Zdravotně sociální fakulta
Faculty of Health and Social Sciences

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
University of South Bohemia in České Budějovice

# Prevence vybraných infekčních onemocnění u laické veřejnosti

# BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: VŠEOBECNÉ OŠETŘOVATELSTVÍ

**Autor:** Veronika Kulhánková

**Vedoucí práce:** Mgr. Jana Kimmerová, Ph.D.

České Budějovice 2024

**Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem ***„Prevence vybraných infekčních onemocnění u laické veřejnosti“*** jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 3. 5. 2024 ……

*Veronika Kulhánková*

**Poděkování**

Velmi ráda bych poděkovala paní Mgr. Janě Kimmerové, Ph.D. za vedení a pomoc při sepisování bakalářské práce, její ochotu, vstřícnost, připomínky a odborné rady. Poděkování patří i paní Mgr. Ince Kratochvílové za rady do začátku. Zmínit musím také svou rodinu, přítele a všechny respondenty, kteří se rozhodli věnovat svůj čas na poskytnutí informací k výzkumu.

# Prevence vybraných infekčních onemocnění u laické veřejnosti


## Abstrakt

Bakalářská práce je věnována tématu prevence vybraných infekčních onemocnění u laické veřejnosti. Je zaměřena na tři onemocnění s častým výskytem v Jihočeském kraji – tedy klíšťové encefalitidě, virovým hepatitidám a salmonelóze.

Práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. V teoretické části se věnujeme charakteristice infekčních onemocnění, prevenci, roli sestry v kontextu prevence a samotným, již vyjmenovaným, vybraným onemocněním. V empirické části byl zvolen cíl – zmapovat prevenci vybraných infekčních onemocnění u laické veřejnosti. Na základě tohoto cíle bylo zvoleno pět hypotéz. H1: Existuje statisticky významný vztah mezi názorem na očkování a pohlavím. H2: Existuje statisticky významný vztah mezi postojem k prevenci vybraných infekčních onemocnění a vzděláním. H3: Existuje statisticky významný vztah mezi dodržováním prevence virových hepatitid a věkem. H4: Existuje statisticky významný vztah mezi dodržováním prevence klíšťové encefalitidy a věkem. H5: Existuje statisticky významný vztah mezi dodržováním prevence salmonelózy a věkem.

Pro šetření byla zvolena kvantitativní metoda, technikou pak nestandardizovaný dotazník. Dotazník sestával ze 45 otázek, výzkumným souborem bylo 227 respondentů z laické veřejnosti, kteří žijí v Jihočeském kraji. Šetření prokázalo, že názor na očkování závisí na pohlaví, postoj k prevenci vybraných infekčních onemocnění závisí na dosaženém stupni vzdělání. Také výzkumem bylo zjištěno, že dodržování prevence virových hepatitid, klíšťové encefalitidy ani salmonelózy nezávisí na věku.

Výstupem této práce je informační leták, který obsahuje stručnou charakteristiku vybraných onemocnění a jejich prevenci. Tento leták může sloužit jako edukační materiál v ordinaci praktického lékaře. Práce může sloužit také jako podklad pro další výzkumné šetření stejného designu.



## Klíčová slova

Prevence; infekční onemocnění; klíšťová encefalitida; virové hepatitidy; salmonelóza

# Prevention of the Selected Infectious Diseases in the Lay public


## Abstract

The bachelor thesis is devoted to the prevention of selected infectious diseases in the general public. It focuses on three diseases with frequent occurrence in the South Bohemia Region - tick-borne encephalitis, viral hepatitis and salmonellosis.

The work is divided into a theoretical and a empirical part. In the theoretical part we discuss the characteristics of infectious diseases, prevention, the role of the nurse in the context of prevention and the selected diseases themselves, already listed. In the empirical part the aim was chosen - to map the prevention of selected infectious diseases in the general public. Based on this objective, five hypotheses were chosen. H1: There is a statistically significant relationship between opinion on vaccination and gender. H2: There is a statistically significant relationship between attitude towards prevention of selected infectious diseases and education. H3: There is a statistically significant relationship between adherence to viral hepatitis prevention and age. H4: There is a statistically significant relationship between adherence to tick-borne encephalitis prevention and age. H5: There is a statistically significant relationship between adherence to salmonellosis prevention and age.

For the investigation, a quantitative method was chosen, and the technique was a non-standardized questionnaire. The questionnaire consisted of 45 questions, the research sample was 227 respondents from the general public living in the South Bohemia Region. The investigation showed that the opinion on vaccination depends on gender, the attitude towards prevention of selected infectious diseases depends on the level of education. The research also found that adherence to prevention of viral hepatitis, tick-borne encephalitis and salmonellosis does not depend on age.

The output of this work is an information leaflet that contains a brief description of the selected diseases and their prevention. This leaflet can serve as an educational material in the general practitioner's office. The work can serve as a basis for further research investigation of the same design.



## Key words

Prevention; infectious diseases; tick-borne encephalitis; viral hepatitis; salmonellosis

# Obsah

**Úvod** ..... **8**

**1 Současný stav** ..... **10**

1.1 Charakteristika infekčních onemocnění ..... 10

1.1.1 Virová infekční onemocnění ..... 13

1.1.2 Bakteriální infekční onemocnění ..... 13

1.1.3 Parazitární a mykotická infekční onemocnění ..... 14

1.2 Prevence infekčních onemocnění ..... 14

1.2.1 Očkování ..... 16

1.2.2 Zdravotní výchova ..... 17

1.2.3 Dekontaminace ..... 17

1.2.4 Hygiena rukou ve zdravotnictví ..... 18

1.2.5 Ochranné pracovní prostředky ve zdravotnictví ..... 19

1.3 Role sestry v rámci prevence infekčních onemocnění ..... 19

1.4 Vybraná infekční onemocnění laické veřejnosti a jejich prevence ..... 22

1.4.1 Charakteristika klíšťové encefalitidy ..... 22

1.4.2 Charakteristika virových hepatitid ..... 24

1.4.2.1 Virová hepatitida typu A ..... 25

1.4.2.2 Virová hepatitida typu B ..... 26

1.4.2.3 Virová hepatitida typu C ..... 27

1.4.2.4 Virová hepatitida typu E ..... 28

1.4.3 Charakteristika salmonelózy ..... 29

**2 Cíl práce a hypotézy** ..... **32**

2.1 Cíl práce ..... 32

2.2 Hypotézy ..... 32

2.3 Operacionalizace pojmů ..... 32

**3 Metodika** ..... **33**

3.1 Metodika ..... 33
3.2 Design výzkumného šetření ..... 33
3.3 Charakteristika výzkumného souboru ..... 34
3.4 Statistická analýza dat ..... 34
**4 Výsledky ..... 35**
4.1 Výsledky dotazníkového šetření ..... 35
4.2 Statistické zpracování výzkumu ..... 72
**5 Diskuse ..... 80**
**6 Závěr ..... 87**
**7 Seznam použité literatury a zdrojů ..... 88**
**8 Seznam příloh ..... 98**
**9 Seznam zkratek ..... 99**

# Úvod

Pro naši bakalářskou práci jsem si zvolila téma „*Prevence vybraných infekčních onemocnění u laické veřejnosti*“, protože považuji prevenci za klíčový aspekt zdravotní osvěty. Každý člověk si je zodpovědný za své zdraví a svým jednáním ovlivňuje své okolí. Měli bychom se o sebe umět náležitě starat a vychovávat k tomu i své potomky.

V posledních letech se sice mluví zejména o respiračních infekcích, ale vzhledem k datům Jihočeského kraje jsme se zaměřily na vybrané infekční nemoci, kterými jsou klíšťová encefalitida, virové hepatitidy a salmonelóza. Velkým tématem pro celou Českou republiku je právě vybraná klíšťová encefalitida. Česká republika již několik let patří na vrchol v žebříčku výskytu klíšťové encefalitidy v Evropské unii (Polcarová et al., 2017; Maďar, 2016). Podle dat ISIN (2024a) za prosinec roku 2023 měl Jihočeský kraj nejvyšší kumulativní nemocnost klíšťové encefalitidy ze všech krajů (12,4 nemocných/100 000 obyvatel). Špačková s Danielem (2019) ve své práci zmiňují fakt, že na území České republiky je salmonelóza společně s kampylobakteriózou nejvýznamnějším infekčním onemocněním přenášeným potravinami a vodou. Data ISIN (2024a) za prosinec 2023 ukazují, že se Jihočeský kraj v kumulativní nemocnosti salmonelózy vyskytl také na 1. místě (99,0 nemocných/100 000 obyvatel). V kontextu hepatitidy C se pak umístil na 3. místě kumulativní nemocnosti (16,6 nemocných/100 000 obyvatel), u ostatních typů hepatitid není nemocnost tak vysoká, ale i tak nám připadalo zajímavé prevenci u tohoto onemocnění prozkoumat.

Infekčními onemocněními jsou označovány nakažlivé nemoci, které způsobuje nakažení patogenem. Patogeny jsou bakterie, viry, houby či parazité. Je důležité se před nimi chránit, jelikož s nimi přichází do styku každý z nás a každý zodpovídá za své vlastní zdraví. K ochraně slouží zejména prevence, což je soubor činností, kterými se těmto onemocněním dá předcházet. Mezi základní prvky prevence patří očkování, dodržování hygienických zásad, užívání ochranných pomůcek a další. Znalost a dodržování těchto opatření značně snižuje riziko nákazy.

Práce je rozdělena na dvě části – teoretickou a empirickou, kdy v teoretické části jsme se zabývaly charakteristikou vybraných onemocnění, jejich prevencí i prevencí infekčních onemocnění jako takovou. Zároveň je v práci zahrnuta i role sestry, která je nedílnou součástí všech stupňů prevence. Empirická část je věnována výsledkům

kvantitativního šetření, které bylo provedeno prostřednictvím dotazníku určeného pro laickou veřejnost z Jihočeského kraje.

Cílem této práce je zmapovat znalosti laické veřejnosti v oblasti prevence vybraných infekčních onemocnění.

# 1 Současný stav

## 1.1 Charakteristika infekčních onemocnění

Infekčním onemocněním se rozumí přenos infektu z člověka na člověka, nebo ze zvířete na člověka, v tom případě se jedná o zoonózy, či přenos z neživého substrátu, tedy saprotický přenos. Zoonotická onemocnění mohou být přenášena domácími zvířaty, zvířaty spojenými s lidskými obydlími nebo žijícími ve volné přírodě (Rozsypal, 2015). Tato onemocnění zastupují více než 70 % nově objevených infekčních onemocnění (Jagadesh et al., 2022). Národní zdravotnický informační portál (2023a) zdůrazňuje rozdíly mezi infekčním onemocněním a infekcí. Infekce se totiž, alespoň ze začátku, nemusí vůbec projevit. Definuje, že původcem tohoto nakažlivého onemocnění je patogen.

Proces šíření nákazy je složen ze 3 částí, a to zdroje původce, přenosu a vnímavého organismu (Rozsypal et al., 2014). Rozsypal (2015) ve své práci rozděluje cesty přenosu a tím nám ukazuje, jakými různými cestami se nám může patogen dostat do těla, ať už jde o óngesci (polknutí), inhalaci (vdechnutí), inokulaci (porušení povrchu kůže – zde se jedná převážně o krvesající členovce a zranění způsobená zdravotnickou manipulací s kontaminovanými předměty, např. jehlami) či kontaminaci (stykem s povrchem těla). Přenos lze dělit na přímý a nepřímý. Do přímého řadíme dotyk, transplacentární a perinatální (v průběhu porodu) přenos, ale i ten, který je způsoben škrábnutím, kousnutím či bodnutím. Nepřímým přenosem rozumíme kontakt s kontaminovaným materiálem. Také sem ale řadíme i přenos inokulační (použitými jehlami), aerogenní (kontaminovaným vzduchem), alimentární (kontaminovanou vodou a potravinami) nebo i transmisivní mechanický (přenos klíštětem) (Navrátil et al., 2017). Rozsypal, Holub, Kosáková (2014) udávají, že mezi organismem a hostitelem mohou vzniknout různé vztahy, jimiž jsou symbióza, kdy mají obě strany z tohoto stavu prospěch, komensalismus, bez většího prospěchu či vážnějšího poškození pro oba jedince, a parazitismus, kdy je hostitel poškozován. Streitová et al. (2015) v kontextu infekčních onemocnění zmiňují, že existují různé stavy, které mohou přítomnost patogenu způsobovat. Například při kolonizaci je prokázaná přítomnost mikroorganismů, ale neprobíhá žádná zánětlivá reakce, při infekci jsou mikroorganismy přítomny a vedou k zánětlivé reakci. Infekce značí i přítomnost mikroorganismů v jinak sterilních tkáních jako je mozkomíšní mok či peritoneum. U bakteriemie myslíme na bakterie,

které jsou schopny se množit v krvi. Sepsí je myšlena systémová zánětlivá odpověď organismu. Značí se dvěma nebo více faktory ze syndromu systémové zánětlivé odpovědi (SIRS), kterými jsou teplota pod 36,0 °C nebo nad 38,0 °C, tachykardie nad 90 tepů/min, tachypnoe nad 20 dechů/min, leukocytóza nad 12 000 buněk/$mm^3$ či leukocytopenie pod 4 000 buněk/$mm^3$. Dalšími stavy, které v kontextu můžeme potkat je septický šok nebo syndrom multiorgánového selhání (MODS). Rozsypal, Holub, Kosáková (2014) uvádí, že pro vyvolání onemocnění musí splnit patogen 4 podmínky –zaprvé musí přežít na povrchu těla, vniknout do hostitele či penetrovat do tkání, zadruhé se pomnožit, zatřetí odolat obranným mechanismům hostitele nebo zabraňovat podnětům k ochraně a naposled, začtvrté, množením, produkcí toxinů nebo i navozením imunopatologických stavů poškodit hostitele.

Tělo má ale svá opatření, kterými se chrání. Tkáně povrchu těla slouží jako první linie při obraně organismu. Kůže tvoří jak mechanickou, tak chemickou bariéru. Do ochrany proti mikroorganismům se zapojuje například pot, který společně s mazem tvořeným mazovými žlázami obsahuje antibakteriální látky. Další ochranu zajišťuje kyselé pH kůže a přítomnost saprofytických organismů. Pokud se organismus dostane do hlubších vrstev, jsou pro ochranu připraveny Langerhansovy a Gransteinovy buňky společně s lymfocyty a makrofágy (Pokorný, 2020). K ochraně systému vypomáhají i některé mechanismy jako je pohyb řasinek epitelu, kašel či peristaltika (Jílek, 2019). Hlavním bojovníkem proti nákazám je náš již zmíněný imunitní systém. Různé mechanismy mají schopnost ochránit organismus rozeznáním a eliminací škodlivých látek. Hlavními aktéry jsou pak bílé krvinky, které se různě diferencují, a každý typ pak má jiný druh boje proti škodlivému agens (Kittnar, 2020). Buňky tak bojují proti infekčnímu agens například fagocytózou, kdy buňky infekt pohltí a využijí jej jako potravu. Využito může být i komplementu – systému bílkovin měnícím se z neaktivní formy do enzymů působících likvidaci tělu nežádoucích buněk (Jílek, 2019). Hlavní vlastností imunitního systému je rozpoznání škodlivého od neškodlivého a cizího od vlastního. Antigen infekčního agens nám rozhodne, zda se pro likvidaci uplatní spíše humorální nebo buněčná odpověď. Pro viry, plísně a bakterie se častěji využívá buněčné reakce, zatímco pro extracelulární bakterie a mnohojaderné červy je využito odpovědi humorální. Imunitní reakce je pak započata, když buňky prezentující antigen pohltí škodlivinu (Navrátil et al., 2017). Imunitní odpověď pak dělíme na specifickou a nespecifickou. Specifická se vyznačuje reakcí na konkrétní agens, nespecifická pak

chrání před agens bez ohledu na jejich identifikaci (Kittnar, 2020). Specifická reaguje na podněty získané od nespecifické imunity a od poškozené tkáně. Aktivace trvá delší dobu, která závisí na počtu setkání s patogenem, které si tělo pamatuje díky imunologické paměti. Zastává ji tak činnost T a B lymfocytů (Mistrová, 2023). Do nespecifické imunity tak patří zevní bariéry (např. již zmíněná funkce kůže), sliznice nebo i tzv. zánětlivá reakce (Kittnar, 2020). Zánětem se rozumí soubor obranných dějů, který se projevuje pěti znaky. Jedná se o *calor* (vyšší teplotu v místě zánětu), *dolor* (bolest), *tumor* (otok), *rubor* (zarudnutí) a *funkcio laesa* (poruchu funkce tkáně) (Jílek, 2019). Buněčnou odpověď zajišťují fagocyty – mikrofágy, monocyty a makrofágy. Mechanismy této imunity jsou člověku dány již od jeho narození a jsou neustále připraveny k činnosti. Imunitní odpověď je velmi rychlá, nezávisí na předchozím setkání s patogenem a je tak stále stejná (Mistrová, 2023). V případě, že se imunitní systém obrátí proti nám samým, jedná se o autoimunitní choroby (Kittnar, 2020). Na nakaženém pacientovi infekčním agens lze pozorovat subjektivní (udává pacient) a objektivní příznaky (zjistitelné fyzikálním vyšetřením). Na nemoc mohou ukazovat i výsledky z laboratoří. Příznaky se rozvíjí od vniknutí patogenu do těla do uplynutí inkubační doby, kdy začínají jako necharakteristické. Průběh nemoci pak může být bezpříznakový, lehký a krátký, středně těžký nebo velmi těžký (Rozsypal, 2015).

Výskytem nemocí, zkoumáním faktorů a podmínek vzniku se zabývá epidemiologie. Tento vědní obor a jeho metody umožňují stanovit rozsah výskytu, identifikovat rizikové osoby, odhalovat příčiny vzniku, stanovit preventivní opatření a priority programů zabývajících se ochranou zdraví obyvatelstva, ale i vyloučit zavádějící názory (Tuček et al., 2022). V rámci epidemiologie pak rozlišujeme dva pojmy značící nadměrný výskyt onemocnění, a to epidemie a pandemie. Během epidemie dojde k nahromadění případů s časovými i místními souvislostmi. Pandemií se pak rozumí epidemie postihující rozsáhlé oblasti či kontinenty (Rozsypal et al., 2014). Náplní epidemiologie je najít způsoby, jak přerušit proces šíření nákazy a tím zajistit eliminaci (teritoriální přerušení) nebo eradikaci (globální vymýcení) (Tuček et al., 2022).

Diagnostické určení, o jaký druh onemocnění se jedná, se skládá z anamnézy, epidemiologické anamnézy, vzhledu nemocného, fyzikálního vyšetření a laboratorního vyšetření, které může ukázat například sedimentaci erytrocytů nebo známky zánětu (C reaktivní protein) (Rozsypal, 2015). Infekční onemocnění se tak dělí podle patogenů,

které způsobují reakci s organismem. Dělíme je na bakteriální, virová, parazitická a mykotická.

### 1.1.1 Virová infekční onemocnění

Viry představují nejmenší patogenní částice, jejichž množení je závislé na funkci hostitelské buňky (Hamplová et al., 2015). Velká část nakažlivých onemocnění způsobených viry díky funkci imunitního systému samovolně odezní. Nicméně v některých případech je nutné použít léčby pomocí antivirotik. V rámci prevence je hojně využíváno očkování. Mezi známá virová infekční onemocnění patří chřipka, virové hepatitidy, vzteklina či klíšťová encefalitida (Národní zdravotnický informační portál, 2023d). Boštíková (2022) dále doplňuje příklady těchto mikroskopických patogenů jako virus Eboly, SARS-CoV-1 a 2, virus Zika nebo také virus západonilské horečky. Navrátil et al. (2017) ve své práci vypisují, proti kterým nemocem jsou k dispozici očkování. Do výčtu onemocnění, pro které je dostupná vakcinace zařadili například pásový opar, klíšťovou meningoencefalitidu, virové hepatitidy A a B, chřipku i vzteklinu. Pro diagnostiku virových onemocnění je z většiny využíváno sérologických metod, kdy se zjišťuje přítomnost specifických protilátek proti virům v lidském organismu (Hamplová et al., 2015).

### 1.1.2 Bakteriální infekční onemocnění

V tomto případě je patogenem bakterie – organismus bez pravého buněčného jádra množící se dělením. Můžeme je dělit několika způsoby – dle schopnosti vázat barviva (gram negativní a pozitivní), dle morfologických znaků (tvar – tyčinky, koky, spirily; uspořádání) nebo podle metabolických reakcí. Dalším způsobem, jak je dělit, je podle závislosti na kyslíku, kdy je dělíme na aerobní, anaerobní a fakultativní (Hamplová et al., 2015). Bakterie mají různé způsoby, kterými mohou poškozovat hostitele – některé produkují toxiny, některé ničí buňky a některé je utlačují. Léky obrany jsou pak v tomto případě antibiotika. Mezi bakteriální onemocnění patří např. tetanus, listerióza, tuberkulóza, břišní tyfus nebo mor (Národní zdravotnický informační portál, 2023e). Šrámová et al. (2013) uvádí, že nejčastějším původcem infekcí ve spojení s hospitalizací a zdravotnickou péčí je Staphylococcus aureus, který může osidlovat endoprotézy, kardiostimulátory, kanyly, katetry, ale i popáleniny, dekubity, bércové vředy a další. Pro rozpoznání infekce lze využít různých vzorků jako

krve, moči, mozkomíšního moku, respiračních sekretů a různých stěrů (z GIT, genitálu či hnisavých ložisek) (Hamplová et al., 2015).

### 1.1.3 Parazitární a mykotická infekční onemocnění

Původci parazitárních infekcí jsou cizopasníci, ať už žijící na povrchu těla (ektoparazité), jako jsou klíšťata, blechy a vši, nebo žijící uvnitř těla (endoparazité), jejichž zástupci jsou například škrkavka kočičí, roup dětský či Toxoplasmosa gondii (Národní zdravotnický informační portál, 2023g). Endoparazity pak dělíme podle místa, kde žijí. Narazit tak můžeme na tkáňové, krevní, střevní nebo dutinové parazity. Tělo člověka figuruje v různých fázích životních cyklů těchto parazitů, kdy může zastávat roli mezihostitele nebo konečného hostitele (Rozsypal et al., 2014). Do parazitů řadíme protozoa (prvoky), helminti (červi), do kterých patří hlísti, tasemnice a motolice, a členovce (Hamplová et al., 2015). Mykotické infekce způsobené plísněmi nebo kvasinkami jsou spíše obtěžující než nebezpečné. Jednou z nejčastějších cest vniku patogenu je inhalace spor nacházejících se na površích, vzduchu i v půdě. Náchylnější jsou lidé s poruchami či sníženou funkcí imunitního sytému, s HIV nebo onkologičtí pacienti podstupující chemoterapii (Národní zdravotnický informační portál, 2023h). Hlavními zástupci ve spojitosti se zdravotní péčí jsou kandidózy, aspergilózy, kryptokokózy a mukormykózy (Rozsypal et al., 2014). Tyto patogeny se rozmnožují sporami, pučením či tvorbou mycelia (Hamplová et al., 2015).

## 1.2 Prevence infekčních onemocnění

Hamplová (2019) definuje prevenci jako soubor opatření předcházející nežádoucímu jevu, ve zdravotnictví pak onemocněním, úrazům, drogovým závislostem a dalším. Je několik způsobů, jak ji můžeme dělit. Jeden z nich je na primární, sekundární, terciární a kvarterní. Nejen lékaři, ale i sestry na základě jejich kompetencí mají svou úlohu v těchto opatřeních (Tóthová, 2019). Primární prevence se týká odvrácení nemoci, předcházení vzniku u zdravé populace, na kterou je cílena. Patří do ní například i očkování. Sestra zaujímá funkci ve zdravotní výchově, kdy upozorňuje na nebezpečí a motivuje k aktivitám podporujícím zdraví (Tóthová, 2019). Sekundární se zaměřuje na vyhledávání počátečních příznaků onemocnění. Díky ní se předchází komplikacím a zhoršení prvotních jevů. Jedná se zejména o průběžné preventivní prohlídky a screeningová vyšetření, např. screeningové vyšetření karcinomu prsu, děložního čípku či kolorektálního karcinomu, u infekčních onemocnění pak preventivní akce,

kde se může populace nechat otestovat například na HIV virus (Hamplová, 2019). Cílem je tedy pochopení benefitů včasné diagnostiky a tím motivování k již zmíněným preventivním prohlídkám a screeningovým vyšetření (Tóthová, 2019). Předcházením recidiv a zabraňováním devastujícího působení onemocnění se zabývá terciární prevence, jejímž cílem je zachování kvality života (Hamplová, 2019). Sestra se tak v této prevenci uplatňuje jako edukátor informující o možnostech kompenzace následků konkrétních chorob (Tóthová, 2019). Do posledního typu můžeme zařadit analgetickou léčbu, jelikož kvarterní preventivní opatření cílí na roviny somatické, psychické i sociální a na vliv progredujícího nevyléčitelného onemocnění na tyto roviny. Toto rozdělení je publikováno i v *Národní strategii ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí – Zdraví 2020* (MZCR, 2014). Dalším dělením jsou pak opatření zabývající se konkrétními onemocněními – *specifická* prevence a komplex intervencí posilující a rozvíjející zdraví – *nespecifická* prevence (Hamplová, 2019).

Národní zdravotnický informační portál (2023b) pak dodává, že v rámci specifické prevence se jedná většinou o intervenci spojenou s očkováním. Nespecifická prevence se zaobírá ochranou před infekcí nejen jednoho onemocnění, ale i před napadením i jinými patogeny. Pro soubor onemocnění jako je virová hepatitida A, břišní tyfus a cholera je nespecifickou prevencí hygiena, zdravotní výchova, nezávadná pitná voda a potraviny. Pro respirační infekce je to pak nošení roušky či dodržování bezpečné vzdálenosti (Národní zdravotnický informační portál, 2023c).

Důležitým prvkem prevence je evidování nakažených, kteří mohou být nosiči choroboplodných zárodků, kdy by měl zdravotnický dohled přetrvávat i nad osobami žijícími ve stejné domácnosti jako nakažený (Rozsypal, 2015). Tento autor také uvádí, že základem je dodržování opatření i v určitých profesích. Zde se uplatňují lékařské prohlídky do zaměstnání či bakteriologická vyšetření stolice u pracovníků v potravinářství. Tuček et al. (2022) pak doplňují, že mezi základní protiepidemická opatření patří zvyšování hygienické úrovně obyvatel, očkování, ona zmíněná evidence a kontrola nosičů, dezinfekce, ochrana hranic i výchova ke zdraví. Goméz et al. (2021) považují za tradiční přístupy k prevenci a kontrole již zmíněné programy očkování, hygienická opatření a léky potlačující patogen, léčící příznaky a tlumící agresivní reakce imunitního systému hostitele.

V nemocničních zařízeních se využívá antibiotické profylaxe při zákrocích a operacích. Podání tohoto léčiva před začátkem výkonu se stalo běžnou praxí a vede ke snižování zánětlivých komplikací (Záhumenský et al., 2013). Během většiny těchto opatření je důležitá práce sestry, ať již při aplikaci předepsaných antibiotik, při očkování či edukaci a výchově ke zdraví. Protiepidemiologických opatření se týká i včasná a správná diagnostika onemocnění, hlášení infekčních onemocnění a izolace nemocného (Tuček et al., 2022).

### 1.2.1 **Očkování**

Očkování je považované za nejefektivnější metodu prevence, jelikož zajišťuje jak ochranu jedince, tak celého kolektivu. Je procesem, během kterého je do těla aplikována očkovací látka. Podány mohou být živé vakcíny (živý původce), inaktivované (suspenze usmrcených bakterií nebo virů) nebo můžou být podány pouze exoprodukty – toxiny (Slámová, Schejbalová, 2018). Existují dva typy imunizace, a to aktivní, kdy je do organismu přímo vpraven antigen, na který přímo reaguje imunitní systém, a pasivní, při níž se používají již hotové homologní či heterologní protilátky. Podmínkou očkovacích látek je, že musí být bezpečné, specifické, schopny vyvolat dostatečnou hladinu protilátek a nesmí působit vážné nežádoucí reakce (Tuček et al., 2022). Rozsypal (2015) dělí očkování do několika skupin. V pravidelném očkování řídícím se podle určitého plánu se uplatňují očkovací kalendáře pro děti a dospělé. Některé vakcinace je třeba během času přeočkovat, aby organismus neztrácel na odolnosti – většinou se jedná o neživé vakcíny. Poté máme očkování zvláštní, které jsou zaměřovány na vybrané skupiny populace a profese jako jsou zdravotníci, příslušníci bezpečnostních složek či zdravotně ohrožené osoby. Zde je nejčastější prevence proti virové hepatitidě A, B, chřipce a vzteklině. Mezi mimořádná můžeme řadit ty, které vyhlašuje Hygienická stanice České republiky. Při úrazech a poraněních probíhá vakcinace proti tetanu, vzteklině nebo virové hepatitidě B. Poslední dvě skupiny jsou očkování vyžádaná a spojená s cestou do zahraničí. Tuček et al. (2022) upozorňují, že vakcinace nezajišťuje jen individuální ochranu jedince, ale i kolektivní imunitu. Nesmíme však zapomínat na jednotlivé kontraindikace. Ty jsou přechodné a trvalé. Do přechodných řadíme akutní onemocnění, rekonvalescenci či antibiotickou terapii. Za trvalou kontraindikaci považujeme například alergii na některou složku vakcíny či těžkou reakci po předchozí vakcinaci (Slámová, Schejbalová, 2018). Správně by se před aplikací měl lékař seznámit s pokyny v příbalovém letáku, ověřit zdravotní stav,

dotázat se na užívané léky, již prodělaná očkování a projevy alergie či případné reakce po předchozím očkování, upozornit očkovaného na případné reakce a zajistit, aby nad očkovanou osobou byl po dobu 30 minut dohled. Vakcíny se aplikují různými způsoby na základě příbalových informací. Mohou být aplikovány intramuskulárně, subkutánně a ve vyhrazených případech vakcín i intradermálně, perorálně či v kapkách na bukální sliznici (Hamplová et al., 2015).

### 1.2.2 Zdravotní výchova

Schejbalová (2018) tvrdí, že by základní otázky hygieny a epidemiologie měly být součástí školního i mimoškolního vzdělávání. Ke zvyšování zdravotního uvědomění v různých otázkách týkajících se zdravotnictví jako je osobní hygiena, abusus drog, propagace bezpečného sexu a také ochrana před infekčními nemocemi slouží zdravotní výchova (Rozsypal, 2015). Školní sestry v Americe jsou často uplatňovány v této oblasti a považovány za užitečné při posilování ochranného chování, při poskytování individuálního poučení a poradenství (Borawski et al., 2015). Do podpory veřejného zdraví jsou začleněny projekty pro podporu zdravého životního stylu. Mezi programy zaměřující se na téma zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva můžeme zařadit program *Zdraví 21* (*„Zdraví pro všechny v 21. století“*) (MZCR, 1999) nebo předchozí strategický dokument *Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí* (MZCR, 2014). Vznikají i komunitní projekty zabývající se různými tématy, například i tématem prevence infekčních onemocnění a podpory očkování (Hamplová et al., 2015).

### 1.2.3 Dekontaminace

Dekontaminací je myšleno přerušení cesty přenosu usmrcením nebo odstraňováním mikroorganismů z prostředí a předmětů. Jako epidemiologická opatření proti přenosu tak slouží mechanická očista (sanitace), dezinfekce, vyšší stupeň dezinfekce a sterilizace. Sanitace zajišťuje odstranění anorganických, organických nečistot a biofilmu. Dezinfekce má za úkol přerušení cesty nákazy ze zdroje k osobě (Schejbalová, 2018). Fyzikálními metodami dezinfekce jsou například var ve vodě, UV záření či horký proudící vzduch nad 110°C. Fyzikálně-chemickými jsou rozuměny procesy v dezinfekční komoře, prací, mycí a čistící nástroje s teplotou do 60°C s přidanými chemikáliemi. Do čistě chemických se řadí různé roztoky nebo aerosol určený k dezinfekci. V nemocnicích je potřeba využívat i vyšší stupeň dezinfekce.

Ten se využívá v případech, kdy není možné ošetřit pomůcky a další fyzikálními nebo chemickými metodami. Prvně se zahajuje předsterilizační fáze, kdy probíhá manuální čištění, dezinfekce a osušení. Následně se pomůcky vloží do nádob s dezinfekčním roztokem. Po vyndání se oplachují sterilní vodou, následně je možné je okamžitě použít (Tuček et al., 2022). Vyšší stupeň dezinfekce tak zaručuje usmrcení bakterií, virů, mikroskopických hub a některých bakteriálních spor (Schejbalová, 2018). Sterilizace se provádí ve speciálních přístrojích – sterilizátorech. Ty mohou být opět fyzikální (parní, horkovzdušné, plazmové a radiační) či chemické (např. formaldehydové) (Tuček et al., 2022). Sterilizace vede k usmrcení všech mikroorganismů. Využívá se i procesu antisepse a asepse, kdy antisepse zajišťuje zničení patogenů z povrchu lidského těla a z dutin. Asepse vede k zabránění kontaminace pomocí sterilního prostředí (Schejbalová, 2018).

### 1.2.4 Hygiena rukou ve zdravotnictví

Správná hygiena rukou je pro prevenci jedním ze základních prvků ochrany (Shi et al., 2023). Zhang et al. (2021) doplňují, že je v rámci prevence důležitý zvyk a technika. Búřilová et al. (2021) sdělují, že za jeden z nejdůležitějších faktorů prevence jsou považovány právě čisté ruce zdravotnického personálu. Ten by měl hygienu rukou provádět při každém viditelném znečištění, po použití toalety, před jídlem, po kouření a po sejmutí rukavic. Hygienická dezinfekce rukou by měla proběhnout i v souvislosti s těmito 5 indikacemi – před kontaktem s pacientem, před výkonem vyžadujícím asepsi, po expozici tělesným tekutinám pacienta, po kontaktu s pacientem a po kontaktu s okolím pacienta (Věstník MZ ČR, 2012, č. 5). Světová zdravotnická organizace určuje 6 kroků pro hygienickou dezinfekci rukou. Prvním krokem je otírání obou rukou dlaní o dlaň. Druhým je tření pravé dlaně o levý hřbet ruky se zaklesnutými prsty a naopak. Další fází je tření dlaně o dlaň se zaklesnutými prsty, kdy se pokračuje třením hřbetů prstů o druhou dlaň se zaklesnutými prsty. Následně se krouživými pohyby tře levý palec v sevřené pravé dlani a naopak. Posledním krokem je obousměrnými krouživými pohyby třít sevřené prsty levé ruky o pravou dlaň a naopak. Při použití dezinfekce by tento proces měl trvat 20-30 sekund, při mytí mýdlem a vodou 40-60 sekund (Shi et al., 2023). V souvislosti s hygienou rukou je také důležité zabývat se úpravou nehtů a zdržet se nošení šperků či jiných doplňků (Věstník MZ ČR, 2012, č. 5). Samozřejmě je ale hygiena rukou důležitá i u laické veřejnosti, jelikož, jak výše Shi et al. (2023) zmiňují, je jedním ze základních bodů preventivních opatření.

### 1.2.5 Ochranné pracovní prostředky ve zdravotnictví

Zdravotničtí pracovníci se během své praxe musí také chránit, aby se neinfikovali a nestali se tak infekčními. Mezi základní prvek osobních pracovních prostředků patří užívání rukavic, které zajišťují mechanickou bariéru. Rukavice můžeme dělit na vyšetřovací (sterilní a nesterilní), chirurgické sterilní a na rukavice využívané v jiném než biologickém riziku. Sterilní jsou indikovány při chirurgických výkonech, přípravě parenterální výživy a cytostatik. Nesterilní rukavice se mohou používat při kontaktu s tělesnými tekutinami, biologickým materiálem, ale i při výkonech jako je manipulace s pacientem nebo lůžkovinami. Další prostředky, které můžeme používat ke své ochraně, jsou ochranné pláště a zástěry, kdy bráníme kontaminaci pracovního oděvu. K ochraně obličeje slouží ochranné brýle a ústenky, případně respirátory a obličejové štíty (Věstník MZ ČR, 2012, č. 5). Zákon č. 262/2006 Sb. §104 uděluje povinnost zaměstnavateli poskytnout osobní ochranné prostředky pro ochranu zaměstnanců před riziky související s výkonem jejich práce (Zákon č. 262/2006 Sb.).

## 1.3 Role sestry v rámci prevence infekčních onemocnění

Všeobecná sestra má svou roli v prevenci v rámci bariérové péče, péče o pacienta, omezení rizikových faktorů, zabránění tvorby aerosolu při manipulaci s odpadem či prádlem, péče o technické vybavení i v rámci provádění dekontaminace, kdy dekontaminací je myšleno přerušení cest přenosu viz výše (Schejbalová, 2018). Tóthová (2019) sděluje, že sestry tvoří nejpočetnější skupinu pracovníků ve zdravotnictví a jejich role a využití v primární péči a preventivních činnostech, jsou velice důležité a mají své nezastupitelné místo. S tím, že sestry zastávají rozhodující úlohu při podpoře zdraví, prevenci a poskytování primární a komunitní péče souhlasí i Bratová et al. (2020). V kontextu této kapitoly nesmíme zapomenout ani na již zmíněné školní sestry (viz kapitola 1.2.2. Zdravotní výchova).

Pro všeobecné sestry platí vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, upravená vyhláškou č. 158/2022 Sb., konkrétně §4 *„Všeobecná sestra bez odborného dohledu a bez indikace v rozsahu své odborné způsobilosti může provádět výchovu a poradenství v oblastech podpory zdraví a zdravého způsobu života, včetně prevence vzniku, šíření a omezení výskytu onemocnění, připravovat programy ochrany a podpory zdraví a účastnit se v rozsahu své odborné způsobilosti jejich realizace“* (Vyhláška č. 55/2011 Sb., aktuální znění se

změnou vyhláškou č.158/2022 Sb., s. 2-4), pro dětské sestry pak §4b *„Dětská sestra bez odborného dohledu a bez indikace v rozsahu své odborné způsobilosti může provádět výchovu a poradenství v oblastech podpory zdraví a zdravého způsobu života, včetně prevence vzniku, šíření a omezení výskytu onemocnění, připravovat programy ochrany a podpory zdraví a účastnit se v rozsahu své odborné způsobilosti jejich realizace.“* (Vyhláška č. 55/2011 Sb., aktuální znění se změnou vyhláškou č. 158/2022 Sb., s. 5-6). Tato vyhláška ukládá sestrám funkci spojenou s předcházením onemocnění i v případech onemocnění spojených s infekcí.

V rámci své praxe by sestry měly realizovat činnosti pro udržení, podporu a navrácení zdraví jedinců a rodin, ale také dbát na prevenci poškození zdraví, jelikož ta je nedílnou součástí lékařské a ošetřovatelské péče. Sestra by tak měla působit jako vzor pro zdravý způsob života a tím motivovat pacienty, měla by podporovat a edukovat ohledně zdraví. Sestry tak přejímají role konzultantek, vychovatelek, edukátorek a koordinátorek činností ovlivňující zdraví (Tóthová, 2019). Kaas et al. (2016) uvádí, že úroveň znalostí pacienta závisí na srozumitelnosti informací předávaných zdravotnickým personálem. Schopnost komunikace, naslouchání, přizpůsobení edukace potřebám pacienta, přizpůsobení místa a ochota trávit s pacientem čas vymezený pro předávání informací, jsou základními prvky pro správnou edukaci a zvyšování zdravotní gramotnosti pacienta. Při edukaci se pak musí počítat s faktory edukační reality, což jsou skutečnosti, ve kterých edukace probíhá. Dbát musíme i na edukační prostředí a klima, tedy místo, kde edukaci provádíme, a atmosféru. Důležitý je však samotný průběh edukace, tedy edukační procesy. Ty se skládají z několika fází, a to: posouzení, stanovení edukačních diagnóz, přípravy edukačního plánu (cíle, metody a prostředky), realizace (s fázemi motivace, expozice, fixace a verifikace) a analýzy s hodnocením (Dušová et al., 2019). Pro pacienta by pak edukace měla znamenat spíše podporu ve zvládání zátěže, soběstačnosti a realizaci rozhodnutí v selfmanagementu onemocnění a ne jen pouhé zasvěcení do teorie. Edukační programy tak cílí k předání informací spojených s onemocněním, jeho léčbou a zvládáním nejen onemocnění ale i změn chování s ním spojenými. Nesmí ani chybět poradenství směřující k úpravě životního stylu (Gurková, 2017). Autorka popisuje strukturu edukačního programu, která by měla být tvořena systematicky za využití praxe založené na důkazech (evidence-based). Využívá dostupných důkazů o efektivnosti intervencí a teoretických podkladů. V rámci tvorby programů Gurková (2017) zmiňuje jedenáct kroků. Mezi ně patří například

analýza pacientových problémů a potřeb, výběr teoretického podkladu, návrh samotného programu, jeho realizace a vyhodnocení. Zároveň kroky zahrnují i podporu zapojení pacienta ve stanovování si cílů a kontrolu nad jejich uskutečnitelností.

Práce sester u praktických lékařů tak sestává v administrativě, edukaci, očkování, odběrech krve, vyšetřeních a převazech menších ran. Vyjma uvedené se podílí na prevenci a vyhledávání onemocnění, mají roli v eliminaci škodlivých faktorů jako je kouření, drogy, alkohol či obezita a podporují zdravý životní styl (Austová, Brandová, 2014). Při práci s infikovaným pacientem by sestra měla zajišťovat základní mravní principy jako beneficenci (činit v pacientově nejlepším zájmu), nonmaleficenci (nepoškozovat ho), autonomii (nechat pacienta stanovit pravidla svého jednání) a justici (činit uspokojování potřeb u všech pacientů bez rozdílu) (Šimek, 2015). Tóthová (2019) ukazuje i na ošetřovatelské modely zaměřující se na podporu zdraví, které jsou sestrám užitečným nástrojem. Environmentální model se zabývá vztahem jedince a prostředí. Model hraní role zkoumá schopnost člověka plnit své úlohy ve společnosti. Adaptační model vidí zdraví jako tvořivý proces adaptace na měnící se prostředí. V neposlední řadě při prevenci můžeme využívat i model podle Neumannové. Gurková (2017) zmiňuje využití Levithalova modelu k využití zkoumání reakce a zvládání chronických onemocnění na počátku a také změny v průběhu chronického onemocnění. Píše i o využití Bandurovy sociálně kognitivní teorie v rámci podpory dovedností v self-managementu onemocnění a symptomů.

Prostředky vypomáhající podpoře zdraví jsou různé strategie, akční plány, usměrňovací dokumenty a školící kurzy. Ty se mohou zaměřovat i na kontrolu mikrobiální rezistence a infekcí spojených se zdravotní péčí (Bratová et al., 2020). Příkladem aktuální strategie je *Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030 – Zdraví 2030* (MZCR, 2019), který se mimo jiné zabývá reformou primární péče, prevence nemocí, podporou a ochranou zdraví a zvyšováním zdravotní gramotnosti (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2019). Podmínkou pro dosažení zdraví pro všechny se stává dostatek vyškolených, vzdělaných, regulovaných a podporovaných sester a porodních asistentek (Bratová et al., 2020).

V jiných zemích jsou sestry vzdělávány tak, aby mohly převzít roli praktického lékaře, tedy roli v primární péči (Poghosyan et al., 2018). Liu et al. (2020) uvádí, že praktické sestry tvoří přibližně pětinu pracovníků v primární péči ve Spojených státech

amerických a tvoří tak významný prvek v oblasti poskytování této péče. Vzdělání těchto sester pojmenovávaných jako NP (*nurse practitioner*) zahrnuje komunitní, pacientské a rodinné aspekty v péči o pacienta (Poghosyan et al., 2018). Takto vzdělané sestry získávají možnost výkonu pokročilých ošetřovatelských funkcí. Sestry mohou však získat i jiné tituly jako APN (*advanced practice nurse*) nebo CNS (*clinical nurse specialist*). Nebo mohou zaujímat role jako *nurse consultant* a poskytovat konzultační služby. Odbornosti pojící se s tímto vzděláním se však mohou měnit v závislosti na zemi, kde sestra vykonává praxi (Torrens et al., 2020). Laurant et al. (2018) uvádí, že tyto sestry mohou vykonávat diagnostiku, léčbu, zdravotní péči, předávání dalším službám a hlavě podporu zdraví. Norful et al. (2018) ve své práci vyjmenovávají další prvky podpory zdraví typické pro primární péči prováděnou sestrou jako je vzdělávání pacientů o prevenci onemocnění, rizicích a následné péči. Výzkumy probíhající v této oblasti se shodují, že pacienti léčeni týmy sester specialistek a lékařů oproti týmům složených pouze z lékařů mají lepší průběh péče (Poghosyan et al, 2018). Přehledové důkazy prokázaly, že výsledky praxe v primární péči prováděné speciálně vzdělanou sestrou jsou podobné výsledkům lékaře (Laurant et al., 2018).

## 1.4 Vybraná infekční onemocnění laické veřejnosti a jejich prevence

### 1.4.1 Charakteristika klíšťové encefalitidy

Čeledová et al. (2018) uvádí, že klíšťová encefalitida je virové onemocnění vyvolané arboviry. Touto nemocí trpí především dospělá populace. Státní zdravotní ústav (2023e) pak doplňuje, že toto onemocnění je spíše sezónního charakteru, a to od března do listopadu, a je ovlivňováno i počasím, čemuž můžeme přisuzovat souvislost s aktivitou přenašečů. Rezervoárem pro viry jsou teplokrevní obratlovci, ať už hlodavci, ptáci nebo hospodářská zvířata, u nichž může virus být přenášen i mlékem na mláďata. Přenašečem a zároveň rezervoárem jsou všechna vývojová stádia klíšťat (larva, nymfa, imago) (Rozsypal, 2015). Hamplová et al. (2015) vysvětlují, že po nasátí krve zůstává klíště infekční celý život a přenáší virus i na své potomstvo. Člověk se tedy může nakazit infikovaným klíštětem, výjimečně pak čerstvým kozím či ovčím mlékem nebo aerosolem v laboratoři (Rozsypal et al., 2014).

Klinicky se tato nemoc vyznačuje subfebrilními teplotami, bolestmi hlavy, bolestmi za očima, světloplachostí, parézami mozkových nervů a křečemi. V rámci vyšetření probíhá základní klinické a neurologické vyšetření, laboratorní screening a lumbální

punkce, kdy je vzorek zaslán na bakteriologické či virologické vyšetření a na vyšetření PCR (Čeledová et al, 2018). Pro diagnózu je typické přisáté klíště v anamnéze, mírně zvýšené zánětlivé markery, serózní likvorová formule, pozitivní sérologie a již zmíněný klinický průběh s dvoufázovým průběhem (Rozsypal, 2015). Čeledová et al. (2018) definují, že po inkubační době trvající 1-2 týdny se rozvíjí první fáze, a to viremická, která má chřipkové příznaky. Po ní nastupuje fáze imunitně podmíněná, která může mít různé formy – může být meningitická, meningocefalitická, encefalická, encefalomyelitická či bulbocervikální. Rozsypal et al. (2014) zmiňují i různé komplikace spojené s tímto onemocněním jako jsou pneumonie, myokarditidy či hepatální léze. Čeledová et al. (2018) uvádí dlouhodobé následky, jimiž jsou poruchy spánku, soustředění a parézy. Terapie zahrnuje tělesný klid, protiedémovou léčbu a symptomatickou léčbu antipyretiky, analgetiky a antiemetiky. V rámci rehabilitace se využívá přikládání horkých zábalů společně s následným cvičením, je zde možno využít lázeňských procedur (Rozsypal, 2015).

***Prevence klíšťové encefalitidy***

Jelikož u tohoto onemocnění neexistuje žádná specifická léčba – tj. léčba přímo proti tomuto onemocnění, je potřeba velmi dbát na preventivní opatření. Prvním způsobem jak se chránit je vakcinace, kdy se aplikují 3 dávky základního očkování a poté po 3-5 letech probíhá revakcinace. (Čeledová et al., 2018). Očkování se doporučuje zejména osobám žijícím, pracujícím či se rekreujícím v oblastech výskytu infikovaných klíšťat (Hamplová et al., 2015). Další opatření se týká prevence přisátí klíštěte. Tam se dbá na vhodné oblečení, které by mělo pokrývat co největší povrch těla, mělo by být světlejší z důvodu lepší viditelnosti klíštěte, vysokou obuv a používání repelentů. Je důležité si po návratu z přírody prohlédnout celé tělo, jelikož je prokázaná souvislost délky přisátí s pravděpodobností přenosu onemocnění. V případě přisátí klíštěte je potřebné jeho bezpečné odstranění (Čeledová et al., 2018). Státní zdravotní ústav (2023e) poskytuje návod, jak klíště vytáhnout. Jako první je třeba místo přisátí vydezinfikovat. Při výkonu je doporučováno pracovat s pinzetou, gumovými rukavicemi či ubrouskem, aby se zabránilo dotyku klíštěte holýma rukama a zamezilo se tak infikování osoby provádějící výkon. Klíště je potřeba pomocí pinzety či jiné pomůcky viklat ze strany na stranu, dokud se samo po 2-3 minutách neuvolní. Kroužením a otáčením se zvyšuje riziko přetržení a zanechání hlavičky s hrudí v ráně. Po odstranění je nutno místo opět vydezinfikovat a klíště zlikvidovat, přičemž je třeba

opět dbát na zabránění dotyku. Likvidace lze provést zabalením klíštěte do kousku papíru a na nehořlavém povrchu zapálit.

### 1.4.2 Charakteristika virových hepatitid

Hepatitidy neboli zánětlivá onemocnění jater zahrnují několik typů. Virové hepatitidy A (Husa, 2018) a E (Husa, Urbánek, 2018c) jsou přenosné zejména orofekální nebo alimentární cestou – příjmem znečištěné potravy a tekutin. Orofekální cesta zahrnuje přenos patogenů ze stolice přenašeče do dutiny ústní nového hostitele, kdy hlavní příčinou je nedostatečná hygiena a špatné hygienické návyky (Národní zdravotnický informační portál, 2023i). Typy B (Husa, Urbánek, 2018a), C (Husa, Urbánek, 2018b) a výjimečně D jsou přenášeny nejčastěji parenterálně či sexuálně. Dárci krve, tkání a orgánů jsou pravidelně testováni právě kvůli přenosu viru na příjemce (Hamplová et al., 2015). Původce je pro každý druh hepatitidy specifický, výčtově jsou to hepatoviry (HAV), ortgohepadnaviry (HBV), hepaciviry (HCV), deltaviry (HDV) a hepeviry (HEV). Tyto viry napadají hepatocyty a podle druhu a formy je buď poškozují, nebo destruují pomocí mechanismů buněčné imunity (Rozsypal, 2015).

Prve přichází prodromální příznaky, které jsou zcela nespecifické. Patří do nich zvýšená únava, malátnost, nevýkonnost, bolesti kloubů a svalů. Také mezi ně řadíme příznaky gastrointestinální jako nechutenství, nevolnost či zvracení. Objevit se může také ikterus typický zbarvením sklér a sliznice dožluta (Krekulová, 2021). Ikterus je pouze symptomem způsobeným vysokou hladinou bilirubinu (žlučového barviva) v krvi. Bilirubin vzniká degradací hemu erytrocytu, a jelikož je pro tělo toxický, váže se na albumin (Hříbek, 2022). Diagnosticky pro toto onemocnění vyplývají indicie v anamnéze, kdy se zabýváme klinickým nálezem a odběrem vzorků na biochemické prošetření. Vzorky jsou zasílány i na sérologii a molekulární biologii. Laboratorně jsou zvýšeny jaterní enzymy (ALT, AST). Během diagnostiky je využíváno i zobrazovacích metod – ultrazvuku, počítačové tomografie (CT) a magnetické rezonance, které napomáhají určení pokročilosti infekce a poškození jater. V minulosti bylo využíváno i bioptického vyšetření, nyní je častěji využívána elastografie (Krekulová, 2021).

#### 1.4.2.1 Virová hepatitida typu A

Tento typ onemocnění postihující játra je přenášeno fekálně-orální cestou (Husa, 2018), tedy způsobem, kdy se patogeny ze stolice přenašeče dostávají do hostitele skrze ústní dutinu (Národní zdravotnický informační portál, 2023i), jak bylo výše již zmíněno. V ojedinělých případech i krví a sexuálně. (Rozsypal, 2015). Původcem je virus hepatitidy A z rodu Hepatovirů, který je velmi odolný proti zevním vlivům, je odolný proti zmražení, kdy v této formě přežívá roky a je rezistentní vůči kyselosti žaludeční šťávy (Hamplová et al., 2015). O jeho odolnosti proti vnějšímu prostředí a schopnosti odolnosti proti trávicím enzymům píše i Navrátil et al. (2017). Tímto onemocněním trpí neočkovaní jedinci, kterým se doposud toto onemocnění vyhýbalo. K diagnostice slouží klinický obraz, kde je patrný bezbolestný ikterus, a výsledky laboratoře, kde je viditelné zvýšení hladin ALT a AST. Sérologie je pozitivní na anti-HAV protilátky (Husa, 2018). V klinickém obrazu rozpoznáváme lehký a těžší průběh, kdy lehký probíhá asymptomaticky či nespecifickými příznaky a těžký ikterem (Navrátil et al., 2017). Husa (2018) ve své práci uvádí terapii, jež je pouze symptomatická. Patří do ní převážně klid, šetřící dieta a užívání vitaminů. Pacient s diagnózou tohoto onemocnění by měl být izolován na infekčním oddělení a tato událost by měla být hlášena na hygienickou stanici (Hamplová et al., 2015).

***Prevence virové hepatitidy typu A***

Rozsypal (2015) do prevence a profylaxe zahrnuje preexpoziční očkování před odjezdem do rizikové oblasti a postexpoziční aplikace vakcíny a imunoglobulinu. Státní zdravotní ústav (2023d) pak zahrnuje specifickou (očkování) i nespecifickou prevenci, kdy by se mělo dbát na osobní hygienu, zdravotní výchovu, zásobování nezávadnou pitnou vodou a potravinami. Vakcinaci by měli zvážit hlavně rizikoví pacienti. Do této skupiny mohou patřit lidé, kteří mají pohlavní styk se stejným pohlavím, pacienti s chronickými onemocněními jater, promiskuitní osoby či uživatelé nitrožilních drog. Cílené očkování proti virové hepatitidě A je podmíněno rozhodnutím epidemiologa a provádí se v oblastech zasažených epidemií (Hamplová et al., 2015). Imunizace se doporučuje pro osoby v profesionálním riziku, jako jsou například zdravotníci, nebo pro cestovatele (Husa, 2018). Pro vakcinaci hepatitidy A je pro aktivní imunizaci k dispozici vysoce účinná a bezpečná vakcína (Dionne-Odom et al., 2022). Dlouhodobou imunitu pak zajišťuje aplikace dvou dávek vakcíny

v odstupu 6-12 měsíců. Lze využít i možnosti kombinované vakcíny, která je proti hepatitidě A i B. Zde jsou ale potřeba dávky 3 (Husa, 2018). Důležitá je i prevence nespecifická, do které patří vědomí veřejnosti o těchto onemocněních, pitná nezávadná voda a potraviny, správná osobní hygiena a hygiena rukou (Státní zdravotní ústav, 2023d). Hygienická opatření zahrnují péči o hygienu, zvláště ve stravovacích službách, kdy se dbá i na správnou tepelnou úpravu zejména vepřového masa. Pracovníci z tohoto odvětví s neprokázanou příčinou hepatitidy by měli mít zakázanou práci (Abutaleb, Kottlil, 2020).

#### 1.4.2.2 Virová hepatitida typu B

Husa a Urbánek (2018a) označují hepatitidu B za jeden z nejzávažnějších zdravotních problémů současnosti a to zejména pro rozvojové země. Tento druh hepatitidy vzniká nejčastěji u zdravých neočkovaných osob, které onemocnění dříve neprodělali. Zdrojem je nemocný člověk, kdy je možný přenos i sdílením domácnosti či při kontaktních hrách (Rozsypal, 2015). Jedná se o obalený virus, který má nejdelší výskyt v krvi a integruje do jaterních buněk. Onemocnění pak způsobuje silný imunitní systém, který prudce ničí napadené hepatocyty a může tak způsobit akutní selhání jater (Navrátil et al., 2017). Infikovaný člověk může být viditelně nemocným, ale i bezpříznakovým nosičem. Za potenciálně nemocné osoby jsou považovány všechny osoby s pozitivním australským antigenem (HBsAg) (Hamplová et al., 2015). Husa s Urbánkem (2018a) píší, že toto onemocnění je přenášeno parenterální, sexuální, případně i perinatální cestou z matky na dítě, kdy zmiňují nejen přenos během porodu, ale i kojením. V Čechách jsou pak nejčastější přenosy sexuálním stykem a sdílením jehel a stříkaček mezi narkomany. Pro diagnózu je typická hyperbilirubinémie u ikterické formy, sérologie, pozitivní HBsAg, HBeAg a anti-HBc protilátky. Za chronickou formu se považuje zánět trvající déle než 6 měsíců. Prognózou pro tuto nemoc může být i smrt. Pojí se s ní komplikace jak artritidy či periferní polyneuropatie a může progredovat do cirhózy a následně hepatocelulárního karcinomu. Léčba je stejná jako u typu A (Rozsypal et al., 2014). Infikované osoby s akutním průběhem by měly být hospitalizovány na infekčním oddělení v izolačním režimu a nahlášeny na hygienickou stanici (Hamplová et al., 2015).

***Prevence virové hepatitidy typu B***

Preventivním opatřením je zejména očkování (Husa, Urbánek, 2018a), z cest přenosu nám, ale vyplývá prevence jako obecná hygienická opatření a prevence sexuálně přenosných nemocí. Při očkování se využívá hexavakcíny, tedy vakcíny zaměřující se na záškrt, tetanus, černý kašel, dětskou obrnu, hepatitidu B a onemocnění vyvolané virem Heamophylus influenzae B. Tato vakcína je součástí povinného očkování a je zahrnuta v dětském očkovacím kalendáři. Očkovány by měly být osoby na dialýze, rizikové osoby (např. intravenózní narkomani či osoby s rizikovými sexuálními partnery) nebo například zdravotníci. Přenos může být zapříčiněn společně užívanými holícími strojky, zubními kartáčky, pohlavním stykem a vzácně aerosolem (Státní zdravotní ústav, 2023c). Povinné očkování proti virové hepatitidě B je zavedeno u všech dětí od roku 2001, kdy bylo zahájeno plošné očkování. Jak je již zmíněno výše pro očkování lze využít i kombinované vakcíny, která chrání i proti hepatitidě A (Husa, Urbánek, 2018a). Pro zabránění přenosu z matky na dítě se provádí mateřský screening v prvním trimestru těhotenství (Veronese et al., 2021).

#### 1.4.2.3 Virová hepatitida typu C

Toto onemocnění je rozšířené celosvětově. Největší výskyt má v Africe a Asii. Původcem je RNA virus, který byl poprvé popsán roku 1989 (Boštíková, 2022). Tento virus je typický rychlou produkcí s velkou častostí mutace, čímž je způsobena i vysoká genetická variabilita viru. Virus přímým účinkem poškozuje hepatocyty, kdy je poškozuje i činnost imunitního systému v souvislosti s napadením (Navrátil et al., 2017). Za zdroj je považován infikovaný člověk, kdy se uplatňuje přenos krví, vzácně sexuálně (Rozsypal, 2015). Rizikovými pacienty jsou narkomani sdílející jehly a injekční stříkačky. Dále se toto onemocnění může přenést při tetování, piercingu a u rozvojových zemí kontaminovanými zdravotnickými nástroji. Přenos je možný transplacentární z matky na dítě, ale i pohlavním stykem, ale tento přenos je méně pravděpodobný než u virů hepatitidy B či HIV viru (Boštíková, 2022). Rizikem je intimní kontakt, nechráněný pohlavní styk, ale i užívání stejných hygienických pomůcek (např. žiletky) (Státní zdravotní ústav, 2023b). Toto onemocnění může probíhat oběma formami, jak akutní, která je většinou asymptomatická, tak chronickou, která se rozvíjí v jaterní cirhózu (Hamplová et al., 2015), jejíž komplikací pak může být vznik hepatocelulárního karcinomu. Husa a Urbánek (2018b) také píší, že onemocnění

začíná bezpříznakově a pacienti se tak dostávají k lékaři až v pokročilém stádiu, někdy už rovnou s maligním nádorem. Pacient trpící akutní formou by měl být izolován na infekčním oddělení a tato skutečnost by měla být opět nahlášena na hygienickou stanici (Hamplová et al., 2015). Symptomaticky se projevuje ikterem, zvýšenou teplotou, tmavou močí a šedavou stolicí (Boštíková, 2022). Diagnosticky jsou pak významné pozitivní anti-HCV protilátky a průkaz virové RNA v séru či plazmě (Krekulová, 2021). Průkaz hepatitidy C se provádí screeningovou metodou, kdy se provádí vyšetření specifických protilátek nebo se hledá přítomnost virové RNA metodou PCR (polymerázové řetězové reakce) (Boštíková, 2022). Při chronickém onemocnění se využívá i sonografie jater, počítačová tomografie či magnetická rezonance, kdy se zkoumá strukturální přestavba jater (Krekulová, 2021). Antivirová léčba dokáže vyléčit více než 90 % nakažených, podmínkou je však včasná diagnóza a vhodná kombinace antivirotik (Státní zdravotní ústav, 2023b). Husa s Urbánkem (2018b) také potvrzují účinnost aktuálních postupů až v 97 % případů.

***Prevence virové hepatitidy typu C***

Vakcinace není součástí prevence, proto je klíčové snížit riziko expozice nemoci. Preventivní programy proto cílí na osvětu, jsou programy zaměřené přímo na uživatele nitrožilních drog, které zajišťují výměnu jehel. Důležitá je též nespecifická ochrana před kontaktem s biologickými materiály (Státní zdravotní ústav, 2023b). Rozsypal (2015) do prevence zařazuje obecná hygienická opatření a u toxikomanů používání vlastních jehel a stříkaček. Husa a Urbánek (2018b) upozorňují na důležitost screeningu spočívajícího ve zkoumání anti-HCV protilátek hlavně u rizikových osob jako jsou například dialyzované osoby, děti narozené infikovaným matkám, HIV pozitivní či osoby, jimž byly transplantovány orgány před rokem 1992. V rámci preventivních opatření je kvůli přenosu viru krví indikován rutinní screening transfuzních přípravků (Boštíková, 2022).

#### 1.4.2.4 Virová hepatitida typu E

Tento typ hepatitidy je přenášen oro-fekální nebo vertikální cestou, kdy je virus přenášen z infikované matky na dítě a to i intrauterinně (Husa, Urbánek, 2018c). Možný přenos z matky na dítě zmiňuje i Státní zdravotní ústav (2023a), ale v tomto případě je vysoká pravděpodobnost potratu či narození mrtvého plodu. V rozvojových zemích je tato nemoc přenášena pomocí kontaminované vody a ryb, ve vyspělých zemích

převládá přenos konzumací kontaminovaného nedostatečně tepelně upraveného vepřového masa (Hamplová et al, 2015). V neendemických oblastech pak zvláště muži středního nebo vyššího věku s chronickým onemocněním jater nebo alkoholismem (Rozsypal, 2015). Při infekci je důležitá izolace nakaženého a nahlášení hygienikovi (Hamplová et al., 2015). Komplikací tomuto onemocnění může být zmíněná intrauterinní infekce s následným potratem či porodem mrtvého plodu, objevují se i neurologické komplikace, akutní pankreatitida a trombocytopenie (Husa, Urbánek, 2018c).

***Prevence virové hepatitidy typu E***

Mezi preventivní onemocnění patří dostatečně tepelně upravené maso (Rozsypal, 2015) především vepřové a divočina (Husa, Urbánek, 2018c), nezávadná pitná voda a dále nespecifická prevence jako dodržování hygieny (Hamplová et al., 2015). Státní zdravotní ústav (2023a) upozorňuje na hygienu během přípravy pokrmů a na důležitost zabránění kontaktu pomůcek pro zpracovávání masa a vnitřností syrových s již hotovými pokrmy. V rizikových zemích se doporučuje konzumace pouze nezávadné pitné vody a potravin (Husa, Urbánek, 2018c). Co se týče vakcín, existují dvě, z nichž je jedna schválena pro užívání pouze v Číně. V České republice se tak vakcinace stává prozatím nemožnou. Není tomu tak pouze v naší zemi, ale v naprosté většině zemí světa (Husa, Urbánek, 2018c).

### 1.4.3 Charakteristika salmonelózy

*Salmonellosis* je onemocnění vyvolané infekční bakterií rodu *Salmonella* (Národní zdravotnický informační portál, 2023f), konkrétně bakterií *Salmonella enterica* (Navrátil et al., 2017). Orságová (2021) udává, že salmonelóza je po kampylobakterióze druhým nejčastějším infekčním průjmovým onemocněním vyvolaným bakterií v ČR. Národní informační zdravotnický portál (2023f) informuje, že se tato bakterie nachází v syrovém mase, i drůbežím, vejcích i mléčných výrobcích. Ideální teplotou pro pomnožení je 7 – 46°C. Rozsypal (2015) pak do svého výčtu přidává i koření či rýži, kde se bakterie výjimečně může vyskytovat také. Navrátil et al. (2017) uvádí, že právě z důvodu přenosu onemocnění je v EU zakázáno fertilizovat fekáliemi potraviny tržní produkce. U střevních infekcí se infekční agens přenáší nejčastěji fekalorální cestou (Ambrožová, 2015). Navrátil et al. (2017) též zmiňují, že u dětského věku je častější přenos oro-fekální cestou, zatímco u dospělých se tak děje kontaminovanou potravou.

Bakterie způsobující průjmová onemocnění se mohou vyskytnout i v kontaminované vodě, ledu, na předmětech, ale také v již zmíněných kontaminovaných potravinách (Ambrožová, 2015). Toto onemocnění probíhá formou různě těžkých průjmových onemocnění, velký pozor si musíme dát u imunokompromitovaných pacientů, kdy nakažení může vést až k sepsi. Hamplová et al. (2015) tvrdí, že toto onemocnění vzniká náhle z plného zdraví. Prvotními příznaky jsou nechutenství a zvracení. V klinickém obraze pak můžeme pozorovat akutní gastroenteritidu, nauzeu, zvracení, bolesti břicha spojené s průjmem, občasně s příměsemi krve anebo hlenu. U salmonelózy se objevuje i encefalopatie, která zavádí k neuroinfekci, avšak vyšetření lumbální punkcí vychází negativně (Ambrožová, 2014). Národní zdravotnický informační portál (2023f) jako příznaky uvádí prudký průjem doprovázený křečemi, nevolnost, zvracení a horečku. Průjem pak zpravidla nepřesahuje dobu jednoho týdne a většinou bývá samoúzdravný, jeho nepřítomnost může být indikátorem imunosuprese (Orságová, 2021). Pro diagnostiku využíváme prvků jako kultivační důkaz Salmonelly ze vzorku stolice, odběr hemokultury či zobrazovací metody jako je sonografie, počítačová tomografie či magnetické rezonance (Ambrožová, 2014). Hamplová et al. (2015) uvádí, že kultivovat tuto bakterii lze ze stolice, moče a případně i z krve. Jelikož se z většiny bakteriálních střevních infekcí jedná o zoonózy, zajímá nás v anamnéze kontakt se zvířetem (Ambrožová, 2014). Za komplikace tomuto onemocnění považujeme cholecystitidu, bakteriemii (tedy přítomnost bakterií v krvi), artritidu či erythém u imunokompromitovaných (Rozsypal, 2015). Za komplikovaný průběh považuje Orságová (2021) sepsi, ale i osteomyelitidu a již zmíněnou artritidu. Ambrožová (2014) ve své článku uvádí, že léčba průjmových onemocnění je vesměs stejná a sestává ze 4 kroků. Těmi kroky je rehydratace, dieta, léčba protiprůjmovými prostředky (adsorbencia, antimotilika, probiotika, atd.) a léčba pomocí antibiotik. Také však tvrdí, že užívání antibiotické léčby u lehčích a středně těžkých onemocnění způsobených salmonelou může způsobit prodloužení rekonvalescentní pozitivity. I Polák a Matějovská-Kubešová (2016) specifikují, že antibiotická léčba není k salmonelóze indikována a to z důvodů, že nezkracuje dobu trvání příznaků, nezmírňuje bolesti břicha ani nezajišťuje odeznění enteroragie. Jako základ léčby proto doporučují hydrataci a péči o vnitřní prostředí.. Pokud se zjistí infikování touto bakterií, měl by být pacient izolován. V tomto případě se uplatňuje i hlášení na hygienickou stanici, jelikož salmonelóza podléhá povinnému hlášení (Hamplová et al., 2015). Nemocné je možné izolovat v nemocnici, ale i doma. Pokud onemocní pracující

v rizikových provozech jako je potravinářství či pohostinství, je potřeba, aby měl po prodělané salmonelóze 3x negativní výsledek kultivace stolice kvůli riziku přenosu (Rozsypal, 2015).

***Prevence salmonelózy***

Pro preventivní opatření této nemoci se uplatňuje zdravotní výchova. Zásadní jsou ale intervence spojené s výrobou, distribucí, skladováním a prodejem potravin (Hamplová et al., 2015). Nejedná se pouze o zásady v potravinářské výrobě, ale i ve stravování (Rozsypal, 2015). Jak bylo již výše zmíněno, pracovníci pracující v tomto odvětví musí být po prodělání 3x negativní na kultivaci, aby byly dodrženy preventivní podmínky. Pro eliminaci slouží dezinfekční prostředky a kyselé prostředí, ve kterém bakterie nepřežijí (Hamplová et al., 2015). Hlavní je ale dostatečná tepelná úprava, jelikož při teplotě nad 70°C lze salmonely považovat na zničené (Národní zdravotnický informační portál, 2023f; Hamplová et al., 2015). Ambrožová (2014) k tepelnému zpracování potravin přidává i pití nezávadné vody, konzumaci pasterizovaného mléka a také zvýšenou hygienu a mytí rukou – to vše by mělo umožnit částečné předcházení průjmovým onemocněním.

# 2 Cíl práce a hypotézy

## 2.1 Cíl práce

Cíl: Zmapovat prevenci vybraných infekčních onemocnění u laické veřejnosti.

## 2.2 Hypotézy

H1: Existuje statisticky významný vztah mezi názorem na očkování a pohlavím.

H2: Existuje statisticky významný vztah mezi postojem k prevenci vybraných infekčních onemocnění a vzděláním.

H3: Existuje statisticky významný vztah mezi dodržováním prevence virových hepatitid a věkem.

H4: Existuje statisticky významný vztah mezi dodržováním prevence klíšťové encefalitidy a věkem.

H5: Existuje statisticky významný vztah mezi dodržováním prevence salmonelózy a věkem.

## 2.3 Operacionalizace pojmů

Tato podkapitola je věnována definici pojmů využitých v cíli a hypotézách. Často zmiňovaným pojmem je „Prevence“. Ta je souborem opatření předcházející nežádoucímu jevu (Hamplová, 2019). „Infekční onemocnění“ jsou onemocnění, která jsou charakterizována vznikem díky původci šířícímu se přenosem z infikovaného jedince (Národní zdravotnický informační portál, 2023a). Jedním z prvků prevence je „Očkování“. Očkování neboli vakcinace je proces, během kterého je do těla aplikována očkovací látka (Slámová, Schejbalová, 2018). „Virové hepatitidy“ lze definovat jako zánětlivá onemocnění jater, jejichž původcem jsou viry (Rozsypal et al., 2014). „Klíšťová encefalitida“ je virové onemocnění, které se projevuje například bolestmi hlavy, bolestmi za očima či světloplachostí (Čeledová et al., 2018). Poslední definovaný pojem, je poslední z námi vybraných infekčních onemocnění „Salmonelóza“. Salmonelóza je infekční onemocnění vyvolané bakterií Salmonella a projevující se prudkou diareou, tedy průjmem (Národní zdravotnický informační portál, 2023f). Vice jsou tyto pojmy definovány v kapitolách teoretické části.

# 3 Metodika

## 3.1 Metodika

Pro výzkumnou část této práce a potvrzení stanovených hypotéz byla zvolena kvantitativní metoda. Tato metoda byla využita z důvodu potřeby většího množství respondentů pro ověření cíle. Technikou výzkumu se tak stalo dotazování. Konkrétně byl použit nestandardizovaný dotazník, který je přiložen v příloze 1. Ten byl zvolen z důvodu snazšího oslovení většího počtu laické veřejnosti po celém kraji. Pro zařazení respondentů do výzkumu bylo potřeba, aby respondenti byli ochotni spolupracovat, bylo jim více než 18 let, byli nezdravotníci a pocházeli z Jihočeského kraje. K ujištění se, zda respondenti splňují tato kritéria, bylo využito filtračních otázek č. 4 a 5. Vyřazovacími kritérii byl věk nižší 18 let, jiný kraj než Jihočeský a také pokud byli zdravotníky.

## 3.2 Design výzkumného šetření

Dotazník byl zkonstruován na základně odborné literatury a pilotáže, což si kladlo za cíl ověřit jeho srozumitelnost. Obsahoval 45 otázek, kdy bylo využito otázek otevřených, polootevřených a uzavřených. Otevřené otázky, kterých bylo celkem 6, nechaly prostor respondentovi vyjádřit svůj vlastní názor a vědomosti. Polootevřené otázky, kterých bylo 8, dávaly respondentovi možnost přidat svou odpověď, ale zároveň možnost využít odpovědí předem připravených. V uzavřených otázkách byly vypsány konkrétní odpovědi, mezi kterými si měl respondent vybrat. V některých případech jich mohl zaškrtnout více, v některých pouze jednu. Těchto otázek bylo v dotazníku nejvíce, konkrétně 31. Úvodní otázky byly zaměřeny na identifikační informace o respondentech, jako je jejich věk, vzdělání či pohlaví. Také zde byly zařazeny otázky filtrační, díky kterým v dotazníku pokračovala naše cílová skupina – tedy nezdravotníci z Jihočeského kraje. Dále byly zařazeny otázky zaměřené na všeobecné povědomí o očkování a prevenci jako takové, které nahradily otázky zaměřující se na prevenci konkrétních infekčních onemocnění. Dotazník je zakončen otázkami na znalosti rizikových faktorů a na dodržování preventivních činností. Posledním bodem dotazníku, který již není považován za otázku, byl prostor pro respondentovy poznámky, který mohl využít k vyjádření se k dotazníku či k případným dotazům.

Dotazník byl vytvořen v programu Formuláře Google a byl šířen online formou v období března a dubna 2024. Výzkumu se zúčastnilo 329 respondentů, z nichž jich dotazník dokončilo 227. Všichni byli upozorněni, že je dotazník anonymní, účast je dobrovolná a mají právo kdykoliv odstoupit od výzkumu, aniž by museli uvést důvody. Po sběru byla provedena optická kontrola sebraných dotazníků a data z nich byla vygenerována do programu Microsoft Excel, kde se s nimi dále pracovalo. Všechny dotazníky jsme archivovaly.

### 3.3 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor sestával z laické veřejnosti 18+ žijící v Jihočeském kraji. Celkem dotazník začalo vyplňovat 329 respondentů, kdy jich po filtrační otázce, zda žijí v Jihočeském kraji, zůstalo 278. Po další filtrační otázce, týkající se toho, zda jsou, či nejsou nezdravotníky, nám respondentů zbylo 227. Pro interpretaci výsledků tak bylo využito zbylých 227 respondentů, kteří splňují námi sestavené podmínky.

Respondenti byli různých věkových kategorií, kdy značně převažovali respondenti věku 18-25 let, kterých bylo 108 (47,58 %). Šetření se zúčastnilo více žen, než mužů. Konkrétně 159 (70,04 %) žen a 68 (29,96 %) mužů. Do kolonky „Jiné“ se nezařadil žádný z respondentů. Největší zastoupení dosaženého vzdělání mělo středoškolské s maturitou, které dosáhlo hodnoty 47,14 % (107 respondentů).

### 3.4 Statistická analýza dat

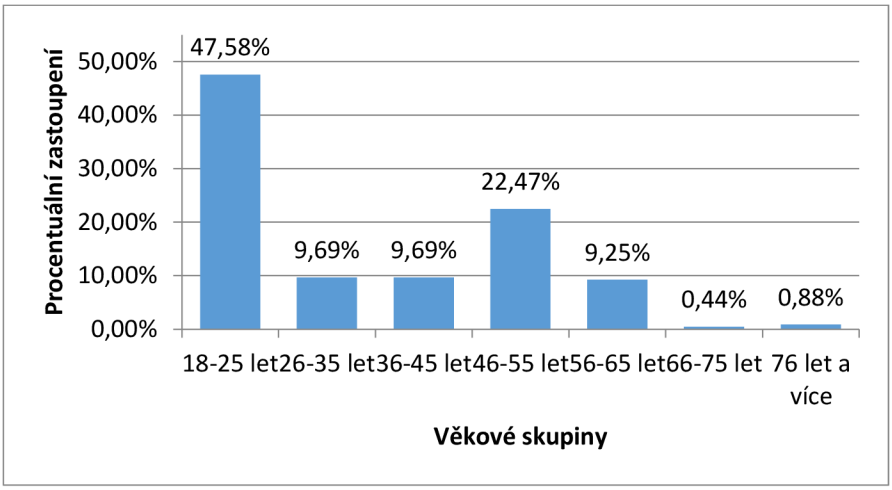
Jak bylo zmíněno výše, sebraná data byla převedena do programu Microsoft Excel. V tomto programu byly zpracovávány výsledky a tvořeny grafy a tabulky, které jsou uvedeny v textu níže. Hypotézy byly vyhodnoceny zadáním dat do programu Minitab. Vytvořením matic z námi vložených hodnot odpovědí, které se týkaly dané hypotézy, vyšla pomocí chí-kvadrát testu hodnota p, která byla následně porovnávána s námi zvolenou hladinou významnosti $\alpha$, která se rovnala hodnotě 0,05 (5 %).

# 4 Výsledky

Tato kapitola se věnuje výsledkům kvantitativního šetření.

## 4.1 Výsledky dotazníkového šetření

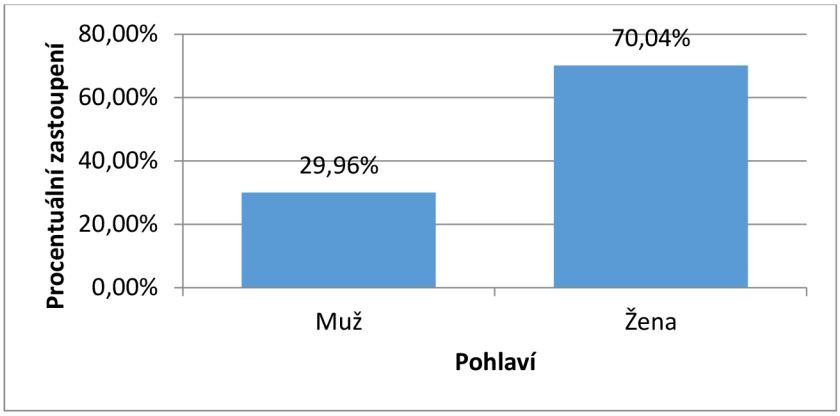
**Graf 1 Věk** **n = 227**




Zdroj: vlastní, 2024

Graf 1 reprezentuje věk. Zahrnuje respondenty, kteří prošli filtračními otázkami č. 4 a 5, tedy jsou nezdravotníci a žijí v Jihočeském kraji. Proto je počítáno s *n* z důvodu využití těchto čísel ve statistickém vyhodnocení. Ve skupině 18-25 let je 108 (47,58 %) respondentů, 26-35 let 22 (9,69 %) respondentů, 36-45 let také 22 (9,69 %) respondentů, 46-55 let 51 (22,47 %) respondentů, 56-65 let 21 (9,25 %) respondentů, 66-75 let 1 (0,44 %) respondent a v poslední skupině 76 a více let jsou respondenti 2 (0,88 %).

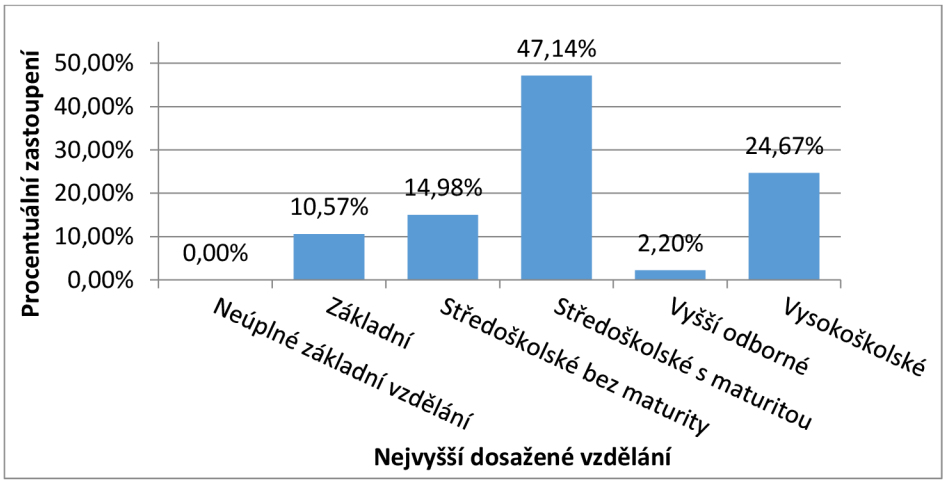
**Graf 2 Pohlaví** **n = 227**




Zdroj: vlastní, 2024

Graf 2 reprezentuje pohlaví respondentů a zahrnuje odpovědi n respondentů. Respondenti jsou ti, kteří prošli filtračními otázkami č. 4 a 5, tedy jsou nezdravotníky jsou z Jihočeského kraje. Z grafu nám vyplývá, že ve zjevné menšině jsou muži – 68 respondentů (29,96 %). Většina respondentů byly ženy, konkrétně 159 (70,04 %)

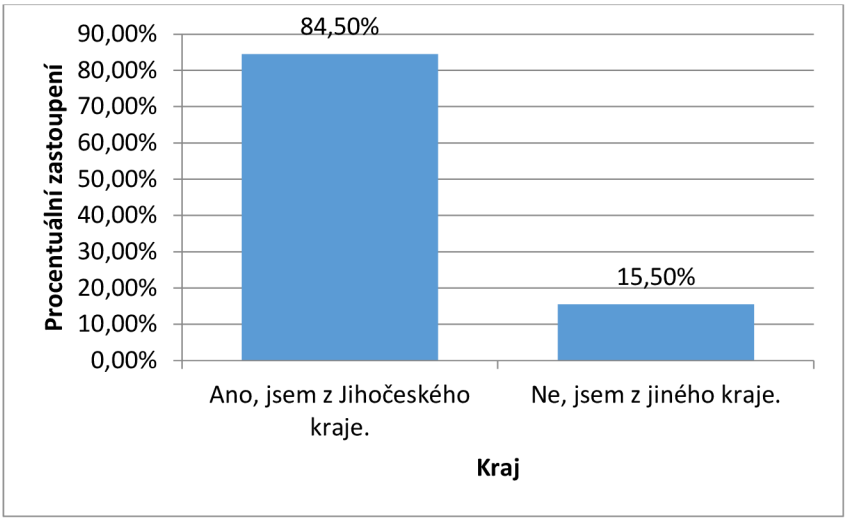
**Graf 3 Vzdělání** **n = 227**




Zdroj: vlastní, 2024

Graf 3 znázorňuje výsledky pro *n*, kdy *n* jsou nezdravotníci z Jihočeského kraje. Výsledky tohoto grafu jsou využity ve statistické části. Bez vzdělání/s neúplným vzděláním bylo 0 (0,00 %), se základním 24 (10,57 %), se středoškolským bez maturity 34 (14,98 %), středoškolským s maturitou 107 (47,14 %), vyšším odborným 5 (2,20 %) a vysokoškolským 56 (24,67 %) respondentů.

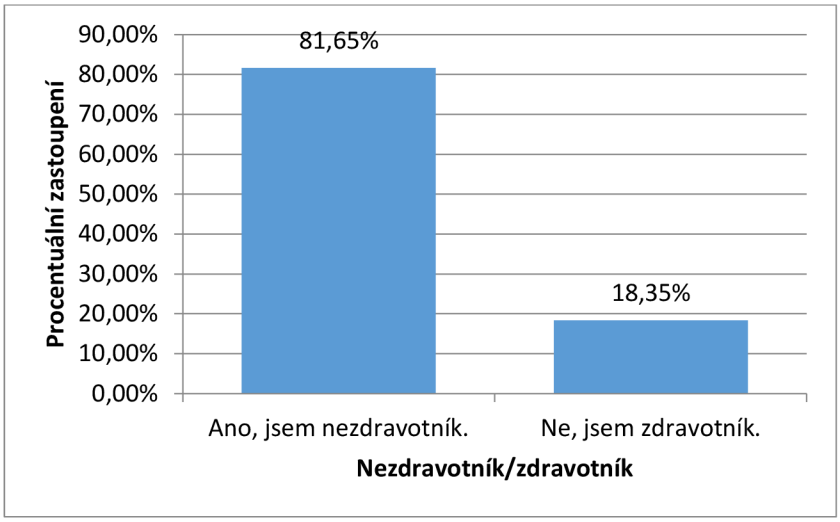
**Graf 4 Kraj** **n = 329**




Zdroj: vlastní, 2024

Graf 4 reprezentuje kraj, ve kterém respondenti žijí. Otázka č. 4 byla filtrační, kdy nám pomohla s vyřazením respondentů, kteří nežijí v Jihočeském kraji. Proto je *n* u dalších otázek nižší. Výsledkem tedy je, že respondentů z Jihočeského kraje odpovídalo 278 (84,50 %), zatímco z jiných krajů 49 (15,50 %).

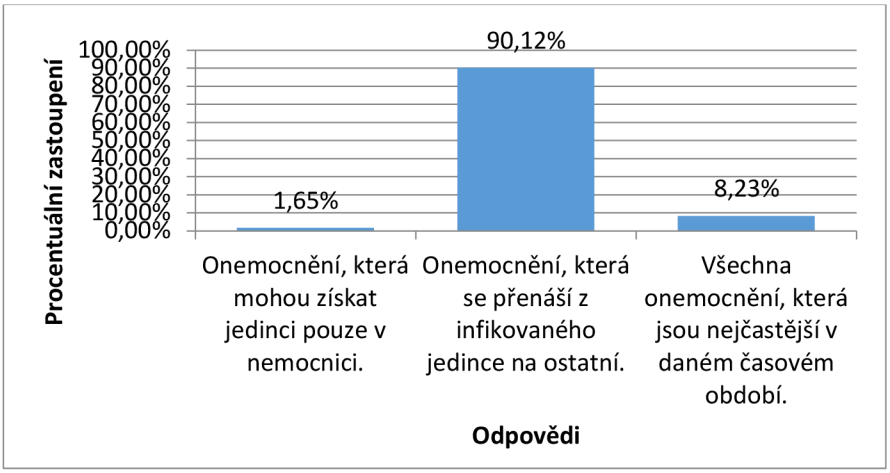
**Graf 5 Nezdravotník/zdravotník** **n = 278**




Zdroj: vlastní, 2024

Pro graf 5, který se týká rozdělení respondentů na zdravotníky a nezdravotníky, tak vyplývají následující výsledky. Z respondentů tedy bylo 227 (81,65 %) nezdravotníků a 51 (18,35 %) zdravotníků.

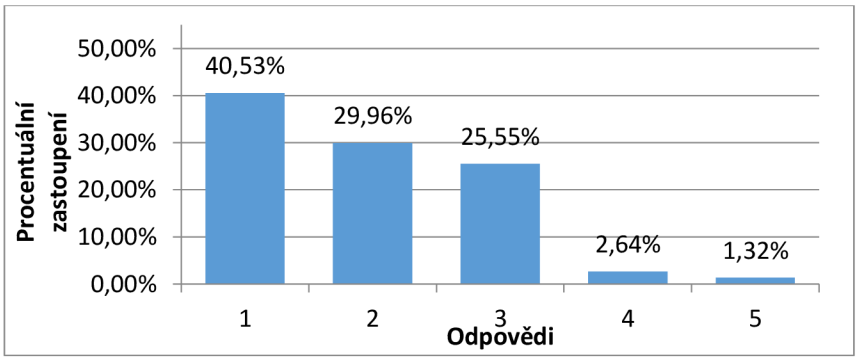
**Graf 6 Infekční onemocnění** **n = 227**




Zdroj: vlastní, 2024

Graf 6 zobrazuje volbu definice infekčních onemocnění. V otázce č. 6 mohli respondenti zaškrtnout více možností. Z grafu nám vyplývá, že odpověď „Onemocnění, která mohou získat jedinci pouze v nemocnici." Byla zvolena 4x (1,65 %). 219x (90,12 %) byla zvolena odpověď, že jsou to onemocnění, která se přenáší z infikovaného jedince na ostatní. A 20x (8,23 %), že jsou to všechna onemocnění, která jsou nejčastější v daném časovém období. Respondenti měli možnost přidat i svou odpověď, avšak nikdo této možnosti nevyužil.

**Graf 7 Názor na očkování** **n = 227**




Zdroj: vlastní, 2024

Graf 7 ukazuje názor na očkování. Otázka pojící se k tomuto grafu nabádala k ohodnocení čísly 1-5, kdy 1 znamenalo zcela kladný názor a 5 zcela negativní. Od této otázky odpovídají pouze nezdravotníci z Jihočeského kraje. Číslo „1" zvolilo 92 (40,53 %), č. „2" 68 (29,96 %), č. „3" 58 (25,55 %), č. „4" 6 (2,64 %) a č. „5" 3 (1,32 %) respondenti.

**Tabulka 1 Teze očkování** **n = 227**

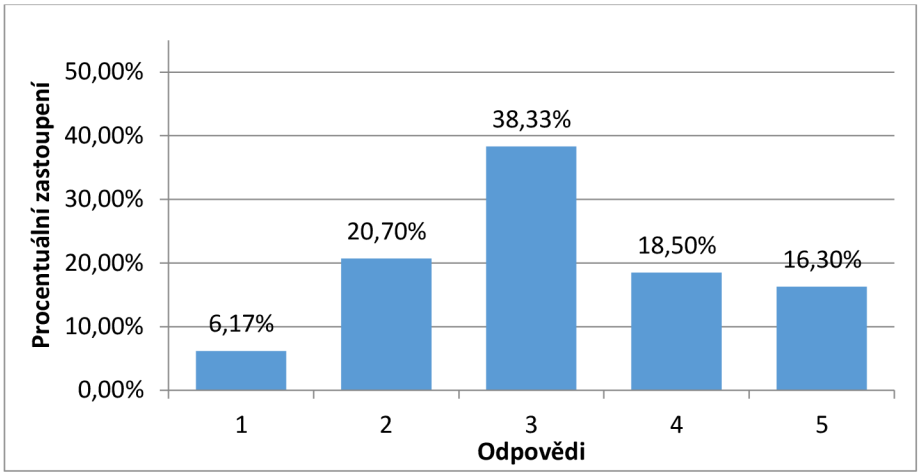
| | Zcela souhlasím | Spíše souhlasím | Ani souhlasím, ani nesouhlasím | Spíše nesouhlasím | Zcela nesouhlasím |
|---|---|---|---|---|---|
| **Teze 1** *Očkování je pro lidstvo bezpečné.* | 72<br>31,72 % | 110<br>48,46 % | 29<br>12,77 % | 7<br>3,08 % | 9<br>3,96 % |
| **Teze 2** *Očkování nám pomáhá držet pod kontrolou řadu nebezpečných nemocí.* | 141<br>62,11 % | 73<br>32,16 % | 9<br>3,96 % | 3<br>1,32 % | 1<br>0,44 % |
| **Teze 3** *Očkování je bezpečná metoda, jak přecházet nemoci a jejím následkům.* | 92<br>40,53 % | 101<br>44,49 % | 26<br>1,45 % | 6<br>2,64 % | 2<br>0,88 % |
| **Teze 4** *Vysokou mírou proočkovanosti lze dosáhnout zamezení šíření patogenu (původce nemoci).* | 108<br>47,58 % | 88<br>38,77 % | 18<br>7,93 % | 12<br>5,29 % | 1<br>0,44 % |
| **Teze 5** *Vysoká proočkovnost zajišťuje nízké náklady na zdravotnictví.* | 52<br>22,91 % | 87<br>38,33 % | 55<br>24,23 % | 26<br>11,45 % | 7<br>3,08 % |
| **Teze 6** *Očkování je pouze prostředek farmaceutických firem pro vydělání obrovského množství peněz.* | 17<br>7,49 % | 27<br>11,89 % | 43<br>18,94 % | 80<br>35,24 % | 60<br>26,43 % |

Zdroj: vlastní, 2024

Ve výše uvedené tabulce je znázorněn názor respondentů na jednotlivá tvrzení. S tezí 1 „Očkování je pro lidstvo bezpečné.“ zcela souhlasilo 72 (31,71 %) respondentů, 110 (48,46 %) zvolilo možnost „Spíše souhlasím“, 29 (12,78 %) „Ani souhlasím, ani nesouhlasím“, 7 (3,08 %) zvolilo možnost „Spíše nesouhlasím“ a 9 (3,96 %) jich s tímto tvrzením zcela nesouhlasilo. Teze 2 zněla „Očkování nám pomáhá držet pod kontrolou řasu nebezpečných nemocí.“. Možnost „Zcela souhlasím“ udalo 141 (62,11 %) respondentů, „Spíše souhlasím“ pak 73 (32,16 %), „Ani souhlasím,

ani nesouhlasím“ 9 (3,96 %), „Spíše nesouhlasím“ 3 (1,32 %) a „Zcela nesouhlasím“ udal 1 (0,44 %) respondent. Teze 3 „Očkování je bezpečná metoda, jak předcházet nemoci a jejím následkům.“ vyšla s výsledky takto. „Zcela souhlasím“ označilo 92 (40,53 %) respondentů, „Spíše souhlasím“ 101 (44,49 %), „Ani souhlasím, ani nesouhlasím“ 26 (11,45 %), „Spíše nesouhlasím“ 6 (2,64 %) a „Zcela nesouhlasím“ 2 (0,88 %) respondenti. Teze 4 „Vysokou mírou proočkovanosti lze dosáhnout zamezení šíření patogenu (původce nemoci).“ dopadla následovně. „Zcela souhlasím“ bylo zvoleno 108x, „Spíše souhlasím“ 88x (38,77 %), „Ani souhlasím, ani nesouhlasím“ 18x (7,93 %), „Spíše nesouhlasím“ 12x (5,29 %) a „Zcela nesouhlasím“ 1x (0,44 %). Na tezi 5 „Vysoká proočkovanost zajišťuje nízké náklady zdravotnictví.“ reagovali respondenti takto. „Zcela souhlasím“ získalo 52 (22,91 %) hlasů, „Spíše souhlasím“ 87 (38, 33 %), „Ani souhlasím, ani nesouhlasím“ 55 (22,91 %), „Spíše nesouhlasím“ 26 (11,45 %)a „Zcela nesouhlasím“ 7 (3,08 %) hlasů. Poslední teze zněla takto: „Očkování je pouze prostředek farmaceutických firem pro vydělání obrovského množství peněz.“ Zde je vidět, že respondenti se přiklání častěji k opačným odpovědím, než doposud. 17 (7,49 %) hlasů získalo „Zcela souhlasím“, 27 (11,89 %) „Spíše souhlasím“, 43 (18,94 %) „Ani souhlasím, ani nesouhlasím“, 80 (35,24 %) „Spíše nesouhlasím“ a 60 (26,43 %) hlasů získala odpověď „Naprosto nesouhlasím“.

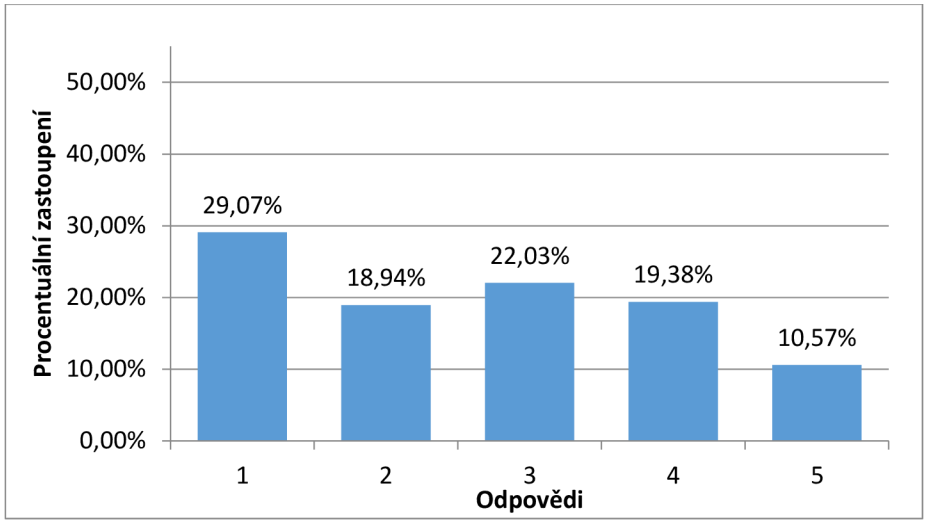
**Graf 8 Povinnost očkování** **n = 227**




Zdroj: vlastní, 2024

Graf 8 reprezentuje názor respondentů na povinné očkování. Otázka k tomuto grafu vyzívala k ohodnocení 1-5, kdy 1 znamenalo naprosto ano a 5 znamenalo naprosto ne. Výsledek je takový, že 14 (6,17 %) respondentů zvolilo odpověď „1“, 47 (20,70 %) respondentů odpověď „2“, 87 (38,33 %) odpověď „3“, 42 (18,50 %) odpověď „4“ a 37 (16,30 %) odpověď „5“.

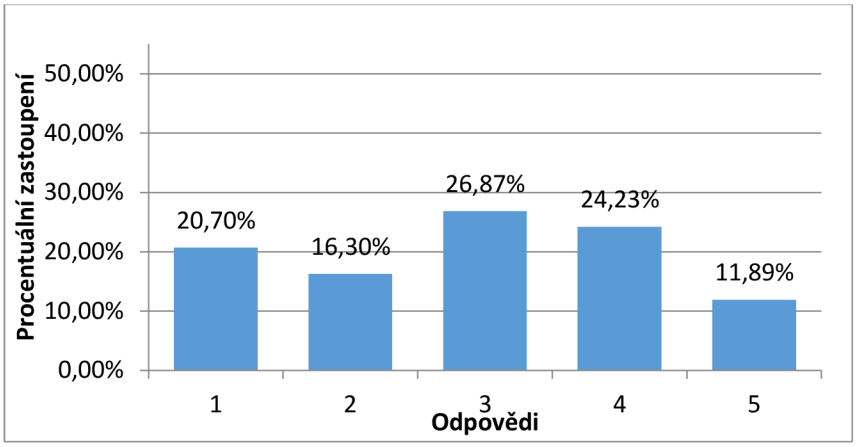
**Graf 9 Vliv covid-19 na očkování** **n = 227**




Zdroj: vlastní, 2024

Graf 9 ukazuje vliv covid-19 na očkování. Zde opět byly na výběr odpovědi 1-5, kdy 1 znamenala vůbec a 5 znamenala zcela ovlivnila. 66 (29,07 %) respondentů uvedlo možnost „1“, 43 (18,94 %) jich uvedlo „2“, 50 (22,03 %) možnost „3“, 44 (19,38 %) možnost „4“ a 24 (10,57 %) možnost „5“.

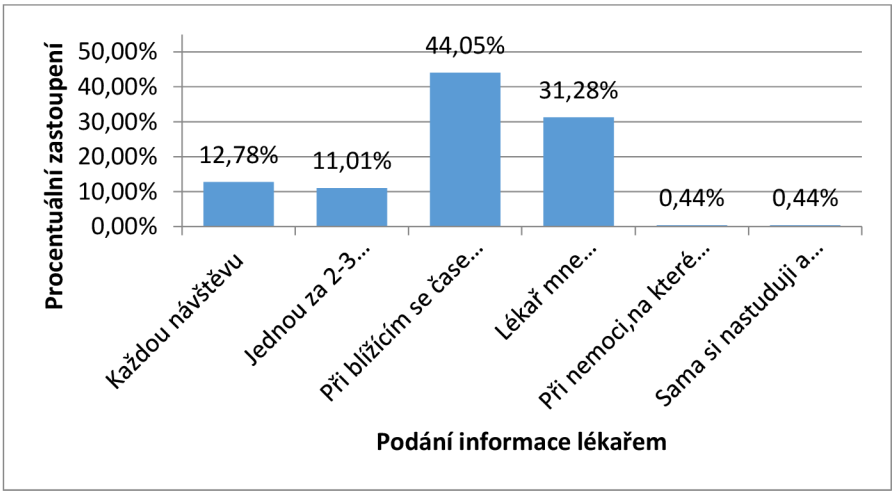
**Graf 10 Vliv covid-19 na prevenci** **n = 227**




Zdroj: vlastní, 2024

Graf 10 zobrazuje vliv covid-19 na prevenci. Tento otázka k tomuto grafu měla na výběr stejné odpovědi jako otázka ke grafu 9. Celkem nám tedy vychází, že 47 (20,70 %) respondentů zvolilo odpověď „1“, 37 (16,30 %) zvolilo „2“, 61 (26,87 %) zvolilo „3“, 55 (24,23 %) číslo „4“ a 27 (11,89 %) číslo „5“.

**Graf 11 Informování lékařem** **n = 227**

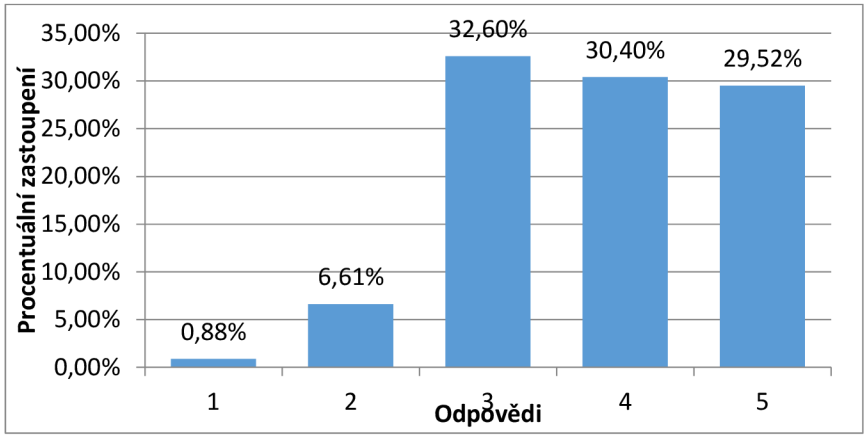



Zdroj: vlastní, 2024

Graf 11 popisuje informovanost o očkování od lékaře. 29 (12,78 %) respondentů uvedlo, že je lékař informuje o této skutečnosti každou návštěvu. 25 (11,01 %), že je informuje jednou za 2-3 návštěvy. 100 (44,05 %) respondentů udává, že lékař tyto informace sděluje při blížícím se přeočkování a 71 (31,28 %) respondentů uvedlo, že je lékař neinformuje. U této otázky bylo možné doplnit i vlastní odpovědi, kdy 1 (0,44 %)

respondent uvedl, že ho lékař informuje při nemoci, na které existuje očkování a 1 (0,44 %), že si informace raději studuje sám a lékaře se doptává.

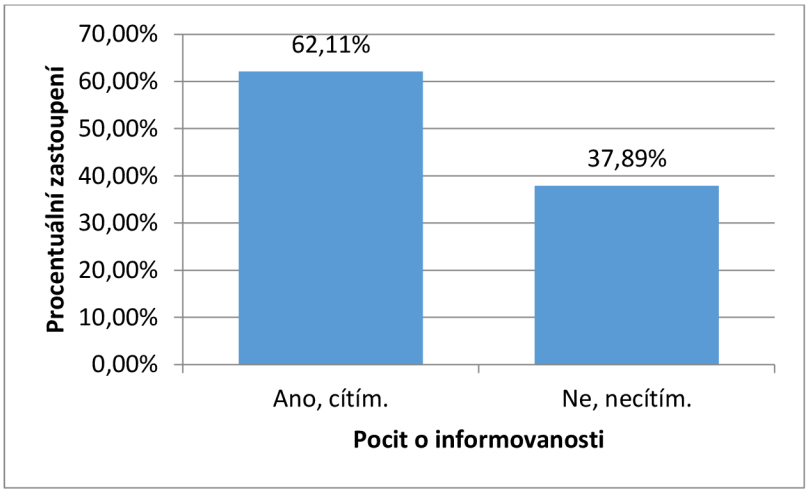
**Graf 12 Poškození zdraví infekčním onemocněním** **n = 227**




Zdroj: vlastní, 2024

Graf 12 znázorňuje odpovědi 1-5, kdy 1 znamená vůbec a 5 zcela ano. Odpověď „1“ zvolili 2 (0,88 %) respondenti, odpověď „2“ 15 (6,61 %), odpověď „3“ (32,60 %), odpověď „4“ 69 (30,40 %) a odpověď „5“ 67 (29,52 %).

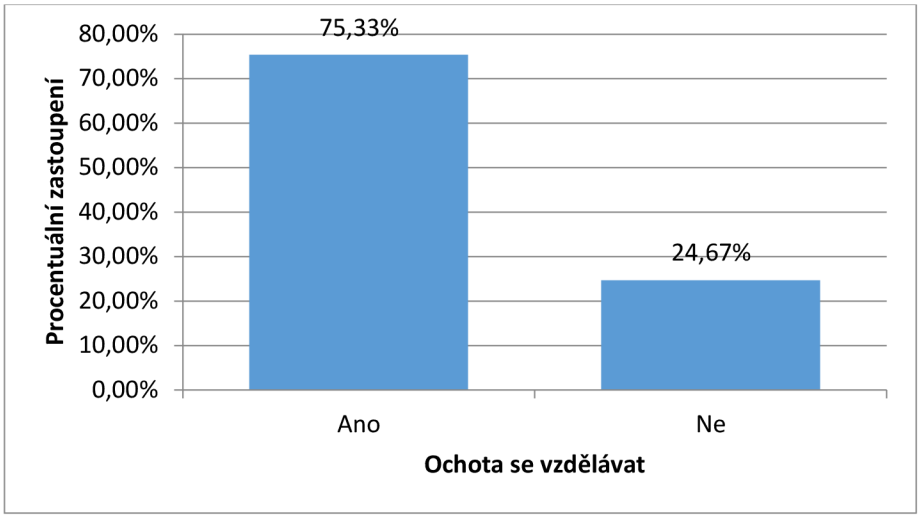
**Graf 13 Informovanost o prevenci** **n = 227**




Zdroj: vlastní, 2024

Tento graf znázorňuje, jestli se respondenti cítí dostatečně informováni. Většina, tedy 62,11 % (141 respondentů), se cítí informována dostatečně. Nedostatečně informováno se cítí 89 respondentů (37,89 %).

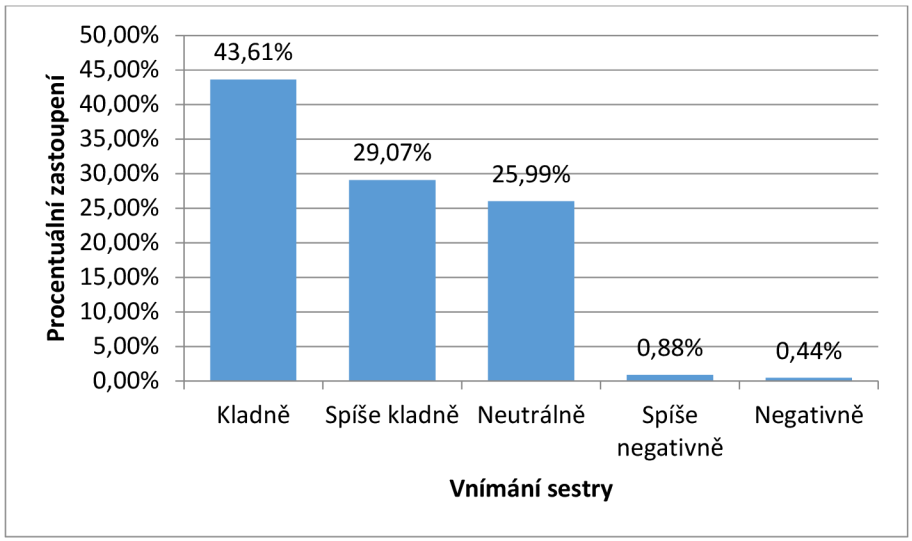
**Graf 14 Vzdělávání v problematice prevence** **n = 227**




Zdroj: vlastní, 2024

Z grafu 14 vyplývá, že většina respondentů je ochotna se v problematice infekčních onemocnění vzdělávat. Konkrétně tuto možnost zvolilo 171 (75,33 %) respondentů, zatímco 56 (24,67 %) respondentů není ochotno se vzdělávat.

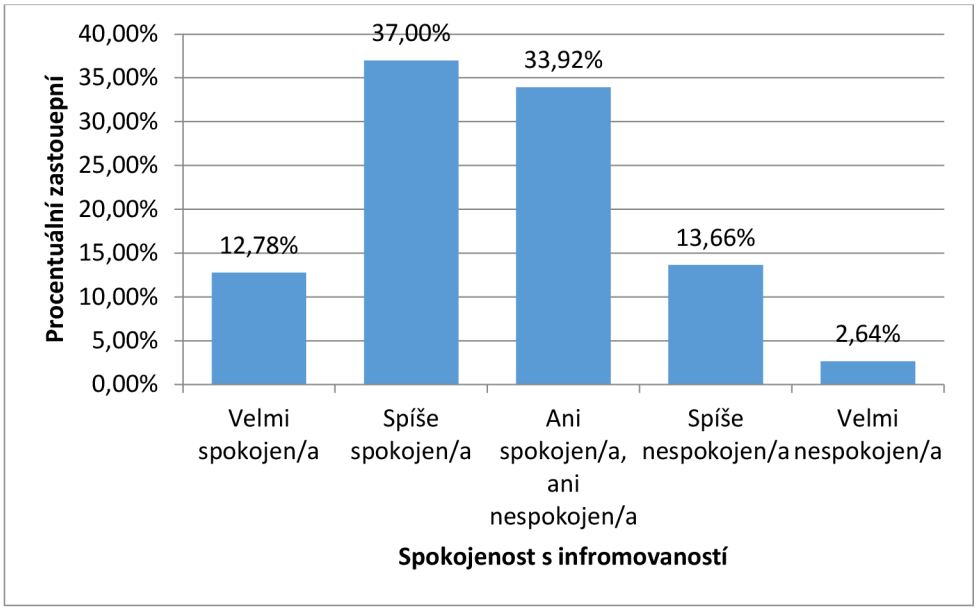
**Graf 15 Role sestry** **n = 227**




Zdroj: vlastní, 2024

Graf 15 zobrazuje, jak respondenti vnímají roli sestry v kontextu prevence infekčních onemocnění. „Kladně“ uvedlo 99 (43,61 %) respondentů, „Spíše kladně“ 66 (29,07 %) respondentů. Neurálně tuto roli vnímá 59 (25,99 %) respondentů, spíše negativně pak 2 (0,88 %) a negativně 1 (0,44 %) respondent.

**Graf 16 Spokojenost s informovaností** **n = 227**




Zdroj: vlastní, 2024

Spokojenost s informovaností ohledně prevence od sestry či lékaře znázorňuje graf 16. Velmi spokojeně se cítí 29 (21,78 %) respondentů, spíše spokojeně 84 (37,00 %). „Ani spokojeně, ani nespokojeně“ zvolilo 77 (33,92 %) respondentů. 31 (13,66 %) respondentů se cítí spíše nespokojeně a 6 (2,64 %) se jich cítí velmi nespokojeně.

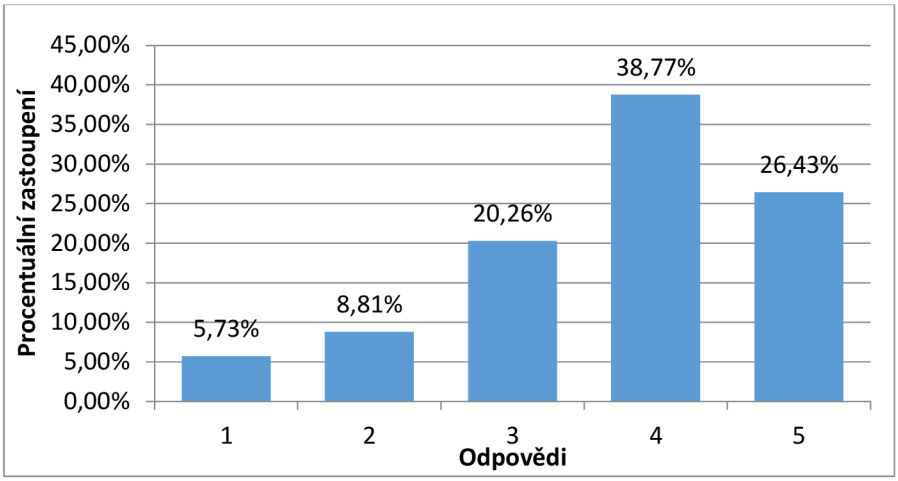
**Tabulka 2 Čerpání informací o prevenci** **n = 227**

| Zdroj | Počet odpovědí |
|---|---|
| **Internet** | 176 (77,53 %) |
| **Televize** | 78 (34,36 %) |
| **Informační letáky (např. v čekárnách)** | 95 (41,85 %) |
| **Odborná literatura** | 26 (11,45 %) |
| **Reklamy** | 32 (14,09 %) |
| **Lékař** | 127 (55,95 %) |
| **Sestra** | 79 (34,80 %) |
| **Rodina a přátelé** | 115 (50,66 %) |
| **Tyto informace se ke mně nedostávají** | 2 (0,88 %) |
| **Tyto informace nečerpám z žádného zdroje** | 5 (2,20 %) |

Zdroj: vlastní, 2024

V tabulce 2 jsou znázorněny odpovědi, odkud respondenti sbírají informace o prevenci. Měli možnost označit více odpovědí a přidat i odpovědi vlastní. Nejvíce respondentů (176, 77,53 %) sbírá informace z internetu. Z televize bere informace 78 (34,36 %) respondentů. Informační letáky za zdroj označilo 95 (41,85 %), odbornou literaturu 26 (11,45 %) a reklamy 32 (14,10 %). Informace od lékaře sbírá 127 (55,95 %) respondentů a 79 (34,80 %) je bere od sestry. Od rodiny a přátel se informuje 115 (50,66 %) respondentů. Že se informace k respondentovi nedostávají, označili 2 (0,88 %) respondenti. 5 (2,20 %) respondentů informace nebere ze žádného zdroje.

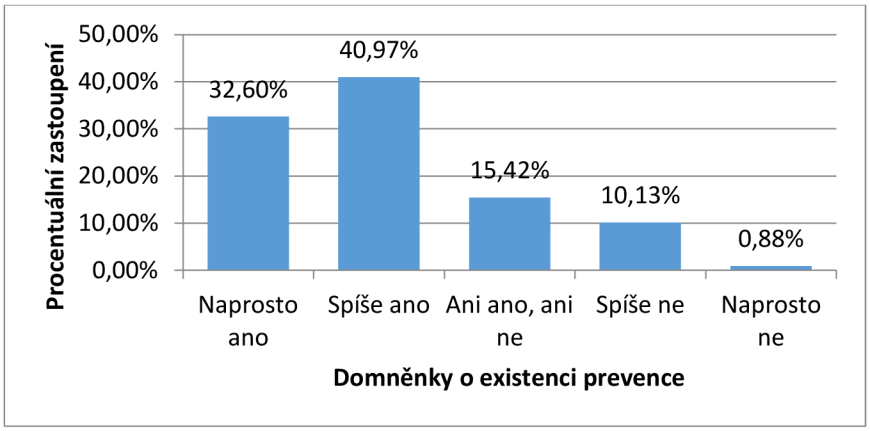
**Graf 17 Dodržování prevence okolím** **n = 227**




Zdroj: vlastní, 2024

Graf 17 popisuje odpovědi 1-5, kdy 1 znamená zcela nedůležité a 5 velmi důležité. Odpověď „1“ zvolilo 13 (5,73 %) respondentů, odpověď „2“ 20 (8,81 %) respondentů, odpověď „3“ 46 (20,26 %) respondentů, odpověď „4“ 88 (38,77 %) respondentů a odpověď „5“ 60 (26,43 %) respondentů. Na grafu je vidět, že převažuje odpověď „4“.

**Graf 18 Existence opatření proti klíšťové encefalitidě** **n = 227**




Zdroj: vlastní, 2024

Graf 18 zaznamenává, zda si respondenti myslí, že existují nějaká opatření, jak předejít klíšťové encefalitidě. 74 (32,60 %) respondentů zvolilo odpověď „Naprosto ano“, 93 (40,97 %) udává, že spíše ano. „Ani ano, ani ne“ zvolilo 35 (15,42 %) respondentů. „Spíše ne“ pak 23 (10,13 %), „Naprosto ne“ udává 2 (0,88 %) respondentů.

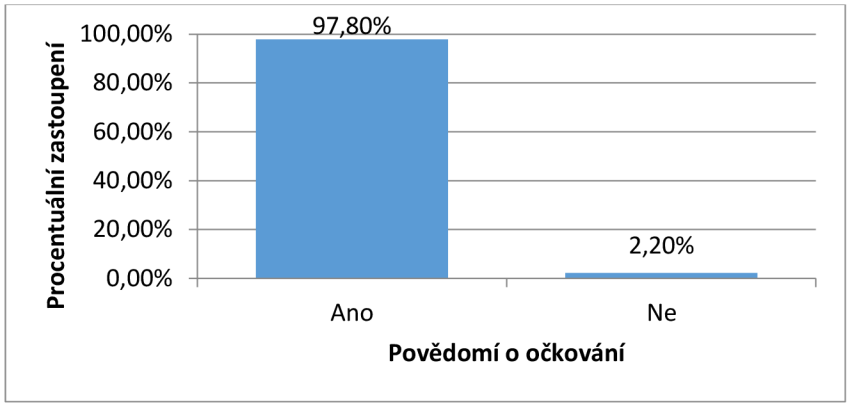
**Tabulka 3 Prevence klíšťové encefalitidy** **n = 167**

| Preventivní opatření | Odpovědi |
|---|---|
| **Očkování** | 134 (80,23 %) |
| **Vyhýbání se rizikovým oblastem** | 18 (10,77 %) |
| **Užívání repelentu** | 28 (16,77 %) |
| **Prohlédnutí se po návratu** | 22 (13,17 %) |
| **Dlouhé oblečení** | 10 (5,99 %) |
| **Péče o klíště** | 8 (4,79 %) |
| **Životní styl** | 2 (1,20 %) |

Zdroj: vlastní, 2024

Tabulka 3 zaznamenává odpovědi respondentů, kteří v předchozí otázce označili odpovědi „Naprosto ano“ nebo „Spíše ano“. Odpověď byla otevřená, proto mohli respondenti vypsat, co je napadá jako prevence. Očkování zmínilo ve své odpovědi 134 (80,24 %) respondentů. Dávání si pozor v rizikových oblastech (lesích, vysoké trávě apod.) zmínilo 18 (10,78 %) respondentů. Užívání repelentu pak 28 (16,77 %), prohlédnutí po návratu z přírody 22 (13,17 %) a užívání dlouhého oblečení 10 (5,99 %) respondentů. Správné vytažení klíštěte zahrnující dezinfekci atd. zahrnulo do své odpovědi 8 (4,79 %) respondentů. 2 (1,20 %) respondenti berou jako preventivní opatření i životní styl.

**Graf 19 Očkování proti klíšťové encefalitidě** **n = 227**




Zdroj: vlastní, 2024

Z grafu 19 vyplývá, že si je většina respondentů vědoma možnosti očkování. Číselně a procentuálně označilo odpověď „Ano“ 222 (97,80 %) respondentů a odpověď „Ne“ 5 (2,20 %) respondentů.

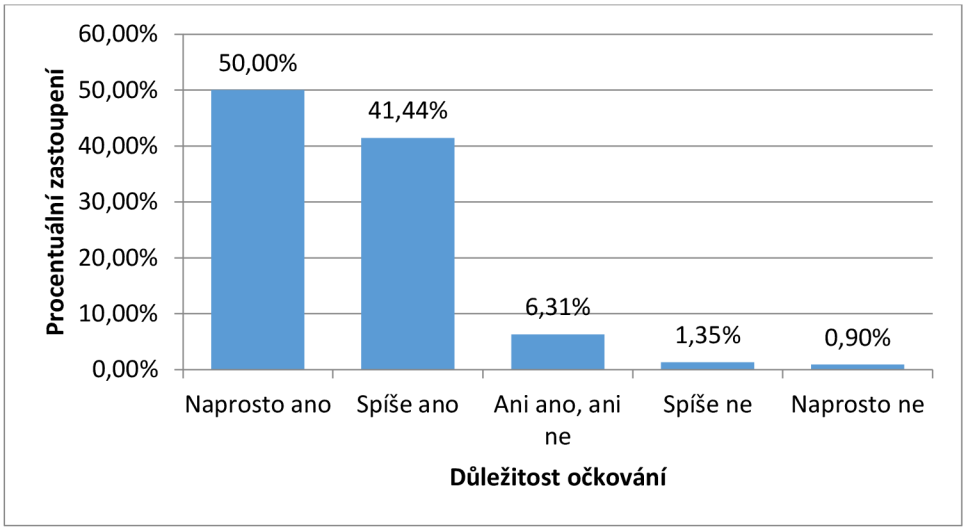
**Tabulka 4 Zdroj informace o očkování proti klíšťové encefalitidě** **n = 222**

| Zdroj | Odpovědi |
|---|---|
| **Lékař** | 156 (70,27 %) |
| **Sestra** | 45 (20,27 %) |
| **Rodina a přátelé** | 116 (52,25 %) |
| **Informační letáky** | 56 (25,23 %) |
| **Internet** | 73 (32,88 %) |
| **Televize** | 88 (39,64 %) |
| **Reklamy** | 55 (24,77 %) |
| **Žádné informace o možnosti očkování se ke mně nedostaly** | 1 (0,45 %) |
| **Nevím odkud** | 10 (4,50 %) |
| **Škola** | 4 (1,80 %) |

Zdroj: vlastní, 2024

Tabulka 4 ukazuje, odkud se respondenti dozvěděli o očkování proti klíšťové encefalitidě. Bylo možné označit více odpovědí i přidat odpovědi vlastní. Tuto informaci se od lékaře dozvědělo 156 (70,27 %) respondentů. 45 (20,27 %) od sestry, 116 (52,25 %) od rodiny a přátel a 56 (25,23 %) z informačních letáků. 73 (32,88 %) označilo jako zdroj internet, 88 (39,64 %) televizi a 55 (24,77 %) reklamy. Žádné informace se nedostaly k jednomu (0,45 %) respondentovi. 10 (4,50 %) respondentů tuto informaci ví, ale neví odkud. 4 (1,80 %) respondenti uvedli, že se tuto informaci dozvěděli ve spojitosti se školou.

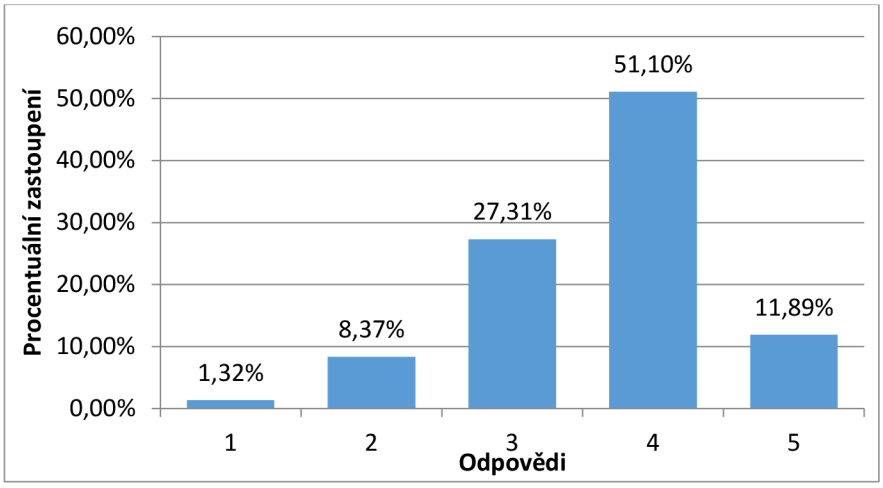
**Graf 20 Důležitost očkování proti klíšťové encefalitidě** **n = 222**




Zdroj: vlastní, 2024

Z grafu 20 můžeme vyčíst, jak moc je podle respondentů důležité očkování v prevenci klíšťové encefalitidy. Zde stále odpovídali stejní respondenti, jako u předchozí otázky Za naprosto důležité to považuje 111 (50, %) respondentů. Pro 92 (41,44 %) respondentů je spíše důležité. 14 (6,31 %) respondentů zvolilo odpověď „Ani ano, ani ne“. Spíše nedůležité je očkování v kontextu prevence klíšťové encefalitidy pro 3 (1,35 %) respondenty a pro 2 (0,90 %) respondenty je naprosto nedůležité.

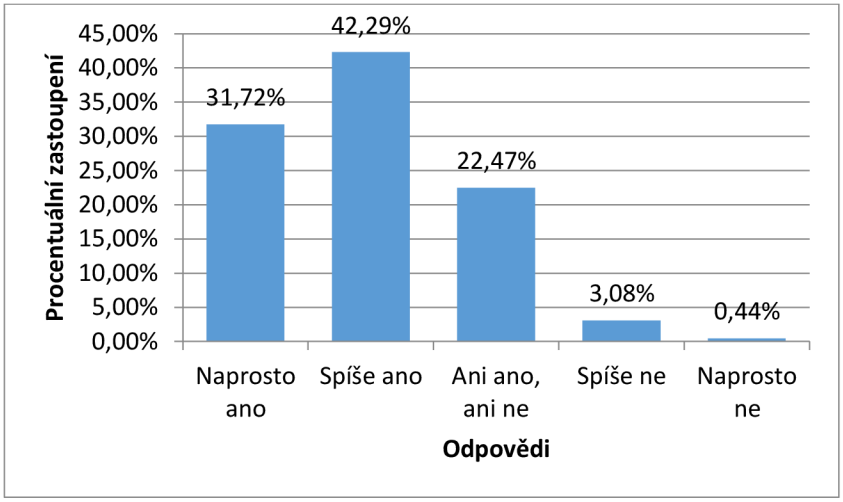
**Graf 21 Odvrácení klíšťové encefalitidy prevencí** **n = 227**




Zdroj: vlastní, 2024

Graf 21 ukazuje, do jaké míry si respondenti myslí, že prevence dokáže odvrátit klíšťovou encefalitidu. Respondenti volili mezi odpověďmi 1-5, kdy 1 znamenala vůbec a 5 zcela ovlivnit. Číslo „1“ zaškrtli 3 (1,32 %) respondenti, číslo „2“ 19 (8,37 %), číslo „3“ 62 (27,31 %), číslo „4“ 116 (51,10 %) a číslo „5“ 27 (11,89 %). V grafu je jasně zřetelné, že nejčastěji volenou odpovědí bylo číslo „4“.

**Graf 22 Existence opatření proti hepatitidě A** **n = 227**




Zdroj: vlastní, 2024

Graf 22 se zabývá odpověďmi na to, zda podle respondentů existují u hepatitidy A nějaká preventivní opatření. 72 (31,72 %) respondentů si myslí, že naprosto ano. 96 (42,29 %) si jich myslí, že spíše ano. 51 (22,47 %) respondentů zvolilo odpověď „Ani ano, ani ne“. 7 (3,08 %) si myslí, že spíše ne a 1 (0,44 %) si myslí, že naprosto ne.

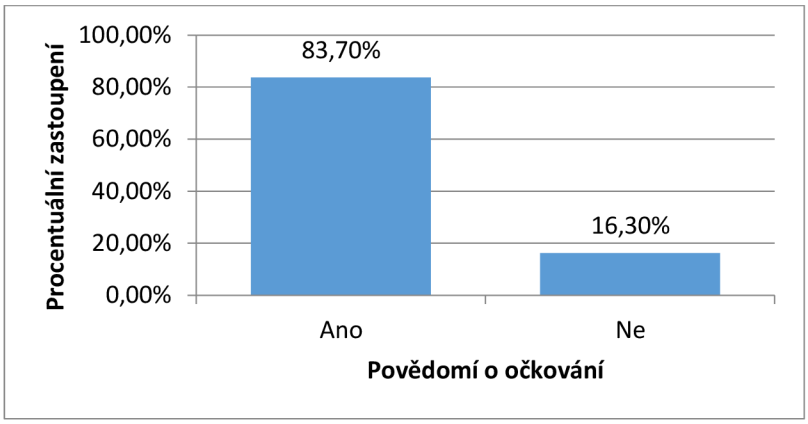
**Tabulka 5 Prevence hepatitidy A** **n = 168**

| Preventivní opatření | Odpovědi |
|---|---|
| **Očkování** | 118 (70,24 %) |
| **Hygiena a mytí rukou** | 77 (45,83 %) |
| **Nezávadné potraviny a vody** | 10 (5,95 %) |
| **Obezřetnost** | 5 (2,98 %) |
| **Zamezení styku s krví** | 2 (1,19 %) |
| **Životní styl** | 6 (3,57 %) |
| **Bezpečný sex** | 1 (0,60 %) |
| **Pravidelná výměna jehel** | 3 (1,79 %) |
| **Ochranné pomůcky** | 2 (1,19 %) |

Zdroj: vlastní, 2024

Tabulka 5 znázorňuje odpovědi respondentů, kteří v předchozí otázce zvolili odpověď „Naprosto ano“ či „Spíše ano“. Celkem na tuto otázku tedy odpovídalo 168 respondentů. Otázka vyzívala k otevřené odpovědi na to, jaké si myslí, že existují preventivní opatření k hepatitidě A. Nejvíce respondentů, tedy 118 (70,24 %), ve své odpovědi zmiňuje očkování. Na druhém místě s nejčastější odpovědí je hygiena a mytí rukou, kdy tuto odpověď vypsalo 77 (45,83 %) respondentů. Dále respondenti zmiňovali požívání nezávadných potravin a vody. Tuto odpověď napsalo 10 (5,95 %) respondentů. Jako prevenci považuje obezřetnost 5 (2,98 %) respondentů, životní styl 6 (3,57 %) respondentů a užívání ochranných pomůcek 2 (1,19 %) respondenti. Objevila se také odpověď, kdy respondenti zmiňují zamezení styku s krví (2 respondenti, 1,19 %). Za prevenci považuje jeden (0,60 %) respondent bezpečný sex. Celkem 3 (1,79 %) respondenti také zmínili pravidelnou výměnu jehel a jejich nesdílení.

**Graf 23 Očkování proti hepatitidě A** **n = 227**




Zdroj: vlastní, 2024

Na grafu 23 je patrné, že si je většina, tedy 190 (83,70 %) respondentů, vědoma možnosti očkování. Menšina, počtem 37 (16,30 %), si této skutečnosti vědoma není.

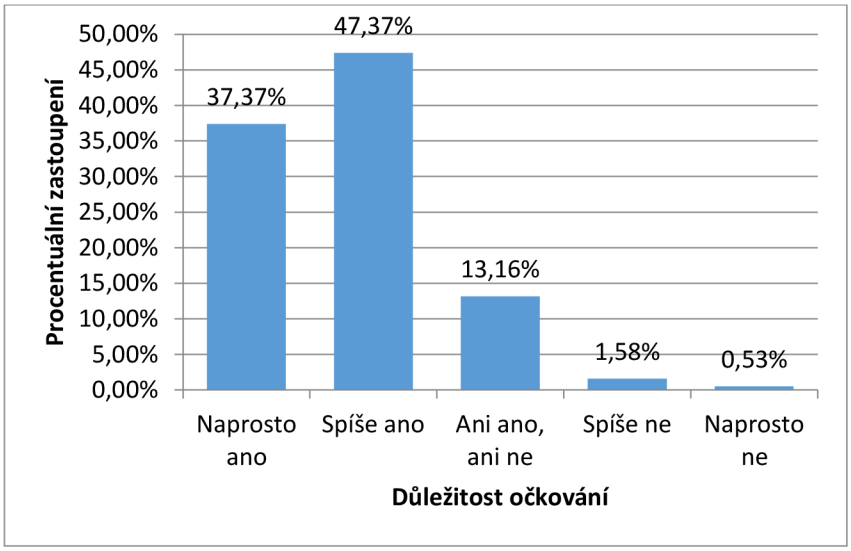
**Tabulka 6 Zdroj informace o očkování proti hepatitidě A** **n = 190**

| Zdroj | Odpovědi |
|---|---|
| **Lékař** | 106 (55,79 %) |
| **Sestra** | 41 (21,58 %) |
| **Rodina a přátelé** | 75 (39,47 %) |
| **Informační letáky** | 39 (20,53 %) |
| **Internet** | 62 (32,63 %) |
| **Televize** | 48 (25,26 %) |
| **Reklamy** | 23 (12,11 %) |
| **Žádné informace o možnosti očkování se ke mně nedostaly** | 3 (1,58 %) |
| **Nevím odkud** | 19 (10,00 %) |
| **Škola** | 1 (0,53 %) |
| **Práce** | 2 (1,05 %) |

Zdroj: vlastní, 2024

V tabulce 6 je vyznačeno, odkud se respondenti dozvěděli o možnosti očkování proti hepatitidě A. Odpovídali respondenti, kteří v předchozí otázce zvolili odpověď „Ano“. Respondenti mohli zvolit více možností i přidat svou vlastní. 106 (55,79 %), tedy nejvíce respondentů, se o očkování dozvědělo od lékaře. 41 (21,58 %) od sestry, 75 (39,47 %) od rodiny a přátel, 39 (20,53 %) z informačních letáků, 62 (32,63 %) z internetu, 48 (25,26 %) z televize a 23 (12,11 %) z reklam. To, že žádné informace nedostali, zaškrtli 3 (1,58 %) respondenti. 19 (10,00 %) respondentů o této skutečnosti ví, ale neví odkud. 1 (0,53 %) z respondentů uvedl, že se o očkování dozvěděl ve škole, 2 (1,05 %) respondenti se o něm dozvěděli v práci.

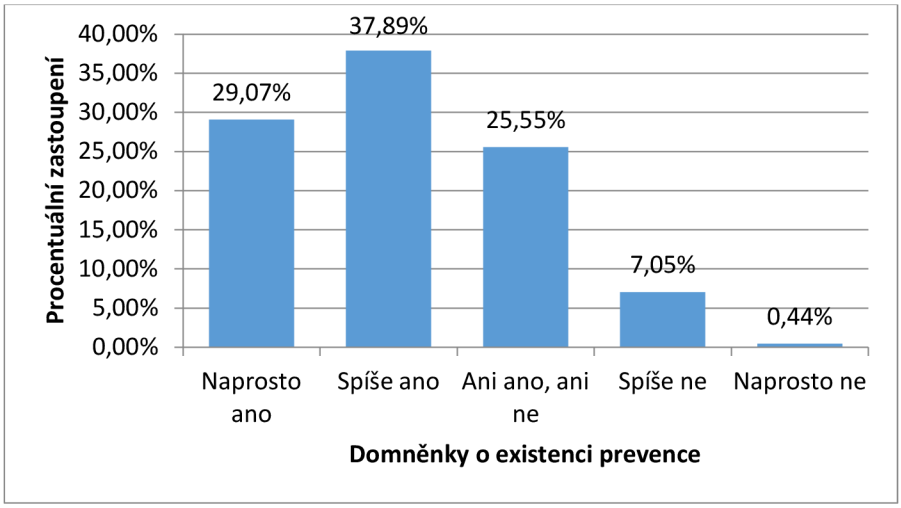
**Graf 24 Důležitost očkování proti hepatitidě A** **n = 190**




Zdroj: vlastní, 2024

Důležitosti očkování v kontextu prevence hepatitidy A se věnuje graf 24. Stále odpovídali stejní respondenti jako v předchozí tabulce. 71 (37,37 %) zvolilo odpověď „Naprosto ano“, 90 (47,37 %) zvolilo „Spíše ano“, 25 (13,16 %) „Ani ano, ani ne“, 3 (1,58 %) „Spíše ne“ a 1 (0,53 %) „Naprosto ne“. Je tedy zřejmé, že si většina respondentů myslí, že očkování je v kontextu prevence důležité.

**Graf 25 Existence opatření proti hepatitidě B** **n = 227**




Zdroj: vlastní, 2024

Graf 25 se týká vědomostí o preventivních opatřeních hepatitidy B. Respondenti volili mezi pěti odpověďmi. 1. odpověď, tedy „Naprosto ano“, zaškrtlo 66 (29,07 %) respondentů, 2. odpověď – „Spíše ano“ – 86 (37,89 %) respondentů, 3. odpověď – „Ani ano, ani ne“ – 58 (25,55 %) respondentů. Odpověď „Spíše ne“ zaškrtlo 16 (7,05 %) a „Naprosto ne“ 1 (0,44 %) respondent.

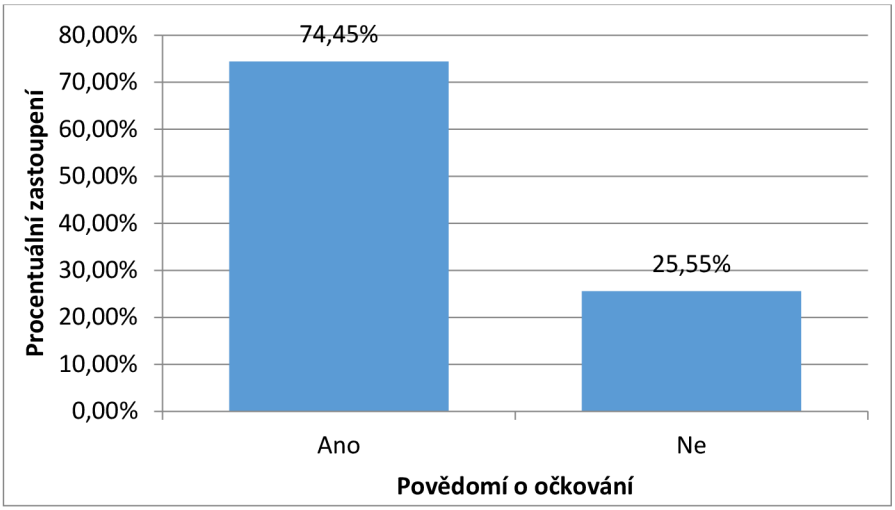
**Tabulka 7 Prevence hepatitidy B** **n = 152**

| Preventivní opatření | Odpovědi |
|---|---|
| **Očkování** | 112 (73,68 %) |
| **Bezpečný sex** | 10 (6,58 %) |
| **Zamezení styku s krví** | 6 (3,95 %) |
| **Výměna jehel** | 4 (2,63 %) |
| **Hygiena** | 34 (22,37 %) |
| **Ochranné pomůcky** | 4 (2,63 %) |
| **Životní styl** | 3 (1,97 %) |
| **Obezřetnost** | 3 (1,97 %) |
| **Informovanost** | 2 (1,32 %) |

Zdroj: vlastní, 2024

Tabulka 7 ukazuje výčet odpovědí na otevřenou otázku týkající se prevence hepatitidy B. Odpovídali na ni respondenti, kteří v předchozí otázce označili odpověď „Naprosto ano“ nebo „Spíše ano“. Celkem ze 152 respondentů jich 112 (73,68 %) jako odpověď zvolilo očkování. Bezpečný sex zvolilo 10 (6,58 %) respondentů. Zamezení styku s krví napsalo 6 (3,95 %) respondentů, pravidelnou výměnu jehel 4 (2,63 %) a dodržování hygieny 34 (22,37 %) respondentů. Jako prevenci vypsali 4 (2,63 %) respondenti užívání ochranných pomůcek. 3 (1,97 %) zařadili do prevence životní styl. Stejný počet, tedy 3 (1,97 %), odpověděli, že prevencí je obezřetnost a 2 (1,32 %) respondenti uvedli, že do preventivních opatření patří informovanost.

**Graf 26 Očkování proti hepatitidě B** **n = 227**




Zdroj: vlastní, 2024

Vědomosti o možnosti očkování se věnuje graf 26. Zde je na první pohled vidět, že většina (169, 74,45 %) respondentů si je této skutečnosti vědoma. Zbytek (58, 25,55 %) respondentů si vědom očkování není.

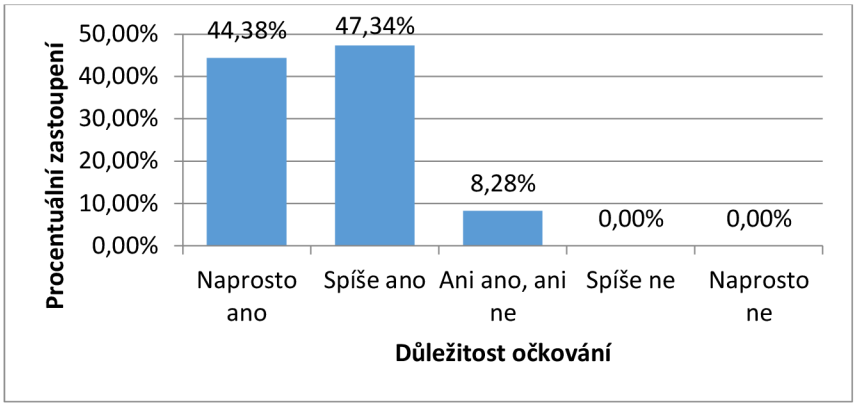
**Tabulka 8 Zdroj informace o očkování proti hepatitidě B** **n = 169**

| Zdroj | Odpovědi |
|---|---|
| **Lékař** | 103 (60,95 %) |
| **Sestra** | 45 (26,63 %) |
| **Rodina a přátelé** | 71 (42,01 %) |
| **Informační letáky** | 39 (23,08 %) |
| **Internet** | 60 (35,50 %) |
| **Televize** | 35 (20,71 %) |
| **Reklamy** | 18 (10,65 %) |
| **Žádné informace o možnosti očkování se ke mně nedostaly** | 1 (0,59 %) |
| **Nevím odkud** | 18 (10,65 %) |
| **Škola** | 2 (1,18 %) |
| **Práce** | 1 (0,59 %) |

Zdroj: vlastní, 2024

Tomu odkud se o očkování proti hepatitidě B dozvěděli, je věnována tabulka 8. Odpovídali respondenti, kteří v minulé otázce zvolili odpověď „Ano“. Zde je vidět, že 103 (60,95 %) jich bere tyto informace od lékaře, 45 (26,63 %) od sestry, 71 (42,01 %) od rodiny a přátel, 39 (23,08 %) z informačních letáků, 60 (35,50 %) z internetu, 35 (20,71 %) z televize a 18 (10,65 %) z reklam. Žádné informace nedostává 1 (0,59 %) respondent a 18 (10,65 %) jich neví, odkud tyto informace vzali. V zadání otázky k této tabulce je zmíněno, že mohou vybrat více možností. Zároveň někteří respondenti doplnili i odpovědi své. 2 (1,18 %) respondenti je získali ve škole a 1 (0,59 %) v práci.

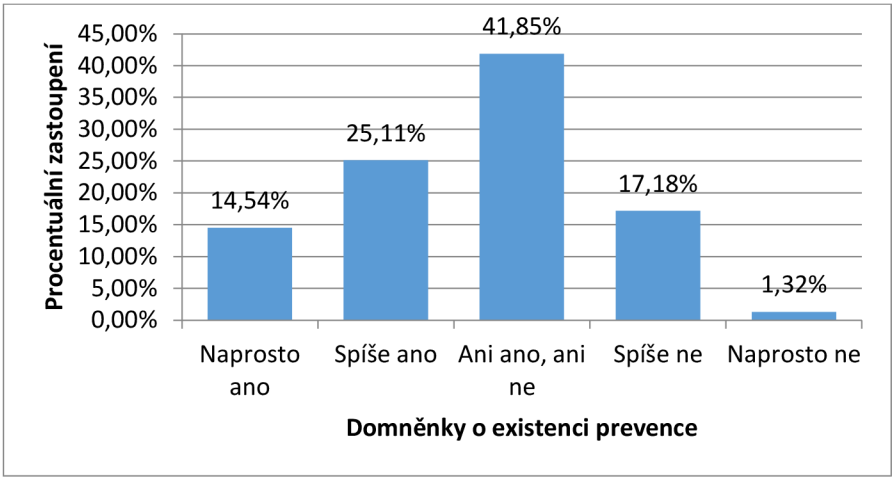
**Graf 27 Důležitost očkování proti hepatitidě B** **n = 169**




Zdroj: vlastní, 2024

Názor respondentů na důležitost očkování v kontextu prevence hepatitidy B je vyobrazen grafem 27. Odpovídali stejní respondenti jako u předchozí otázky. Zde 75 (44,38 %) respondentů uvedlo možnost „Naprosto ano“, 80 (47,34 %) „Spíše ano“ a 14 (8,28 %) „Ani ano, ani ne“. Odpovědi „Spíše ne“ a „Naprosto ne“ nezvolil žádný z respondentů.

**Graf 28 Existence opatření proti hepatitidě C** **n = 227**




Zdroj: vlastní, 2024

Graf 28 dává dohromady odpovědi týkající se existence preventivních opatření proti hepatitidě C. 33 (14,45 %) respondentů zvolilo odpověď „Naprosto ano“, a tím dávají najevo, že jsou si zcela jisti, že opatření proti této nemoci existují. 57 (25,11 %) respondentů zvolilo odpověď „Spíše ano“, 95 (41,85 %) „Ani ano, ani ne“, 39 (17,18 %) „Spíše ne“ a 3 (1,32 %) „Naprosto ne“. Je tady vidět, že si respondenti nejsou zcela jisti, zda nějaká preventivní opatření existují na rozdíl od předchozích typů.

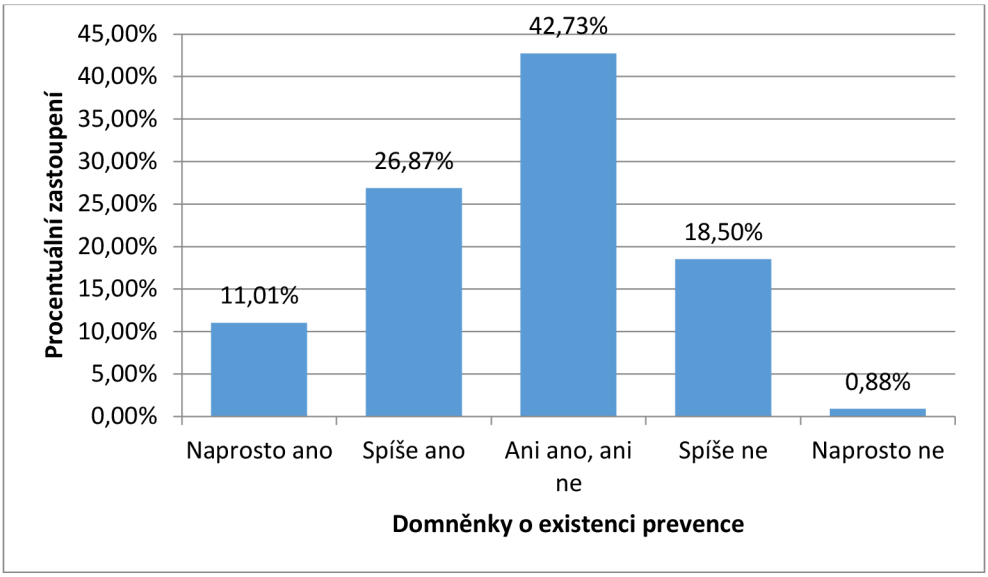
**Tabulka 9 Prevence hepatitidy C** **n = 90**

| Preventivní opatření | Odpovědi |
|---|---|
| **Očkování** | 33 (36,67 %) |
| **Obezřetnost** | 12 (13, 33 %) |
| **Hygiena** | 27 (30,00 %) |
| **Životní styl** | 5 (5,56 %) |
| **Informovanost** | 2 (2,22 %) |
| **Zamezení styku s krví** | 5 (5,56 %) |
| **Ochranné pomůcky** | 6 (6,67 %) |
| **Bezpečný sex** | 10 (11,11 %) |
| **Výměna jehel** | 8 (8,89 %) |
| **Nekontaminovaná potrava a voda** | 1 (1,11 %) |
| **Nevím** | 3 (3,33 %) |

Zdroj: vlastní, 2024

V tabulce 9 jsou znázorněna opatření, kterými se dá, podle respondentů, předejít hepatitidě C. Na tuto otázku odpovídali respondenti, kteří na předchozí otázku odpověděli „Naprosto ano“ nebo „Spíše ano“. Celkem 33x (36,67 %) zaznělo jako odpověď očkování. 12x (13,33 %) byla zmíněna obezřetnost, 27x (30,00 %), hygiena a 5x (5,56 %) životní styl. 2 (2,22 %) respondenti zaznamenali odpověď spojenou se zamezením styku s krví, 6 (6,67 %) respondentů pak za prevenci označilo ochranné pomůcky. Bezpečný sex jako prevenci hepatitidy C označilo 10 (11,11 %) respondentů. Pravidelnou výměnu jehel a pozornost k neporanění se o ně zmínilo 8 (8,89 %) respondentů. Jako prevenci vypsal nekontaminovanou potravu 1 (1,11 %) respondent. Celkem 3 (3,33 %) respondenti udali, že žádnou z prevencí neví.

**Graf 29 Existence opatření proti hepatitidě E** **n = 227**




Zdroj: vlastní, 2024

V grafu 29 jsou vidět odpovědi na téma preventivních opatření hepatitidy E. 25 (11,01 %) respondentů označilo odpověď „Naprosto ano“, 61 (26,87 %) „Spíše ano“, 97 (42,73 %) „Ani ano, ani ne“, 42 (18,50 %) „Spíše ne“ a 2 (0,88 %) “Naprosto ne“. Je vidět, že v tématu prevence hepatitidy E si respondenti nejsou jisti.

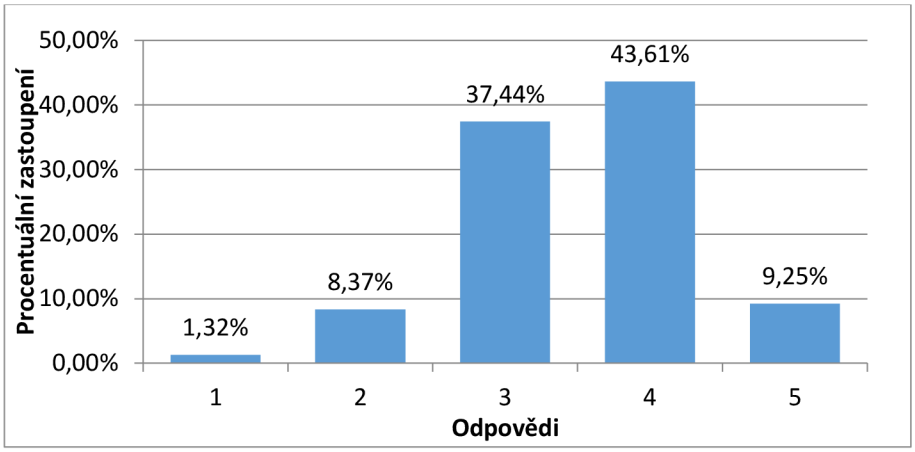
**Tabulka 10 Prevence hepatitidy E** **n = 86**

| Preventivní opatření | Odpovědi |
|---|---|
| **Očkování** | 25 (29,07 %) |
| **Obezřetnost** | 4 (4,65 %) |
| **Hygiena** | 31 (36,05 %) |
| **Bezpečný sex** | 1 (1,16 %) |
| **Nevím** | 15 (17,44 %) |
| **Nezávadné, tepelně upravené potraviny** | 13 (15,12 %) |
| **Ochranné prostředky** | 3 (3,49 %) |
| **Zamezení styku s krví** | 1 (1,16 %) |
| **Životní styl** | 3 (3,49 %) |
| **Výměna jehel** | 2 (2,33 %) |

Zdroj: vlastní, 2024

Výčet odpovědí respondentů, kteří v předchozí otázce označili odpověď „Naprosto ano“ či „Spíše ano“, na otázku, jakými opatřeními se dá předejít hepatitidě E, shrnuje tabulka 10. Očkování zmiňuje 25 (29,07 %) respondentů, obezřetnost 4 (4,65 %) respondenti. Nejvíce respondentů vypsalo jako svou odpověď hygienu – celkem 31 (36,05 %) respondentů. Bezpečný sex za prevenci označil 1 (1,16 %) respondent. To, že neví žádné z opatření, zmínilo 15 (17,44 %) respondentů. Nezávadnou vodu a potraviny, které jsou i tepelně upravené, odpovědělo 13 (15,12 %) respondentů. Ochranné prostředky pak 3 (3,49 %) respondenti, zamezení styku s krví jeden (1,16 %) respondent, životní styl 3 (3,49 %) respondenti a pravidelnou výměnu jehel 2 (2,33 %) respondenti.

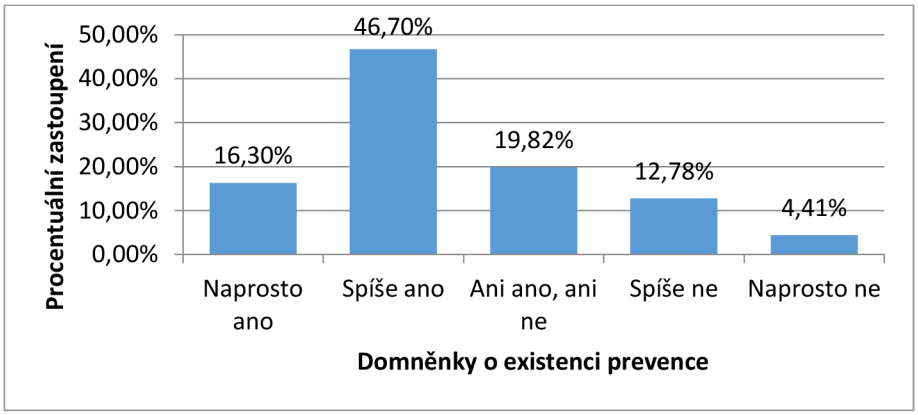
**Graf 30 Odvrácení virových hepatitid (A, B, C, E) prevencí** **n = 227**




Zdroj: vlastní, 2024

Graf 30 se zabývá souhrnem virových hepatitid a vnímání prevence proti nim respondenty. Na výběr byly odpovědi 1-5, kdy 1 znamená, že prevence nedokáže hepatitidy odvrátit vůbec a 5, že je dokáže zcela odvrátit. Číslo „1“ zvolili 3 (1,32 %) respondenti, číslo „2“ 18 (8,37 %), číslo „3“ 85 (37,44 %), číslo „4“ 99 (43,61 %) a číslo „5“ 21 (9,25 %) respondentů.

**Graf 31 Existence opatření proti salmonelóze** **n = 227**




Zdroj: vlastní, 2024

Graf 31 udává výsledky týkající se znalosti respondentů o existenci preventivních opatření salmonelózy. 37 (16,30 %) respondentů označilo odpověď „Naprosto ano“, nejvíce – tedy 106 (46,70 %) „Spíše ano“, 45 (19,82 %) „Ani ano, ani ne“, 29 (12,78 %) „Spíše ne“ a 10 (4,41 %) „Naprosto ne“. Na další otázku budou odpovídat pouze respondenti, kteří označili „Naprosto ano“ nebo „Spíše ano“, celkem tedy 143 respondentů.

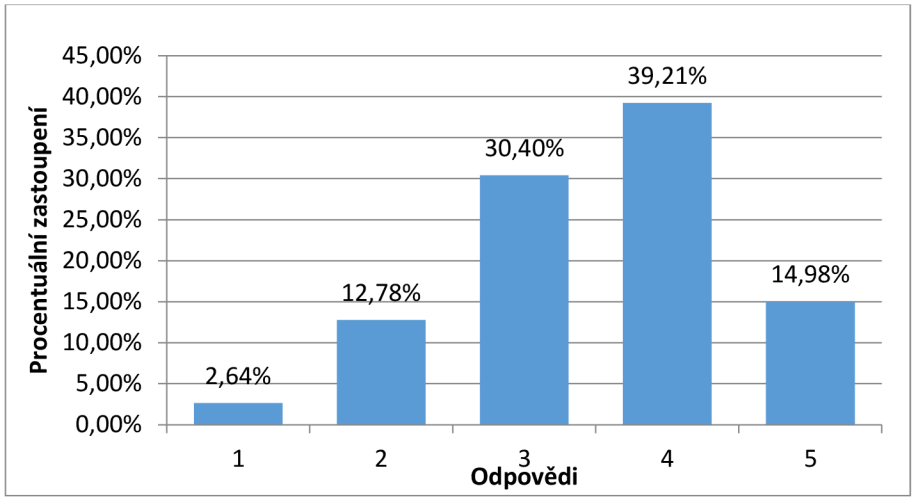
**Tabulka 11 Prevence salmonelózy** **n = 143**

| Preventivní opatření | Odpovědi |
|---|---|
| **Hygiena** | 59 (41,56 %) |
| **Očkování** | 3 (2,10 %) |
| **Nezávadné, tepelně upravené potraviny a voda** | 96 (67,13 %) |
| **Skladování potravin** | 6 (4,20 %) |
| **Hygienická práce v kuchyni** | 7 (4,90 %) |
| **Obezřetnost** | 16 (11,19 %) |
| **Informovanost** | 1 (0,70 %) |

Zdroj: vlastní, 2024

Tabulka 11 zobrazuje odpovědi respondentů na otázku týkající se prevence salmonelózy. Do otevřených odpovědí měli vypsat, jaké činnosti to podle nich jsou. Hygienu s mytím rukou zmínilo 59 (41,26 %) respondentů. Očkování celkem 3 (2,10 %) respondenti. Nejvíce respondentů do své odpovědi zařadilo nezávadné a tepelně upravené potraviny společně s nezávadnou pitnou vodou. Respondentů, kteří tuto odpověď zaznamenali, bylo 96 (67,13 %). Pojící se téma skladování potravin zařadilo do odpovědi 6 (4,20 %) respondentů, hygienickou práci v kuchyni (nepoužívání stejných prkýnek na uvařené a syrové maso atd.) 7 (4,90 %) respondentů. Obezřetnost, odkud jídlo kupuji, kde se stravuji atd., napsalo 16 (11,19 %) respondentů. Jeden (0,70 %) respondent do výčtu svých odpovědí zařadil i informovanost.

**Graf 32 Odvrácení salmonelózy prevencí** **n = 227**




Zdroj: vlastní, 2024

Graf 32 hodnotí odpovědi 1-5, kdy 1 znamenalo vůbec a 5 znamenalo zcela odvrátit. Nejvíce respondentů – 89 (39,21 %) – bylo pro č. „4“. 69 (12,78 %) respondentů bylo pro č. „3“. Poměrně vyrovnané byly č. „2“ a „5“, kdy „2“ udalo 29 (12,78 %) respondentů a „5“ 34 (14,98 %). Nejméně respondentů – 6 (2,64 %) – udalo č. „1“.

**Tabulka 12 Riziková chování 1** **n = 227**

| | Hepatitida A | Hepatitida B | Hepatitida C | Hepatitida E |
|---|---|---|---|---|
| **Pobyt s infikovaným v jedné místnosti** | 112<br>49,34 % | 62<br>21,31 % | 104<br>45,81 % | 63<br>27,75 % |
| **Užití nitrožilních drog** | 132<br>58,15 % | 153<br>67,40 % | 171<br>75,33 % | 136<br>59,91 % |
| **Pohlavní styk stejného pohlaví** | 68<br>29,96 % | 103<br>45,37 % | 103<br>45,37 % | 78<br>34,36 % |
| **Pohlavní styk různého pohlaví** | 68<br>29,96 % | 104<br>45,81 % | 105<br>46,26 % | 81<br>35,68 % |
| **Porod infikovanou matkou** | 101<br>44,49 % | 122<br>53,74 % | 120<br>52,86 % | 100<br>44,05 % |
| **Chození do přírody v krátkém oblečení** | 1<br>0,44 % | 2<br>0,88 % | 4<br>1,76 % | 2<br>0,88 % |
| **Nepoužívání repelentu** | 1<br>0,44 % | 1<br>0,44 % | 1<br>0,44 % | 1<br>0,44 % |
| **Nemytí si rukou** | 174<br>76,65 % | 124<br>54,63 % | 109<br>48,02 % | 111<br>48,90 % |
| **Nedostatečná tepelná úprava potravin** | 0<br>0,00 % | 8<br>3,52 % | 8<br>3,52 % | 29<br>12,78 % |
| **Pobyt v rizikových oblastech** | 66<br>29,07 % | 63<br>27,75 % | 69<br>30,40 % | 72<br>31,72 % |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Ponechání přisátého klíštěte** | 3<br>1,32 % | 2<br>0,88 % | 2<br>0,88 % | 3<br>0,88 % |
| **Odstranění klíštěte holýma rukama** | 3<br>1,32 % | 3<br>1,32 % | 4<br>1,76 % | 2<br>0,88 % |

Zdroj: vlastní, 2024

Tabulka 12 zobrazuje odpovědi respondentů na otázku týkající se rizikových chování. Ukazuje odpovědi týkající se virových hepatitid. Klíšťové encefalitidě a salmonelóze se věnuje tabulka další. „Pobyt s infikovaným v jedné místnosti“ uznalo za rizikové 112 (49,34 %) respondentů pro hepatitidu A, 62 (27,31 %) pro hepatitidu B, 104 (45,81 %) pro hepatitidu C a 63 (27,75 %) pro hepatitidu E. Tato teze však jako rizikové chování pro hepatitidy neplatí. Je ale zajímavé, kolik respondentů si myslí, že rizikové je. „Užívání nitrožilních drog“ označilo jako rizikové 132 (58,15 %) respondentů pro hepatitidu A, 153 (67,40 %) pro hepatitidu B, 171 (75,33 %) pro hepatitidu C a 136 (59,91 %) pro hepatitidu E. Tato teze jako rizikové chování pro virové hepatitidy označena správně. „Pohlavní styk osob stejného pohlaví“ považuje za riziko 68 (29,96 %) respondentů pro hepatitidu A, 103 (45,37 %) pro hepatitidu B, 103 (45,37 %) pro hepatitidu C a 78 (34,36 %) pro hepatitidu E. „Pohlavní styk osob různého pohlaví“ označilo za rizikové 68 (29,96 %) respondentů pro hepatitidu A, 104 (45,81 %) pro hepatitidu B, 105 (46,26 %) pro hepatitidu C a 81 (35,68 %) pro hepatitidu E. Pohlavní styk jak osob se stejným, tak s různým pohlavím je považován za rizikové chování hepatitid. „Porod infikovanou matkou“ je jedním z dalších rizikových chování u virových hepatitid. Jako rizikové pro hepatitidu A tezi označilo 101 (44,49 %) respondentů, pro hepatitidu B 122 (53,74 %) respondentů, pro hepatitidu C 120 (52,86 %) a pro hepatitidu E 100 (44,05 %) respondentů. Další dvě teze (chození v krátkém oblečení a nepoužívání repelentu) do rizikových chování hepatitid nepatří. Tezi „Chození do přírody v krátkém oblečení“ označil za rizikové 1 (0,44 %) respondent pro hepatitidu A, 2 (0,88 %) pro hepatitidu B, 4 (1,76 %) pro hepatitidu C a 2 (0,88 %) pro hepatitidu E. „Nepoužívání repelentu“ pak označilo pro každý typ hepatitidy po 1 (0,44 %) respondentovi. Nemytí si rukou je rizikovým chováním hepatitid. Tuto tezi označilo 174 (76,65 %) respondentů pro hepatitidu A, 124 (54,63 %) pro hepatitidu B, 109 (48,02 %) pro hepatitidu C a 111 (48,90 %) pro hepatitidu E. Tezi „Nedostatečná tepelná úprava potravin“ nezvolil za rizikové pro hepatitidu A žádný

respondent, pro hepatitidu B ji zvolilo 8 (3,52 %) respondentů a stejně tak i pro hepatitidu C. Jako riziko pro hepatitidu E ji zvolilo 29 (12,98 %) respondentů. Pobyt v rizikových oblastech je pro práci považován za rizikové chování. Tuto tezi za rizikovou zvolilo 66 (29,07 %) respondentů pro hepatitidu A, 63 (27,75 %) pro hepatitidu B, 69 (30,40 %) pro hepatitidu C a 72 (32,72 %) pro hepatitidu E. Poslední dvě teze se týkají ponechání a odstraňování přisátého klíštěte. Rizikové tedy nejsou „Ponechání přisátého klíštěte“ jako rizikové pro hepatitidu A označili 3 (1,32 %) respondenti, pro hepatitidu B a C vždy 2 (0,88 %) respondenti a pro hepatitidu E 3 (1,32 %) respondenti. „Odstraňování přisátého klíštěte holýma rukama“ označili jako riziko pro hepatitidu A 3 (1,32 %) respondenti. Stejně tak i pro hepatitidu B. Jako rizikové pro hepatitidu C tezi označili 4 (1,76 %) respondenti a pro hepatitidu E 2 (0,88 %).

**Tabulka 13 Riziková chování 2** **n = 227**

| | Klíšťová encefalitida | Salmonelóza |
|---|---|---|
| **Pobyt s infikovaným v jedné místnosti** | 15 (6,61 %) | 45 (19,83 %) |
| **Užití nitrožilních drog** | 17 (7,49 %) | 18 (7,93 %) |
| **Pohlavní styk stejného pohlaví** | 0 (0,00 %) | 6 (2,64 %) |
| **Pohlavní styk různého pohlaví** | 1 (0,44 %) | 6 (2,64 %) |
| **Porod infikovanou matkou** | 16 (7,05 %) | 17 (7,49 %) |
| **Chození do přírody v krátkém oblečení** | 194 (85,46 %) | 2 (0,88 %) |
| **Nepoužívání repelentu** | 153 (67,40 %) | 1 (0,44 %) |
| **Nemytí si rukou** | 11 (4,85 %) | 117 (51,54 %) |
| **Nedostatečná tepelná úprava potravin** | 0 (0,00 %) | 181 (79,74 %) |
| **Pobyt v rizikových oblastech** | 86 (37,89 %) | 45 (19,82 %) |
| **Ponechání přisátého klíštěte** | 174 (76,65 %) | 1 (0,44 %) |
| **Odstranění klíštěte holýma rukama** | 141 (62,11 %) | 0 (0,00 %) |

Zdroj: vlastní, 2024

Tabulka 13 ukazuje, jaká chování jsou podle respondentů riziková pro klíšťovou encefalitidu a pro salmonelózu. „Pobyt s infikovaným v jedné místnosti“ označilo za rizikové 15 (6,61 %) respondentů pro klíšťovou encefalitidu a 45 (19,82 %) pro salmonelózu. Pobyt však není rizikový ani pro jedno z onemocnění. „Užívání nitrožilních drog“ označilo 17 (7,49 %) respondentů pro klíšťovou encefalitidu, pro salmonelózu 18 (7,93 %). Toto chování též není pro tyto nemoci rizikové. „Pohlavní styk osob stejného pohlaví“ neoznačil u klíšťové encefalitidy nikdo, u salmonelózy 6 (2,64 %) respondentů. „Pohlavní styk osob různého pohlaví“ už u klíšťové encefalitidy jeden (0,44 %) respondent označil. U salmonelózy zůstáváme na čísle 6 (2,64 %) respondentů. Ani jedna z tezí nebyla opět pro tyto nemoci riziková, stejně tak je to i s tezí následující. „Porod infikovanou matkou“ zvolilo 16 (7,05 %)

respondentů u klíšťové encefalitidy a 17 (7,49 %) u salmonelózy. Pobyt v přírodě v krátkém oblečení je rizikový pro klíšťovou encefalitidu, pro salmonelózu však nikoliv. To se odráží i na počtu označení respondenty, kdy pro klíšťovou encefalitidu jej označilo 194 (85,46 %), zatímco pro salmonelózu pouze 2 (0,88 %). To samé platí i pro použití repelentu, které označilo 153 (67,40 %) respondentů pro klíšťovou encefalitidu. Jako riziko salmonelózy jej označil pouze jeden (0,44 %) respondent. Pro nemytí si rukou a nedostatečnou tepelnou úpravu potravin to platí obráceně – jsou rizikové pro salmonelózu a ne pro klíšťovou encefalitidu. Opět se tato skutečnost odráží i na odpovědích respondentů. „Nemytí si rukou“ za rizikové pro klíšťovou encefalitidu označilo 11 (4,85 %) respondentů, zatímco pro salmonelózu 117 (51,54 %). „Nedostatečná tepelná úprava potravin“ nedostala pro klíšťovou encefalitidu žádnou odpověď, ale pro salmonelózu hned 181 (79,74 %). Pro obě nemoci je společným rizikovým faktorem pobyt v rizikových oblastech. Pro encefalitidu jej označilo 86 (37,89 %) respondentů, pro salmonelózu 45 (19, 82 %). Poslední dvě teze jsou spojeny s klíšťaty, proto je jasné, že jsou rizikové pro klíšťovou encefalitidu a pro salmonelózu ne. „Ponechání přisátého klíštěte“ označilo pro klíšťovou encefalitidu 174 (76,65 %) respondentů, pro salmonelózu jeden (0,44 %). „Odstraňování přisátého klíštěte“ jako rizikové pro klíšťovou encefalitidu odpovědělo 141 (62,11 %) respondentů a pro salmonelózu žádný.

**Tabulka 14 Dodržování preventivních opatření respondenty** **n = 227**

| Opatření | Odpovědi |
|---|---|
| **Hygiena rukou před jídlem** | 204 (89,87 %¨) |
| **Hygiena rukou po toaletě** | 221 (97,36 %) |
| **Očkování proti klíšťové encefalitidě** | 149 (65,64 %) |
| **Očkování proti hepatitidě A** | 118 (51,98 %) |
| **Očkování proti hepatitidě B** | 121 (53,30 %) |
| **Abstinence nitrožilních drog** | 214 (94,27 %) |
| **Prohlédnutí po návratu z přírody** | 202 (88,99 %) |
| **Dezinfekce kůže po odstranění klíštěte** | 195 (85,90 %) |
| **Dostatečná tepelná úprava potravin** | 209 (92,07 %) |
| **Pití nezávadné vody** | 210 (92,51 %) |

Zdroj: vlastní, 2024

Poslední tabulka této sekce (tabulka 14) se týká dodržování prevence samotnými respondenty. Ti měli možnost volit vícero odpovědí, ale i přidat odpovědi vlastní. Této možnosti však nikdo nevyužil. „Hygienu rukou před jídlem“ podle odpovědí dodržuje 204 (89,87 %) respondentů. „Hygienu rukou po toaletě“ o něco více – 221 (97,36 %) respondentů. Zároveň se toto preventivní opatření podle tabulky stalo nejvíce dodržovaným. Očkovanými proti klíšťové encefalitidě je 149 (65,64 %) respondentů, proti hepatitidě A 118 (51,98 %) a proti hepatitidě B 121 (53,30 %). Nitrožilní drogy neužívá 214 (94,27 %) respondentů. Po návratu z přírody se prohlíží 202 (88,99 %) respondentů. Kůži si po odstranění klíštěte dezinfikuje 195 (85,90 %) odpovídajících. Dostatečnou tepelnou úpravu potravin provádí 209 (92,07 %) respondentů. Pití nezávadné vody jako prevenci dodržuje 210 (92,51 %) respondentů.

## 4.2 Statistické zpracování výzkumu

Tato kapitola se věnuje statistickému vyhodnocení hypotéz.

Statistické zhodnocení hypotéz bylo provedeno v programu MS Excel a Minitab. Pro všechny hypotézy byla zvolena hladina významnosti $\alpha = 0,05$ (5%). Pro testování byl zvolen chí-kvadrát test v kontingenční tabulce. Pokud byla hodnota p menší než 0,05, byla H0 zamítnuta, pokud byla větší, byla hypotéza H(0) potvrzena. Celkem se hodnotilo 5 hypotéz.

**H1: Existuje statisticky významný vztah mezi názorem na očkování a pohlavím.**

H(0): Názor na očkování nezávisí na pohlaví.

H(A): Názor na očkování závisí na pohlaví.

Tato hypotéza byla vyhodnocována na základě odpovědí na otázky č. 2 – pohlaví respondentů, č. 7 – názor na očkování v kontextu prevence, kdy respondenti volili mezi odpověďmi 1-5, kdy „1“ znamenala zcela kladný názor a „5“ zcela negativní názor a č. 9 – o povinnosti očkování, kdy hlasovali opět 1-5, kdy „1“ znamenalo naprosto ano a „5“ naprosto ne. Cílem bylo zjistit, zda existuje statisticky významný vztah mezi názorem na očkování a pohlavím. Pro potvrzení nebo vyvrácení hypotézy byla stanovena hypotéza nulová H(0): Názor na očkování nezávisí na pohlaví. Pro testování byl využit chí-kvadrát test a zvolená hladina významnosti $\alpha = 0,05$.

**Tabulka 15 Skutečné četnosti H1**

| | Muž | Žena | Celkem |
|---|---|---|---|
| **1** | 46 | 60 | 106 |
| **2** | 25 | 90 | 115 |
| **3** | 37 | 108 | 145 |
| **4** | 14 | 34 | 48 |
| **5** | 14 | 26 | 40 |
| **Celkem** | 136 | 318 | 454 |

Zdroj: vlastní, 2024

**Tabulka 16 Očekávané četnosti H1**

| | Muž | Žena | Celkem |
|---|---|---|---|
| **1** | 31,75 | 74,25 | 106 |
| **2** | 34,45 | 80,55 | 115 |
| **3** | 43,44 | 101,56 | 145 |
| **4** | 14,38 | 33,62 | 48 |
| **5** | 11,98 | 28,02 | 40 |
| **Celkem** | 136 | 318 | 454 |

Zdroj: vlastní, 2024

Hypotéza byla počítána se stanovenou hladinou významnosti $\alpha = 0,05$. Chí-kvadrát vychází hodnotou 14,687. Výsledná hodnota p, která vznikla pomocí chí-kvadrát testu, měla hodnotu 0,005, byla tedy menší než námi zvolená α, proto přijímáme H(A) a zamítáme H(0). Z toho nám vychází, že **názor na očkování závisí na pohlaví**. Z našich výsledků vyplývá, že obě pohlaví mají víc pozitivní názor než negativní. Muži

se ke kladnému názoru přiklání více než ženy, které tíhnou spíše k neutrálnímu postoji. Hypotéza H1 je potvrzena.

**H2: Existuje statisticky významný vztah mezi postojem k prevenci vybraných infekčních onemocnění a vzdělání.**

H(0): Postoj k prevenci vybraných infekčních onemocnění nezávisí na vzdělání.

H(A): Postoj k prevenci vybraných infekčních onemocnění závisí na vzdělání.

Tato hypotéza hodnocena na základě odpovědí na otázky č. 3 – nejvyšší dosažené vzdělání respondentů, č. 25 – odvrácení klíšťové encefalitidy prevencí, č. 40 – odvrácení virových hepatitid prevencí a č. 43 – odvrácení salmonelózy prevencí. U těchto 3 otázek byly odpovědi 1-5, kdy „1“ znamenalo vůbec a „5“ zcela odvrátit. Z důvodu malého počtu odpovědí pro chí-kvadrát test jsme spojili odpověď „1“ a „2“ dohromady a zároveň i odpovědi „4“ a „5“. Vznikly tedy kategorie „1+2“, „3“ a „4+5“. Zároveň jsme spojili odpovědi pro všechny nemoci dohromady. Cílem bylo zjistit, zda existuje statisticky významný vztah mezi postojem k prevenci vybraných infekčních onemocnění a vzděláním. Pro potvrzení nebo vyvrácení hypotézy byla stanovena hypotéza nulová H(0): Postoj k prevenci vybraných infekčních onemocnění nezávisí na vzdělání. Pro testování byl využit chí-kvadrát test a zvolená hladina významnosti $\alpha = 0,05$.

**Tabulka 17 Skutečné četnosti H2**

| | **Základní** | **Středoškolské bez maturity** | **Středoškolské s maturitou** | **Vyšší odborné** | **Vysokoškolské** | **Celkem** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **„1+2“** | 10 | 9 | 42 | 4 | 14 | 79 |
| **„3“** | 27 | 52 | 84 | 5 | 45 | 213 |
| **„4+5“** | 35 | 41 | 195 | 6 | 109 | 386 |
| **Celkem** | 72 | 102 | 321 | 15 | 168 | 678 |

Zdroj: vlastní, 2024

**Tabulka 18 Očekávané četnosti H2**

| | Základní | Středoškolské bez maturity | Středoškolské s maturitou | Vyšší odborné | Vysokoškolské | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **„1+2“** | 8,39 | 11,88 | 37,40 | 1,75 | 19,58 | 79 |
| **„3“** | 22,62 | 32,04 | 100,85 | 4,71 | 52,78 | 213 |
| **„4+5“** | 40,99 | 58,07 | 182,75 | 8,54 | 95,65 | 386 |
| **Celkem** | 72 | 102 | 321 | 15 | 168 | 678 |

Zdroj: vlastní, 2024

Hypotéza byla počítána se stanovenou hladinou významnosti $\alpha = 0,05$. Výsledná hodnota p, která vznikla pomocí chí-kvadrát testu s hodnotou 32,653, měla hodnotu < 0,001, byla tedy menší než námi zvolená α, proto přijímáme H(A) a zamítáme H(0). Z toho nám vychází, že **postoj k prevenci vybraných infekčních onemocnění závisí na vzdělání.** Z výsledků je patrné, že nejnegativnější postoj k prevenci mají respondenti s vysokoškolským vzděláním, hned druzí za nimi jsou respondenti se středoškolským vzděláním s maturitou. Dalo by se říci, že čím má respondent vyšší vzdělání, tím dochází k negativnějšímu postoji. Toto pravidlo však narušují respondenti s vyšším odborným vzděláním, u kterých tento názor nezastává tak velké procento respondentů. Zároveň je nutné podotknout, že pro výzkum se nám přihlásilo pouze 15 respondentů tohoto vzdělání, proto nelze výsledky interpretovat na celou skupinu. Hypotéza H2 je potvrzena.

**H3: Existuje statisticky významný vztah mezi dodržováním prevence virových hepatitid a věkem.**

H(0): Dodržování prevence virových hepatitid nezávisí na věku.

H(A): Dodržování prevence virových hepatitid závisí na věku.

Tato hypotéza byla vyhodnocována na základě odpovědí na otázky č. 1 – věk respondentů a č. 45 – dodržování prevence respondenty, kdy zaškrtávali opatření, která

sami dodržují. Z důvodu potřeby většího počtu odpovědí jsme spojili kategorie „56-65 let“, „66-75 let“ a „76 a více let“ do jedné, a to do „56+ let“. Cílem bylo zjistit, zda existuje statisticky významný vztah mezi dodržováním prevence virových hepatitid a věkem. Za každou správnou odpověď k danému onemocnění byl udělen jeden bod. Celkem bylo možné nasbírat za virové hepatitidy 7 bodů, jako hranici dodržování prevence jsme si nastavili hranici 4 bodů ze 7. Pro potvrzení nebo vyvrácení hypotézy byla stanovena hypotéza nulová H(0): Dodržování prevence virových hepatitid nezávisí na věku. Pro testování byl využit chí-kvadrát test a zvolená hladina významnosti $\alpha = 0,05$.

**Tabulka 19 Skutečné četnosti H3**

| | **18-25 let** | **26-35 let** | **36-45 let** | **46-55 let** | **56+ let** | **Celkem** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Dodržuje** | 102 | 20 | 20 | 46 | 24 | 212 |
| **Nedodržuje** | 6 | 2 | 2 | 5 | 0 | 15 |
| **Celkem** | 108 | 22 | 22 | 51 | 24 | 227 |

Zdroj: vlastní, 2024

**Tabulka 20 Očekávané četnosti H3**

| | **18-25 let** | **26-35 let** | **36-45 let** | **46-55 let** | **56+ let** | **Celkem** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Dodržuje** | 100,86 | 20,55 | 20,55 | 47,63 | 22,41 | 212 |
| **Nedodržuje** | 7,14 | 1,45 | 1,45 | 3,37 | 1,59 | 15 |
| **Celkem** | 108 | 22 | 22 | 51 | 24 | 227 |

Zdroj: vlastní, 2024

Hypotéza byla počítána se stanovenou hladinou významnosti $\alpha = 0,05$. Výsledná hodnota p, která vznikla pomocí chí-kvadrát testu (= 3,176), měla hodnotu 0,529, byla tedy vyšší než námi zvolená α, proto zamítáme H(1) a přijímáme H(0). Výsledkem tedy je, že **dodržování prevence virových hepatitid nezávisí na věku**. Hypotéza H3 nebyla potvrzena.

**H4: Existuje statisticky významný vztah mezi dodržováním prevence klíšťové encefalitidy a věkem.**

H(0): Dodržování prevence klíšťové encefalitidy nezávisí na věku.

H(A): Dodržování prevence klíšťové encefalitidy závisí na věku.

Tato hypotéza byla vyhodnocována na základě odpovědí na otázky č. 1 – věk respondentů a č. 45 – dodržování prevence respondenty. Z důvodu potřeby většího počtu odpovědí jsme opět spojili do jedné kategorie „56-65 let“, „66-75 let“ a „76 a více let“. Respondenti měli možnost zvolit preventivní opatření, která sami dodržují. Celkem se jich klíšťové encefalitidy týkala 3. Za každou tezi byl jeden bod, hranicí pro dodržování prevence byly 2 body ze 3. Cílem bylo zjistit, zda existuje statisticky významný vztah mezi dodržováním preventivních opatření a věkem. Pro potvrzení nebo vyvrácení hypotézy byla stanovena hypotéza nulová H(0): Dodržování prevence klíšťové encefalitidy nezávisí na věku. Pro testování byl využit chí-kvadrát test a zvolená hladina významnosti $\alpha = 0,05$.

**Tabulka 21 Skutečné četnosti H4**

| | 18-25 let | 26-35 let | 36-45 let | 46-55 let | 56+ let | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Dodržuje** | 99 | 19 | 20 | 43 | 22 | 203 |
| **Nedodržuje** | 9 | 3 | 2 | 8 | 2 | 24 |
| **Celkem** | 108 | 22 | 22 | 51 | 24 | 227 |

Zdroj: vlastní, 2024

**Tabulka 22 Očekávané četnosti H4**

| | 18-25 let | 26-35 let | 36-45 let | 46-55 let | 56+ let | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Dodržuje** | 96,58 | 19,67 | 19,67 | 45,61 | 21,46 | 203 |
| **Nedodržuje** | 11,42 | 2,33 | 2,33 | 5,39 | 2,54 | 24 |
| **Celkem** | 108 | 22 | 22 | 51 | 24 | 227 |

Zdroj: vlastní, 2024

Výsledná hodnota p, která vznikla pomocí chí-kvadrát testu (= 2,380), měla hodnotu 0,666, byla tedy vyšší než námi zvolená α, proto zamítáme H(A) a přijímáme H(0). **Dodržování prevence klíšťové encefalitidy tedy nezávisí na věku**. Hypotéza H4 nebyla potvrzena.

**H5: Existuje statisticky významný vztah mezi dodržováním prevence salmonelózy a věkem.**

H(0): Dodržování prevence salmonelózy nezávisí na věku.

H(A): Dodržování prevence salmonelózy závisí na věku.

Tato hypotéza byla vyhodnocována na základě odpovědí na otázky č. 1 – věk respondentů a č. 45 – dodržování prevence respondenty. Kvůli zvýšení počtu odpovědí, jsme spojili kategorie „56-65 let“, „66-75 let“ a „76 a více let“ do jedné. Respondenti měli na výběr preventivní opatření, kdy měli zvolit, která z nich dodržují. Salmonelózy se týkala 4 opatření, pro dodržování prevence jsme zvolili kritérium, že musí dodržovat všechny 4 body. Cílem bylo zjistit, zda existuje statisticky významný vztah mezi dodržováním prevence a věkem. Pro potvrzení nebo vyvrácení hypotézy byla stanovena hypotéza nulová H(0): Dodržování prevence salmonelózy nezávisí na věku. Pro testování byl využit chí-kvadrát test a zvolená hladina významnosti α = 0,05.

**Tabulka 23 Skutečné četnosti H5**

| | **18-25 let** | **26-35 let** | **36-45 let** | **46-55 let** | **56+ let** | **Celkem** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Dodržuje** | 85 | 15 | 17 | 43 | 21 | 181 |
| **Nedodržuje** | 23 | 7 | 5 | 8 | 3 | 46 |
| **Celkem** | 108 | 22 | 22 | 51 | 24 | 227 |

Zdroj: vlastní, 2024

**Tabulka 24 Očekávané četnosti H5**

| | 18-25 let | 26-35 let | 36-45 let | 46-55 let | 56+ let | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Dodržuje** | 86,11 | 17,54 | 17,54 | 40,67 | 19,14 | 181 |
| **Nedodržuje** | 21,89 | 4,46 | 4,46 | 10,33 | 4,86 | 46 |
| **Celkem** | 108 | 22 | 22 | 51 | 24 | 227 |

Zdroj: vlastní, 2024

Hypotéza byla počítána se stanovenou hladinou významnosti α = 0,05. Výsledná hodnota p, která vznikla pomocí chí-kvadrát testu (= 3,528), měla hodnotu 0,474, byla tedy vyšší než námi zvolená α, proto zamítáme H(A) a přijímáme H(0). Z toho nám vychází, že **dodržování prevence salmonelózy nezávisí na věku**. Hypotéza H5 nebyla potvrzena.

# 5 Diskuse

Tato kapitola se hlouběji zabývá prozkoumáváním získaných dat v kontextu s daty z odborné literatury. Cílem tohoto výzkumu bylo zmapovat prevenci vybraných infekčních onemocnění – tedy klíšťové encefalitidy, virových hepatitid (A, B, C, E) a salmonelózy – u laické veřejnosti. Pro dosažení cíle bylo zvoleno kvantitativního výzkumu a bylo vytvořeno 5 hypotéz, které měly pojmout názor na očkování, postoj k prevenci a dodržování preventivních opatření. Pro získání dat pro statistické zhodnocení, které probíhalo v programech MS Excel a Minitab, jsme využili nestandardizovaného dotazníku vytvořeného v programu Google Forms a který byl online formou distribuován laické veřejnosti. Celkem dotazník vyplnilo 329 respondentů, ale pouze 227 z nich bylo nezdravotníky z Jihočeského kraje, což byly naše nastavené podmínky. Největší podíl respondentů tvořily ženy.

První hypotéza zněla takto: „*Existuje statisticky významný vztah mezi názorem na očkování a pohlavím*." Pro získání odpovědí bylo využito otázky č. 2 „*Jaké je Vaše pohlaví?*", otázky č. 7 „*Jaký máte názor na očkování v kontextu prevence infekčních onemocnění?*" a otázky č. 9 „*Myslíte si, že by měla být všechna očkování povinná?*". Výsledky otázky č. 2 jsou zobrazeny v grafu 2. Výsledkem bylo pohlaví respondentů, kdy odpovídalo 68 (29,96 %) mužů a 159 (70,04 %) žen. Na otázku č. 7 byly odpovědi 1-5, kdy „1" znamenala zcela kladný názor a „5" zcela negativní. Nejvíce respondentů – 92 (40,53 %) – zaškrtlo „1", „2" pak 68 (29,96 %), „3" 58 (25,55 %), „4" 6 (2,64 %) a „5" 3 (1,32 %) respondenti. Je tak vidět, že převažuje kladný názor, jak je znázorněno v grafu 7. Na otázku č. 9 respondenti opět odpovídali volbou čísel 1-5, kdy „1" znamenala naprosto ano a „5" naprosto ne. Výsledkem bylo, že „1" zvolilo 14 (6,17 %) respondentů, 47 (20,70 %) jich zvolilo odpověď „2", 87 (38,33 %) odpověď „3", 42 (18,50 %) odpověď „4" a 37 (16,30 %) odpověď „5". Pro hodnocení hypotézy se daly dohromady odpovědi otázek č. 7 a 9 a jsou zobrazeny v tabulce 15 společně v závislosti na pohlaví. Pomocí chí-kvadrát testu byla získána výslední p – hodnota 0,005, která byla menší než námi zvolená hladina významnosti $\alpha = 0{,}05$. Proto byla H(A) potvrzena a H(0) zamítnuta. Tím pádem názor na očkování závisí na pohlaví. Názor na očkování je pro mnoho lidí utvářen kombinací různých faktorů, jako je důvěra ve zdravotnický personál nebo dostupnost informací. Postoj k této preventivní činnosti může ovlivňovat také nedostatečný přísun informací nebo šíření dezinformací (Yaqub et al., 2014). Poradní skupina pro vakcíny Světové zdravotnické organizace (WHO)

vyzkoumala, že důležitými důvody, proč se lidé rozhodnou nepodstoupit očkování, jsou nespokojenost, nedostatek důvěry a nepříjemnosti v přístupu k vakcinaci (WHO, 2019). Překvapilo nás, že v našem výzkumu vyšel názor mužů na očkování kladnější, než názor žen, které se chýlily spíše k neutrálnímu postoji. Tyto výsledky jdou proti výzkumu Bělohrádka et al., (2018), který interpretuje názory očkování proti chřipce, kdy muži ve větší míře považovali očkování za zbytečné a spojené s komerčními zájmy farmaceutických firem. Vakcinaci pro cesty do zahraničí, do kterých patří očkování proti choleře, břišnímu tyfu či například proti námi zkoumaným hepatitidám A i B (Lžičař, 2014), využívá podle výzkumu Bělohrádka et al., (2018) pouze třetina obyvatel České republiky a výsledky kopírují výše zmíněné výsledky očkování proti chřipce. Z práce Lina a Wanga (2020) sice vychází výsledky týkající se názoru na školní očkování, ale pokud bychom se jej i tak rozhodli porovnat s našimi výsledky, vychází nám protichůdné názory. Z jejich studie vychází, že ženy tuto vakcinaci podporují více než muži, a mají tedy k tomuto způsobu vakcinace kladnější postoj. Zajímavý výsledek vyšel i ze studie Cvjetkovic et al., (2017), která zkoumala postoj srbských studentů k očkování. Mezi muži a ženami nebyl žádný významný rozdíl v postoji, celkově měli tamní respondenti názor pozitivní.

Další hypotéza (H2) měla znění takovéto: „*Existuje statisticky významný vztah mezi postojem k prevenci vybraných infekčních onemocnění a vzděláním*.“ Pro vyhodnocení této hypotézy bylo použito otázek č. 3, č. 25, č. 40 a č. 43. Otázka č. 3 „*Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?*“ je zobrazena grafem 3. Výsledkem bylo, že respondentů s neúplným vzděláním bylo 0 (0,00 %), se základním 24 (10,57 %), se středoškolským bez maturity 34 (14,98 %), středoškolským s maturitou 107 (47,14 %). Vyšší odborné studium mělo dokončeno 5 (2,20 %) respondentů a vysokoškolské 56 (24,67 %). Pro výsledné zpracování chí-kvadrát testu se tedy vynechala kategorie respondentů se vzděláním neúplným. Odpovědi k otázce č. 25 „*Do jaké míry si myslíte, že prevence dokáže odvrátit klíšťovou encefalitidu?*“ jsou vyobrazeny v grafu 21. Respondenti volili mezi možnostmi 1-5, kdy „1“ znamenala vůbec a „5“ zcela ovlivnit. Nejvíce respondentů zvolilo odpověď „4“, konkrétně 116 (51,10 %). Naopak nejméně respondentů dalo odpověď „1“, celkem 3 (1,32 %). Odpověď „2“ zaškrtlo 19 (8,37 %), „3“ 62 (27,31 %) a „5“ 27 (11,89 %) odpovídajících. Otázka č. 40 „*Do jaké míry si myslíte, že prevence dokáže odvrátit virové hepatitidy (A, B, C, E)?*“ je vyobrazena grafem 30. Respondenti opět volili

odpovědi 1-5, které měly stejný význam jako u otázky č. 25. „1“ zvolili 3 (1,32 %) respondenti, „2“ 18 (8,37 %), „3“ 85 (37,44 %), „4“ 99 (43,61 %) a „5“ 21 (9,25 %). Je opět jasně viditelné, že nad ostatními odpověďmi vede „4“, stejně jako u otázky č. 25. Otázka č. 43 „*Do jaké míry si myslíte, že prevence dokáže odvrátit salmonelózu*“ měla výsledky u odpovědí takovéto: „1“ zvolilo nejméně respondentů, tedy 6 (2,64 %), „2“ udalo 29 (12,78 %), „3“ zvolilo 69 (12,78 %), „4“ zaškrtlo 89 (39,21 %) a „5“ 34 (14,98 %). Celkem tedy vychází, že u všech tří otázek (25, 40 a 43) nejvíce respondentů volilo odpověď „4“, tudíž se spíše přiklání k tomu, že prevence onemocnění dokáže odvrátit. Jelikož bylo v některých kategoriích po sečtení málo odpovědí, musely se kategorie „1“ a „2“ spojit do kategorie „1+2“ a „4“ s „5“ do kategorie „4+5“. Skutečné četnosti jsou pak vyobrazeny v tabulce 17, v tabulce 18 pak četnosti očekávané. Chí-kvadrát test vyšel s hodnotou 32,653 a hodnotou $p < 0,001$, která je nižší, než námi nastavená $\alpha = 0,05$. Tím pádem potvrzujeme H(A) a zamítáme H(0). Výsledkem tedy je, že postoj k prevenci vybraných infekčních onemocnění závisí na vzdělání. Z výzkumu Orlíkové et al. (2021) z roku 2020 vyplývá, že je Česká republika nedostatečně informována o klíšťové encefalitidě, to může být jedním z důvodů, proč jsou proočkovanost a celkově postoj k prevenci proti tomuto onemocnění nízké. V roce 2020 byla Česká republika mezi prvními v Evropské unii v počtu nakažených touto nemocí. Dle ní by situaci mělo zlepšit hrazené očkování pro určité věkové kategorie, které je platné od roku 2022. I dle Kunze et al. (2022) by mohla úhrada vakcín vést ke zlepšení postoje k vakcinaci jako prevenci klíšťové encefalitidy. Rey et al. (2018) spojili váhavost vakcinace se závislostí na čas, místo a vakcíny. Ovlivňují ji i faktory jako samolibost, pohodlí a důvěra. Jak vyšlo z našich předchozích grafů, u mnohých respondentů závisí na doporučení od rodiny a přátel, velkým faktorem se tak stávají rodiče, kteří formují postoj k prevenci svých potomků. Rodiče se tak zamýšlí, zda je očkování pro jejich potomky přínosem či negativem. Z výzkumu Hasmanové Marhánkové a Skálové (2016) jsou ve vztahu k očkování kritičtí spíše respondenti vysokoškolsky vzdělaní. Druhou skupinou kriticky postavených respondentů, jsou rodiče se středoškolským vzděláním s maturitou. Tyto výsledky tedy kopírují výsledky z našeho výzkumu. Vrdelja et al. (2020) ve své publikaci také diskutují o spojitosti vzdělání respondentů s jejich rozhodnutím ohledně vakcinace. Tento trend zdůrazňuje i studie Hasmanová Marhánková a Skálové (2016), která poukazuje na kritický postoj s vysokoškolským vzděláním. Tento názor vysokoškolsky vzdělaných respondentů potvrzuje i studie Braczkowské et al. (2018)

z roku 2018, která, stejně jako studie předchozí, kopíruje naše výsledky. Zaujala nás i bakalářská práce Zvoníčka (2019), která porovnává názor na očkování společně s pohlavím a vzděláním. Z této práce vychází, že čím mají muži vyšší vzdělání, tím jsou více důvěřiví, což je v rozporu s námi zjištěnými výsledky. U žen se toto pravidlo nepotvrdilo, jelikož rozdíl nebyl dostatečně statistiky významný.

Pro hypotézu H3 – *„Existuje statisticky významný vztah mezi dodržováním prevence virových hepatitid a věkem.“* – byly získávány odpovědi pomocí otázky č. 1 *„Kolik Vám je let?*“ a č. 45 *„Zaškrtněte, která preventivní opatření vybraných onemocnění (klíšťová encefalitida, hepatitida A, B, C, E, salmonelóza) provádíte*:“ Pro otázku č. 1 bylo na výběr ze sedmi kategorií. Kategorii „18-25 let“ zvolilo 108 (47,58 %) respondentů, kategorii „26-35 let“ 22 (9,69 %), kategorii „36-45 let“ také 22 (9,69 %), kategorii „46-55 let“ 51 (22,47 %), kategorii „56-65 let“ 21 (9,25 %), kategorii „66-75 let“ 1 (0,44 %) respondent a kategorii „76 a více let“ 2 (0,88 %) respondenti. Pro nízký počet respondentů v posledních 3 skupinách, byly tyto kategorie spojeny z důvodu testování chí-kvadrát testem do jedné „56+ let“. Z otázky č. 45 bylo pro dodržování prevence virových hepatitid 7 odpovědí. Jako kritérium pro dodržování prevence jsme si nastavili 4 body ze 7. Hygienu rukou před jídlem dodržuje 204 (89,87 %) respondentů. Hygienu rukou po toaletě 221 (97,36 %). Proti hepatitidě A je očkováno 118 (51,98 %) respondentů a proti hepatitidě B 121 (53,30 %). Abstinenci nitrožilních drog provádí 214 (94,27 %) odpovídajících. Dostatečnou tepelnou úpravu potravin 209 (92,07 %) a pití nezávadné vody 210 (92,51 %) respondentů. Tyto odpovědi jsou zaznamenány v tabulce 14. Výsledky v závislosti na dokončeném stupni vzdělání jsou vidět v tabulce 19, kde je i vidět, že prevenci podle našich nastavených pravidel dodržuje 212 (93,39 %) respondentů. Chí-kvadrát test vyšel hodnotou 3,176 a hodnota p 0,529. Byla tedy vyšší než naše nastavená hladina významnosti α. Proto zamítáme H(A) a potvrzujeme H(0). Z toho nám vychází, že dodržování prevence virových hepatitid nezávisí na věku. Je zajímavé, že pokud bychom kritérium zpřísnili, vyšla by nám hodnota p menší než α, a tím pádem bychom H(0) zamítli a H(A) potvrdili. V tomto případě by na věku dodržování prevence záviselo. ISIN (2024b) uvádí vztah mezi incidencí virových hepatitid a věkovými skupinami za rok 2023. U hepatitidy A byla nejvíce zasažena skupina 5-9 let, u chronické i akutní hepatitidy B převyšovala ostatní kategorie 35-39 let. Kategorie 30-34 let figurovala na prvním místě u hepatitidy C. Hepatitidou E byla onen rok postižena skupina obyvatel 65-69 let. Prevence by se tedy

měla dotýkat každé věkové kategorie. Maďar (2016) ve své práci zmiňuje fakt, že značná část rodičů má chybné přesvědčení ohledně ochrany svých dětí proti hepatitidě A. Praktickým lékařům by tak měla přibýt povinnost se ujistit, zda si jsou pacienti a jejich zákonní zástupci jisti rozdíly mezi hepatitidou A a B a zda ví, že očkováním proti typu B nejsou automaticky chráněni proti typu A. Fabiánová (2022) uvádí, že je očkování proti hepatitidě A doporučováno osobám se zvýšeným rizikem nákazy. Díky tomu se rozšiřuje mezi studenty zdravotnických oborů, je žádáno u rizikových profesí a je rozšířeno i mezi cestovatele cestující do endemických oblastí. Macounová s Maďarem (2021) zmiňují, že rozšíření vakcíny proti hepatitidě B značně snížilo její růst. Velkým podílem na tom má i zahájení povinného očkování v roce 2001 a zároveň zavedení očkování proti této nemoci u rizikových profesí. Díky tomu se očkování dostalo i k osobám nyní staršího věku a můžeme tedy říci, že tento faktor může být jedním z těch, proč v našem výzkumu vyšel tento výsledek.

Hypotéza H4 „*Existuje statisticky významný vztah mezi dodržováním prevence klíšťové encefalitidy a věkem*.“ byla také šetřena pomocí otázek č. 1 a č. 45. To, jak vyšly výsledky otázky č. 1, je zaznamenáno v odstavci výše. Také zde bylo potřeba propojit poslední tři kategorie do jedné. Co se týče odpovědí na otázku č. 45, klíšťové encefalitidy se týkaly pouze 3 teze. Z tohoto důvodu bylo rozhodnuto, že za dodržování prevence se budou považovat alespoň 2 body ze 3. První teze, která se tohoto onemocnění týkala, se zaměřovala na to, zda jsou respondenti proti klíšťové encefalitidě očkovaní. Celkem 149 (65,64 %) respondentů uvedlo, že očkovaní jsou. Za další preventivní opatření bylo zvoleno prohlédnutí se po návratu z přírody, kdy toto opatření dodržuje 202 (88,99 %) respondentů. Posledním zvoleným opatřením byla dezinfekce kůže po odstranění klíštěte. Toto preventivní opatření dodržuje 195 (85,90 %) respondentů. Tabulka 21 ukazuje, že podle našich nastavených podmínek prevenci dodržuje 203 (89,43 %) respondentů. Chí-kvadrát test nám vyšel s hodnotou 2,380, výsledná hladina p – 0,666. Hladina p byla tedy vyšší, než námi nastavený hladina významnosti $\alpha = 0,05$, proto zamítáme H(A) a potvrzujeme H(0). Vychází nám tedy, že dodržování prevence klíšťové encefalitidy na věku nezávisí. V případě, že bychom zvolili přísnější kritérium pro dodržování preventivních opatření, získali bychom hodnotu p, která by byla menší než $\alpha$. To by znamenalo, že by prevence klíšťové encefalitidy závisela na věku. Česká republika se již několik let nachází na vrcholku žebříčku zemí Evropské unie s nejvyšším výskytem klíšťové encefalitidy (Maďar, 2016;

Polcarová et al., 2017). Studie Polcarové et al. (2017) prezentuje, že i přes tento fakt je z české populace proočkováno pouze asi 30 %. Zajímavostí ve vakcinaci je to, že je standardní očkovací schéma identické pro všechny věkové skupiny, kdy zahrnuje podání 3 dávek vakcíny (Fabiánová, 2022). Očkovat se tak mohou nechat osoby v jakémkoliv věku a nijak je toto schéma neomezí. Faktorem pro dosažení dodržování prevence nezávisle na věku může být i již zmíněná úhrada vakcinace. Rodiče mají důvěru ve svého dětského lékaře, jehož doporučení je klíčovým faktorem při rozhodování, jak nejlépe ochránit své dítě před infekčními onemocněními (Dražan, 2013). Tím pádem formuje i očkovanost celé této generace pro následující roky. Podle dat ISIN (2024b) byla v roce 2023 nejvíce postižena skupina obyvatel 50-54 let. Starat o prevenci by se mělo u osob všeho věku a ne jen u dětí. Studie Baroutsou et al. (2020) přišla se zajímavými výsledky, kdy pokud jde o očkování jednou dávkou, je dodržování preventivních opatření vyšší u skupiny 18-39 let (49 %), než u skupin 40-59 let (37 %) a 60-79 let (37 %). Proočkovanost třemi dávkami je ale u všech skupin obdobná, a to v rozmezí 31-35 %. Tyto výsledky jsou v opozici s našimi výsledky, kdy, jak bylo zmíněno výše, pokud jde o mírnější kritéria, tak nám na věku nezávisí, ale pokud by se opatření zpřísnila, záviselo by na něm. Zarážející je studie Askling et al. (2015), která přišla s tezí, že je větší pravděpodobnost naočkování se u jedinců ≥ 60 let ve srovnání s ostatními věkovými skupinami.

Pro poslední hypotézu H5 „*Existuje statisticky významný vztah mezi dodržováním prevence salmonelózy a věkem*.“ bylo opět využito otázek č. 1 a č. 45. Výsledky k otázce č. 1 jsou zaznamenány v odstavci výše věnujícímu se hypotéze H3. Opět zde bylo potřeba sloužit kategorie „56-65 let“, „66-75 let“ a „76 a více let“ do jedné, tedy do kategorie „56+ let“, a to z důvodu malého počtu odpovědí pro vyhodnocení chí-kvadrát testem. Odpovědi na otázku č. 45 týkající se prevence salmonelózy byly 4. Jako hranici jsme si nastavili 4 body ze 4 z důvodu nedostatku odpovědí. Hygienu rukou před jídlem podle zaznamenaných odpovědí dodržuje 204 (89,97 %) respondentů, hygienu po toaletě 221 (97,36 %). Dostatečnou tepelnou úpravu potravin dodržuje 209 (92,07 %) respondentů. Že pije nezávadnou pitnou vodu, označilo 210 (92,51 %) respondentů. Tyto výsledky jsou zaznačeny v tabulce 14. Podle požadavku 4 bodů ze 4 prevenci dodržuje 181 (79,73 %) odpovídajících. Chí-kvadrát test má hodnotu 3,528 a hodnota p 0,474. Je tedy vyšší, než námi nastavená hladina významnosti $\alpha$, proto je H(A) zamítnuta a H(0) potvrzena. Z tohoto výsledku vyplývá, že dodržování

preventivních opatření salmonelózy nezávisí na věku. Přehled Špačkové s Danielem (2019) prezentuje incidenci v kontextu pohlaví, přičemž z výsledků vychází, že jsou častěji postiženy ženy. Podle dat ISIN (2024b) zkoumajících vztah mezi věkem a incidencí, byla nejpostiženější skupinou kategorie 1-4 roky, to však neznamená, že by se na prevenci mělo dbát pouze u dětí. Prevence tohoto onemocnění by měla být primárně cílena na ohrožené skupiny populace, jako jsou děti do 5 let a osoby starší 55 let. Důvodem pro zaměření na tyto skupiny je vysoká četnost onemocnění u dětí a rizikový průběh u osob starších jedinců (Špačková, Daniel, 2019).

# 6 Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat znalosti laické veřejnosti o prevenci vybraných infekčních onemocnění. Jako vybraná onemocnění byla volená tato onemocnění: klíšťová encefalitida, virové hepatitidy (A, B, C, E) a salmonelóza. Teoretická část je věnována problematice infekčních onemocnění, prevenci, roli sestry v této problematice a jednotlivým jmenovaným onemocněním.

Empirická část se věnuje popisné statistice a statistické analýze dat pro vyhodnocení hypotéz, které byly pro účel splnění cíle vytvořeny a díky nimž byl cíl splněn. Pro získání dat bylo využito kvantitativní metody formou nestandardizovaného dotazníku, který byl online formou rozeslán nezdravotníkům Jihočeského kraje.

První hypotéza „Existuje statisticky významný vztah mezi názorem na očkování a pohlavím.“ byla u našeho vzorku respondentů potvrzena. Hypotéza druhá „Existuje statisticky významný vztah mezi postoje k prevenci vybraných infekčních onemocnění a vzděláním.“ byla také po vyhodnocení testem chí-kvadrát a po porovnání s hodnotou $\alpha$ označena za pravdivou a byla potvrzena. Třetí hypotéza „Existuje statisticky významný vztah mezi dodržováním prevence virových hepatitid a věkem“ po statistickém zhodnocení nebyla potvrzena. Hypotéza čtvrtá „Existuje statisticky významný vztah mezi dodržováním prevence klíšťové encefalitidy a věkem.“ nebyla díky nízké hodnotě p také potvrzena. Poslední, pátá, hypotéza „Existuje statisticky významný vztah mezi dodržováním prevence salmonelózy a věkem.“ nebyla na základně statistického zhodnocení potvrzena.

V rámci výzkumné části bylo zjištěno, že si respondenti nejsou zcela jisti preventivními opatřeními jednotlivých onemocnění a některá onemocnění si pletou dohromady. Z tohoto důvodu byl vytvořen informační leták (viz příloha 2), který by mohl sloužit jako edukační materiál v ordinacích praktického lékaře, a byl by přínosný ke zvyšování informovanosti ohledně těchto onemocnění. Také by mohl zvýšit zájem o preventivní opatření, jak o režimová, tak o ta, která jim může zajistit právě praktický lékař. Tato bakalářská práce může sloužit jako podklad pro další výzkumné šetření, článek či edukační materiál.

# 7 Seznam použité literatury a zdrojů


1. ABUTALEB, A., KOTTILIL, S., 2020. Hepatitis A: Epidemiology, Natural History, Unusual Clinical Manifestations, and Prevention. *Gastroenterology Clinics of North America*. 49 (2), s. 191-199. Doi: 10.1016/j.gtc.2020.01.002.

2. AMBROŽOVÁ, H., 2015. Akutní průjmy u dětí. *Pediatrie pro praxi*. 16 (2), s. 82-85. ISSN 1213-0494.

3. AMBROŽOVÁ, H., 2014. Průjmová onemocnění a jejich léčba. *Causa subita: časopis pro lékaře v 1. linii*. (17) 2, s. 50-55. ISSN 1212-0197.

4. ASKLING, H. H. et al., 2015. Tick-borne encephalitis (TBE) – vaccination coverage and analysis of variables associated with vaccination, Sweden. *Vaccine*. 33 (38). s. 4962-4968. ISSN 1873-2518.

5. AUSTOVÁ, K., BRADNOVÁ, M., 2014. Práce sestry v ordinaci praktického lékaře pro dospělé a kazuistiky. In: JIRKOVSKÝ, D., et al., *Cesta k modernímu ošetřovatelství XVI.: recenzovaný sborník příspěvků z odborné konference s mezinárodní účastí*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, s. 146-149. ISBN 978-80-87347-17-1.

6. BAROUTSOU, V. et al., 2020. Analysis of Tick-borne Encephalitis vaccination coverage and compliance in adults in Switzerland, 2018. *Vaccine*. 38 (49). s. 7825-7833. ISSN 1873-2518.

7. BĚLOHRÁDEK, J. et al., 2018. Názory občanů České republiky na vybrané aspekty činnosti všeobecných praktických lékařů – 2017. *Praktický lékař*. 98(3). s. 109-115. ISSN 0032-6739.

8. BORAWSKI, E. A. et al., 2015. Effectiveness of health education teachers and school nurses teaching sexually transmitted infections/human immunodeficiency virus prevention knowledge and skills in high school. *Journal of School Health*. 85(3), s. 189-96. doi: 10.1111/josh.12234.

9. BOŠTÍKOVÁ, V., 2022. *Virové infekční nemoci. Základní průvodce pro praktické lékaře novými a znovu se objevujícími virovými infekčními chorobami*. Praha: EEZY publishing, s.r.o. ISBN 978-80-908391-6-6.

10. BRACZKOWSKA, B. et al., 2018. Parental Opinions and Attitudes about Children's Vaccination Safety in Silesian Voivodeship, Poland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 15 (4). 756. ISSN 1660-4301.

11. BRATOVÁ, A. et al., 2020. Preofsia sestra a prevencia nemocničných infekcií. *Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia*. 18 (2). s. 21-23. ISSN 1339-5920.

12. BŮŘILOVÁ, P. et al., 2021. Dodržování hygieny rukou v nemocničním prostředí – dotazníkový průzkum zaměřený na zjištění compliance v používání rukavic. *Kontakt*. 23 (1), s. 3-7, DOI: 10.32725/kont.2021.006.

13. CVJETKOVIC, S. J. et al., 2017. Knowledge and attitudes toward vaccination: A survey of Serbian students. *Journal of Infection and Public Health*. 10 (5). s. 649-656. doi: https://doi.org/10.1016/j.jiph.2017.05.008.

14. ČELEDOVÁ, L. et al., 2018. *Člověk ve zdraví i nemoci. Podpora zdraví a prevence nemocí ve stáří*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3828-7.

15. DIONNE-ODOM, J. et al. 2022. Treatment and prevention of viral hepatitis in pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 226 (3), s. 335-346. Doi: 10.1016/j.ajog.2021.09.002.

16. DUŠOVÁ, B. et al., 2019. *Edukace v porodní asistenci*. Praha: Grada publishing. ISBN 978-80-271-0836-7.

17. FABIÁNOVÁ, K., 2022. Doporučená očkování v adolescentním věku. *Pediatrie pro praxi*. 23 (5). s. 321-324. ISSN 1213-0494.

18. GURKOVÁ, E., 2017. *Nemocný a chronické onemocnění. Edukace, motivace a opora pacienta.* Praha: Grada publishing. ISBN 978-80-271-0461-1.

19. HAMPLOVÁ, L., 2019. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví pro zdravotnické obory.* Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0568-7.

20. HAMPLOVÁ., L. et al., 2015. *Mikrobiologie, imunologie, epidemiologie, hygiena pro bakalářské studium a všechny typy zdravotnických škol*. Praha: TRITON. ISBN 978-80-7387-934-1.

21. HASMANOVÁ MARHÁNKOVÁ, J., SKÁLOVÁ, J., 2016. Kritika povinného očkování v ČR – charakteristiky rodičů a diskurzivní rámce, které využívají. *Naše společnost.* 14 (1). s. 3-13. ISSN 1214-438X.

22. HŘÍBEK, P., 2022. Ikterus a benigní hyperbilirubinémie. In: LUKÁŠ, K. et al., *Obyčejné nemoci trávicího traktu*. Praha: Grada. s. 240-245. ISBN 978-80-271-3405-2.

23. HUSA, P., 2018. Virová hepatitida A. In: HŮLEK, P., URBÁNEK, P. et al., *Hepatologie*. 3. vydání. Praha: Grada. s. 257-260. ISBN 978-80-247-2939-8.

24. HUSA, P., URBÁNEK P., 2018a. Virová hepatitida B. In: HŮLEK, P., URBÁNEK, P. et al., *Hepatologie*. 3. vydání. Praha: Grada. s. 260-265. ISBN 978-80-247-2939-8.

25. HUSA, P., URBÁNEK, P., 2018b. Virová hepatitida C. In: HŮLEK, P., URBÁNEK, P. et al., *Hepatologie*. 3. vydání. Praha: Grada. s. 265-275. ISBN 978-80-247-2939-8.

26. HUSA, P., URBÁNEK, P., 2018c. Virová hepatitida E. In: HŮLEK, P., URBÁNEK, P. et al., *Hepatologie*. 3. vydání. Praha: Grada. s. 278-281. ISBN 978-80-247-2939-8.

27. ISIN, 2024a. *Výskyt vybraných hlášených infekcí v České republice podle krajů, prosinec 2023*. [online]. Praha: Státní Zdravotní Ústav [cit. 2024-04-22]. Dostupné z: https://szu.cz/wp-content/uploads/2024/01/Tabulka_prosinec_2023_kraje.pdf

28. ISIN, 2024b. *Výskyt vybraných hlášených infekcí podle věkových skupin v České republice – nemocnost 2018-2023* [online]. Praha: Státní Zdravotní Ústav [cit. 2024-04-22]. Dostupné z: https://szu.cz/wp-content/uploads/2024/04/Vekove_skupiny_2018-2023_nemocnost.pdf

29. JAGADESH, S. et al., 2022. Human-altered landscapes and climate to predict human infectious disease hotspots. *Tropical Medicine and Infectious Disease*. 7 (7). Doi: 10.3390/tropicalmed7070124.

30. JÍLEK, P., 2019. *Imunologie stručně, jasně, přehledně*. 2. vydání. Praha: Grada publishing. ISBN 978-80-271-0595-3.

31. KAAS, J. et al., 2016. Koncept zdravotní gramotnosti v současném ošetřovatelství. *Kontakt*. 18(4). s. 249-253. ISSN 1212-4117.

32. KIMMER, D., BÁRTLOVÁ, S., 2017. Stravovací zvyklosti adolescentů a edukace sestrou v rámci primární prevence. *Kontakt*. 19 (3), s. 199-2014. doi: 10.1016/j.kontakt.2017.07.004.

33. KITTNAR, O., 2020. Fyziologie imunitního systému. In: KITTNAR, O. et al., *Lékařská fyziologie*. 2. vydání. Praha: Grada publishing. s. 705-718. ISBN 978-80-247-1963-4.

34. KREKULOVÁ, L., 2021. Aktuality v diagnostice a léčbě chronické virové hepatitidy C v klinické praxi. *Adiktologie v preventivní a léčebné praxi*. 4 (2). s. 78-85. Doi: 10.35198/APLP/2021-002-0003.

35. KUNZE, M. et al., 2022. Recommendations to Improve Tick-Borne Encephalitis Surveillance and Vaccine Uptake in Europe. *Microorganisms*. 10 (7). doi: 10.3390/microorganisms10071283.

36. LAURANT, M. et al., 2018. Nurses as subtitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database of Systematic Rewiews*. 7 (7). Doi: 10.1002/14651858.CD001271.pub3.

37. LIU, C. F. et al., 2020. Outcomes of primary care delivery by nurse practitioners: Utilization, cost and quality of care. *Health Services Research*. 55(2), s. 178-89. doi: 10.1111/1475-6773.13246.

38. LIN, F.-Y., WANG, CH.-H., 2020. Personality and individual attitudes toward vaccination: a nationally representative survey in the United States. *BMC Public Health*. 20:1759. ISSN: 1471-2458.

39. LŽIČAŘ, M., 2014. Cestovní medicína a prevence infekčních onemocnění. *Praktické lékárenství*. 10(1). s. 24-25. ISSN 1801-2434.

40. MACOUNOVÁ, P., MAĎAR, R., 2021. Virová hepatitida B a očkování ve vztahu k nádorovým onemocněním. *Onkologie*. 15(2). s. 73-76. ISSN 1802-4475.

41. MAĎAR, R. 2016. Dobrovolné očkování v adolescentním věku. *Pediatrie pro praxi*.17(2), s. 80-82. ISSN 1213-0494.

42. MISTROVÁ, E., 2023. Fyziologie imunitního systému. In: CHOTTOVÁ DVOŘÍKOVÁ, M., MISTROVÁ, E., *Fyziologie krve a základy imunity*. Praha: Karolinum. s. 92-103. ISBN 978-80-246-3833-1.

43. NAVRÁTIL, L. et al., 2017. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 2. vydání. Praha: Grada publishing. ISBN 978-80-271-0210-5.

44. Národní zdravotnický informační portál, 2023a. *Rejstříkový pojem č. 236: Infekční onemocnění* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2023-10-23]. ISSN 2695-0340. Dostupné z: https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/236

45. Národní zdravotnický informační portál, 2023b. *Rejstříkový pojem č. 1839: Specifická prevence (infekčního onemocnění)* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2023-10-23]. ISSN 2695-0340. Dostupné z: https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/1839

46. Národní zdravotnický informační portál, 2023c. *Rejstříkový pojem č. 1838: Nespecifická prevence (infekčního onemocnění)* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2023-10-23]. ISSN 2695-0340. Dostupné z: https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/1838

47. Národní zdravotnický informační portál, 2023d. *Rejstříkový pojem č. 4110: Virové onemocnění* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2023-10-23]. ISSN 2695-0340. Dostupné z: https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/4110

48. Národní zdravotnický informační portál, 2023e. *Rejstříkový pojem č. 4111: Bakteriální onemocnění* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav

zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2023-10-23]. ISSN 2695-0340. Dostupné z: https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/4111

49. Národní zdravotnický informační portál, 2023f. *Rejstříkový pojem č. 5060: Salmonelóza* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2023-10-23]. ISSN 2695-0340. Dostupné z: https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/5060

50. Národní zdravotnický informační portál, 2023g. *Rejstříkový pojem č. 3979: Parazitární infekce* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2023-10-23]. ISSN 2695-0340. Dostupné z: https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/3979

51. Národní zdravotnický informační portál, 2023h. *Rejstříkový pojem č. 3978: Plísňové infekce* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2023-10-23]. ISSN 2695-0340. Dostupné z: https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/3978

52. Národní zdravotnický informační portál, 2023i. *Rejstříkový pojem č. 3946: Fekálně-orální přenos* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2023-10-23]. ISSN 2695-0340. Dostupné z: https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/3946

53. NORFUL, A. A. et al, 2018, Nurse Practitioner-Physician Comanagement: A Theoretical Model to Alleviate Primary Care Strain. *Annals of family medicine*. 16(3). s. 250-256. doi: 10.1370/afm.2230.

54. ORSÁGOVÁ, I., 2021. Komplikované průběhy salmonelózy. *Medicína pro praxi*. 18 (2), s. 143-144. ISSN 1214-8687. Doi: 10.36290/med.2021.024.

55. ORLÍKOVÁ, H. et al., 2021. *Klíšťová encefalitida v České republice v roce 2020.* [online]. Odd. epidemiologie infekčních nemocí, SZÚ [cit. 2024-04-21]. Dostupné z: https://archiv.szu.cz/uploads/Epidemiologie/KE/Klistova_enecefalitida_2020_CR_r.pdf

56. POKORNÝ, J.. 2020. Fyziologie kůže. In: KITTNAR, O. et al., *Lékařská fyziologie*. 2. vydání. Praha: Grada publishing. s. 451-454. ISBN 978-80-247-1963-4.

57. POLÁK, P., MATĚJOVSKÁ-KUBEŠOVÁ, H., 2016. Praktický přístup k léčbě průjmových onemocnění u dospělých v podmínkách České republiky. *Medicína pro praxi*. 13 (3), s. 113-116. ISSN 1214-8687. Doi: 10.36290/med.2016.024.

58. POGHOSYAN, L., et al., 2018. Nurse Practitioner Practice Environments in Primary Care and Quality of Care for Chronic Diseases. *Med Care*. 56(9), s. 791-97. doi:10.1097/MLR.0000000000000961.

59. REY, D. et al., 2018. Vaccine hesitancy in the French population in 2016, and its association with vaccine uptake and perceived vaccine risk-benefit balance. *Euro Surveill.* 23 (17). doi: 10.2807/1560-7917.ES.2018.23.17.17-00816.

60. ROZSYPAL, H., 2015. *Základy infekčního lékařství*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2932-2.

61. ROZSYPAL, H. et al., 2014. *Infekční nemoci ve standardní a intenzivní péči*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2198-5.

62. SHI, CH. et al., 2023. Factors associated with hand washing effectiveness: an institution-based observational study. *Antimicrobial Resistance*. 12(1), s. 1-11. ISSN 2047-2994.

63. SCHEJBALOVÁ, M., 2018. Epidemiologie infekčních onemocnění. In: TUČEK, M. et al. *Hygiena a epidemiologie*. Praha: Karolinum, s. 293-312. ISBN 978-80-246-3933-8.

64. SLÁMOVÁ, A., SCHEJBALOVÁ, M., 2018. Očkování (vakcinace). In: TUČEK, M. et al. *Hygiena a epidemiologie*. Praha: Karolinum, s. 339-344. ISBN 978-80-246-3933-8.

65. Státní zdravotní ústav, 2023a. *Virová hepatitida E (žloutenka typu E)* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací

a statistiky ČR [cit. 2023-10-23]. ISSN 2695-0340. Dostupné z: https://www.nzip.cz/clanek/1322-virova-hepatitida-e-zloutenka-typu-e

66. Státní zdravotní ústav, 2023b. *Virová hepatitida C (žloutenka typu C)* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2023-10-23]. ISSN 2695-0340. Dostupné z: https://www.nzip.cz/clanek/1323-virova-hepatitida-c-zloutenka-typu-c

67. Státní zdravotní ústav, 2023c. *Virová hepatitida B (žloutenka typu B)* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2023-10-23]. ISSN 2695-0340. Dostupné z: https://www.nzip.cz/clanek/50-zloutenka-hepatitida-typu-b

68. Státní zdravotní ústav, 2023d. *Virová hepatitida A (žloutenka typu A)* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2023-10-23]. ISSN 2695-0340. Dostupné z: https://www.nzip.cz/clanek/49-zloutenka-hepatitida-typu-a

69. Státní zdravotní ústav, 2023e. *Klíšťová encefalitida* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2023-10-23]. ISSN 2695-0340. Dostupné z: https://www.nzip.cz/clanek/46-klistova-encefalitida

70. STREITOVÁ, D. et al., 2015. Septické stavy v intenzivní péči ošetřovatelské péče. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5215-0.

71. ŠIMEK, J., 2015. *Lékařská etika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5306-5.

72. ŠPAČKOVÁ, M., DANIEL., O. 2019. Přehled výskytu salmonelóz a kampylobakterióz v České republice v roce 2018. *Zprávy centra epidemiologie a mikrobiologie.* 28 (4). s. 139-145. ISSN 1804-8668.

73. ŠRÁMOVÁ, H. et al., 2013. *Nozokomiální nákazy*. 3. vydání. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-286-5.

74. *Ten threats to global health in 2019*, 2019. [online]. WHO. [cit. 2024-04-20]. Dostupné z: https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019

75. TORRENS, C. et al., 2020. Barriers and facilitators to the implementation of the advanced nurse practitioner role in primary care settings: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*. 104 (art.103443). doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.103443.

76. TÓTHOVÁ, V., 2019. Význam ošetřovatelství v podpoře zdraví a preventivních činnostech. In: TÓTHOVÁ. V. et al. *Význam ošetřovatelství v preventivní kardiologii*. s. 68-105. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-7.

77. TUČEK, M. et al., 2022. *Hygiena a epidemiologie pro bakaláře*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3932-1.

78. VERONESE, P. et al., 2021. Prevention of vertical transmission of hepatitis B virus infection. *World Journal of Gastroenterology*. 27 (26), s. 4182-4193. Doi: 10.3748/wjg.v27.i26.4182.

79. VĚSTNÍK MZ ČR, 2012. *Metodický návod – hygiena rukou při poskytování zdravotní péče*. s. 15-21. [online]. MZCR. [cit. 2024-03-29]. Dostupné z: https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/wepub/6452/36190/V%C4%9Bstn%C3%ADk%20MZ%20%C4%8CR%205-2012.pdf

80. VRDELJA, M. et al., 2020. From mandatory to voluntary vaccination: intention to vaccinate in the case of policy changes. *Public Health*. 180 (March). s. 57-63. ISSN 0033-3506.

81. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2011. [online]. MZCR. [cit. 2023-10-29]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2022/07/55-2011-aktualni-zneni.pdf

82. Vyhláška č. 158/2022 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů, 2022. [online]. MZCR. [cit. 2023-10-29]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2022/07/158_2022-.pdf.

83. YAQUB, O. et al., 2014. Attitudes to vaccination: a critical review. *Social Science & Medicine*. 112 (Jul), s. 1-11, doi: 10.1016/j.socscimed.2014.04.018.

84. ZÁHUMENSKÝ, J. et al., 2013. Profylaktické užití antiinfekčních léčiv v gynekologii. *Česká gynekologie*. 78 (4). s. 360-364. ISSN 1210-7832.

85. *Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*, 2014. [online]. Praha: MZCR. [cit. 2023-11-12]. ISBN 978-80-85047-47-9. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/8690/20840/Zdrav%C3%AD%202020_N%C3%A1rodn%C3%AD%20strategie%20ochrany%20a%20podpory%20zdrav%C3%AD%20a%20prevence%20nemoc%C3%AD....pdf

86. *Zdraví 21: osnova programu Zdraví pro všechny v Evropském regionu Světové zdravotnické organizace.* 1999. Praha: MZCR. ISBN 80-85047-19-5.

87. *Zdraví 2030 – Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030*, 2019. [online]. Praha: MZCR. [cit. 2024-03-29]. Dostupné z: https://zdravi2030.mzcr.cz/zdravi-2030-strategicky-ramec.pdf

88. ZHANG, Y. et al., 2021. Detecting hand washing aktivity amog activities of daily living and classification of WHO hand washing techniques using wearable devices and machine learning algorithms. *Healthcare Technology Letters*. 8(6), 148-58. doi: 10.1049/htl2.12018.

89. Zákon č. 262/2006 Sb., Zákoník práce, 2006. [online]. [cit. 2023-11-3]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006262?text=ochrann%C3%A9+prost%C5%99edky#cast5

90. ZVONÍČEK, T., 2019. *Důvěra k očkování v České republice*. Brno. Bakalářská práce. Fakulta Sociálních studií, Masarykova univerzita.

# 8 Seznam příloh

Příloha 1 Dotazník ..... 100
Příloha 2 Informační leták ..... 109

# 9 Seznam zkratek

HAV = virus hepatitidy A

HBV = virus hepatitidy B

HCV = virus hepatitidy C

HDV = virus hepatitidy D

HEV = virus hepatitidy E

ISIN = Informační systém infekčních nemocí

MZCR = Ministerstvo zdravotnictví České republiky

SZÚ = Státní zdravotní ústav

WHO = Světová zdravotnická organizace

**Příloha 1 Dotazník**

1. Kolik Vám je let?
    a. 18-25 let
    b. 26-35 let
    c. 36-45 let
    d. 46-55 let
    e. 56-65 let
    f. 66-75 let
    g. 76 a více let
2. Vyberte Vaše pohlaví
    a. Muž
    b. Žena
    c. Jiné
3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
    a. Neúplné základní vzdělání
    b. Základní
    c. Středoškolské bez maturity
    d. Středoškolské s maturitou
    e. Vyšší odborné
    f. Vysokoškolské
4. Žijete v Jihočeském kraji?
    a. Ano, jsem z Jihočeského kraje. → otázka č. 5
    b. Ne, jsem z jiného kraje. → ukončení dotazníku
5. Jste nezdravotník? (tzn. Nepracujete jako lékař, sestra….)
    a. Ano, jsem nezdravotník. → otázka č. 6
    b. Ne, jsem zdravotník. → ukončení dotazníku
6. Zaškrtněte, co jsou podle Vás infekční onemocnění

    *Můžete označit více odpovědí.*
    a. Onemocnění, která mohu získat jedinci pouze v nemocnici.
    b. Onemocnění, která se přenáší z infikovaného jedince na ostatní.
    c. Všechna onemocnění, která jsou nejčastější v daném časovém období.
    d. Jiné:

7. Jaký máte názor na očkování v kontextu prevence infekčních onemocnění?
   *Označte na stupnici, kdy 1 značí zcela kladný názor a 5 znamená zcela negativní.*
8. Ohodnoťte, do jaké míry souhlasíte či nesouhlasíte s následujícími tvrzeními:
   a. Očkování je pro lidstvo bezpečné.
   b. Očkování nám pomáhá držet pod kontrolou řadu nebezpečných nemocí.
   c. Očkování je bezpečná metoda, jak předcházet nemoci a jejím následkům.
   d. Vysokou mírou proočkovanosti lze dosáhnout zamezení šíření patogenu (původce nemoci).
   e. Vysoká proočkovanost zajišťuje nízké náklady na zdravotnictví.
   f. Očkování je pouze prostředek farmaceutických firem pro vydělání obrovského množství peněz.

   Odpovědi k otázce č. 20

   a. zcela souhlasím
   b. spíše souhlasím
   c. ani souhlasím, ani nesouhlasím
   d. spíše nesouhlasím
   e. zcela nesouhlasím

9. Myslíte si, že by měla být všechna očkování povinná?
   *Ohodnoťte čísly 1-5, kdy 1 znamená naprosto ano a 5 znamená naprosto ne.*
10. Ovlivnila pandemie Covid-19 Váš pohled na očkování?
    *Ohodnoťte čísly 1-5, kdy 1 znamená vůbec a 5 znamená zcela ovlivnila.*
11. Ovlivnila pandemie Covid-19 Váš pohled na preventivní opatření infekčních onemocnění?
    *Ohodnoťte čísly 1-5, kdy 1 znamená vůbec a 5 znamená zcela ovlivnila.*
12. Jak často Vás informuje lékař o možnosti očkování?
    a. Každou návštěvu
    b. Jednou za 2-3 návštěvy
    c. Při blížícím se čase přeočkovaní
    d. Lékař mne neinformuje
    e. Jiné
13. Do jaké míry si myslíte, že mohou infekční onemocnění poškodit Vaše zdraví?
    *Ohodnoťte čísly 1-5, kdy 1 znamená vůbec a 5 znamená zcela ano.*

14. Cítíte se v případě preventivních opatření dostatečně informován/a?
    a. Ano, cítím.
    b. Ne, necítím.
15. Jste ochoten/ochotna se vzdělávat v problematice prevence infekčních onemocnění?
    a. Ano
    b. Ne
16. Jak vnímáte roli sestry v rámci preventivních opatření *infekčních onemocnění*?
    a. Kladně
    b. Spíše kladně
    c. Neutrálně
    d. Spíše negativně
    e. Negativně
17. Jak byste ohodnotil/a Vaši spokojenost s informovaností ohledně preventivních činností od lékaře či sestry?
    a. Velmi spokojen/a
    b. Spíše spokojen/a
    c. Ani nespokojen/a, ani spokojen/a
    d. Spíše nespokojen/a
    e. Velmi nespokojen/a
18. Odkud čerpáte informace o prevenci *infekčních onemocnění*?
    *Můžete označit více odpovědí.*
    a. Internet
    b. Televize
    c. Informační letáky (např. v čekárnách)
    d. Odborná literatura
    e. Reklamy
    f. Lékař
    g. Sestra
    h. Rodina a přátelé
    i. Tyto informace se ke mně nedostávají
    j. Tyto informace nečerpám z žádného zdroje
    k. Jiné

19. Je pro Vás důležité, aby Vaše okolí (rodina, přátelé, spolupracovníci) dodržovalo základní zásady prevence onemocnění?
    *Ohodnoťte čísly 1-5, kdy 1 znamená zcela nedůležité a 5 znamená velmi důležité.*
20. Domníváte se, že existují nějaká opatření, kterými se dá předejít *klíšťové encefalitidě*?
    a. Naprosto ano
    b. Spíše ano
    c. Ani ano, ani ne
    d. Spíše ne
    e. Naprosto ne
21. Pokud jste v předchozí otázce označil/a odpověď „Naprosto ano“ nebo „Spíše ano“, vypište jaká.
    *Pokud jste označil/a odpovědi „Ani ano, ani ne“, „Spíše ne“ nebo „Naprosto ne“, napište do odpovědi NE.*
    ……
22. Jste si vědom/a možnosti očkování proti *klíšťové encefalitidě*?
    *Pokud ano, pokračujte otázkou č. 23, pokud ne, pokračujte otázkou č. 25.*
    a. Ano
    b. Ne
23. Odkud jste se o možnosti očkování proti *klíšťové encefalitidě* dozvěděl/a?
    *Můžete označit více odpovědí.*
    a. Od lékaře
    b. Od sestry
    c. Od rodiny a přátel
    d. Z informačních letáků
    e. Z internetu
    f. Z televize
    g. Z reklam
    h. Žádné informace o možnosti očkování se ke mně nedostaly
    i. Nevím odkud
    j. Jiné
24. Myslíte si, že je očkování důležité v kontextu prevence *klíšťové encefalitidy?*
    a. Naprosto ano
    b. Spíše ano

c. Ani ano, ani ne
d. Spíše ne
e. Naprosto ne

25. Do jaké míry si myslíte, že prevence dokáže odvrátit *klíšťovou encefalitidu*?
*Odhodnoťte čísly 1-5, kdy 1 znamená vůbec a 5 znamená zcela odvrátit.*

26. Domníváte se, že existují nějaká opatření, kterými se dá předejít *hepatitidě A*?
a. Naprosto ano
b. Spíše ano
c. Ani ano, ani ne
d. Spíše ne
e. Naprosto ne

27. Pokud jste v předchozí otázce označil/a odpověď „Naprosto ano“ nebo „Spíše ano“, vypište jaká.
*Pokud jste označil/a odpovědi „Ani ano, ani ne“, „Spíše ne“ nebo „Naprosto ne“, napište do odpovědi NE.*
……

28. Jste si vědom/a možnosti očkování proti *hepatitidě A*?
*Pokud ano, pokračujte otázkou č. 29, pokud ne, pokračujte otázkou č. 31.*
a. Ano
b. Ne

29. Odkud jste se o možnosti očkování proti *hepatitidě A* dozvěděl/a?
*Můžete označit více odpovědí.*
a. Od lékaře
b. Od sestry
c. Od rodiny a přátel
d. Z informačních letáků
e. Z internetu
f. Z televize
g. Z reklam
h. Žádné informace o možnosti očkování se ke mně nedostaly
i. Nevím odkud
j. Jiné

30. Myslíte si, že je očkování důležité v kontextu prevence *hepatitidy A?*
    a. Naprosto ano
    b. Spíše ano
    c. Ani ano, ani ne
    d. Spíše ne
    e. Naprosto ne
31. Domníváte se, že existují nějaká opatření, kterými se dá předejít *hepatitidě B*?
    a. Naprosto ano
    b. Spíše ano
    c. Ani ano, ani ne
    d. Spíše ne
    e. Naprosto ne
32. Pokud jste v předchozí otázce označil/a odpověď „Naprosto ano“ nebo „Spíše ano“, vypište jaká.
    *Pokud jste označil/a odpovědi „Ani ano, ani ne“, „Spíše ne“ nebo „Naprosto ne“, napište do odpovědi NE.*
    ……
33. Jste si vědom/a možnosti očkování proti *hepatitidě B*?
    *Pokud ano, pokračujte otázkou č. 34, pokud ne, pokračujte otázkou č. 36.*
    a. Ano
    b. Ne
34. Odkud jste se o možnosti očkování proti *hepatitidě B* dozvěděl/a?
    *Můžete označit více odpovědí.*
    a. Od lékaře
    b. Od sestry
    c. Od rodiny a přátel
    d. Z informačních letáků
    e. Z internetu
    f. Z televize
    g. Z reklam
    h. Žádné informace o možnosti očkování se ke mně nedostaly
    i. Nevím odkud
    j. Jiné

35. Myslíte si, že je očkování důležité v kontextu prevence *hepatitidy B?*
    a. Naprosto ano
    b. Spíše ano
    c. Ani ano, ani ne
    d. Spíše ne
    e. Naprosto ne
36. Domníváte se, že existují nějaká opatření, kterými se dá předejít *hepatitidě C*?
    a. Naprosto ano
    b. Spíše ano
    c. Ani ano, ani ne
    d. Spíše ne
    e. Naprosto ne
37. Pokud jste v předchozí otázce označil/a odpověď „Naprosto ano“ nebo „Spíše ano“, vypište jaká.
    *Pokud jste označil/a odpovědi „Ani ano, ani ne“, „Spíše ne“ nebo „Naprosto ne“, napište do odpovědi NE.*
    ……
38. Domníváte se, že existují nějaká opatření, kterými se dá předejít *hepatitidě E*?
    a. Naprosto ano
    b. Spíše ano
    c. Ani ano, ani ne
    d. Spíše ne
    e. Naprosto ne
39. Pokud jste v předchozí otázce označil/a odpověď „Naprosto ano“ nebo „Spíše ano“, vypište jaká.
    *Pokud jste označil/a odpovědi „Ani ano, ani ne“, „Spíše ne“ nebo „Naprosto ne“, napište do odpovědi NE.*
    ……
40. Do jaké míry si myslíte, že prevence dokáže odvrátit *hepatitidy (A, B, C, E*)?
    *Odhodnoťte čísly 1-5, kdy 1 znamená vůbec a 5 znamená zcela odvrátit.*

41. Domníváte se, že existují nějaká opatření, kterými se dá předejít *salmonelóze*?
    a. Naprosto ano
    b. Spíše ano
    c. Ani ano, ani ne
    d. Spíše ne
    e. Naprosto ne
42. Pokud jste v předchozí otázce označil/a odpověď „Naprosto ano“ nebo „Spíše ano“, vypište jaká.
    *Pokud jste označil/a odpovědi „Ani ano, ani ne“, „Spíše ne“ nebo „Naprosto ne“, napište do odpovědi NE.*
    ……
43. Do jaké míry si myslíte, že prevence dokáže odvrátit *salmonelózu*?
    *Odhodnoťte čísly 1-5, kdy 1 znamená vůbec a 5 znamená zcela odvrátit.*
44. Zaškrtněte, která riziková chování podle Vás vedou ke zvýšení pravděpodobnosti infikování jednotlivých nemocí – tabulka (KE, Hep A, B, C, E, salmonelosa)
    *Můžete označit více odpovědí.*
    a. Pobyt s infikovaným v jedné místnosti
    b. Aplikace nitrožilních drog
    c. Pohlavní styk osob stejného pohlaví
    d. Pohlavní styk osob různého pohlaví
    e. Porod infikovanou matkou
    f. Chození do přírody v krátkém oblečení
    g. Nepoužívání repelentu
    h. Nemytí si rukou
    i. Nedostatečná tepelná úprava potravin
    j. Pobyt v rizikových oblastech
    k. Ponechání přisátého klíštěte
    l. Odstraňování přisátého klíštěte holýma rukama
    m. Jiné:
45. Zaškrtněte, která preventivní opatření vybraných onemocnění (*klíšťová encefalitida, hepatitida A, B, C, E, salmonelóza*) provádíte:
    *Můžete označit více odpovědí.*
    a. Hygiena rukou před jídlem

b. Hygiena rukou po toaletě
c. Očkování proti klíšťové encefalitidě
d. Očkování proti hepatitidě A
e. Očkování proti hepatitidě B
f. Abstinence nitrožilních drog
g. Prohlédnutí po návratu z přírody
h. Dezinfekce kůže po odstranění klíštěte
i. Dostatečná tepelná úprava potravin
j. Pití nezávadné vody
k. Jiné:

Prostor pro Vaše případné poznámky

.....

**Příloha 2 Informační leták**

# Zdroje


AMBROŽOVÁ, H., 2014. Průjmová onemocnění a jejich léčba. *Causa subita: časopis pro lékaře v 1. linii.* (17) 2, s. 50-55. ISSN 1212-0197.

ČELEDOVÁ, L. et al., 2018. *Člověk ve zdraví i nemoci. Podpora zdraví a prevence nemocí ve stáří.* Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3828-7.

HAMPLOVÁ., L. et al., 2015. *Mikrobiologie, imunologie, epidemiologie, hygiena pro bakalářské studium a všechny typy zdravotnických škol.* Praha: TRITON.ISBN 978-80-7387-934-1.

HUSA, P., 2018. Virová hepatitida A. In: HŮLEK, P., URBÁNEK, P. et al., *Hepatologie*. 3. vydání. Praha: Grada. s. 257-260. ISBN 978-80-247-2939-8.

HUSA, P., URBÁNEK P., 2018a. Virová hepatitida B. In: HŮLEK, P., URBÁNEK, P. et al., *Hepatologie*. 3. vydání. Praha: Grada. s. 260-265. ISBN 978-80-247-2939-8.

HUSA, P., URBÁNEK, P., 2018b. Virová hepatitida C. In: HŮLEK, P., URBÁNEK, P. et al., *Hepatologie*. 3. vydání. Praha: Grada. s. 265-275. ISBN 978-80-247-2939-8.

HUSA, P., URBÁNEK, P., 2018c. Virová hepatitida E. In: HŮLEK, P., URBÁNEK, P. et al., *Hepatologie*. 3. vydání. Praha: Grada. s. 278-281. ISBN 978-80-247-2939-8.

NAVRÁTIL, L. et al., 2017. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 2. vydání. Praha: Grada publishing. ISBN 978-80-271-0210-5.

Národní zdravotnický informační portál, 2023f. *Rejstříkový pojem č. 5060: Salmonelóza* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2023-10-23]. ISSN 2695-0340. Dostupné z: https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/5060

ROZSYPAL, H., 2015. *Základy infekčního lékařství.* Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2932-2.

Státní zdravotní ústav, 2023b. *Virová hepatitida C (žloutenka typu C)* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2023-10-23]. ISSN 2695-0340. Dostupné z: https://www.nzip.cz/clanek/1323-virova-hepatitida-c-zloutenka-typu-c

Státní zdravotní ústav, 2023c. *Virová hepatitida B (žloutenka typu B)* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2023-10-23]. ISSN 2695-0340. Dostupné z: https://www.nzip.cz/clanek/50-zloutenka-hepatitida-typu-b

Státní zdravotní ústav, 2023d. *Virová hepatitida A (žloutenka typu A)* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2023-10-23]. ISSN 2695-0340. Dostupné z: https://www.nzip.cz/clanek/49-zloutenka-hepatitida-typu-a



**Sepsala:** Veronika Kulhánková