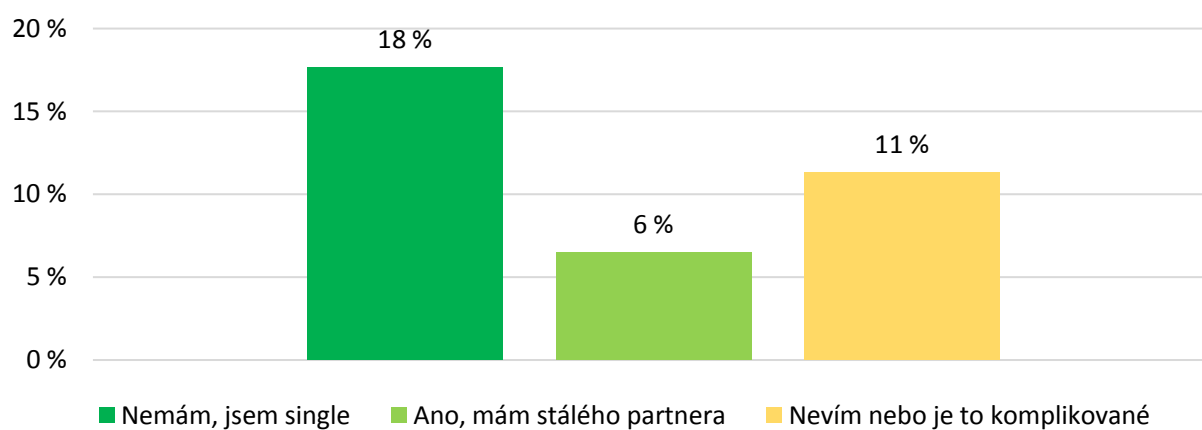
Jak ukazují výsledky z grafu 58, sociální opora chybí především v nejmladší věkové skupině (18 %), tedy skupině, která se nejčastěji potýká s řešením svého coming outu. Daný výsledek proto může indikovat problémy a nedostatky v této oblasti. Z mapy 5, v níž vyšší hodnoty značí vyšší míru chybějící sociální opory, je vidět možný regionální rozměr a rozdílnosti. Z dat, která máme v této studii k dispozici, ale nemůžeme identifikovat příčiny těchto poměrně značných regionálních rozdílů. Některé mohou být například způsobeny výběrovým zkreslením, kdy v krajích s menšími sídly bylo zastoupení respondentů významně nižší než v krajích s velkými městy. Nemůžeme rovněž ale vyloučit, že jsou tyto rozdíly způsobeny skutečnými rozdíly mezi jednotlivými kraji.

Opět podobně jako v případě hodnocení kvality duševního zdraví dotazníkem PHQ-4, i v otázce hodnocení kvality sociální opory můžeme nalézt zajímavé rozdíly v souvislosti s partnerským statutem respondentů (graf 59). Největší sociální oporu (resp. nejmenší míru strádání) vykazovali respondenti, kteří měli stálé partnery (6 %). Respondenti, kteří měli alespoň nějaké, byť komplikované vztahy, vykazovali vyšší míru strádání (11 %) a nejvíce chyběla sociální opora respondentům, kteří byli single (18 %).

MAPA 5 CHYBĚJÍCÍ SOCIÁLNÍ OPORA DLE KRAJŮ (V %, N=743)



GRAF 59 CHYBĚJÍCÍ SOCIÁLNÍ OPORA, DLE PARTNERSKÉHO STATUSU (N=766)



SHRNUTÍ A DOPORUČENÍ

- Lze konstatovat, že sociální opora jako významný ochranný faktor chybí především v nejmladší skupině, což patrně souvisí s obdobím řešení coming outu.
- Největší sociální oporu (resp. nejmenší míru strádání) vykazovali respondenti, kteří měli stálé partnery.
- Zjištěné regionální rozdíly lze pokládat za podnět pro další výzkum, který by se na vysvětlení těchto rozdílů zaměřoval.

9 Homofobní projevy a internalizovaná homonegativita

9.1 Homofobní projevy: zastrašování, slovní nářázky a fyzické útoky

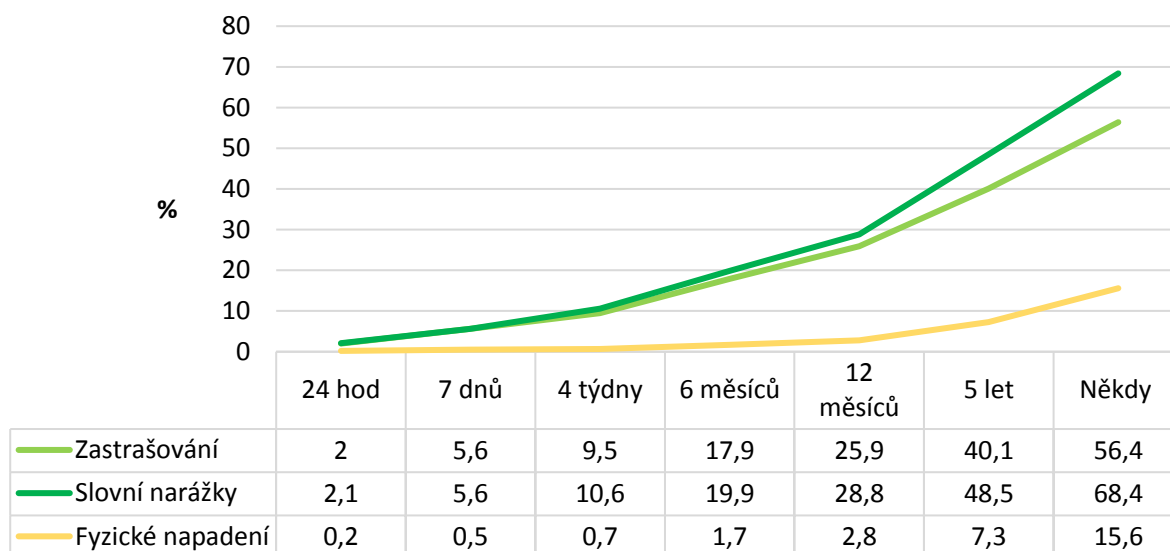
Studie EMIS 2017 rovněž zkoumala prevalenci homofobních projevů, se kterými se ne-heterosexuální muži ve svém životě setkávají. Homofobní projevy se vyskytují v různých podobách – od zavrhuječích pohledů, slovních nářezek a verbálního zastrašování až k explicitním fyzickým útokům. V současnosti je již prokázáno, že zkušenost s homofobními projevy, které jsou nejtypičtějším příkladem interpersonálního menšinového stresu, je jedním z prediktorů duševních problémů u ne-heterosexuálních mužů, a patří tedy mezi klíčové negativní činitele, které podkopávají kvalitu života a zdravotní potřeby mužů. Působení těchto činitelů může vést k izolaci, vyvolávat úzkosti i přímo či nepřímo poškozovat fyzické zdraví. Homofobní projevy, jako součást širšího společenského postoje k ne-heterosexuálním lidem, proto přímo ovlivňují i vlastní sebepojetí ne-heterosexuálních osob a míru individuální internalizované homonegativity.

Mužům zapojeným do studie byly položeny následující tři otázky: „Kdy naposledy...

- na vás někdo zíral nebo vás zastrašoval, protože se domníval nebo věděl, že jste muž, kterého přitahují muži?
- na vás byly směřovány slovní nářázky, protože se dotyčný domníval nebo věděl, že jste muž, kterého přitahují muži?
- jste byl fyzicky napaden (někdo vás udeřil, kopnul, mlátil...), protože věděl nebo předpokládal, že jste muž, kterého přitahují muži?

U každého tvrzení měli respondenti vybrat na časové škále, kdy naposledy k některé z forem homofobního zastrašování došlo. Graf 60 zobrazuje kumulativní procentní podíl mužů, kteří se za různá časová období s homofobním zastrašováním setkali.

GRAF 60 KUMULATIVNÍ VÝSKYT HOMOFOBNÍCH PROJEVŮ PODLE DOBY POSLEDNÍHO PROJEVU (V %)



Každý čtvrtý respondent uvedl, že byl v posledních 12 měsících zastrašován kvůli své sexuální orientaci (n = 435; 26 %), na 29 % dotazovaných směřovaly slovní nářázky (n = 483), v 3 % šlo o fyzické napadení (n = 47), protože někdo věděl nebo předpokládal, že jde o muže, kterého přitahují muži. S nějakou formou

homofobních projevů se za celý svůj život setkala více než polovina mužů, 16 % respondentů uvedlo rovněž fyzické napadení.

Největší zranitelnost ve vztahu k homofobním projevům vykazují nejmladší věkové skupiny. Se slovními nárazkami na ne-heterosexuální přitažlivost se setkalo jen 3,8 % mužů starších 60 let, ale nadpoloviční většina mužů mladších 19 let (58 %). Rovněž fyzická napadení jsou častější v nižších věkových skupinách (tabulka 32), které by tudíž měly stát v centru zájmu případných intervenčních aktivit.

TABULKA 32 HOMOFOBNI PROJEVY DLE VĚKU

% mužů, kteří během posledních 12 měsíců zažili:	≤19	20–29	30–39	40–49	50–59	≥60
<i>zastrašování, protože někdo věděl nebo předpokládal, že je přitahují muži</i>	45,3	33,8	20,9	16,3	12,1	3,8
<i>slovní nárazky, protože někdo věděl nebo předpokládal, že je přitahují muži</i>	58,6	32,3	25,5	21,5	12,2	3,8
<i>fyzické napadení, protože někdo věděl nebo předpokládal, že je přitahují muži</i>	6,3	4,3	1,6	1,4	0,0	0,0

SHRNUTÍ A DOPORUČENÍ

- Každý čtvrtý respondent uvedl, že byl v posledních 12 měsících zastrašován kvůli své sexuální orientaci, téměř třetina respondentů uvedla zkušenost se slovními nárazkami a 3 % byla v posledním roce fyzicky napadena.
- Tyto homofobní projevy jsou nejtypičtější formou interpersonálního menšinového stresu, jenž patří mezi klíčové negativní činitele, které podkopávají kvalitu života a zdravotní potřeby mužů. Působení těchto činitelů může vést k izolaci, vyvolávat úzkosti i přímo či nepřímo poškozovat fyzické zdraví.
- Lze doporučit zavedení systematického a kontinuálního sledování výskytu těchto činitelů. Získaná data by umožnila sledovat vývoj v pravidelných časových úsecích a srovnávat změny s indikátory kvality života a zdraví ne-heterosexuálních lidí s trendy ve výskytu STI či s efektivitou primární či sekundární prevence.

9.2 Internalizovaná homonegativita

Internalizovanou neboli zvnitřněnou homonegativitou rozumíme proces, při kterém si gayové, lesby či bisexuální lidé, často nevědomě, zvnitřňují společenské postoje vůči sexualitě, genderu a pohlaví, jako součásti svého vlastního sebepojetí (Meyer, 1995). Dle Hereka (2000) může takové zvnitřnění vyústit do negativních pocitů vůči vlastní osobě, především pak v období vlastního sexuálního dospívání (tedy v období, kdy LGB+ lidé zjišťují, že nejsou heterosexuální). Je tomu tak proto, že negativní vnitřní přesvědčení způsobuje psychologický rozpor, či určité dilema, mezi skutečnou romantickou touhou jednotlivce a jeho zvnitřněnými negativními vysvětlujícími rámci, či přesvědčením o sobě samotném. Tento rozpor pak může vést k pocitům viny, hanby, snižovat sebeúctu osoby či jí způsobovat jiné emocionální obtíže. Z těchto důvodů v současnosti internalizovanou homonegativitu chápeme jako individuální marker tzv. menšinového stresu, kdy měření míry zvnitřnění negativních společenských, kulturních a dalších postojů vůči homosexualitě či jiným formám ne-heterosexuality (např. bisexualitě), může docházet ke zhoršení kvality života jednotlivce,

omezení kvality duševního zdraví, potažmo k rozvoji duševně-zdravotních problémů, které v extrémních situacích mohou mít fatální následky (např. suicidium).

Pro účely stanovení míry internalizované homonegativity byla ve studii použita v současnosti asi nejrozšířenější Krátká škála zvnitřněné homonegativity (Short Internalized Homonegativity Scale). Tato sedmipoložková škála se zobrazila pouze jedné polovině respondentů, druhé polovině respondentů byla předložena škála měřící sociální oporu (viz kapitola Sociální opora).

Krátká škála zvnitřněné homonegativity zahrnovala následující výroky:

- V gay podnicích se cítím komfortně.
- Společenské situace, ve kterých jsem v přítomnosti gay mužů, jsou mi nepříjemné.
- Nevadí mi, když jsem na veřejnosti viděn s mužem, který je gay.
- Nevadí mi bavit se na veřejnosti o homosexualitě.
- Nevadí mi/je pro mě v pořádku, že jsem homosexuální muž/gay.
- Homosexualita je pro mě morálně akceptovatelná.
- Neměnil bych svoji sexuální orientaci, ani kdybych měl tu možnost.

Odpovědi byly založeny na sedmistupňové Likertově škále od (1) „rozhodně souhlasím“ po (7) „rozhodně nesouhlasím“, se středním bodem (4) a možností „nevztahuje se na mě“. Čím vyššího skóru bylo dosaženo, tím vyšší míru internalizované homonegativity bylo možné vyvozovat. Dle souhrnné zprávy studie EMIS (The EMIS Network, 2019) se v Evropě výše tohoto ukazatele pohybuje mezi 0,9 až 2,5 body. Průměrná hodnota pro Česko byla 1,4 bodu, což Česko řadí k zemím s nejnižší prevalencí zvnitřněné homonegativity v Evropě.

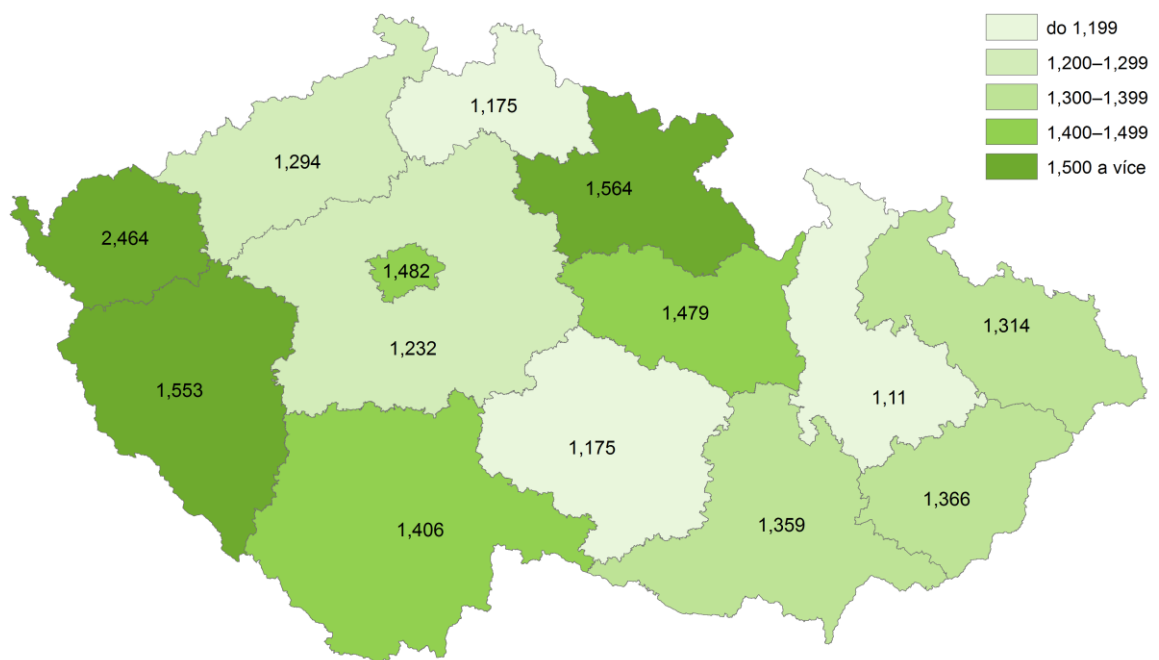
Jak vidíme v grafu 61, zvnitřněná homonegativita byla nejvyšší ve věkové skupině mezi 20 a 29 lety (průměr 1,5 bodu), jež je následovaná skupinou ve věku 30 až 39 let (1,4 bodu). Nejnižší míru naopak vykazali respondenti z nejnižší věkové skupiny 15–19 roků (1,2 bodu), přičemž tento výsledek může naznačovat rostoucí míru společenského přijetí ne-heterosexuality mezi mladými lidmi. Nelze ovšem vyloučit, že zde hrají roli i další faktory, které není možno v rámci získaných dat ověřit. Na určité souvislosti lze ovšem poukázat pomocí srovnání s výsledky v jiných otázkách.

Skór internalizované homonegativity vykazuje relativně vysokou různorodost i na krajské úrovni (mapa 6). Nejvyšší míru zvnitřněné homonegativity vykazovali respondenti z Karlovarského kraje (2,464) a dále pak s velkým odstupem kraje Královéhradeckého (1,564) a Plzeňského (1,553). Dle nám dostupných údajů není zcela zřejmé, co tyto rozdílnosti podmiňuje, což lze pokládat za podnět pro další výzkum v budoucnu, který by se na vysvětlení těchto rozdílů zaměřoval. Do určité míry mohou být i důsledkem malých počtů respondentů ve zmíněných regionech.

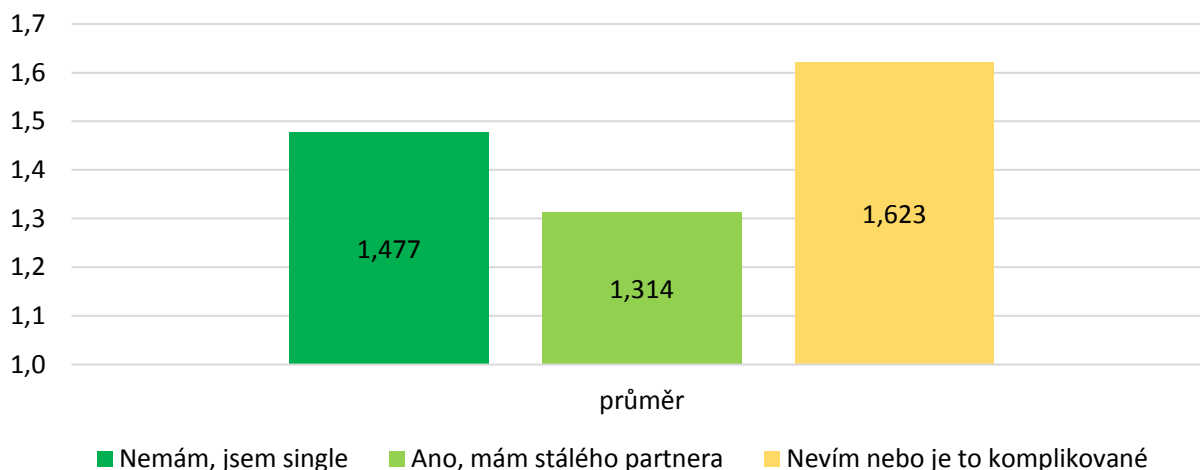
GRAF 61 HODNOCENÍ INTERNALIZOVANÉ HOMONEGATIVITY, DLE VĚKŮ (N=780)



MAPA 6 HODNOCENÍ INTERNALIZOVANÉ HOMONEGATIVITY, DLE KRAJŮ (N=759)

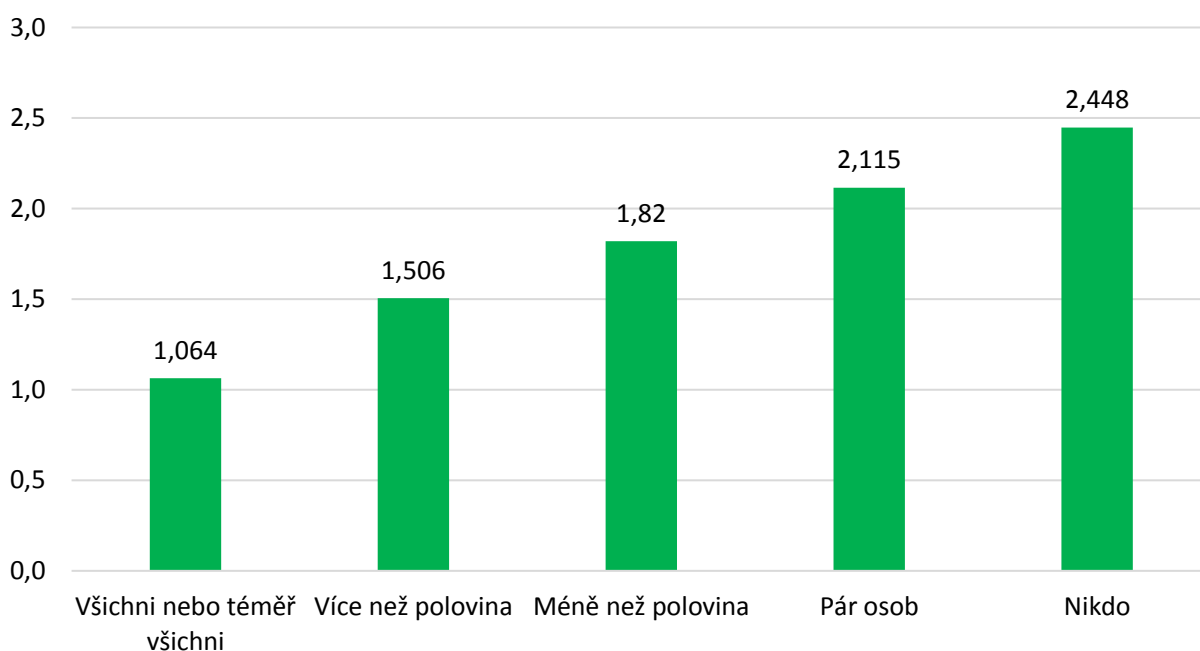


GRAF 62 HODNOCENÍ INTERNALIZOVANÉ HOMONEGATIVITY, DLE PARTNERSKÉHO STATUSU (N = 781)



Podobně jako v případě hodnocení duševního zdraví respondentů vykazovali vyšší míru zvnitřněné homonegativity rovněž respondenti, kteří byli single (1,477), a nejvíce pak ti, kteří uvedli, že nevědí, zda mají partnerský vztah, popř. „že je to komplikované“ (1,623). Nejmenší míru (1,314) vykazovali respondenti žijící ve vztahu se stálým partnerem (graf 62).

GRAF 63 HODNOCENÍ INTERNALIZOVANÉ HOMONEGATIVITY, DLE OTÁZKY „ZNÁ VAŠE OKOLÍ VAŠI SEXUÁLNÍ ORIENTACI?“ (N = 776)



Zcela zjevnou souvislostí zvnitřněné homonegativity je vztah k otevřenosti projevování vlastní neheterosexuální orientace. Jasný vztah mezi mírou „vyoutovanosti“, tedy otevřenosti vlastní sexuální orientace ve vztahu k ostatním osobám (včetně rodiny, přátel, spolužáků a kolegů) jednoznačně ukazuje graf 63. V něm vidíme, že nejnižší míru zvnitřněné homonegativity (1,064) měli respondenti, kteří ve vztahu ke své sexuální orientaci žili otevřeně před všemi nebo téměř všemi lidmi. Následují ti, kteří ve vztahu ke své sexualitě žili otevřeně před více než polovinou osob (1,506), a dále ti, kteří žili otevřeně před méně než polovinou osob (1,820). Na posledních dvou místech jsou ti, kteří o své sexualitě řekli jen pár osobám (2,115), a ti, kteří ji tají přede všemi (2,448). Tyto výsledky tak dokládají jasný vztah mezi internalizovanou homonegativitou a mírou otevřenosti života ve vztahu ke své sexuální orientaci.

SHRNUTÍ A DOPORUČENÍ

- Zvnitřněná homonegativita byla nejvyšší u respondentů ve věkových skupinách mezi 20 a 29 lety a mezi 30 a 39 lety. Nejnižší míru v rámci věkových skupin naopak vykázali respondenti z nejnižší věkové skupiny 15–19 roků. Vysvětlení této věkové dynamiky si žádá dalšího studia a přesahuje výpovědní možnosti dat získaných v této studii.
- Nejmenší míru zvnitřněné homonegativity vykazovali respondenti žijící ve vztahu se stálým partnerem.
- Výsledky doložily jasnou pozitivní úměru mezi zvnitřněnou homonegativitou a mírou otevřenosti života ve vztahu ke své sexuální orientaci.
- Zjištěné velké regionální rozdíly lze pokládat za podnět pro další výzkum, který by se na vysvětlení těchto rozdílů zaměřoval.

Závěr

Internetový průzkum mezi MSM v Česku proběhl v rámci celoevropské studie EMIS 2017. Hlavním cílem studie EMIS bylo získat data užitečná pro plánování programů podpory, prevence a léčby HIV a STI v jednotlivých evropských zemích. Studie popsala na základě sebehodnocení chování respondentů míru a rozložení rizika přenosu HIV a STI ve skupině mužů majících sex s muži a pomohla definovat jejich potřeby v oblasti prevence HIV a STI.

V oblasti **zdravotních rizik** studie zkoumala sexuální chování, užívání návykových látek a jejich kombinaci (chemsex). V oblasti **preventivního chování** se zajímala o rozšíření užívání antiretrovirotik, sdílení informace o HIV statusu, míru užívání kondomů a očkování. Národní data pro Česko ukazují:

- HIV diagnóza a léčba – 7 % dotazovaných uvedlo, že byli diagnostikováni s HIV infekcí, a 93 % z takto odpovídajících respondentů je na antiretrovirové léčbě.
- Postexpoziční profylaxe (PEP) – 4 % mužů v průzkumu se někdy pokusila získat PEP, ovšem pouze 1 % ji skutečně získalo a užívalo.
- Preexpoziční profylaxe (PrEP) – 5 % dotazovaných se někdy pokusilo získat PrEP, méně než 1 % ji skutečně získalo a užívalo, přitom profylaxe byla často získána mimo zdravotnický systém online nákupem.
- Znalost způsobu přenosu STI byla všeobecně dobrá, 67% respondentů vědělo, že se „STI šíří snadněji než HIV“. Znalost byla poněkud vyšší u těch, kteří jednotlivé STI prodělali: syfilis 78 %, kapavka 81 %, chlamydiové infekce 81 %, HIV 81 %, HPV 69 %.
- Prevalence sledovaných bakteriálních infekcí, HIV a hepatitidy B byla ve skupině respondentů výrazně vyšší než v obecné populaci ČR.
- Očkování proti hepatitidě A a B – 58 % respondentů není očkováno proti hepatitidě A a 26 % proti hepatitidě B.
- Sex s muži – v posledních 12 měsících mělo pohlavní styk s mužem 57% dotázaných ve stálých partnerstvích a 69 % dotázaných s nestálým partnerem. Anální styk bez kondomu uvedlo 80 % mužů ve stálých partnerstvích a 59 % mužů při styku s nestálým partnerem. U nahodilých partnerů většina mužů neznala HIV status svého partnera.
- Sex s ženami – tři pětiny mužů neměly nikdy sex se ženou, jen 5% mělo sex se ženou v posledních 12 měsících. Užívání kondomu při souloži se ženou je polarizované – přibližně stejný podíl mužů kondom použil vždy nebo nikdy.

- Alkohol a tabák – alkohol byl nejčastěji užívanou návykovou látkou, pouze 5 % dotázaných se označilo za abstinenty, 41 % mužů užílo alkohol v posledních 24 hodinách, dalších 35 % během posledních 2–7 dnů. Celkem 35 % mužů užílo tabák za posledních 24 hodin a dalších 5 % za posledních 2–7 dnů.
- Drogy a jiné návykové látky – nejčastější jinou návykovou látkou byl kanabis, který někdy v životě užílo 49 % dotázaných a 14 % v průběhu posledních 4 týdnů. Celkem 16 % mužů užílo poppers (nitrát), 5 % respondentů užílo lék na podporu erekce.
- Injekční užívání drog – mírně vyšší počet mužů užil injekčně anabolické steroidy (2 %) než drogu s psychoaktivními účinky (1 %).
- Chemsex – sexualizované užití drogy za účelem zvýšení sexuálního prožitku někdy v životě vyzkoušelo 16 % mužů, 11 % tak učinilo v posledním roce. Chemsex byl častěji spojen se sexem s více partnery.

V oblasti **potřeb sexuálního zdraví** bylo hlavním cílem studie identifikovat ty potřeby MSM, které jsou nenaplněné a vyžadují upřednostnění v systému preventivních intervencí. Potřeby sexuálního zdraví jsou v této souvislosti chápány jako soubor schopností, příležitostí a motivace k chování, které přímo ovlivňuje sexuální zdraví (zdravotní rizika i preventivní chování).

- Sociální opora – s využitím škál sociální integrace a spolehlivého spojení z dotazníku vnímané sociální opory bylo zjištěno, že v průměru každý desátý muž vykazuje chybějící sociální oporu. Největší míru chybějící sociální opory studie zaznamenala v nejmladší věkové skupině 15–19 let (18 %).
- Internalizovaná homonegativita – míra internalizované homonegativity mezi respondenty byla relativně nízká, s mírnými rozdíly mezi věkovými skupinami a regiony. Nejnížší míru vykazovali respondenti žijící ve vztahu se stálým partnerem.
- Bezpečnější sex – studie identifikovala několik nenaplněných potřeb: např. 33 % mužů nevědělo, že většina STI se šíří snáze než HIV; 28 % mužů mělo sex bez kondomu, protože kondom nebyl k dispozici; 7 % neprovozuje tak bezpečný sex, jak by si sami přáli; pro 7 % není snadné říci „ne“ ve chvíli, kdy o sex nestojí. Vysoký počet mužů (32 %) uvedl, že se svým sexuálním životem není spokojen.
- Očkování – nenaplněné potřeby v oblasti vakcinace zahrnují např. skutečnost, že 15 % mužů nevědělo, že proti hepatitidě A a B existuje očkování.
- Postexpoziční profylaxe (PEP) – studie odhalila několik nenaplněných potřeb, např. 38 % dotazovaných PEP neznalo, 13 % si nebylo o účincích profylaxe jistých.
- Preexpoziční profylaxe (PrEP) – studie odhalila několik nenaplněných potřeb, např. 41 % dotazovaných PrEP neznalo, 7 % si nebylo o účincích profylaxe jistých.

Testování HIV a léčba – 37 % mužů nevědělo, že lidé na účinné léčbě nemohou přenést HIV sexuální cestou, 3 % neznalo svůj HIV status, 28 % se domnívalo, že je pravděpodobně negativní.

V oblasti **intervencí** studie identifikovala pozitivní intervence zahrnující edukační, zdravotní, sociální a komunitní služby, jejichž prostřednictvím dochází k naplňování potřeb MSM, stejně jako negativní intervence (např. sociální vyloučení, zneužití nebo homofobní zastrašování a útoky).

- Homofobní projevy – zastrašování, slovní nářázky, fyzické útoky: každý čtvrtý respondent uvedl, že byl v posledních 12 měsících zastrašován kvůli své sexuální orientaci; na 29 % dotazovaných směřovaly slovní nářázky, u 3 % respondentů šlo o fyzické napadení.
- Přístup ke kondomům – 19 % mužů uvedlo, že kondom získalo zdarma v gay podnicích, komunitních nebo zdravotnických zařízeních.

- HIV/STI edukační služby – 80 % dotázaných sdělilo, že během posledních 6 měsíců vidělo nebo slyšelo informace o HIV nebo STI, které byly specificky určené mužům majícím sex s muži.
- Testování na HIV – tři čtvrtiny dotázaných někdy během svého života podstoupily test na HIV a obdržely jeho výsledek; z nich 72 % bylo na testu během posledních 12 měsíců.
- Léčebná kaskáda – výsledky studie jsou ve shodě s údaji z epidemiologických modelů o léčebné kaskádě HIV v Česku: 93 % mužů žijících s HIV je na antiretrovirové léčbě, 82 % uvedlo nedetekovatelný výsledek jejich posledního testu virové nálože HIV.
- Testování na STI – 38 % mužů bylo během posledních 12 měsíců testováno na STI jiné než HIV, většina respondentů přitom s lékařem nesdílela informace o tom, že patří do skupiny MSM.

Výsledky studie poskytují jedinečná data pro potřeby Národního programu řešení problematiky HIV/AIDS a politik ochrany veřejného zdraví zejména s ohledem na to, že pro populační skupinu MSM je v Česku jen minimum cílených epidemiologických a behaviorálních dat. Skupina MSM je přitom v prevenci HIV a STI mezinárodně považována za jednu z klíčových populací, která je vystavena vyššímu riziku nákazy těchto infekčních onemocnění a jejíž zapojení do programů prevence je zásadní pro úspěšnou odezvu.

Komparativní data za ostatní evropské státy a výsledky celoevropské studie EMIS 2017 jsou k dispozici na <http://www.emis2017.eu>.

Poděkování

Financování: EMIS-2017 je součástí projektu ESTICOM a byl realizován na základě smlouvy 2015 71 01 s Výkonnou agenturou pro spotřebitele, zdraví, zemědělství a potraviny (CHAFEA), kterou zřídila Evropská komise. Smlouva byla uzavřena na základě výběrového řízení CHAFEA/2015/Zdraví/38.

Etický rámec výzkumu: EMIS-2017 byl schválen Etickým výborem pro výzkum při Londýnské škole hygieny a tropické medicíny (číslo posudku 14421 /RR/8805) 31. července 2017.

Provádění výzkumu: EMIS-2017 byl koordinován výzkumnou skupinou Sigma Research na Londýnské škole hygieny a tropické medicíny (LSHTM) ve spolupráci s Institutem Roberta Kocha (RKI) v Berlíně. Členové hlavního EMIS týmu (kontakt @ Sigma Research, LSHTM): Dr. Axel J. Schmidt, Dr. Ford Hickson, David Reid a Peter Weatherburn; spolupracovali Dr. Ulrich Marcus a Dr. Susanne B. Schink @ RKI.

Děkujeme všem respondentům a zároveň všem institucionálním i individuálním partnerům v České republice za to, že jsou součástí něčeho velkého: Česká společnost AIDS pomoc, z.s., Státní zdravotní ústav, Tereza Zvolská, Dr. Michal Pitoňák.

Děkujeme Tereze Zvolské za přeložení textu EMIS-2017 do češtiny a zároveň děkujeme všem respondentům z České republiky za to, že jsou součástí něčeho velkého!

Literatura

- Allen, J. P., Wilson, V. B. (Eds.). (2003). *Assessing alcohol problems: A guide for clinicians and researchers*. 2nd ed. Bethesda: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. NIH Publication No. 03-3745 [cit. 2019-10-16]. Dostupné z: <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/assessingalcohol/index.htm>
- Bílková Fránková, H., Kloudová, A., Zelená, H., Tomášková, H., Šebáková, H., Martinková, I., Matlerová, Š., Fránová, D., Jílková, E., Král, V., Skorkovský, J., Sojková, N., Stiborová, I. (2014). Víceúčelový sérologický přehled (spalničky, příušnice, pertuse, virová hepatitida B) SP 2013, ČR: Závěrečná zpráva. Zprávy centra epidemiologie a mikrobiologie, 23 (příloha č.1.), 1–152.
- Csémy, L., Fialová, A., Kodl, M., Skývová, M. (2019). *Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2018*. Praha: Státní zdravotní ústav [cit. 2019-10-16]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/szu/aktual/uzivani_tabaku_alkoholu_cr_2018.pdf
- Cutrona, C. E., Russell, D. W. (1987). The provisions of social relationships and adaptation to stress. *Advances in Personal Relationships*, 1(1), 37–67.
- Deblonde, J., De Koker, P., Hamers, F.F., Fontaine, J., Luchters, S., Temmerman, M. (2010). Barriers to HIV testing in Europe: a systematic review. *European Journal of Public Health*, 20(4), 422–432. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckp231>
- Dlouhý, P. (2018). Pracovní postup pro poskytování preexpoziční profylaxe (PrEP) infekce lidským virem imunodeficiency (HIV). [cit. 2019-10-16]. Dostupné z: <https://www.infekce.cz/PPPrEP18.htm>
- EACS. (2018). *European AIDS Clinical Society Guidelines Version 9.1*. Brussels: European AIDS Clinical Society [cit. 2019-10-16]. Dostupné z: https://www.eacsociety.org/files/2018_guidelines-9.1-english.pdf
- ECDC. (2015). *HIV and STI prevention among men who have sex with men*. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control [cit. 2019-10-16]. Dostupné z: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/hiv-sti-prevention-among-men-who-have-sex-with-men-guidance.pdf>
- ECDC. (2017a). *HIV testing. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2017 progress report*. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control [cit. 2019-10-16]. Dostupné z: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/HIV%20testing.pdf>
- ECDC. (2017b). *Evidence brief: Impact of stigma and discrimination on access to HIV services in Europe. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia*. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control [cit. 2019-10-16]. Dostupné z: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/evidence-brief-impact-stigma-and-discrimination-access-hiv-services-europe>
- ECDC. (2019). *Pre-exposure prophylaxis (PrEP)*. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control [cit. 2019-08-06]. Dostupné z: <https://ecdc.europa.eu/en/infectious-diseases-public-health/hiv-infection-and-aids/prevention-and-control/hiv-treatment/pre>
- Eisinger, R.W., Dieffenbach, C.W., Fauci, A.S. (2019). HIV viral load and transmissibility of HIV infection: undetectable equals untransmittable. *Journal of the American Medical Association*, 321(5), 451–452. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.21167>

- Erwing, J. A. (1984). Detecting alcoholism: The CAGE questionnaire. *Journal of the American Medical Association*, 252(14), 1905–1907.
- Galea, J., Cook, R., Pickett, J., Gorbach, P. (2017). "PrEP in the Wild" - Results from a Global Survey of Medical Providers' PrEP Practices in Settings where it is Approved and Where it is Not. 9th IAS Conference on HIV Science, July 2017, Paris, France. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.12251.26403>
- Hatzenbuehler, M. L., Nolen-Hoeksema, S., Erickson, S. J. (2008). Minority stress predictors of HIV risk behavior, substance use, and depressive symptoms: Results from a prospective study of bereaved gay men. *Health Psychology*, 27(4), 455–462. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.27.4.455>
- Hatzenbuehler, M. L. (2009). How does sexual minority stigma “get under the skin”? A psychological mediation framework. *Psychological Bulletin*, 135(5), 707–730. <https://doi.org/10.1037/a0016441>
- Herek, G. M. (2000). The psychology of sexual prejudice. *Current Directions in Psychological Science*, 9(1), 19–22. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00051>
- Chomynová, P., Mravčík, V. (2018). Národní výzkum užívání návykových látek 2016. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, Úřad vlády České republiky [cit. 2019-10-16]. Dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/publikace/zaostreno-na-drogy/2018-zaostreno/02-18-narodni-vyzkum-uzivani-navykovych-latek-2016/>
- Kelly, B. (2016). Reconsidering “unprotected” and HIV risk in the twenty-first century. *Frontiers Immunology*, 7: 209. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2016.00209>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Löwe, B. (2009). An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ–4. *Psychosomatics*, 50(6), 613–621.
- Meyer, I. H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 38–56. <https://doi.org/10.2307/2137286>
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Němeček, V., Částková, J., Fritz, P., Linhartová, A., Švandová, E., Šrámová, H., Kříž, B. (2003). The 2001 serological survey in the Czech Republic - Viral hepatitis. *Central European Journal of Public Health*, 11(Suppl), S54–S61.
- Pachankis, J. E., Hatzenbuehler, M. L., Mirandola, M., Weatherburn, P., Berg, R. C., Marcus, U., Schmidt, A. J. (2017). The geography of sexual orientation: Structural stigma and sexual attraction, behavior, and identity among men who have sex with men across 38 European countries. *Archives of Sexual Behavior*, 46(5), 1491–1502. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0819-y>
- Pachankis, J. E., Bränström, R. (2018). Hidden from happiness: Structural stigma, sexual orientation concealment, and life satisfaction across 28 countries. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(5), 403–415. <https://doi.org/10.1037/ccp0000299>
- Pachankis, J. E., Bränström, R. (2019). How many sexual minorities are hidden? Projecting the size of the global closet with implications for policy and public health. *PLoS One*, 14(6), e0218084. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218084>
- Pitoňák, M. (2017). Mental health in non-heterosexuals: Minority stress theory and related explanation frameworks review. *Mental Health & Prevention*, 5, 63–73. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2016.10.002>

- Pitoňák, M. (2018a). Rozostření příčin a následků: Syndemie HIV mezi ne-heterosexuálními muži. *Biograf*, 67–68 [cit. 2019-10-16]. Dostupné z: <http://www.biograf.org/clanek.html?id=1038>
- Pitoňák, M. (2018b). PrEP Manuál. Praha: Queer Geography [cit. 2019-10-16]. Dostupné z: https://www.queergeography.cz/wp-content/uploads/2018/06/QG_PrEPmanual-WEB-2018l.pdf
- Pitoňák, M. (2018c). PrEP Návod k použití. Praha: Queer Geography [cit. 2019-10-16]. Dostupné z: <https://www.queergeography.cz/wp-content/uploads/2018/11/PrEP-manual-graficky-web.pdf>
- Pitoňák, M. (2019). V sexuálním closetu / Geografie „ne-heterosexuálních lidí“. In: Osman, R., Pospíšilová, L. (Eds.). *Geografie „okrajem“: Každodenní časoprostorové zkušenosti* (147–182). Praha: Univerzita Karlova.
- Queer Geography. (2018). Doporučený postup pro psychologickou praxi s lesbami, gayi a bisexuálními klienty/kami. Praha: Queer Geography [cit. 2019-09-20]. Dostupné z: https://www.queergeography.cz/wp-content/uploads/2018/08/APA-guidelines_CZ.pdf
- Riddell, J., Amico, K.R., Mayer, K.H. (2018). HIV preexposure prophylaxis, a review. *Journal of the American Medical Association*, 319(12), 1261–1268. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.1917>
- Snopková, S., Rozsypal, H., Aster, V., Sedláček, D., Dlouhý, P., Kapla, J., Jilich, D., Veselý, D., Jerhotová, Z., Olbrechtová, L., Zjevíková, A., Zlámal, M. (2019). Doporučený postup péče o dospělé infikované HIV a postexpoziční profylaxe infekce HIV, Doporučený postup Společnosti infekčního lékařství České lékařské společnosti J. E. Purkyně [cit. 2019-10-16]. Dostupné z: <https://www.infekce.cz/DPHIV19.htm>
- Šabatová, A. (2019). Být LGBT+ v Česku. Zkušenosti LGBT+ lidí s předsudky, diskriminací, obtěžováním a násilím z nenávisli: Výzkum veřejného ochránce práv 2019 [cit. 2019-09-20]. Dostupné z: https://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/DISKRIMINACE/Vyzkum/Vyzkum-LGBT.pdf
- The EMIS Network. (2013). EMIS 2010: The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey. Findings from 38 countries. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control [cit. 2019-10-16]. Dostupné z: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/EMIS-2010-european-men-who-have-sex-with-men-survey.pdf>
- The EMIS Network. (2019). EMIS-2017: The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey. Key findings from 50 countries. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control [cit. 2019-10-16]. Dostupné z: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/emis-2017-european-men-who-have-sex-men-internet-survey>
- Vyhláška č. 537/2006 Sb. O očkování proti infekčním nemocem. Sbírka zákonů České republiky, 2006, částka 174, 7282-7287. Dostupné z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=2006&typeLaw=zakon&what=Rok&stranka=3>
- Weatherburn, P., Hickson, F., Reid, D.S., Marcus, U., Schmidt, A.J. (2019). European men-who-have-sex-with-men Internet survey (EMIS-2017): Design and methods. *Sexuality Research and Social Policy*. <https://doi.org/10.1007/s13178-019-00413-0>
- WHO. (2015). Consolidated Guidelines on HIV Testing Services [cit. 2019-08-06]. Dostupné z: <https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/>
- WHO. (2019). Pre-exposure prophylaxis [cit. 2019-08-06]. Dostupné z: <https://www.who.int/hiv/topics/prep/en/>