

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Informovanost laické veřejnosti o očkování při cestě do zahraničí

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

MUDr. Lidmila Hamplová, Ph.D.

Autor práce:

Martina Bromová

4. 5. 2011

ABSTRACT

General Public Awareness about Vaccination before Going Abroad

This thesis deals with attitude of Czech travellers towards prevention of infectious diseases that can affect them during their stays in overseas destinations. The main objective of this work is to investigate awareness and interest of travellers in vaccination before going abroad.

The theoretical part is focused on principles of good preparation for going abroad and also on infectious diseases that can complicate the stay abroad. The focus of the theoretical part is epidemiological characteristics of selected infectious diseases which pose a risk for travellers particularly in areas of Asia, South America and Africa.

The practical part involves quantitative research carried out with 104 people, who in 2010 travelled overseas. Research covers information on infectious diseases, on risks connected with stays overseas and on the use of recommended preventive measures. For data collection I applied the method of questioning, the technique of a questionnaire. The research was indirect, via emails.

The objective of the thesis was, above all, to highlight the need and importance to ensure quality information for citizens travelling overseas about possibilities of prevention of selected diseases through vaccination and the use of prophylactic medication and about the necessity of good hygiene in the above mentioned areas. The output of the thesis might be used as a basis for targeted focus on education of public through the cooperation of specialists with media or travel agencies. At the same time the thesis might be used as study material for both lay persons and as a basis for further research.

ABSTRAKT

Informovanost laické veřejnosti o očkování při cestě do zahraničí

Bakalářská práce se zabývá přístupem českých cestovatelů k prevenci infekčních onemocnění, které je mohou ohrozit při pobytu v mimoevropských destinacích. Hlavním cílem této práce bylo zmapovat informovanost a zájem cestovatelů o očkování před cestou do zahraničí.

Teoretická část je věnována zásadám správné přípravy na cestu do zahraničí a infekčním nemocem, které mohou cestovatelům jejich pobyt v zahraničí zkomplikovat. Těžištěm teoretické části je epidemiologická charakteristika vybraných infekčních onemocnění, kterými jsou ohroženi cestovatelé zejména v oblastech Asie, jižní Ameriky a Afriky.

Praktickou část tvoří kvantitativní výzkum realizovaný na souboru 104 osob, které v roce 2010 vycestovaly za hranice Evropy. Týká se jejich informovanosti před cestou o hrozících rizicích při pobytu v mimoevropských destinacích a využívání doporučených preventivních opatření. K získávání dat byla použita metoda dotazování, technika dotazníku. Šetření probíhalo nepřímou cestou prostřednictvím elektronické pošty.

Cílem práce bylo především poukázat na potřebu zajištění kvalitní informovanosti občanů cestujících do zahraničí o možnostech prevence vybraných infekčních onemocnění prostřednictvím očkování, profylaktického užívání léků, nutnosti dodržování hygienických zásad při pobytu v těchto oblastech a celkově na důležitost a význam těchto opatření. Výstupy této práce mohou být použity jako podklad pro cílené zaměření na další prohlubování edukace obyvatelstva v této oblasti prostřednictvím spolupráce odborníků s médii či cestovními kancelářemi. Současně může být využita jako studijní materiál jak pro odbornou, tak pro laickou veřejnost nebo jako podklad pro další výzkumy.

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených 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 kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 4. 5. 2011

.....

Podpis studenta

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí mé bakalářské práce MUDr. Lidmile Hamplové, Ph.D. za její odbornou pomoc, cenné rady, trpělivost a čas, který mi věnovala.

OBSAH

ÚVOD.....	7
1 SOUČASNÝ STAV.....	8
1.1 Příprava na cestu do zahraničí	8
1.2 Infekční onemocnění, u kterých je vyžadováno povinné očkování.....	9
1.2.1 Žlutá zimnice	9
1.2.2 Meningokoková onemocnění.....	10
1.3 Infekční onemocnění, proti kterým se očkování doporučuje.....	13
1.3.1 Virová hepatitida typu A.....	13
1.3.2 Virová hepatitida typu B.....	15
1.3.3 Břišní tyfus.....	17
1.3.4 Cholera.....	18
1.3.5 Japonská encefalitida	20
1.3.6 Klíšťová encefalitida.....	22
1.3.7 Vzteklna.....	23
1.4 Cestování a pravidelné očkování	26
1.4.1 Tetanus.....	26
1.4.2 Poliomyelitida	27
1.4.3 Záškrt	28
1.5 Častá infekční onemocnění cestovatelů, proti kterým nelze očkovat.....	29
1.5.1 Malárie	29
1.5.2 Horečka dengue	30
1.5.3 Průjmy cestovatelů.....	30

2	CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	32
2.1	Cíl práce	32
2.2	Hypotézy	32
3	METODIKA.....	33
3.1	Metody a techniky výzkumu.....	33
3.2	Charakteristika výzkumného vzorku	33
4	VÝSLEDKY	35
4.1	Identifikační údaje respondentů.....	35
4.2	Obecné údaje týkající se cestování	38
4.3	Údaje týkající se poslední zahraniční cesty	39
5	DISKUZE	57
6	ZÁVĚR	66
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	68
8	KLÍČOVÁ SLOVA.....	77
9	PŘÍLOHY	78

ÚVOD

Rozvoj cestovního ruchu bezesporu patří mezi základní znaky 21. století. Letecká doprava lidem umožňuje snadný a především velmi rychlý transport mezi nejrůznějšími destinacemi celého světa, a proto ani Češi neváhají opustit hranice Evropy a poznávat exotická místa naší planety. Pobyt v těchto oblastech je ale kromě nevšedních zážitků, dobrodružství a nových zkušeností spojen také se spoustou zdravotních rizik, mezi která se řadí i nákaza infekčním onemocněním. Pravděpodobnost nákazy mohou cestovatelé významně snížit, pokud se před odjezdem do zahraničí informují o aktuální hygienické a epidemiologické situaci v dané zemi a následně uplatní potřebná preventivní opatření, která zahrnují očkování, užívání antimalarické chemoprophylaxe nebo dodržování hygienických zásad.

Cílem mé bakalářské práce bylo zmapovat informovanost a zájem cestovatelů o očkování před cestou do zahraničí. Zjišťovala jsem, zda se cestovatelé před odjezdem do zahraničí informují o vhodnosti očkování a odkud tyto informace čerpají. Zajímalo mě, jak se k prevenci infekčních onemocnění svých klientů staví cestovní kanceláře. Dále jsem se zaměřila na míru využívání doporučeného očkování a antimalarické profylaxe a na důvody odmítání těchto preventivních opatření.

Toto téma jsem si vybrala, protože cestování je mou velkou vášní a také protože mě fascinují rozdíly mezi životními podmínkami ve vyspělých a v rozvojových zemích. Mým snem je navštívit alespoň některé země třetího světa a poznat tento rozdíl na vlastní kůži. Myslím si, že tato zkušenost člověku otevře oči a významně změní jeho pohled na život. Dalším důvodem je skutečnost, že znám spoustu osob, které se před odjezdem do zahraničí o hygienickou a epidemiologickou situaci v dané oblasti vůbec nezajímají či ji podceňují a žádná preventivní opatření neabsolvují.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Příprava na cestu do zahraničí

Cestování s sebou kromě nezapomenutelných zážitků přináší i mnohá zdravotní rizika, mezi něž patří i onemocnění infekční chorobou. Pravděpodobnost onemocnění nezáleží jen na cílové destinaci, ale ve velké míře také na cestovateli samotném, který má možnost se o prevenci infekčních chorob dostatečně informovat a chránit se proti nákaze očkováním, chemoprophylaxí či vhodným chováním v místě pobytu. V rámci přípravy na cestu do zahraničí se turistům doporučuje (nejlépe 4-6 týdnů před odjezdem) navštívit specializovaná střediska očkování či centra cestovní medicíny, která jim poskytnou odborné poradenství a vypracují individuální očkovací plán zohledňující čas odjezdu, cílovou oblast, délku pobytu, způsob ubytování a stravování, plánované aktivity, věk, pohlaví, zdravotní a imunitní stav jedince a kontraindikace očkování. (4) Při návštěvě tohoto střediska je nejdříve kontrolována úplnost a platnost pravidelného očkování proti tetanu, záškrtu a dětské přenosné obrně. Dalším bodem je posouzení nutnosti povinného očkování, které je od cestovatelů některými státy před vstupem na jejich území požadováno. V současnosti se mezi tato očkování řadí očkování proti žluté zimnici, které vyžaduje Světová zdravotnická organizace, a očkování proti meningokokové meningitidě (A, C, Y, W-135), které je nad rámec Mezinárodního zdravotního řádu vyžadováno vládou Saúdské Arábie. Provedení těchto dvou imunizací musí být klientům zaznamenáno do Mezinárodního očkovacího průkazu (viz. Příloha č. 1). Poté přichází na řadu doporučení očkování, které by měl cestovatel s ohledem na aktuální epidemiologickou situaci v zemi, již plánuje navštívit, absolvovat. Nejčastěji se jedná o očkování proti hepatitidě A a B, břišnímu tyfu, choleře, japonské encefalitidě, klíšřové B encefalitidě a vzteklině. Služby těchto pracovišť dále zahrnují předepisování antimalarické profylaxe, návrh na vybavení cestovní lékárničky, doporučení optimálního zdravotního pojištění, srozumění se všemi riziky cestování a pobytu v daných oblastech a možnostmi jejich prevence. (6, 7, 23, 24)

1.2 Infekční onemocnění, u kterých je vyžadováno povinné očkování

1.2.1 Žlutá zimnice

Žlutá zimnice je akutní horečnaté onemocnění, jež se přenáší vektorem. Název má původ v typických klinických projevech této nemoci, tedy v žloutence a zimnici. Roli původce onemocnění zastává virus žluté zimnice z rodu Flavivirů, jehož výskyt je zatím vázán pouze na Afriku a na Jižní a Střední Ameriku. (59)

Virus žluté zimnice se přenáší infikovaným komárem sajícím krev na vnímavém jedinci. Rozlišujeme tři různé formy žluté zimnice. Džunglová forma se vyskytuje v deštných pralesech, kde komáři (*Haemagogus* v Americe, *Aedes africanus* v Africe) virus rozšiřují mezi primáty. K nákaze člověka dochází jen ve sporadických případech, zejména u mužů, kteří v těchto lesech pracují. Přechodná forma žluté zimnice nastává pouze ve vlhkých oblastech africké savany, kde jsou komáry infikovány jak opice, tak osoby žijící či pracující na okrajích tropických pralesů. V tomto cyklu komáři zajišťují přenos viru z opic na člověka, ale také z člověka na člověka, což vede ke vzniku menších epidemií. Pokud je virus zavléčen do hustě zalidněných míst, nastává městská forma žluté zimnice, kdy komár *Aedes aegypti* přenáší nákazu z člověka na člověka, a tak dochází k rozsáhlým explozivním epidemiím. (8, 13, 50)

Průběh onemocnění kolísá od asymptomatické infekce až po letální polysystémové selhání. Typický klinický obraz se skládá ze dvou fází. Po krátké inkubační době trvající 3-6 dní nastupuje první stádium nemoci, kdy pacient trpí horečkami, zimnicí, bolestí hlavy, svalů a kloubů. Ztrácí chuť k jídlu a zvrací. Po 3-4 dnech se pacientův stav výrazně zlepší, příznaky odezní a 85 % pacientů se úplně uzdraví. Přibližně 15 % nemocných po krátké úlevě vstupuje do druhé fáze onemocnění, kdy se vrací symptomy z akutní fáze a přidávají se k nim bolesti břicha, oligurie, křeče, ikterus a hemoragická diatéza, která se projevuje melénou, hematemézou, krvácením z pusy, nosu nebo očí. Selhání jater, ledvin nebo hemoragická diatéza během 10-14 dní usmrtí až polovinu pacientů. Zbytek se bez jakýchkoliv následků zotaví. Letalita onemocnění u lidí žijících v zemích s endemickým výskytem je 2-5 %, zatímco u neimunních návštěvníků takových oblastí dosahuje až 50 %. (6, 59)

Specifický lék, který by virus žluté zimnice zlikvidoval, neexistuje, takže léčíme pouze rehydratací, antipyretiky a analgetiky. (8, 59)

Mezi oblasti s endemickým výskytem žluté zimnice Světová zdravotnická organizace řadí 32 států afrického kontinentu s 500 000 obyvateli a 13 států Latinské Ameriky, kde sídlí asi 400 000 obyvatel. Z obou kontinentů je ročně hlášeno 200 000 onemocnění žlutou zimnicí, z nichž 30 000 končí smrtí. Až 90 % případů pochází z Afriky. V posledních dvaceti letech došlo k nárůstu importovaných onemocnění, což je vysvětlováno změnou klimatických podmínek, poklesem kolektivní imunity, migrací populací, odlesňováním a urbanizací. (59)

Podle odhadů Centra pro prevenci a kontrolu nemocí při dvoutýdenním pobytu v endemické oblasti Afriky onemocní 50 ze 100 000 a v endemické oblasti Latinské Ameriky 10 ze 100 000 neočkovaných cestovatelů. (8)

První místo v preventivních opatřeních proti žluté zimnici náleží očkování, jenž je v souladu s mezinárodními předpisy jako jediné před vstupem do zemí, jejichž seznam každoročně vydává Světová zdravotnická organizace, od cestovatelů povinně vyžadováno. Imunizaci proti žluté zimnici mohou provádět jen specializovaná centra schválená Ministerstvem zdravotnictví a tato skutečnost musí být zaznamenána v řádně vyplněném Mezinárodním očkovacím průkazu. Jakýkoliv nedostatek znamená jeho neplatnost. Potvrzení o očkování proti žluté zimnici může být vyžadováno i od osob přijíždějících z oblastí s endemickým výskytem v některých zemích jižní Evropy, Asie, Afriky a Latinské Ameriky, kde se tato nákaza nevyskytuje, ale jsou zde vhodné podmínky pro její přenos. K ochraně před žlutou zimnicí byla vyvinuta živá vakcína Stamaril určená pro osoby starší devíti měsíců, která už deset dní po podání jedné dávky zajišťuje desetiletou imunitu. Ve výjimečných situacích mohou vakcinaci podstoupit i děti, které dosáhly věku šesti měsíců. Po přeočkování imunita nastupuje okamžitě. (6, 24)

1.2.2 Meningokoková onemocnění

Meningokoková onemocnění má na svědomí striktně aerobní diplokok *Neisseria meningitidis*, který je velmi citlivý na vyschnutí a mimo lidský organismus zůstává

naživu jen několik sekund. Rozlišujeme 13 sérologických skupin této bakterie, z nichž onemocnění po celém světě způsobují hlavně sérotypy A, B, C, Y a W-135. (5, 7)

Neisseria meningitidis se přenáší přímým kontaktem a prostřednictvím kapének respiračního sekretu a slin nemocné osoby či bezpříznakového nosiče. Nejohroženější skupinou jsou děti, které ještě nedosáhly pěti let, a osoby ve věkovém rozmezí 15–25 let. Pravděpodobnost nákazy zvyšuje pobyt v uzavřených prostorech, kde se shromažďuje větší množství lidí. (2, 7)

Toto onemocnění má širokou škálu klinických projevů od inaparentní infekce až po závažná invazivní onemocnění. Až 10 % osob v naší populaci jsou bezpříznakoví nosiči, u nichž se meningokok bez nejmenších problémů vyskytuje v horních cestách dýchacích. Inkubační doba se pohybuje v rozmezí 1-6 dnů, nejčastěji 3-4 dny. Lehčí forma nemoci představuje respirační onemocnění zahrnující faryngitidy, bronchitidy, tracheitidy, pneumonie, záněty středního ucha nebo spojivek. Pod nebezpečnější formou, meningokoková invazivní onemocnění, spadá zánět mozkových blan, sepse a toxický šok. Okolo 10 % pacientů je ohroženo vznikem trvalých následků. Dle Petráše smrtnost meningokokových invazivních onemocnění nepřesahuje 10% hranici. (3, 5, 7)

Meningokoková onemocnění léčíme antibiotiky. Pokud je léčba zahájena včas, uzdraví se většina pacientů. (5)

Sporadické případy meningokokových onemocnění jsou dokumentovány z celého světa. V neendemických oblastech připadá na 100 000 osob 0,5–10 invazivních onemocnění, zatímco v endemických oblastech tento počet narůstá na 1000 případů. Největší incidence náleží subsaharskému území zvanému „meningitis belt“, které se rozkládá od Senegalu po Etiopii. Nejčastěji se zde objevuje séro skupina A, ale skupiny C, X a W135 zde také nejsou výjimkou. V zimním období sucha (od prosince do června) zde pravidelně dochází k rozsáhlým epidemiím. V roce 2009 bylo ze 14 afrických států hlášeno 88 199 případů podezřelých z meningokokového onemocnění, včetně 5 352 smrtelných případů. Celosvětově jsou původci meningokokových onemocnění spíše sérotypy B a C, způsobující epidemie i v Evropě. V České republice Národní referenční laboratoř za rok 2008 zaznamenala 87 případů invazivních meningokokových onemocnění způsobených pouze sérotypy B a C, z nichž 6 skončilo

smrtí. (2, 6, 10) „V posledních 20 letech došlo k významnému nárůstu případů meningokokové nákazy skupinou Y a W135 (Saúdská Arábie, Burkina Faso, některé africké země)“. (7)

Riziko nákazy pro cestovatele navštěvující vyspělé země je poměrně nízké. Z 10 000 000 osob pobývajících jeden měsíc v zahraničí podle odhadů onemocní 4 osoby. Meningokokovými onemocněními jsou cestující nejvíce ohroženi v africkém meningokokovém pásmu během epidemické sezóny. Obzvláště, pokud přebývají jen v provizorních podmínkách a žijí v úzkém kontaktu s místním obyvatelstvem. Vyšší výskyt této nemoci Maďar dále připisuje Saúdské Arábii, Indii, Nepálu, Bhútánu a Pákistánu. Velkou pravděpodobnost setkání s meningokokem mají poutníci do Mekky, kde onemocní až 200 ze 100 000 účastníků. (4, 7, 9)

Prostřednictvím očkování lze získat imunitu proti sérotypu skupiny C, kterou zaručují konjugované vakcíny Menjugate a NeisVac-C. Osobám starším 1 roku je aplikována jedna dávka vakcíny. Kojencům ve věku od 2 do 12 měsíců podáváme dvě dávky s odstupem jednoho až dvou měsíců. Základní sada očkování zaručuje dostatečnou protekci po dobu deseti let. Ochranu proti sérotypu A a C umožňuje vakcína Meningococcal polys. A+C vaccine určená pro osoby starší dvou let, jejíž základní vakcinační schéma tvoří jedna dávka. Postvakcinační imunita přetrvává až 5 let. Dále je v České republice k dispozici tetravalentní vakcína Menveo (7), jenž slouží k „aktivní imunizaci dospívajících (od 11 let) a dospělých osob s cílem zabránit invazivnímu onemocnění v případě nebezpečí styku s bakteriemi *Neisseria meningitidis* séroskupiny A, C, W135 a Y.“ (8) Očkování posledně jmenovanou vakcínou se řadí mezi povinné očkování, které je vládou Saúdské Arábie vyžadováno od účastníků pouti do Mekky. Její provedení musí být zaznamenáno v Mezinárodním očkovacím průkazu. Po aplikaci jedné injekce očkovaný získává desetiletou imunitu. (1)

1.3 Infekční onemocnění, proti kterým se očkování doporučuje

1.3.1 Virová hepatitida typu A

Hepatitida A je virový zánět jater způsobený virem hepatitidy A z čeledi Picornaviridae, který velmi snadno odolává vlivům vnějšího prostředí. (12)

K přenosu infekčního agens dochází převážně fekálně-orální cestou. Buď přímým kontaktem s infikovanou osobou nebo prostřednictvím kontaminované vody, potravin či předmětů. Zdrojem nákazy je výhradně člověk (s příznakovou i s inaparentní formou onemocnění) který, jak uvádí Petráš, vylučuje virus stolicí už během prvních dvou týdnů před propuknutím příznaků. Parenterální přenos je také možný, ale dochází k němu jen velmi vzácně. (7,12)

Doba od nákazy do propuknutí onemocnění se pohybuje v rozmezí 14–50 dní. Nejčastěji se však udává 30 dní. Na konci inkubační doby je možné pozorovat necharakteristické projevy zahrnující příznaky chřipkové, gastrointestinální, nervové a kožní. Po tomto prodromálním stádiu, které nemusí být vždy přítomné, nastává fáze vlastního onemocnění, kdy u pacienta dojde ke zhoršení stávajících obtíží, zežloutnutí kůže a bělma očí, svědění kůže, ztmavnutí moči a zesvětlení stolice. Ne každý nakažený musí trpět všemi zmíněnými symptomy. Průběh onemocnění závisí především na věku infikovaných osob. U dětí mladších šesti let se hepatitida A většinou vůbec klinicky nemanifestuje. Starší děti a dospělí obvykle trpí vážnými příznaky. Hepatitida A nepřechází do chronicity ani nezanechává trvalé následky. Zcela výjimečně bývá popisován fulminantní průběh onemocnění, který končí selháním jater a smrtí. (12, 51)

Neexistuje žádná specifická léčba tohoto onemocnění. Pacient dodržuje klid na lůžku během akutní fáze a dietu i po celou dobu zotavování. Důležitou roli hraje náhrada tekutin, minerálů a vitamínů ztracených při zvracení a průjmu. (12, 51)

Virová hepatitida A je rozšířena po celém světě. Každoroční celosvětový počet případů infekce VHA se odhaduje na 1,4 milionu. Světová zdravotnická organizace rozlišuje oblasti s vysokou, střední a nízkou úrovní výskytu VHA. Vysoká úroveň výskytu je v rozvojových zemích se zcela nedostačujícími hygienickými podmínkami, kde je celoživotní riziko nákazy větší než 90 %. Většina onemocnění zde probíhá již

v ranném dětství, a to bez zjevných příznaků. Za oblasti se střední úrovní výskytu VHA jsou považovány rozvojové země s příznivější ekonomickou a zdravotnickou situací. Malé děti, u kterých by nákaza proběhla bez větších problémů, se této nemoci vyhnou. Nezískají však imunitu a nakazí se v pozdějším věku, kdy má nemoc horší průběh. V rozvinutých zemích s odpovídajícími zdravotnickými a hygienickými podmínkami je úroveň výskytu nízká. Onemocnění se týká spíše rizikových skupin obyvatel, jako jsou homosexuálové, intravenózní uživatelé drog nebo osoby cestující do oblastí s vysokým výskytem této infekce. (51)

Stejně jako v ostatních vyspělých zemích, tak i v České republice dochází k poklesu incidence VHA, ale narůstá podíl importovaných nákaz. Virový zánět jater typu A je nejčastějším onemocněním získaným při pobytu v zahraničí, kterému se dá předejít očkovaním. Ze 100 000 neočkovaných osob pobývajících po dobu jednoho měsíce v rizikové oblasti onemocní 300-600 cestujících. Jsou-li ubytováni mimo rekreační střediska, infikuje se až 2000 cestovatelů. Importované nemoci nepředstavují problém jen pro samotného cestovatele, ale ohrožují také zdraví ostatních lidí po návratu do vlasti, kde se nákaza může dále šířit. (31)

V předcházení onemocnění je velmi důležité dodržování základních hygienických pravidel a zásad bezpečného stravování. Nejefektivnějším způsobem ochrany před nakažením však stále zůstává očkování. Doporučuje se všem cestovatelům, kteří hodlají vstoupit na území se zvýšeným rizikem infekce (Střední a Jižní Amerika, Afrika, Asie, Střední východ a pobřeží Středozemního moře). V České republice jsou v současnosti k dispozici vakcíny Avaxim 160, Havrix 1440 a Havrix 720 Junior Monodose. Očkování může být zahájeno od prvního nebo druhého roku života. Záleží na konkrétním výběru vakcíny. Pro dosažení optimální ochrany se podávají dvě dávky vakcíny v intervalu 6-18 měsíců. U všech výše uvedených vakcín se pro udržení protektivní hladiny protilátek provádí přeočkování, a to po 10–15 letech. Očkovaní jedinci získají ochranu před VHA infekcí už po sedmi dnech od podání první dávky, ačkoli úplná sérokonverze je pozorovatelná až po 4 týdnech. (7, 31, 51)

1.3.2 Virová hepatitida typu B

Virová hepatitida typu B je zánětlivé onemocnění jaterní tkáně vyvolané velmi odolným virem hepatitidy B náležícím mezi Hepadnaviridae, který mimo lidský organismus dokáže přežít až 7 dní a nadále je schopen narušit naše zdraví. (12, 52)

Etiologické agens se mezi lidmi přenáší buď přímým kontaktem s tělními tekutinami (krev, sperma, poševní sekret) nebo prostřednictvím kontaminovaných předmětů při provádění lékařských či nelékařských invazivních zákroků. Infikovaná matka může nakazit své dítě vertikální, ale i perinatální cestou. (12, 52)

Průměrná inkubační doba se pohybuje kolem 90 dní, avšak může kolísat v rozmezí 50 až 180 dní. Klinický obraz se velmi podobá hepatitidě A, ale průběh bývá zpravidla těžší. Častěji se zde objevují výrazné artralgie, vyrážky a nervová poškození. Akutní hepatitida postihuje 1 % infikovaných novorozenců, 10 % dětí nakažených před dosažením pátého roku a 30 % osob nakažených v pozdějším věku. U 0,1–0,6 % z těchto případů pozorujeme fulminantní hepatitidu, jíž podléhá až 70 % takto postižených pacientů. (12) „*Infekce může přejít do chronicity s možným vznikem jaterní cirhózy či hepatocelulárního karcinomu. Pravděpodobnost tohoto přechodu je nepřímo závislá na věku infikovaného (90-95% u novorozenců, 25-50% u 1-5 letých dětí, 5-10% u starších dětí a dospělých. Smrtnost VHB je cca 1-2 %*“ . (13, 194 s.)

Akutní forma VHB se léčí pouze dodáváním tekutin a minerálů ztracených průjmy a zvracením. Jiná specifická terapie neexistuje. Pacientům s chronickou hepatitidou podáváme interferony a antivirotika a sledujeme, zda nemoc neprogreduje k rakovině či cirhóze jater. (9, 52)

Virová hepatitida typu B se vyskytuje po celém světě. Podle Světové zdravotnické organizace byly virem infikovány už 2 miliardy lidí a 350 miliónů lidí jsou jeho nosiči. Odhaduje se, že této nemoci každý rok podlehne kolem 600 000 pacientů. Podle prevalence chronické infekce rozlišujeme oblasti s vysokým, středním a nízkým rizikem infekce VHB. Oblasti s vysokou prevalencí chronické hepatitidy (≥ 8 %) zahrnují jihovýchodní Asii, Čínu, Koreu, Indonésii, Filipíny, Střední východ (kromě Izraele), ostrovy lokalizované na jihu a na západě Tichého oceánu, území v povodí řeky Amazonky, Haiti, Dominikánskou republiku a celou Afriku. Střední prevalence

chronické VHB (2–7 %) se týká jižní, střední a jihozápadní Asie, Izraele, Japonska, východní a jižní Evropy, Ruska, většiny oblastí obklopující amazonské bažiny, Hondurasu a Guatemaly. Nejnižší riziko nákazy je v severní a západní Evropě, Severní Americe, Austrálii, Mexiku, jižní části Latinské Ameriky a na Novém Zélandu, kde prevalence chronické VHB klesá pod 2 %. (8, 52)

Zvýšenému riziku nákazy jsou vystaveni cestovatelé mířící do zemí se střední a vysokou prevalencí VHB. Pravděpodobnost nákazy v těchto oblastech zvyšuje rizikové chování, což znamená např. nechráněný pohlavní styk s místním obyvatelstvem, používání společných injekčních stříkaček mezi parenterálními narkomany, tetování, piercing, manikúra, akupunktura, stomatologické ošetření či hospitalizace v místní nemocnici. (8)

Očkování před cestou do zahraničí se doporučuje osobám, které doposud nebyly očkovány v rámci pravidelného nebo zvláštního očkování. Vakcína Engerix se podává ve třech dávkách, kdy se druhá dávka aplikuje 1 měsíc po první a třetí dávka 5 měsíců po druhé injekci. Kompletní vakcinace zajišťuje celoživotní imunitu. Dostatečná ochrana ale nastupuje už 1-2 týdny po přijetí druhé dávky a třetí dávka se může podat až po návratu ze zahraničí. (32) *„V případě dlouhodobých cest nebo má-li cestovatel kratší dobu než jeden měsíc před odjezdem, je možné aplikovat 2. dávku za 1 týden po první dávce a třetí 21. den od první dávky“.* (16, 17s.) Tento zrychlený plán musí být zakončen podáním 4. dávky po uplynutí 1 roku od začátku očkování. (32) Pro osoby v riziku nákazy hepatitidou A i B je výhodné očkování bivalentními vakcínami Twinrix Adult a Twinrix Paediatric, které mohou být podávány v konvenčním nebo zrychleném schématu se stejnými pravidly, jaké zmiňují u vakcíny Engerix. Podle Berana je bivalentní vakcína minimálně stejně bezpečná, reaktogenní a vyvolává stejnou imunologickou odpověď jako monovalentní vakcíny proti VHA a VHB. (4)

1.3.3 Břišní tyfus

Za akutní horečnaté onemocnění zvané břišní tyfus je zodpovědná bičíkatá bakterie *Salmonella typhi abdominalis*, která napadá pouze člověka a v minulosti, především v období válek, zapříčinila obrovské množství úmrtí. (6)

Salmonella typhi abdominalis vstupuje do organismu požitím vody či potravin kontaminovaných močí a stolicí infikované osoby, kde se infekční agens vyskytuje nejen v celém průběhu nemoci, ale již týden před koncem inkubační doby. Roháčová a Tomíčková uvádějí, že „*zhruba 10 % neléčených pacientů vylučuje původce stolicí ještě 3 měsíce a 2,5 % neléčených se stává doživotními nosiči*“. (42, 54 s.)

Mikrob způsobující břišní tyfus prochází skrze stěnu tenkého střeva až do krevního oběhu, což se odráží v klinickém projevu lišícím se od nemocí způsobených jinými sérotypy *Salmonell*. Po uplynutí 7–14 denní inkubační doby se začne pomalu zvyšovat tělesná teplota a dále se pohybuje mezi 39–40 °C, což vede k únavě, pocitům zmatenosti, apatii, bolestem svalů a kloubů. Typickým příznakem je výrazná bolest hlavy. Pozorujeme zvětšení jater, sleziny a vyrážku v podbřišku. Zpočátku nemocní trpí zácpou. Až později následuje průjem, nechutenství a úbytek váhy. Výrazné nebezpečí v průběhu onemocnění představuje perforace střeva a zánět pobřišnice. Dehydratace, selhání ledvin, zánět myokardu a toxický šok mohou zapříčinit smrt pacienta. (42)

„*S adekvátní antibiotickou terapií je TA většinou krátce trvající febrilní onemocnění s nízkou mortalitou. Neléčený je však život ohrožující infekcí trvající týdny a s dlouhodobými následky*“. (42, 54s.)

Břišní tyfus se stále vyskytuje v rozvojových zemích s teplým klimatem a neadekvátním hygienickým standardem. Dle odhadů Centra pro prevenci a kontrolu nemocí je břišním tyfem ročně nakaženo kolem 22 milionů lidí, z nichž na 200 000 pacientů chorobě podléhá. (8)

Od konce druhé světové války, kdy břišní tyfus zabíjel statisíce lidí i ve vyspělých zemích, se situace výrazně změnila. Dnes jsou zde registrovány pouze sporadické případy importované z endemických oblastí, kde cestovatelům k získání břišního tyfu postačí pouhých sedm dní. „*Incidence u cestovatelů je především závislá na cílové zemi, přitom nejvyšší se odhaduje v Jižní Americe se 14-19 případy na*

100 000 cestovatelů a v Africe s 13-21 případy na 100 000 cestovatelů. Naopak v Asii je jeho riziko významně nižší, asi 5–8 případů na 100 000 cestovatelů, ale jen v Indii a Pákistánu se odhaduje více než 100 případů na 100 000 cestovatelů“. (30) Data Státního zdravotního ústavu ukazují, že v letech 2000–2009 bylo v ČR hlášeno 29 případů břišního tyfu. (44)

Velmi významnou roli v prevenci břišního tyfu hraje, stejně jako u jiných nákaz přenášených fekálně–orální cestou, dodržování jednoduchých, ale velmi důležitých hygienických zásad. K ochraně před břišním tyfem jsou také k dispozici vakcíny Typhim Vi a Typherix, které jsou vhodné pro osoby starší dvou let. Pro vytvoření optimální ochrany se aplikuje pouze jedna dávka vakcíny, a to 10–14 dní před odjezdem do rizikových oblastí. Posilující dávka se podává po třech letech. Velmi důležitá je skutečnost, že toto očkování nezaručuje 100% ochranu proti infekci. Z toho vyplývá, že by cestovatelé ani po vakcinaci neměli zapomínat na obecnou prevenci této nemoci. (7)

1.3.4 Cholera

Cholera je průjmové infekční onemocnění, které mimo menších epidemií zavinilo také sedm obrovských pandemií, při nichž přišly o život miliony lidí. V dnešních dnech i nadále sužuje některé země třetího světa. Za vznikem této nákazy stojí dva biotopy gramnegativní bakterie *Vibrio cholerae* skupiny O1 (klasický typ a El Tor) a biotop *Vibrio cholerae* O139 Bengal. (6)

Za nejčastější zdroj rozsáhlých epidemií je považována voda kontaminovaná odpadními látkami. K nákaze dochází také konzumací nedostatečně tepelně upravených či syrových potravin. (10, 53)

Až 75 % infikovaných osob prodělává cholera inaparentně, ale i oni se vylučováním *Vibrií* stolicí stávají potenciálním zdrojem infekce pro své okolí. U zbylých 25 % cholera většinou probíhá pod obrazem lehkého průjmu. V některých případech se v rozmezí několika hodin až pěti dnů od vstupu etiologického agens do organismu objevují vodnaté průjmy a zvracení, které vedou k životu ohrožující ztrátě tekutin a minerálů. Následná dehydratace má na svědomí tkáňovou acidózu, pokles krevního tlaku a tepové frekvence. Bez adekvátní léčby pacient umírá několik hodin po

nástupu prvních příznaků. Pro onemocnění je typické, že probíhá bez horečky a bez přítomnosti krve ve stolici. (6, 53)

Léčba cholery se zakládá na rehydrataci a doplňování minerálních látek. Pro zkrácení průběhu nemoci a omezení vylučování bakterií do okolí jsou podávána antibiotika. Úmrtnost je hlavně díky včasné a adekvátní léčbě menší než 1 %. (24, 53)

Ze zpráv Světové zdravotnické organizace je zřejmé, že pro Afriku, Asii a Latinskou Ameriku cholera představuje závažný zdravotnický problém. Ve vývoji výskytu cholery aktuálně pozorujeme stoupající trend. V letech 2004–2008 bylo celosvětově zaznamenáno o 24 % více případů než v předešlém čtyřletém období. Odhad ročního výskytu cholery je 3-5 milionů případů, z nichž 100 000–200 000 končí smrtí. Až 95 % všech případů náleží africkému kontinentu. Každým rokem dochází k zavlečení ojedinělých případů do vyspělých zemí, Českou republiku nevyjímaje. Beran zmiňuje rok 2002, kdy byla cholera do České republiky importována z Indie a z Thajska. (6, 53)

V prevenci cholery je, stejně jako u břišního tyfu a hepatitidy A, velmi důležité dodržování základních hygienických pravidel. Očkování je vhodné pro cestovatele, kteří budou pobytem v endemických oblastech vystaveni vysokému riziku nákazy. Obzvlášť osoby se sníženou kyselostí žaludku nebo osoby po operaci žaludečních vředů, které jsou náchylnější k těžšímu průběhu onemocnění, by před návštěvou rizikových destinací na očkování určitě neměly zapomenout. Přestože očkování proti choleře už není Světovou zdravotnickou organizací označeno jako povinné, může být před vstupem do některých zemí po cestovateli požadováno. Podle Petráše mezi takové země patří např. Nigérie, Rovnická Guinea, Somálsko, Tanzanie, Kamerun, Kongo a Libérie. (33)

Do České republiky je individuálně dovážena vakcína Dukoral určená dospělým a dětem, které dosáhly věku dvou let. *„Základní očkování u dětí do 6-ti let se provádí podáním 3 dávek v intervalu 1-6 týdnů. Dětská vakcinační dávka je zhruba dvojnásobně koncentrovanější než dospělá. Osoby starší 6 let se očkují jen dvěma dávkami podanými v intervalu 1-6 týdnů. Dojde-li k překročení tohoto intervalu, očkování se zahajuje od počátku. Posilující očkování se doporučuje u dětí mladších 6 let provádět každých 6 měsíců, zatímco u osob starších 6 let je možné posilovat imunitu podáním jedné dávky*

vakcíny každé 2 roky“.

(33) Podle výrobce by titry protilátek měly dosáhnout protektivní úrovně už sedm dní po podání poslední dávky základního schématu. (11) Tato vakcína bohužel není s to zaručit 100% ochranu proti nákaze, takže cestovatelé musí i po podstoupení vakcinace dále dodržovat obecná preventivní doporučení v předcházení vodou přenosných infekčních onemocnění. Dukoral navíc poskytuje ještě tříměsíční ochranu proti infekcím způsobených enterotoxigenními bakteriemi *E. coli*, ale pouze s 50% protektivní účinností. (16, 33)

1.3.5 Japonská encefalitida

Pod názvem japonská encefalitida se skrývá hmyzem přenášený virový zánět mozku, jehož vyvolavatelem je jednovláknový RNA arbovirus z rodu *Flaviviridae*. (8, 34)

Toto onemocnění je vázané na typický biotyp s „*určitým zastoupením flóry a fauny, které umožňují život a trvalou přítomnost původce, rezervoárových zvířat a přenašečů*“.

(13, 162 s.) Rezervoárem nákazy jsou prasata a brodiví ptáci. Přenos původce zajišťují různé druhy komárů rodu *Culex*, nejčastěji *Culex tritaeniorhynchus*. K přenosu dochází hlavně ve venkovských oblastech, kde se pěstuje rýže za využití zavlažovacího systému. Člověk se nakazí pouze po poštípání samičkou komára, která předtím sála na viremickém zvířeti. Infikovaná osoba se tak stává slepým článkem enzootického cyklu, což znamená, že jejím prostřednictvím se nákaza nemůže dále šířit. Přímý interhumánní přenos infekce není znám, ale ve velmi vzácných případech byl zaznamenán přenos infekce z matky na plod. (6)

Za typický příznak japonské encefalitidy se považuje akutní zánět mozku. U většiny infikovaných osob však onemocnění probíhá bez klinické manifestace. Přibližně u 1 % nakažených se po uplynutí inkubační doby čítající 5–15 dní projevují příznaky o různé závažnosti. Mírný průběh onemocnění pozorujeme především u dospělých, kteří trpí horečkami, bolestí hlavy, zvracením a aseptickou meningitidou. U dětí se dále přidává změna duševního stavu, neurologické poruchy, problémy s pohyblivostí a celková slabost. Mezi vážné komplikace, které mohou zapříčít trvalé následky nebo smrt, patří mozková hypoxie, epileptický stav, zvýšený intrakraniální tlak, protržení

mozkového kmene či aspirační pneumonie. Nejčastěji postihují děti mladší 10 let a osoby nad 65 let. Centrum pro prevenci a kontrolu nemocí uvádí, že 20-30 % pacientů nemoci podléhá a 30-50 % z těch, co nemoc přežijí, trpí celoživotními neurologickými a duševními následky. (6, 8, 34)

Léčba je pouze symptomatická. Žádná specifická protivirová terapie není k dispozici. (6)

Do roku 1970 se japonská encefalitida vyskytovala endemicky pouze v Koreji, Číně, Japonsku a na Tchaj-wanu. Dnes se s japonskou encefalitou můžeme setkat na území rozkládajícím se od jihovýchodní části Ruska po severní Austrálii včetně Papui-Nové Guinei a od Japonska až po západní Indii. Hyperendemický výskyt je doložen v severním Nepálu a v Indii. Podle Světové zdravotnické organizace ročně dochází k 50 000 případům onemocnění. (8, 54).

Zvýšenému riziku jsou vystaveni turisté, kteří v endemické oblasti setrvávají po delší dobu a pohybují se ve venkovských oblastech v blízkosti zavlažovacích systémů, zejména během období, kdy dochází k přenosu nákazy. (8) *„Incidence JE se odhaduje při měsíčním pobytu v exponovaných podmínkách, tj. během monzunových dešťů, na 20 případů ze 100 000 cestovatelů“*. (34) Jako varování před podceněním rizika této nákazy by mohl posloužit fakt, že 6 z 24 nakažených cestovatelů zemřelo a na 5 pacientech se japonská encefalitida podepsala trvalými následky. (34)

V Evropské unii je registrovaná vakcína Ixiaro určená osobám starším 18 let. S odstupem 30 dní se podávají dvě základní dávky. Dle výrobce by první booster očkování mělo být provedeno po uplynutí jednoho až dvou let od primárního očkování. Termín dalšího posilujícího očkování zatím není znám. *„Poslední dávka základního očkování by se měla podávat nejpozději 10 dní před odjezdem do endemické oblasti. Tato doba je totiž postačující nejen pro vznik dostatečného množství neutralizačních protilátek, ale i pro případnou manifestaci postvakcinačních nežádoucích účinků“*. (34)

1.3.6 Klíšťová encefalitida

Klíšťová encefalitida patří mezi zoonózy, což jsou „*nákazy volně žijících zvířat kolující prostřednictvím přenašeče v přírodě nezávisle na lidech, avšak přenosná na člověka*“. (20) Rozlišujeme tři druhy klíšťových encefalitid, a to západní, východní a sibiřskou, které jsou způsobeny velmi podobnými RNA viry klíšťové encefalitidy z rodu Flavivirů. (20)

Virus klíšťové encefalitidy přežívá v tělech volně žijících savců, plazů, ptáků, ale i domácích a hospodářských zvířat pasoucích se v přírodě. Nákaza je přenášena přisátím všech vývojových forem infikovaného klíštěte. Čím déle je klíště přisáto, tím se zvyšuje pravděpodobnost jejího přenosu. Nemoc se může šířit také perorální cestou požitím nepasterizovaného mléka od infikovaných zvířat. Člověk představuje v procesu šíření nákazy konečný bod, od něž se onemocnění dále nešíří. (13, 14)

Po proniknutí viru do organismu nastává 3–30 denní inkubační doba. Po jejím uplynutí si pacienti stěžují na klasické chřipkové příznaky, které mohou být v případě abortivní formy konečnou fází onemocnění. Další variantou je přechod do druhé fáze onemocnění, kdy virus napadá centrální nervovou soustavu. Toto stadium nemoci může probíhat pod obrazem meningitidy, meningoencefalitidy nebo meningoencefalomyelitidy, kdy se k zánětu mozku a mozkových blan přidává ještě poškození předních míšních rohů. Při postižení krční páteře a prodloužené míchy dochází k ohrožení funkcí životně důležitých center, jejichž selhání vede k úmrtí pacienta. Smrtnost západní formy encefalitidy je 0,5–3 %, zatímco u východní formy dosahuje 10–30 %. (14, 20, 35) „*U dětí je průběh většinou benigní, dospělí trpí i měsíce po akutním onemocnění nesoustředěností, nižší výkonností a psychickými i psychologickými poruchami*“. (6)

Neexistuje lék, který by ničil samotného původce klíšťové encefalitidy. Léčba se tedy zakládá pouze na managementu symptomů. Pacienti užívají antipyretika, analgetika a psychofarmaka. Dodržují dietická pravidla a správný pitný režim. Celková rehabilitace je velmi zdlouhavá a výsledky nejsou vždy uspokojivé. (15)

S evropskou klíšťovou encefalitidou se kromě Řecka, Velké Británie, Irska, Holandska, Španělska a Portugalska setkáváme ve všech evropských státech, kde se

ročně nakazí kolem 10 000 obyvatel. Podle dat Světové zdravotnické organizace je nejvíce případů hlášeno z Německa, Rakouska, Švýcarska, Estonska, Litvy, Lotyšska, Maďarska, Polska a České republiky. Státní zdravotní ústav uvádí, že za posledních deset let je v České republice každý rok hlášeno průměrně 680 případů. Východní encefalitida je spojována s územím táhnoucím se od severovýchodních hranic Evropy až po Japonsko a Čínu. Sibiřská encefalitida připadá oblastem od severní Evropy po Sibiř. K největšímu počtu onemocnění dochází od dubna do listopadu, a to zejména v zalesněných oblastech sahajících do 1400 metrů nad mořem. (14, 44, 54)

Pravděpodobnost nakažení můžeme snížit používáním repelentů, nošením světlého oblečení s dlouhými rukávy a nohavicemi, pečlivou osobní prohlídkou po návratu z přírody a včasným odstraněním přisátého klíštěte. (15)

Očkování proti klíšťové encefalitidě je vhodné pro osoby starší jednoho roku. Máme možnost si vybrat mezi dvěma vakcínami Encepur a FSME-Immun. Konvenční očkovací schéma se skládá ze 3 dávek. Druhá dávka následuje 1-3 měsíce po první a poslední dávka po uplynutí 5-12 měsíců (FSME-Immun) nebo 9-12 měsíců (Encepur) od podání druhé dávky. Oběma komerčními vakcínami můžeme očkovat i ve zrychleném schématu, kdy se druhá dávka aplikuje již 14 dní po podání první dávky a třetí dávka v souladu s konvenčním schématem. (35) Protekce nastupuje už 14 dní po řádném dokončení očkování a přetrvává nejméně tři roky. Přeočkování se proto provádí po 3-5 letech. Petráš v jednom ze svých článků vyzdvihuje mimořádnou klinickou účinnost tohoto očkování, která podle něj dosahuje až 97 %. (28)

1.3.7 Vzteklna

Vzteklna představuje akutní virovou encefalomyelitidu vedoucí k smrti pacienta v každém případě, kdy dojde k nástupu příznaků nemoci. Původcem jsou neurotropní Lyssaviry z čeledi Rhabdoviridae. (37, 58)

Do lidského organismu virus vztekliny vniká po pokousání, ale i po jiném poranění infikovaným zvířetem. Hlavními zdroji této infekce jsou psovitě šelmy, zejména psi. Dále to mohou být lišky, kojoti, šakali, kočkovité a kunovité šelmy, opice

a různé druhy netopýrů. Velmi vzácně dochází k přenosu transplantací, nedostatečně inaktivovanou vakcínou, transplacentárně nebo inhalací infekčního aerosolu. (6, 37)

Virus vztekliny napadá centrální nervovou soustavu. Inkubační doba se pohybuje v rozmezí jednoho týdne až několika měsíců, nejčastěji se uvádí 20–90 dní. Během 2-10 dnů před nástupem neurologických příznaků pacient trpí bolestí v místě poranění, parestézií, nechutenstvím, bolestí hlavy, horečkou, pocitem strachu a nervozity. Klinický obraz vztekliny se dále dělí na zuřivou a němou formu. V prvním případě je pacient neklidný, zmatený a nadměrně sliní. Pozorujeme rozšířené zornice, hydrofobii, napadání osob a bolestivé křeče polykacího svalstva. Němá forma se charakterizuje horečkou, bolestí hlavy, dezorientací, nadměrnou ztuhlostí a parézami. V obou případech pacient nevyhnutelně upadá do kómatu. Nastává respirační a oběhové selhání následované úmrtím. (6)

Po objevení prvních příznaků vztekliny už uzdravení není možné. Včasný a adekvátní léčebný zásah může nástupu klinických projevů zabránit. Bezprostředně po poranění musíme ránu vyčistit pomocí mýdla a tekoucí vody a vydesinfikovat. Dále přichází na řadu postexpoziční profylaxe, která záleží na způsobu kontaktu se zvířetem. (58)

Ačkoli ve vyspělých státech vzteklina napadá spíše divoká zvířata a k lidským nákazám zde již nedochází, v Africe, Asii a Latinské Americe, kde je tato nákaza stále endemická, způsobuje obrovské škody na lidských životech. Světová zdravotnická organizace uvádí, že vzteklině ročně podléhá asi 55 000 lidí. Až 95 % z těchto případů připadá Africe a Asii. Podle Mađara je nejvíce případů hlášeno z Jižní Ameriky, indického subkontinentu, Thajska, Vietnamu a Filipín. Okolo 40 % lidí pokousaných vzteklým zvířetem (z 99 % psem) tvoří děti mladší 15 let. Díky plošné vakcinaci lišek zahájené v roce 1989 se Česká republika pyšní statutem vztekliny prosté země dle kritérií Světové organizace pro zdraví zvířat. (24, 25, 37, 58)

Cestovatelé by se měli vyhnout kontaktu se zvířaty, která by mohla být potenciálním zdrojem nákazy. Zvláštní pozor by si měli dávat rodiče na malé děti, které mají tendenci si se zvířaty hrát. (8, 24)

K prevenci vztekliny u lidí, kteří předpokládají, že by v budoucnosti mohli být nákazou ohroženi, ale také k léčbě pacientů, kteří už s infikovaným zvířetem přišli do kontaktu, se používají vakcíny Rabipur a Verorab. Preexpoziční profylaxe je určena pro osoby starší 2 měsíců. Základní očkovací schéma se skládá ze tří dávek. Jeden až dva týdny po podání první dávky se aplikuje druhá injekce a poslední za další 2 až 3 týdny. Dle Berana nastupuje solidní ochrana již třicátý den a přetrvává jeden rok. Po jeho uplynutí výrobce doporučuje první přeočkování. Vzhledem k míře rizika kontaktu se vzteklinou se dále přeočkovává po 2-5 letech. (5, 37)

Postexpoziční profylaxe má smysl jen když je provedena před nástupem klinických příznaků nemoci. Od března tohoto roku jsou podávány pouze čtyři dávky vakcíny, kdy se první dvě dávky aplikují souběžně do různých míst v den 0, třetí dávka v den 7. a čtvrtá 21. den. *„Byla-li osoba v minulosti očkovaná proti vzteklině před méně než pěti lety, profylakticky se podávají pouze dvě vakcinační dávky v den 0 a 3. Naopak bylo-li očkování provedeno déle než před pěti lety, pak je vhodnější očkovat od počátku“.* (37) Ve velmi závažných případech se indikuje kombinovaná postexpoziční profylaxe, kdy je vakcína doprovázena podáním antirabického séra. (37)

1.4 Cestování a pravidelné očkování

1.4.1 Tetanus

Tetanus je akutní bakteriální onemocnění způsobené neurotoxinem, který je produkován Clostridiem tetani. (26, 38)

Anaerobní tyčinka Clostridium tetani se běžně vyskytuje v lidském i zvířecím trávicím traktu. Z něj se dostává do půdy, kde může ve formě spor přežívat celá léta. Člověk se nakazí při poranění, kdy se do rány zanesne kontaminovaná půda či prach. Znám je také přenos v nemocničním prostředí prostřednictvím kontaminovaných předmětů a u intravenózních narkomanů. V zemích třetího světa tetanus stále ohrožuje novorozence, kteří se nakazí zanesením bakterií do pahýlu pupečnickové šňůry. Přenos z člověka na člověka nebyl nikdy zdokumentován. (13, 16, 38)

Za 3 až 30 dní po zanesení infekčního agens do rány pacienti pociťují zvýšené svalové napětí, které později přechází v bolestivé křeče. Spazmy nejdříve napadají obličejové a šíjové svaly a dále se rozšiřují na celé tělo. Následuje dýchací či oběhové selhání, které pacienty připraví o život. Tetanu podléhá 30–50 % dospělých a až 90 % novorozenců. (6, 13, 16)

Tetanem se člověk může nakazit kdekoliv na světě. Podle Centra pro prevenci a kontrolu nemocí této nákaze ročně podlehne 290 000 lidí. K většině onemocnění dochází v Asii, Africe a Jižní Americe. V České republice je ročně hlášeno jen několik sporadických případů. Od roku 2002 nebylo dokonce zaznamenáno ani jediné onemocnění. (8, 16, 44)

Na cestách je tetanem ohrožen každý neočkovaný nebo neúplně očkovaný jedinec, a proto by si každý cestovatel měl před odjezdem zkontrolovat, zda je jeho očkování proti tetanu v pořádku. (8)

V rámci rutinního očkování se proti tetanu přeočkovává poprvé v 10 letech a podruhé v 25 letech (Tetavax). Podání další posilující dávky se řádně očkovaným osobám mladším 60 let doporučuje vždy po 15 letech, osobám starším 60 let vždy po 10 letech. Osobám, které neabsolvovaly řádný vakcinační program, jsou podávány 3

dávky, kdy druhá následuje 6-10 týdnů po první a třetí za 6-10 měsíců od podání dávky druhé. (16, 29)

1.4.2 Poliomyelitida

Poliomyelitida, též zvaná dětská obrna, je vysoce nakažlivá infekce, jejímž původcem jsou tři typy střevních poliovirů (PV1, PV2 a PV3). (27, 57)

Virus se do organismu dostává buď přímou fekálně-orální či kapénkovou cestou, nebo nepřímo skrze kontaminovanou vodu, potraviny a předměty. (27)

Inkubační doba se pohybuje v rozmezí 3-35 dnů, nejčastěji se udává 7-14 dní. Přibližně 90-95 % infikovaných nálezů prožívá úplně bez příznaků, 4-8 % pacientů prochází jen mírným onemocněním ve formě horečnatého onemocnění horních cest dýchacích či gastroenteritidy, 1-2 % nemocných trpí aseptickou meningitidou a pouze u 1 % postižených dochází k parézám kosterního svalstva, zejména dolních končetin, které bývají ve většině případů nevratné. Přibližně 5-10 % pacientů, u kterých se vyvinula paretická forma onemocnění, umírá. (27, 57)

V současné době se poliomyelitida endemicky vyskytuje v Afghánistánu, Indii, Pákistánu a Nigérii, kde z 95 % napadá děti mladší 5 let. Ostatní země jsou Světovou zdravotnickou organizací prohlášeny za „polio-free“. Tyto státy jsou ale stále ohroženy opětovným zavlečením polioviru na své území. Jen v první polovině roku 2009 evidovalo import poliomyelitidy 21 států. Za rok 2009 bylo celosvětově zaznamenáno 1604 onemocnění. V České republice nebyla dětská přenosná obrna hlášena od roku 1961. (13, 54)

Každý cestovatel vstupující do oblastí s endemickým výskytem nebo do zemí, kam byl poliovirus znovu zavlečen, by měl být očkovan. (54)

Imunita zprostředkovaná pravidelným očkováním přetrvává do 30 let. Starším řádně očkovaným osobám, které předpokládají expozici polioviru, se podává jedna injekce očkovací látky Imovax polio, která zajišťuje adekvátní ochranu na dalších 30 let. (16)

1.4.3 Záškrt

Záškrt je akutní onemocnění vyvolané difterickým exotoxinem, který je produkován bakterií *Corynebacterium diphtherie* osidlující dýchací ústrojí člověka. (18, 54)

Zdroj nákazy představuje jak nemocný pacient, tak i asymptomatický nosič. Etiologické agens se mezi lidmi přenáší prostřednictvím kapének nebo přímým osobním kontaktem. K nákaze dochází i nepřímo při kontaktu s kontaminovanými předměty. (18, 54)

Příznaky záškrtu nastupují většinou 2-5 dní po vstupu bakterie do organismu. Zahrnují tonsilitidu, faryngitidu a laryngitidu, jež jsou charakteristické šedavými plácnami se zánětlivým lemem. Zánět hrtanu pacienta dokonce ohrožuje na životě, protože může dojít k jeho udušení. V tropech a subtropích bývá postižena spíše kůže a jiné sliznice. Po uplynutí 2-6 týdnů můžeme pozorovat napadení myokardu, centrální nervové soustavy, ledvin a jiných orgánů. Nákaze podléhá 5-10 % nemocných. (13, 18, 49)

Dle Centra pro prevenci a kontrolu nemocí se se záškrtem můžeme setkat na celém světě. Zdravotnický problém představuje pro rozvojové země, kde nemají dostatečné prostředky na pokrytí vakcinačních programů. Mezi oblasti s endemickým výskytem patří státy subsaharské Afriky, Alžírsko, Angola, Egypt, Niger, Nigérie, Súdán, země bývalého Sovětského svazu, Bolívie, Brazílie, Ekvádor, Kolumbie, Paraguay, Haiti, Dominikánská republika, země Středního východu, některé asijské státy a země jižního Pacifiku. Ve vyspělých zemích, kam řadíme i Českou republiku, se díky dlouhodobým očkovacím programům objevují pouze sporadické importované případy. Poslední případ záškrtu u nás byl hlášen v roce 1995. (8, 18, 54)

Vzhledem ke snadné cestě přenosu a závažnosti této nemoci by měl být očkovaním chráněn každý cestovatel, který pobývá v oblastech s endemickým výskytem. (8)

Přeočkování se doporučuje osobám starším 40 let. Podání jedné dávky očkovací látky (Difterie) jedinci zprostředkuje desetiletou imunitu. (16)

1.5 Častá infekční onemocnění cestovatelů, proti kterým nelze očkovat

1.5.1 Malárie

Malárie je akutní horečnaté onemocnění, které vyvolávají čtyři druhy parazita zvaného Plasmodium (*P. falciparum*, *P. vivax*, *P. malarie* a *P. ovale*). (55)

Zdrojem onemocnění je infikovaný člověk. Plasmodia mezi lidmi šíří komár z rodu *Anopheles*, který je aktivní od soumraku do úsvitu. Dále známe také přenos krevní transfúzí, krví kontaminovanými jehlami, stříkačkami a vzácně i kongenitální cestou. (13)

Inkubační doba se většinou pohybuje od 8 do 42 dní, ale může dosáhnout i několika měsíců. „*Malárie je charakterizována třesavkou, zimnicí, horečkou, pocením s následnou apyretickou fází, často se objevují průjmy, rozvíjí se anemie a splenomegalie. Klinická závažnost závisí na původci onemocnění. Nejtěžší formu vyvolává Plasmodium falciparum. Rozvíjejí se příznaky jaterního a ledvinového selhání, encefalopatie, mozkový edém až kóma*“. (13, 169 s.) Bez léčby pacient umírá. (13)

Včasnou diagnostikou a léčbou pomocí antimalarik zlepšujeme průběh onemocnění a zabraňujeme dalšímu šíření infekce. (55)

Podle Světové zdravotnické organizace je riziku malárie vystavena až polovina světové populace. Nejrizikovější jsou země rovníkové Afriky, amazonské oblasti Jižní Ameriky a jihovýchodní Asie. V roce 2008 bylo celosvětově zaznamenáno 247 milionů onemocnění, z nichž 1 milion případů končil smrtí. Každý rok také dochází k zavlečení přibližně 10 000 onemocnění do Evropy. V průměru 100 cestovatelů této nákaze podléhá. (24, 55)

Prevence malárie je založena na preexpozici chemoprofylaxi, protože účinné očkování zatím nebylo vynalezeno. Cestovatelé užívají vhodné antimalarikum před odjezdem, po celou dobu pobytu v malarické oblasti a pokračují i po návratu. Žádná antimalarika nezaručují 100% imunitu. Může se tedy stát, že cestovatel i přes správné užívání léků malárií onemocní. V tomto případě však mívá malárie výrazně lehčí průběh. Velký význam je stále přikládán ochraně před komářím poštípáním. Cestovatelé

by se neměli pohybovat venku po západu slunce, měli by nosit dlouhé oblečení, používat repelenty, instalovat sítě do oken a spát pod moskytiéry. (16, 24)

1.5.2 Horečka dengue

Horečka dengue patří mezi vektorem přenášená onemocnění, jejímž původcem jsou čtyři sérotypy viru dengue z rodu Flavivirů. (7)

Onemocnění je přenášeno komárem rodu Aedes, který sají krev na infikované osobě či opici ve stadiu virémie. Tito komáři se vyskytují v blízkosti lidských obydlí a jsou aktivní i ve dne. (24)

Inkubační doba trvá 3-13 dní. Po jejím uplynutí nastává horečka, bolest hlavy, kloubů, svalů, vyrážka a zvracení. V některých případech může probíhat jako hemoragická horečka či šokový syndrom, kdy dochází k úmrtí pacienta. (13)

Terapie je pouze symptomatická. Spočívá ve snižování teploty, tlumení bolesti a rehydrataci. Nedoporučuje se užívat léky obsahující kyselinu salicylovou. (7)

S horečkou dengue se můžeme setkat v tropických a subtropických oblastech Afriky, Ameriky, jihovýchodní Asie, západního Pacifiku a ve východních oblastech Středozemního moře. Každý rok se touto infekcí nakazí až 50 milionů osob. Hemoragická forma nemoci postihuje asi 500 000 osob, z nichž 2,5 % pacientů nákaze podléhá. (4) Horečka dengue bývá velmi často importována do neendemických oblastí. „V České republice bylo v posledních letech diagnostikováno asi 30 onemocnění importovaných nejčastěji z Thajska, Indonésie a Nepálu“. (7, 169 s.)

V prevenci před onemocněním má výsadní postavení ochrana před poštípáním komáry. Turistům se doporučuje používání repelentů, sítí do oken, moskytiér a nošení vhodného oblečení, které zakrývá co největší plochu těla. Účinná očkovací látka nebyla dosud vyvinuta. (54)

1.5.3 Průjmy cestovatelů

Průjmová onemocnění jsou nejčastějším zdravotním problémem, který postihuje osoby na cestách. Lehčí průjmy bývají způsobeny změnou klimatu, odlišným

stravováním nebo nadměrným stresem. Závažnější onemocnění vyvolávají infekční agens, která jsou v 80 % zastoupena bakteriemi, v 15 % viry a v 5 % parazity. (7)

Mikrobi se do organismu dostávají buď přímou fekálně-orální cestou, nebo nepřímou cestou, kdy se vehikulem nákazy stává kontaminovaná voda, nápoje a potraviny. (7)

„Cestovní průjem není specifické onemocnění, nýbrž syndrom označující průjmové onemocnění, které vzniklo v časové souvislosti s cestováním“. (7, 145 s.) Mezi příznaky tohoto syndromu patří vyprázdnění tří a více průjmových stolic za den, nauzea, zvracení, křečovitě bolesti v břiše, tenesmy, krev či hlen ve stolici a horečka. Inkubační doba kolísá od několika hodin po několik dní. (7, 13)

Lehčí průjmy se léčí doplněním ztracené vody a minerálů. Terapii lze doplnit střevními adsorbencii, dezinficiencii či antimotiliky. U závažnějších průjmů, kdy osoby trpí horečkou a ve stolici pozorují krev a hlen, se podávají antibiotika. V tomto případě se nesmí užívat antimotilika a je vhodné vyhledat lékaře. (7, 13)

Průjmová onemocnění se objevují přibližně u 40 % ze všech cestovatelů. V nejvyšším riziku jsou osoby cestující do zemí Středního východu, jižní a jihovýchodní Asie, Afriky, Jižní a Střední Ameriky, kde se incidence cestovatelských průjmů pohybuje v rozmezí 20–90 %. Naopak velmi nízká pravděpodobnost onemocnění je u návštěvníků USA, Kanady, západní, severní a střední Evropy, Austrálie a Nového Zélandu, kde incidence klesá pod 8 %. (7)

V předcházení cestovatelského průjmu hraje významnou roli dodržování základních hygienických pravidel a zásad bezpečného stravování. (24)

2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

Hlavní cíl:

Zmapovat informovanost a zájem cestovatelů o očkování před cestou do zahraničí.

Dílčí cíle:

C1: Zjistit nejčastější zdroj informací o očkování před cestou do zahraničí.

C2: Zjistit, zda cestovní kanceláře informují turisty o potřebě návštěvy zdravotnického zařízení, které zajišťuje očkování před cestou do zahraničí.

C3: Prozkoumat vztah mezi rizikovostí cílové destinace a rozsahem využívání doporučeného očkování.

2.2 Hypotézy

H1: Nejčastějším zdrojem informací o očkování před cestou do zahraničí je internet.

H2: Většina cestovních kanceláří informuje turisty o potřebě návštěvy zdravotnického zařízení, které zajišťuje očkování před cestou do zahraničí.

H3: Většina osob, která cestuje po venkovských oblastech rozvojových států s nižší úrovní stravování a ubytování, využívá širšího spektra doporučených očkování.

3 METODIKA

3.1 Metody a techniky výzkumu

K získání potřebných informací pro zpracování své bakalářské práce jsem zvolila kvantitativní výzkum, jehož hlavním úkolem je měření rozsahu výskytu, frekvence a intenzity určitého jevu a jejich souvislostí. Kvantitativní data byla shromažďována technikou dotazníku (viz. Příloha č. 2), který představuje soubor písemných záměrných otázek sledujících poznání zcela určitých jevů v určitém souboru osob. Má komunikace s respondenty byla tedy zprostředkována souhrnem otázek, které se týkaly zkoumané tematiky. Vyplnění dotazníků bylo zajištěno nepřímým výzkumem, protože dotazníky byly respondentům doručeny prostřednictvím elektronické pošty. Před zahájením vlastního výzkumného šetření byl na vzorku 20 respondentů proveden předvýzkum k ověření feasibility dotazníku, který posléze vedl k úpravě dotazníku tak, aby byly otázky srozumitelné a jednoznačné. V úvodu dotazníku jsem se respondentům představila, seznámila je se svou prací, upřesnila, jaký typ osob pro výzkum potřebuji, a požádala je o spolupráci. Dále následovalo 17 hlavních otázek a 8 podotázek, které rozvíjely otázky hlavní. Z celkového počtu 25 otázek byly nejvíce zastoupeny otázky uzavřené (16) a polouzavřené (6). Z důvodu snazšího vyplňování byly použity pouze 3 otázky otevřené. Data byla zpracována do grafů a tabulek pomocí programu Microsoft Excel.

3.2 Charakteristika výzkumného vzorku

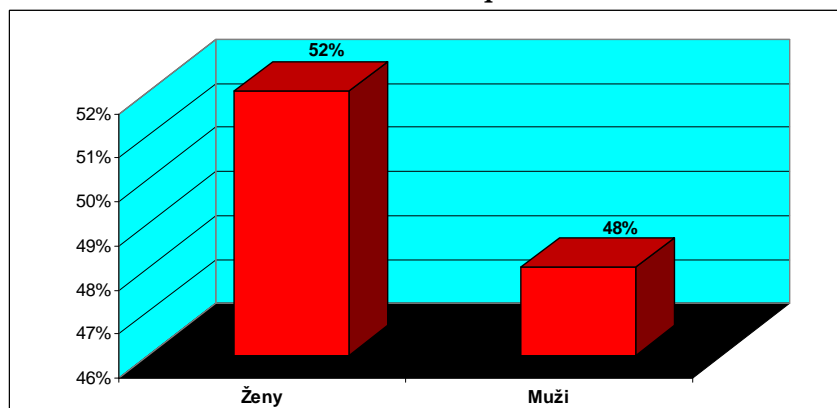
Výzkumný soubor se skládal z cestovatelů, kteří v roce 2010 vycestovali do exotických oblastí mimo Evropu. Adresy cestovatelů jsem získala na webových cestovatelských portálech. Při shánění vhodných respondentů jsem žádala o pomoc i cestovní kanceláře, ale ve všech případech jsem byla odmítnuta. Sběr dat probíhal v období od 20. 2. do 9. 3. 2011. Ke spolupráci na výzkumu byli cestovatelé vyzváni prostřednictvím e-mailu, jehož příloha obsahovala dotazník. Po internetové síti bylo rozesláno 372 dotazníků. Zpět se vrátilo 121 dotazníků, ale správně jich bylo vyplněno

pouze 104. Návratnost tedy činila pouze 28 %, ale vzhledem k velkému počtu rozeslaných dotazníků jsem nakonec získala celkem početný výzkumný vzorek.

4 VÝSLEDKY

4.1 Identifikační údaje respondentů

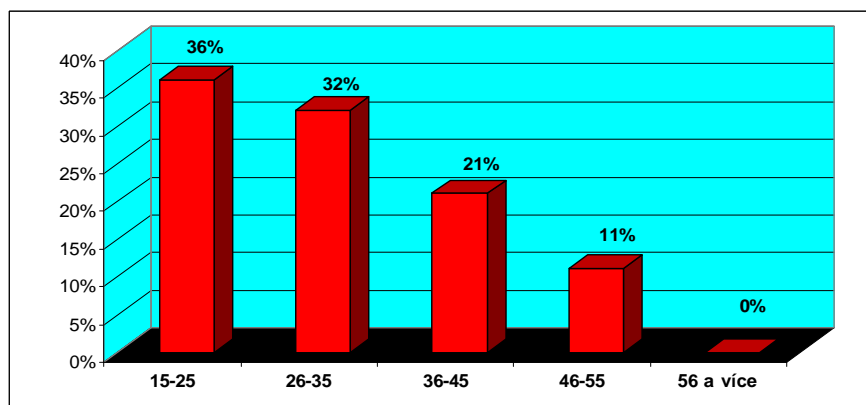
Graf č. 1: Pohlaví respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu č. 1 vyplývá, že zastoupení mužů a žen, kteří se výzkumu zúčastnili, bylo téměř vyrovnané. Ženy tvoří 52 % (54) a muži 48 % (50) výzkumného souboru.

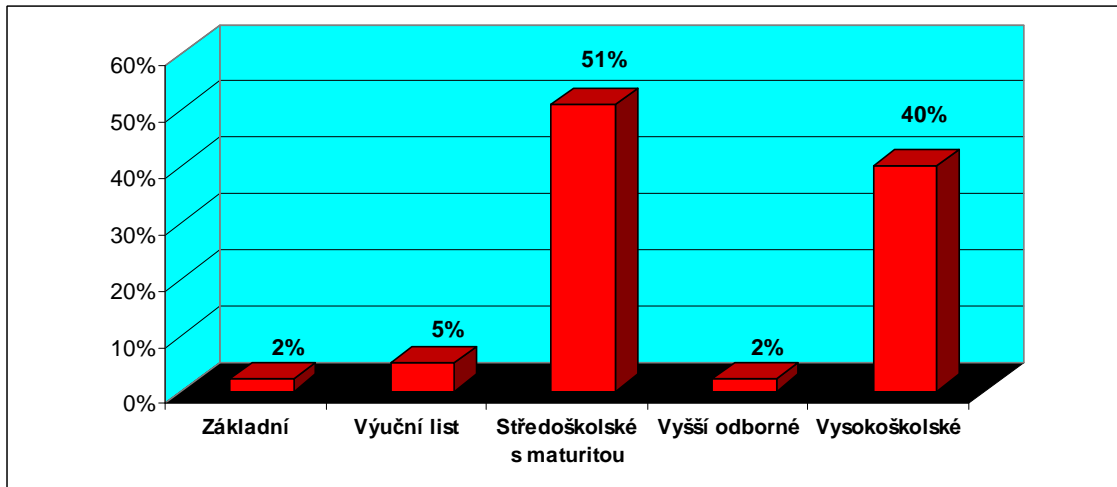
Graf č. 2: Věk respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Výzkumu se zúčastnilo 36 % (37) osob ve věkové kategorii 15-25 let, 32 % (33) osob ve věkové kategorii 26-35 let, 21 % (22) ve věkové kategorii 36-45 let a 11 % (12) ve věkové kategorii 46-55 let. Osoby starší 55-ti let se výzkumu neúčastnily.

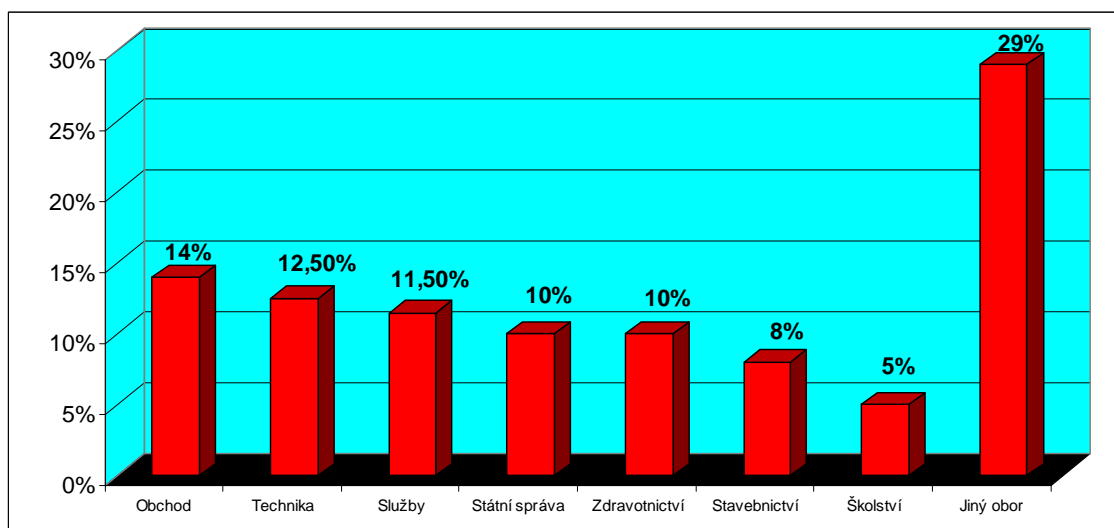
Graf č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Celkem 40 % (42) respondentů dosáhlo vysokoškolského vzdělání, pouze 2 % (2) respondentů má vzdělání vyšší odborné, až 51 % (53) respondentů má středoškolské vzdělání s maturitou, 5 % (5) osob má výuční list a 2 % (2) vzdělání základní.

Graf č. 4: Pracovní/ Studijní obor respondentů

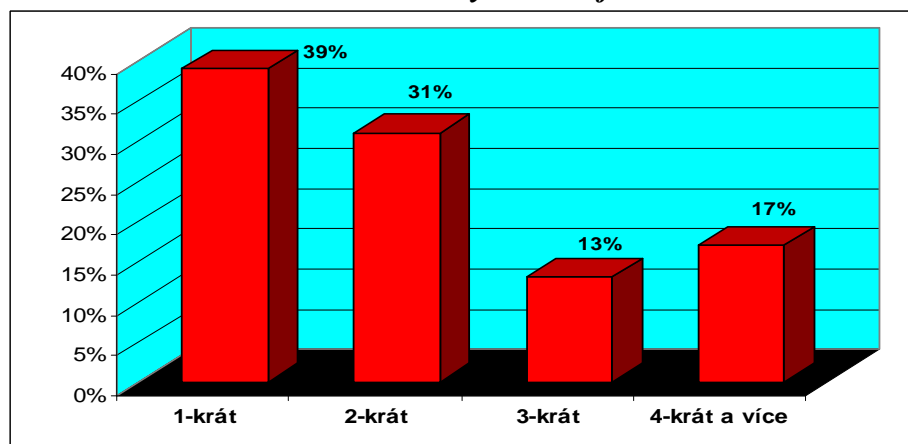


Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 4 znázorňuje procentuelní zastoupení respondentů s určitým pracovním či studijním oborem. Obchodu se věnuje 14 % (15) respondentů. Celkem 12,5 % (13) respondentů pracuje/studuje v technickém oboru a 11,5 % (12) ve službách. Shodně 10 % (10) osob z výzkumného souboru působí ve státní správě a ve zdravotnictví. Z celkového počtu 104 respondentů tvoří 8 % (8) osoby ze stavebnictví a 5 % (6) ze školství. Až 29 % (30) respondentů uvedlo jiný obor, který nebyl mezi nabízenými možnostmi.

4.2 Obecné údaje týkající se cestování

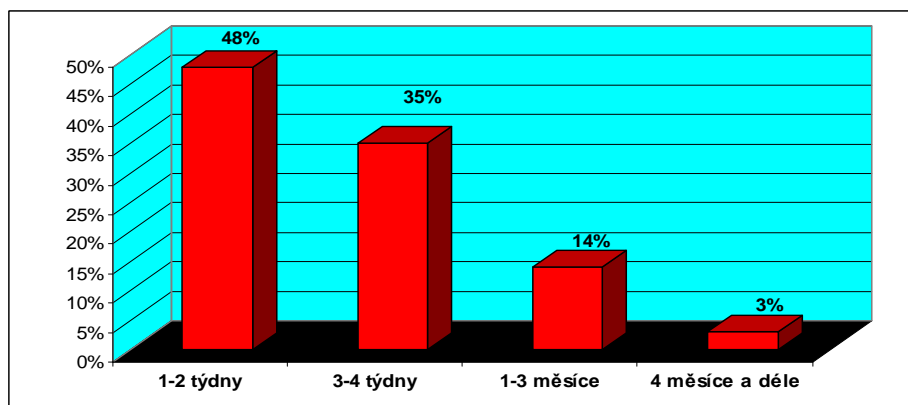
Graf č. 5: Kolikrát ročně obvykle cestujete do zahraničí?



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu č. 5 je patrné, že 39 % (41) respondentů opouští Českou republiku zpravidla jednou do roka, 31 % (32) zpravidla dvakrát do roka, 13 % (13) respondentů vycestuje do zahraničí přibližně třikrát za rok a 17 % (18) čtyřikrát za rok a častěji.

Graf č. 6: Jaká je obvyklá délka Vašeho pobytu v zahraničí?



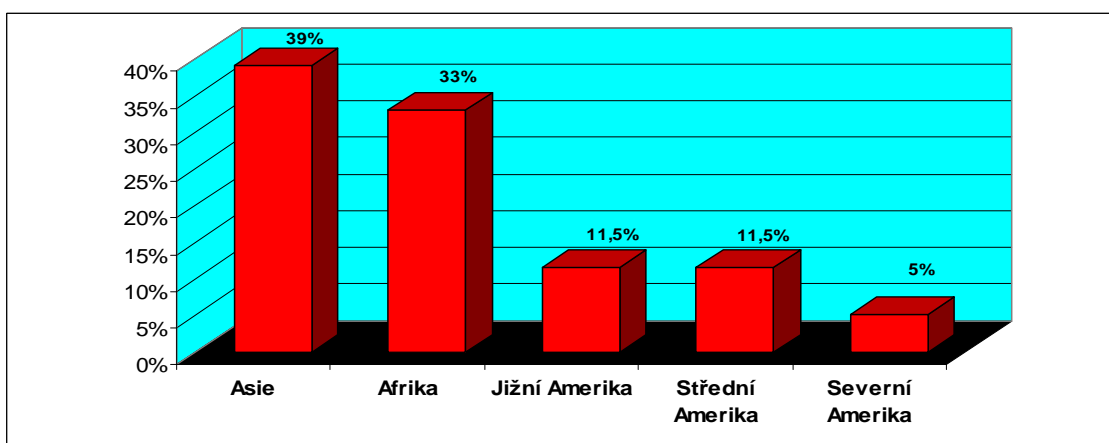
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 6 vypovídá o době, jakou respondenti v zahraničí obvykle pobývají. Až 48 % (50) cestovatelů ve své cílové destinaci obvykle stráví pouze 1-2 týdny. Pobyt

35 % (36) respondentů obvykle trvá 3-4 týdny a 14 % (15) respondentů 1-3 měsíce. Nejdelší dobu, 4 měsíce a více, za hranicemi Evropy obvykle tráví nejmenší podíl respondentů, a to 3 % (3).

4.3 Údaje týkající se poslední zahraniční cesty

Graf č. 7: Cílová destinace respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 7 ukazuje, že cestovatele nejvíce láká Asie a Afrika. Celkem 39 % (41) respondentů v loňském roce navštívilo Asii a 33 % (34) Afriku. Stejný podíl dotazovaných cestovatelů, a to 11,5 % (12), mířilo do Jižní a Střední Ameriky. Celkem 5 % (5) respondentů si pro svůj zahraniční pobyt vybralo Severní Ameriku. Respondenti měli také možnost uvést ještě jinou oblast, která nebyla v nabídce, ale nikdo z nich tak neučinil.

Tabulka č. 1: Konkrétní země navštívené v Asii

Afghánistán	1
Čína	1
Indie	1
Izrael	1
Kambodža	2
Kyrgyzstán	1
Laos	1
Malajsie	2
Saudská Arábie	1
SAE	1
Srí Lanka	3
Sýrie	1
Tádžikistán	2
Thajsko	11
Tchaj-wan	2
Turecko	6
Turkmenistán	1
Uzbekistán	1
Vietnam	2

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 2: Konkrétní země navštívené v Africe

Angola	1
Botswana	1
Egypt	9
JAR	3
Keňa	3
Malawi	1
Maroko	1
Mozambik	1
Namibie	2
Rwanda	1
Tanzanie	2
Tunisko	7
Uganda	1
Zambie	1

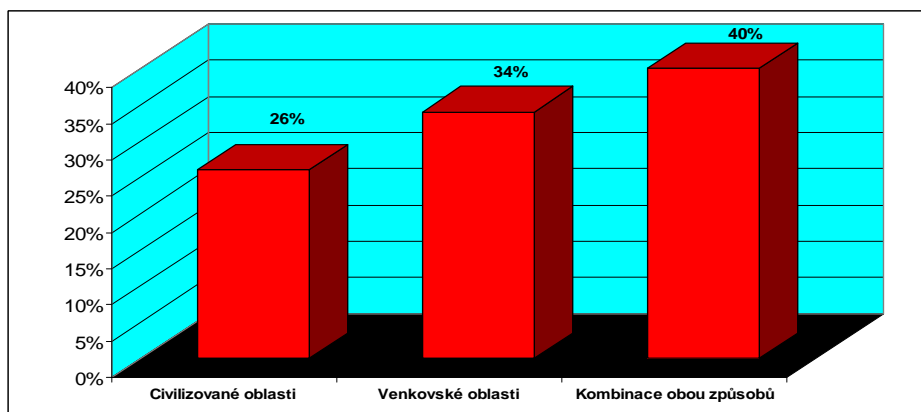
Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 3: Konkrétní země navštívené v Severní, Střední a Jižní Americe

Severní Amerika	
Mexiko	5
Střední Amerika	
Belize	1
Dominikánská rep.	3
Guatemala	3
Honduras	1
Kostarika	1
Kuba	1
Panama	2
Jižní Amerika	
Bolívie	1
Brazílie	4
Kolumbie	1
Peru	3
Venezuela	2
Uruguay	1

Zdroj: Vlastní výzkum

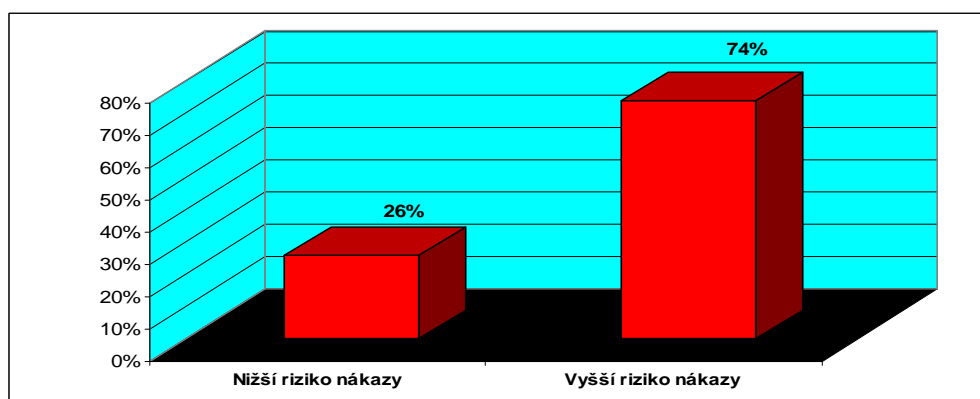
Graf č. 8: Typ navštívené oblasti



Zdroj: Vlastní výzkum

Tento graf nás informuje o tom, v jaké oblasti se respondenti na své cestě pohybovali. Celkem 26 % (27) respondentů navštívilo pouze civilizované městské oblasti a bylo ubytováno pouze v hotelích s vyšším hygienickým standardem se zajištěným stravováním. Z analýzy vyplývá, že 34 % (35) respondentů se pohybovalo spíše na venkově, bydlelo a stravovalo se v místech s nižší hygienickou úrovní a 40 % (42) cestovatelů volilo kombinaci obou výše zmiňovaných způsobů cestování.

Graf č. 9: Výše rizika nákazy infekčním onemocněním

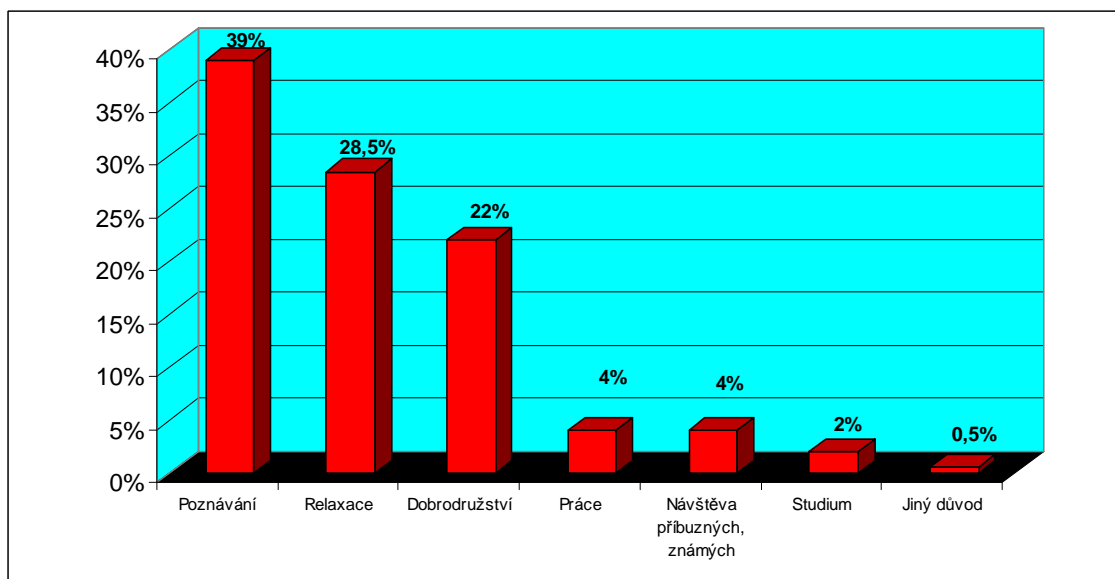


Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 9 ukazuje, že 26 % (27) cestovatelů ze zkoumaného vzorku bylo při svém zahraničním pobytu vystaveno nižšímu riziku nákazy infekčním onemocněním, protože se pohybovalo pouze v civilizovaných městských oblastech a ubytování i

stravování mělo zajištěné jen v hotelech s vyšší hygienickou úrovní. Celých 74 % (77) respondentů však bylo při svém pobytu v zahraničí exponováno vyššímu riziku onemocnění infekční chorobou, protože se během své cesty pohybovalo i po venkovských oblastech s nižší hygienickou úrovní a zde se i stravovalo.

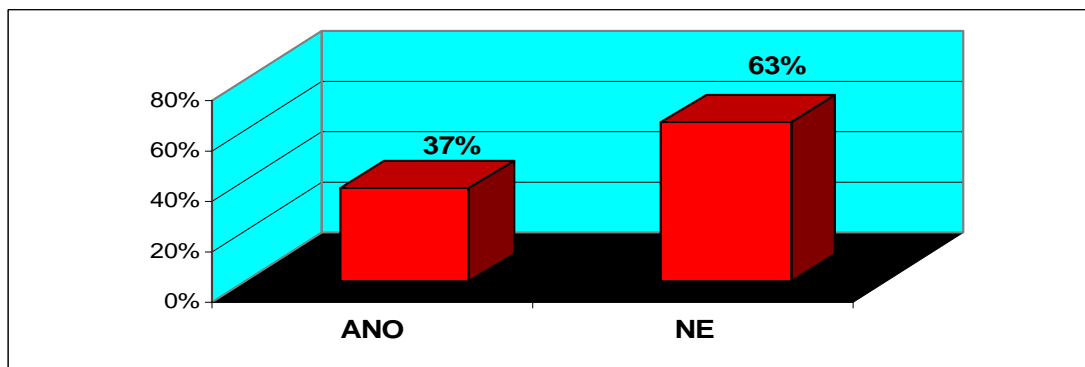
Graf č. 10: Důvod vycestování mimo Evropu v roce 2010



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 1 ukazuje, z jakých důvodů Češi v roce 2010 vycestovali za hranice Evropy. Z nabízených důvodů bylo z 39 % označeno poznávání, z 28,5 % relaxace a z 22 % dobrodružství. Pouze 4 % udávaných důvodů tvoří důvody pracovní, 4 % návštěva příbuzných a známých a 2 % studium. Nad rámec nabízených důvodů byl uveden pouze jeden důvod (0,5 %), a to přehodnocení pohledu na život.

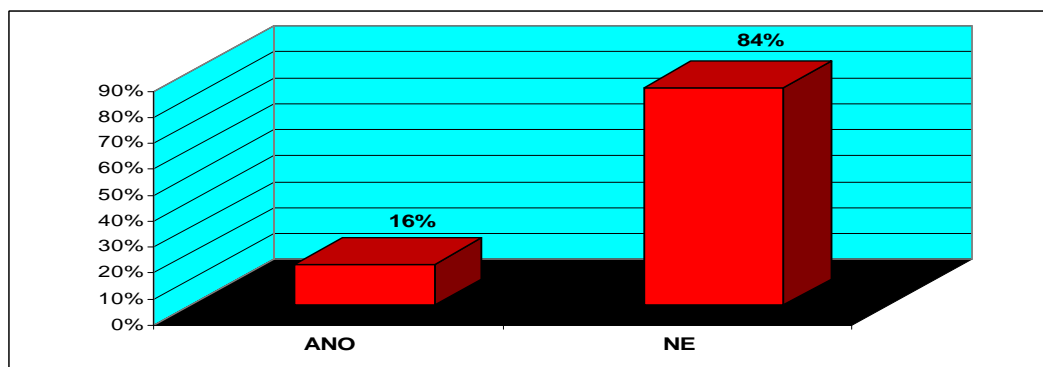
Graf č. 11: Měl(a) jste cestu zajištěnou prostřednictvím cestovní kanceláře?



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 11 ukazuje, že služeb cestovních kanceláří využilo 37 % (38) respondentů a 63 % (66) respondentů si svou zahraniční cestu zařizovalo samo.

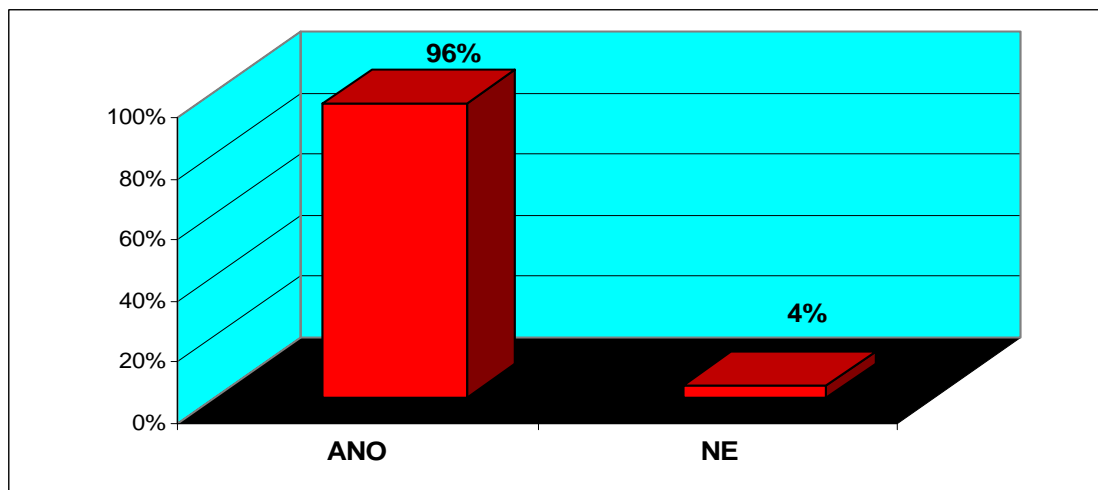
Graf č. 12: Jestliže jste cestoval(a) s cestovní kanceláří, byla Vám doporučena návštěva zdravotnického zařízení, které provádí očkování před cestou do zahraničí?



Zdroj: Vlastní výzkum

Z 38 respondentů, kteří cestovali s cestovní kanceláří, byla návštěva zdravotnického zařízení, jenž zajišťuje očkování, doporučena 6-ti osobám, tj. 16 %.

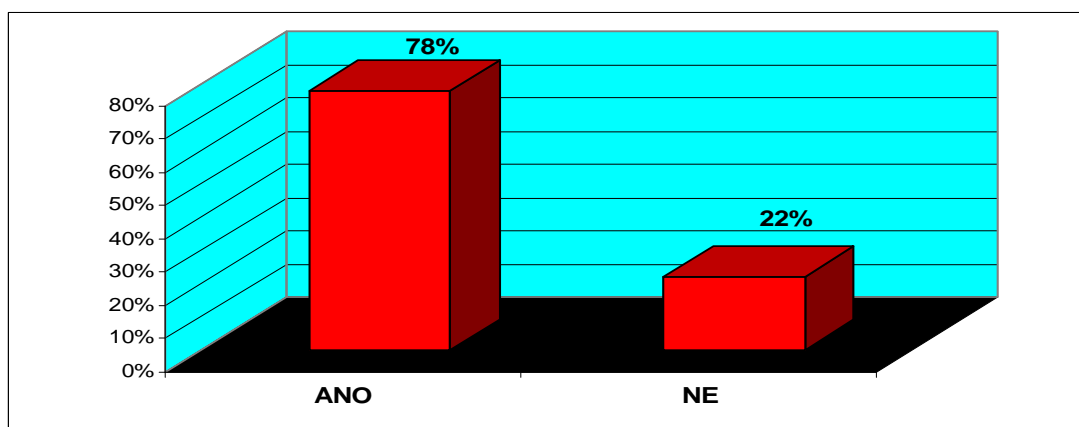
Graf č. 13: *Myslíte si, že by cestovní kanceláře měly mít povinnost informovat své klienty o očkování, která by před odjezdem do zahraničí měli absolvovat?*



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu č. 12 dostáváme odpověď na otázku, zda si cestovatelé myslí, že by cestovní kanceláře měly povinně informovat své klienty o očkování, která by před odjezdem do zahraničí měli absolvovat. Celých 96 % (100) respondentů na tuto otázku reagovalo pozitivně a pouze 4 % (4) negativně.

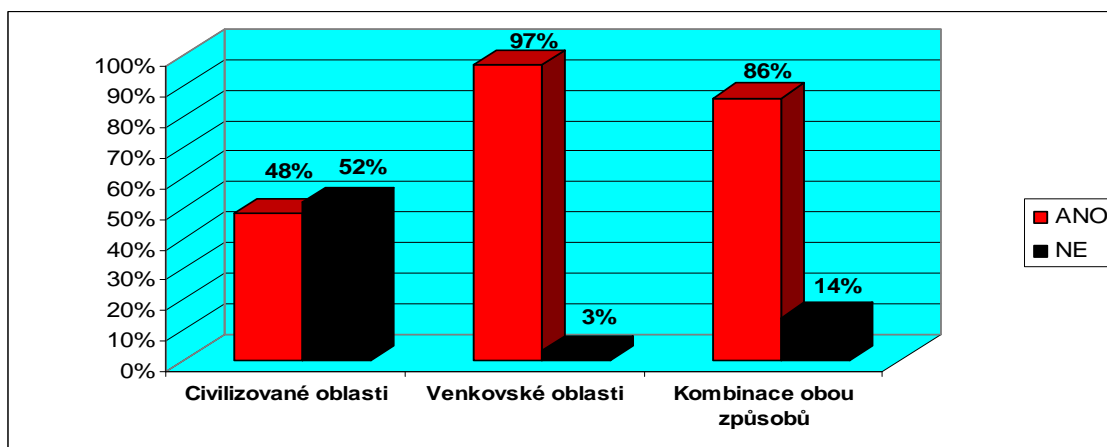
Graf č. 14: *Informoval(a) jste se, zda byste se před cestou měl(a) nechat očkovat proti některým infekčním onemocněním, které Vás na Vaší cestě mohou ohrozit?*



Zdroj: Vlastní výzkum

Celkem 78 % (81) respondentů se o očkování před cestou do zahraničí informovalo, 22 % (23) respondentů nikoliv.

Graf č. 15: *Porovnání informovanosti o očkování vzhledem k typu cílové destinace*

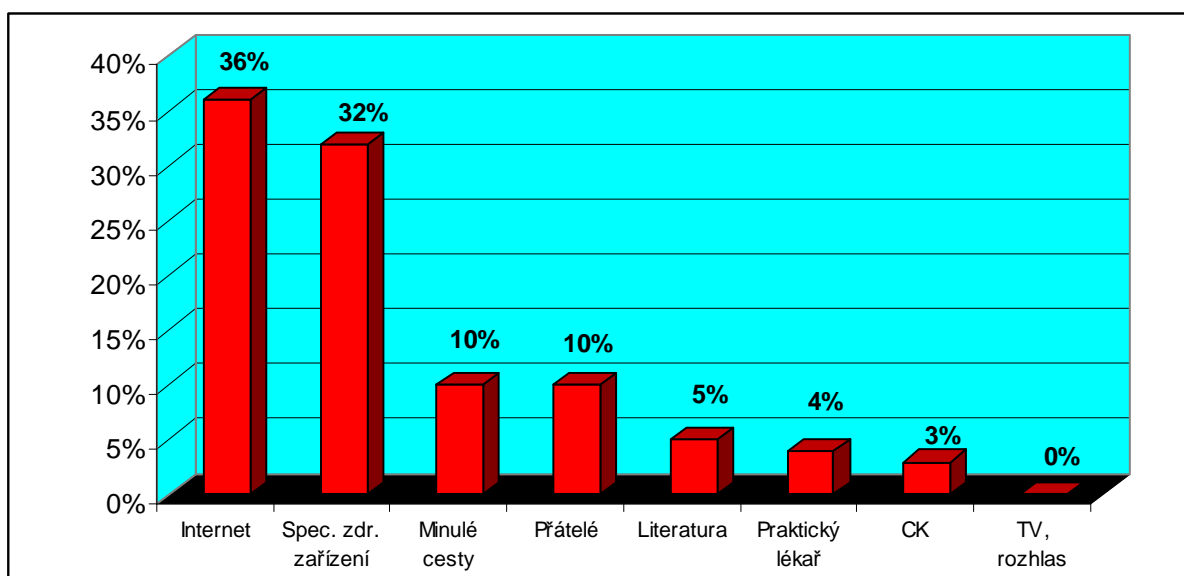


Zdroj: Vlastní výzkum

Z 27 respondentů, kteří navštívili pouze civilizované městské oblasti a byli ubytováni v hotelech s vyšším hygienickým standardem se zajištěným stravováním, se o možnostech ochrany proti nákaze infekčním onemocněním prostřednictvím očkování informovalo 48 % (13) cestovatelů, 52 % (14) respondentů se o tomto preventivním

opatření neinformovalo vůbec. Z 35 respondentů, kteří se pohybovali pouze po venkovských oblastech s nižší hygienickou úrovní, se o očkování před cestou do zahraničí informovalo 97 % (34) cestovatelů a pouhý jeden respondent se neinformoval (3 %). Ze 42 respondentů, kteří se v zahraničí pohybovali v obou výše zmiňovaných oblastech, se informovalo 86 % (36) osob a 14 % (6) se o vhodnosti očkování neinformovalo.

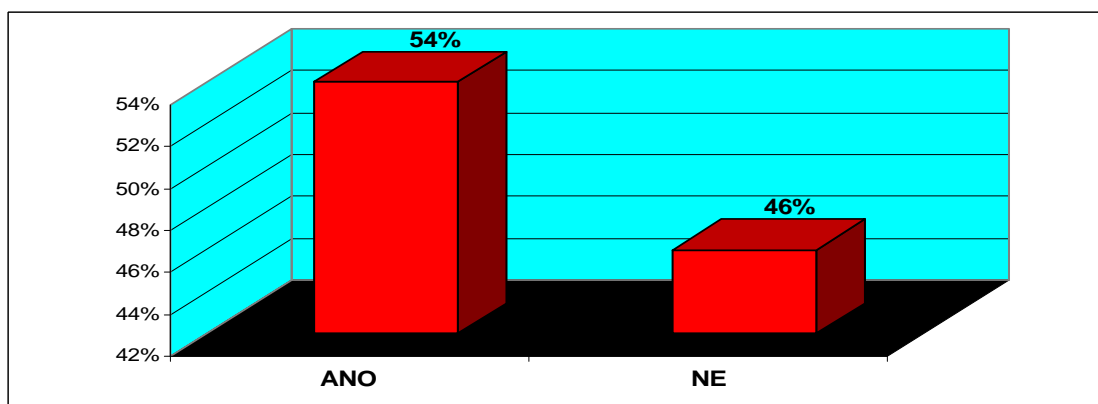
Graf č. 16: Zdroj informací o očkování před cestou do zahraničí



Zdroj: Vlastní výzkum

Spektrum zdrojů informací o očkování před cestou do zahraničí tvoří z 36 % internet, z 32 % specializované zdravotnické zařízení, z 10 % zkušenosti z minulých cest, z 10 % přátelé a spolupracovníci, z 5 % odborná literatura a tisk, ze 4 % praktický lékař a z 3 % cestovní kancelář. Z televize a rozhlasu nečerpal informace o očkování před cestou do zahraničí žádný z respondentů.

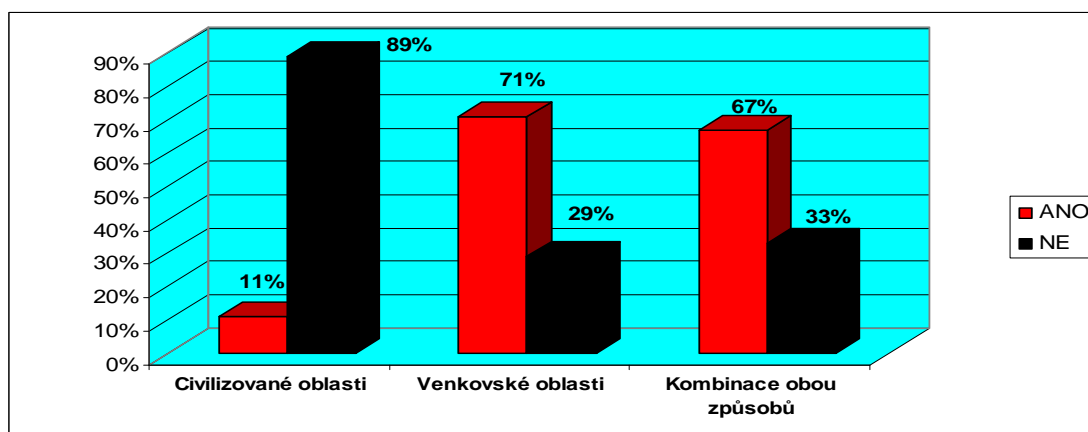
Graf č. 17: Navštívil(a) jste před cestou do zahraničí specializované zdravotnické zařízení, které zajišťuje očkování?



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu č. 17 vidíme, že 54 % (56) respondentů před odjezdem do zahraničí navštívilo specializované zdravotnické zařízení, které zajišťuje očkování, a 46 % (48) respondentů tuto návštěvu neabsolvovalo.

Graf č. 18: Porovnání návštěvnosti specializovaného zdravotnického zařízení, které zajišťuje očkování, vzhledem k typu cílové destinace.

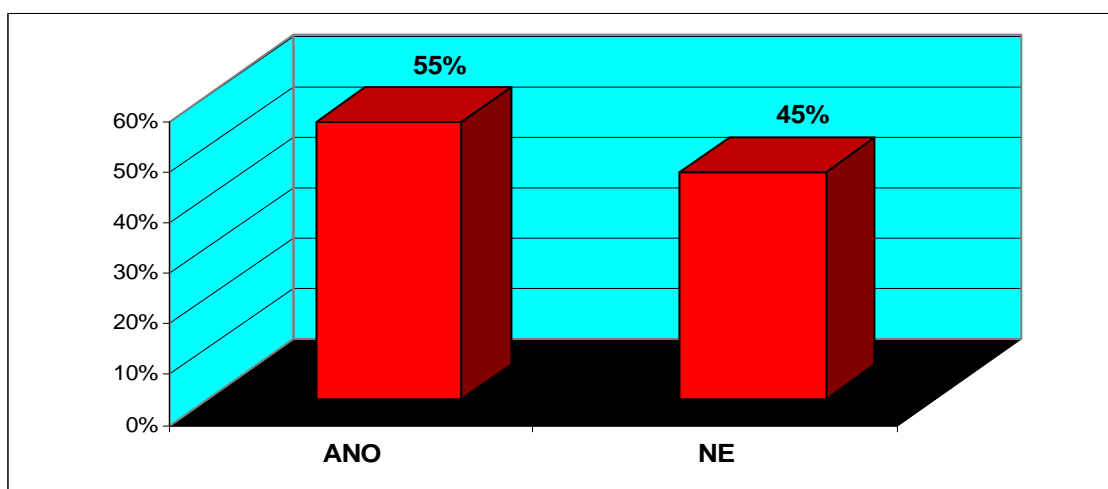


Zdroj: Vlastní výzkum

Z 27 respondentů, kteří navštívili pouze civilizované městské oblasti a byli ubytováni v hotelech s vyšším hygienickým standardem se zajištěným stravováním, navštívilo specializované zdravotnické zařízení zajišťující očkování 11 % (3)

cestovatelů. Z 35 respondentů, kteří se pohybovali pouze po venkovských oblastech s nižší hygienickou úrovní, tuto návštěvu absolvovalo 71 % (25) cestovatelů a ze 42 respondentů, kteří se v zahraničí pohybovali v obou výše zmiňovaných oblastech, 67 % (28) osob.

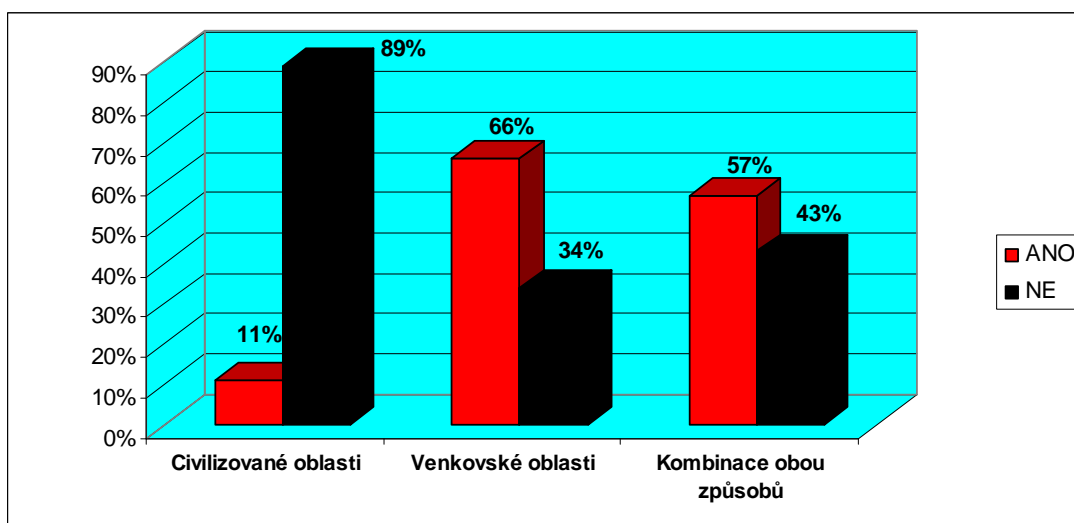
Graf č. 19: Nechal(a) jste se očkovat proti většině infekčních onemocnění, které Vám byly doporučeny ve zdravotnickém zařízení, protože hrozí riziko nákazy v zemi, která je cílem Vaší zahraniční cesty?



Zdroj: Vlastní výzkum

Z 56 respondentů, kteří před cestou do zahraničí navštívili specializované zdravotnické zařízení zajišťující očkování, se proti většině infekčních onemocnění, které jim byly doporučovány, nechalo očkovat 55 % (31) respondentů. Z celého výzkumného vzorku tedy většiny doporučovaného očkování využilo 30 % (31) cestovatelů, celkem 24 % (25) respondentů sice očkovací zařízení navštívilo, ale většinu doporučovaného očkování neabsolvovalo, a 46 % (48) respondentů očkovací zařízení ani nenavštívilo.

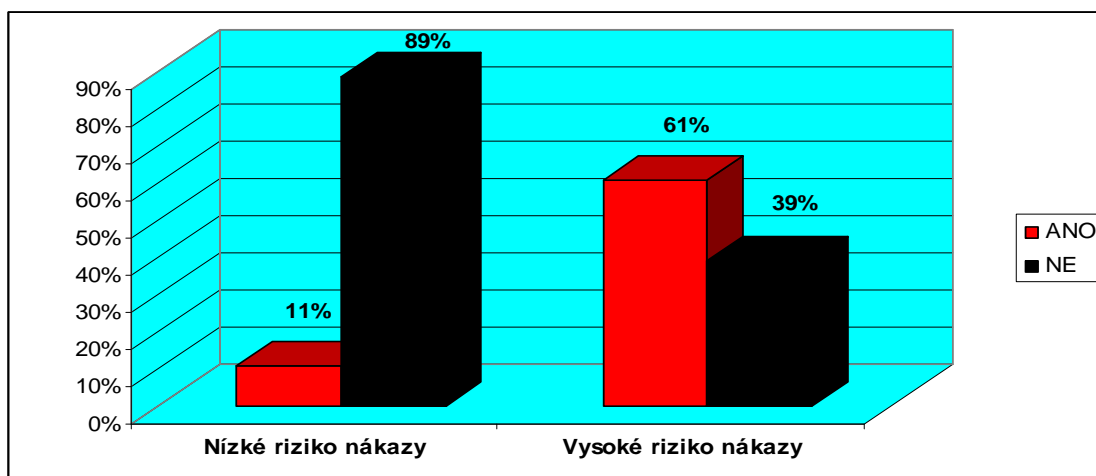
Graf č. 20: Porovnání využívání většiny doporučeného očkování vzhledem k typu navštívené oblasti



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu č. 20 vidíme, že z 27 osob, které během své zahraniční cesty pobývaly pouze v civilizovaných městských oblastech s vyšším hygienickým standardem, využilo většiny očkování, která jim byla odborníky doporučena pouze 11 % (3) osob. Ze 35 respondentů, kteří navštívili venkovské oblasti s nižším hygienickým standardem, využilo většiny doporučených očkování 66 % (23) respondentů. Ze 42 respondentů, kteří se pohybovali v obou výše zmiňovaných oblastech, se proti většině doporučeným infekčním chorobám nechalo očkovat 57 % (24) respondentů.

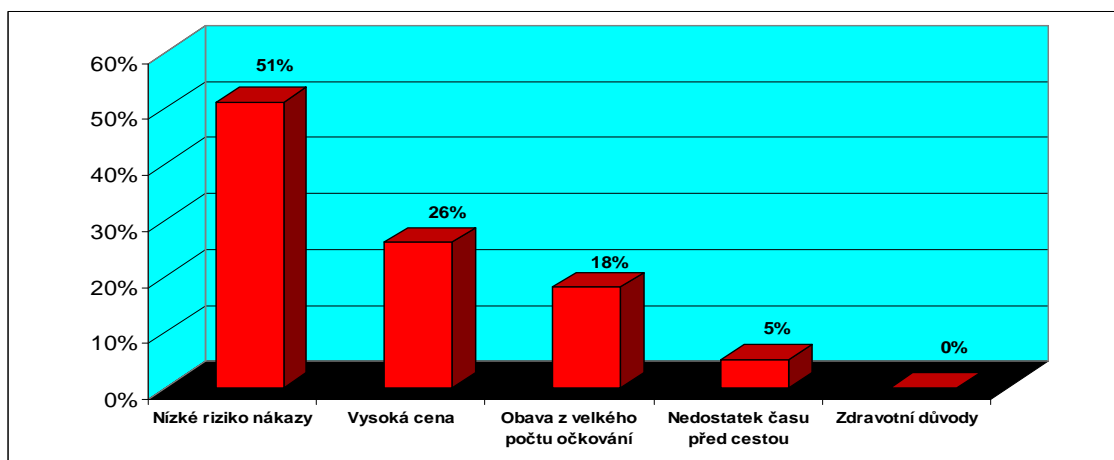
Graf č. 21: Porovnání využívání většiny doporučeného očkování vzhledem k rizikosti navštívené oblasti



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 21 ukazuje, že z 27 osob, které se na své cestě pohybovaly v oblastech s vyšším hygienickým standardem, využilo většiny doporučených očkování 11 % (3) respondentů a ze 77 respondentů, kteří se během svého pobytu v zahraničí dostali do míst s nižší hygienickou úrovní, se proti většině doporučených infekčních onemocnění nechalo očkovat 61 % (47) respondentů.

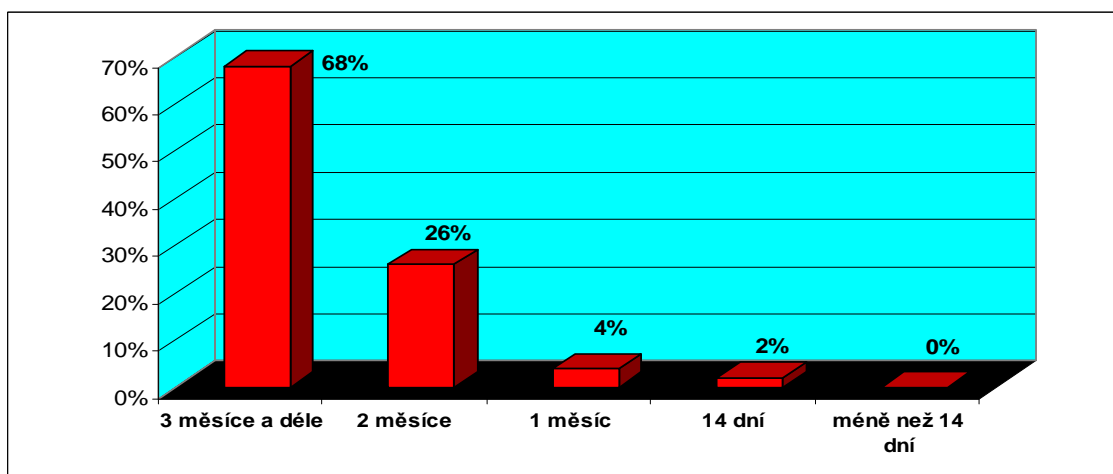
Graf č. 22: Důvod odmítnutí doporučeného očkování



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejčastějším důvodem, proč respondenti odmítali doporučené očkování, bylo nízké riziko nákazy (51 %). Důležitou roli v rozhodování, zda většinu vakcinací podstoupit či nepodstoupit, hrála vysoká cena očkování (26 %) a obava z velkého počtu očkování (18 %). Mezi důvody neabsolvování většiny očkování patří z 5 % i nedostatek času před odjezdem. Současné zdravotní problémy neuvedl jako příčinu odmítnutí očkování žádný z respondentů.

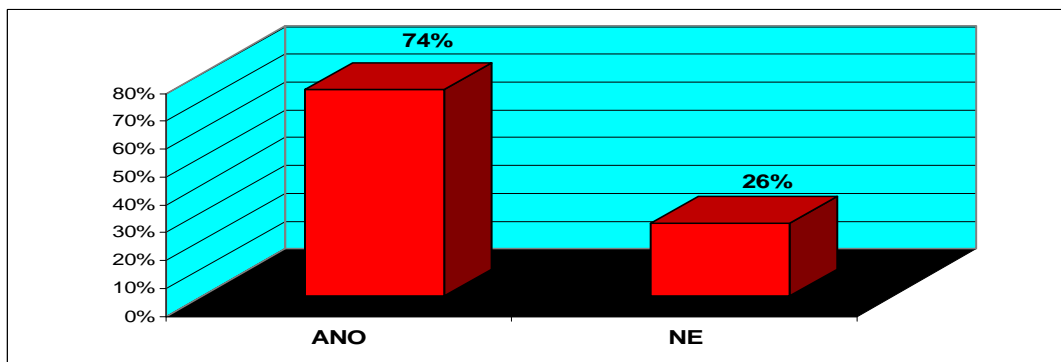
Graf č. 23: Jak dlouho před odjezdem do zahraničí jste se o očkování začal(a) zajímat?



Zdroj: Vlastní výzkum

Celkem 68 % (37) respondentů se o očkování začalo zajímat 3 měsíce před odjezdem do zahraničí a déle, přibližně 2 měsíce před odjezdem uvedlo 26 % (14) respondentů a cca 1 měsíc udala 4 % (2) respondentů. Přibližně 14 dní před odjezdem se očkování začala věnovat 2 % (1) cestovatelů. Méně než 14 dní neuvedl žádný z respondentů.

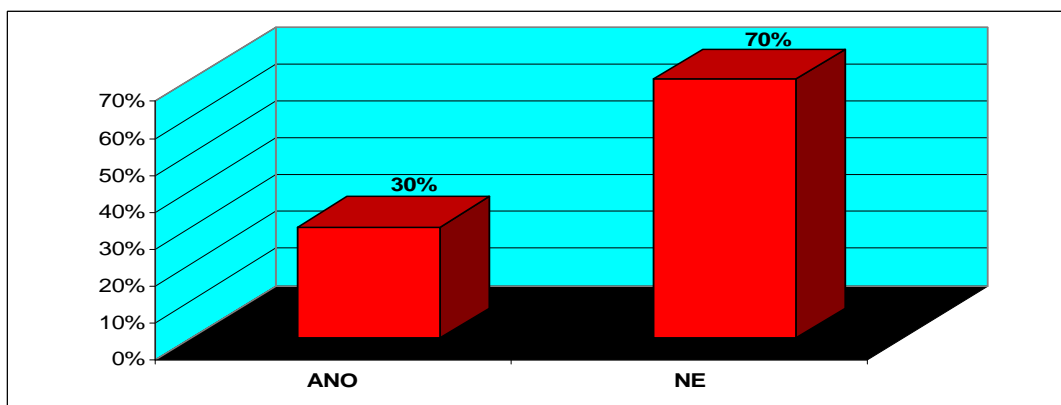
Graf č. 24: Kontrolujete si sám pravidelně, zda jste stále chráněn(a) proti tetanu?



Zdroj: Vlastní výzkum

Celých 74 % (77) respondentů si kontroluje, jestli jsou stále chráněni proti tetanu, 26 % (27) respondentů se o platnost a úplnost tohoto očkování nestará.

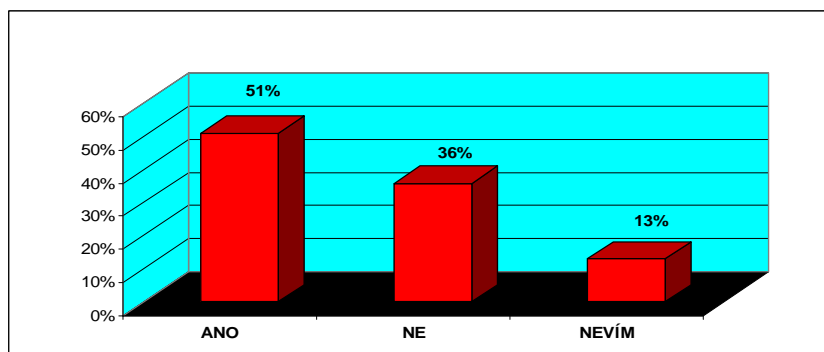
Graf č. 25: Víte, která očkování jsou povinná při některých cestách do zahraničí?



Zdroj: Vlastní výzkum

Pokud respondenti na tuto otázku odpověděli ANO, měli dále jako důkaz to konkrétní očkování, které považují za povinné uvést. Za správně zodpovězenou jsem tuto otázku považovala, jestliže cestovatelé uvedli alespoň žlutou zimnici. Pokud by správná odpověď měla obsahovat žlutou zimnici i meningokokovou meningitidu (A, C, Y, W-135), neodpověděl by správně žádný z respondentů. Správně tedy odpovědělo 30 % (31) respondentů a 70 % (73) nikoliv.

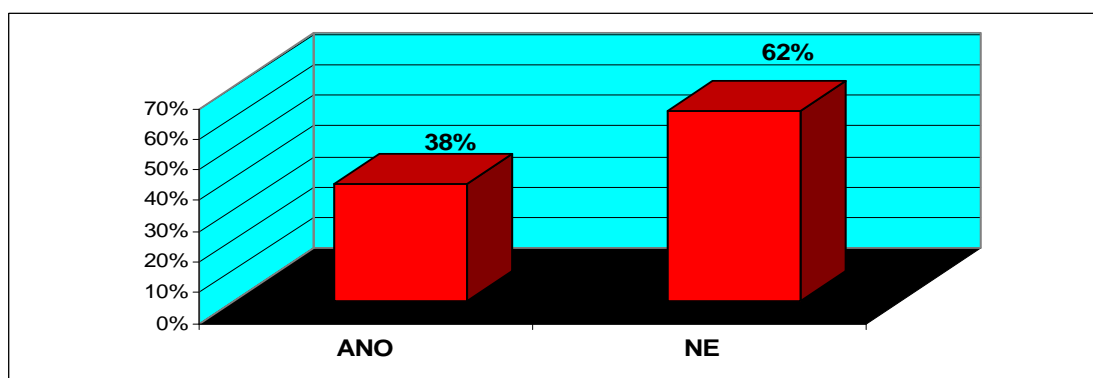
Graf č. 26: Cestoval(a) jste do oblastí, kde je riziko malárie?



Zdroj: Vlastní výzkum

Ze sledovaného vzorku respondentů jich 51 % (53) cestovalo do oblastí, kde existuje riziko malárie a 36 % (37) respondentů nikoliv. 13 % (14) respondentů nevědělo, zda se pohybovalo v oblastech s rizikem malárie.

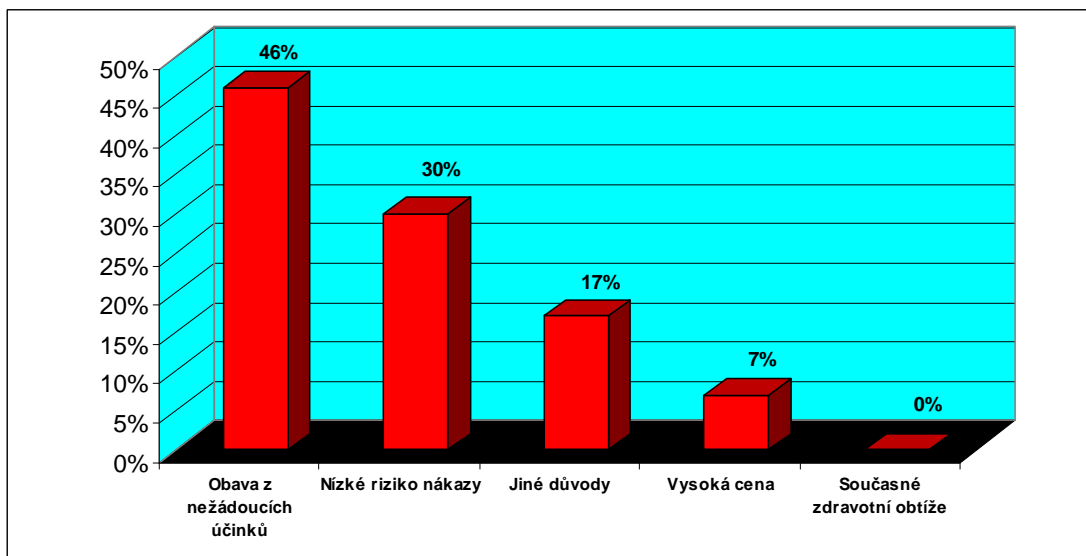
Graf č. 27: Jestliže jste cestoval do oblastí, kde je riziko malárie, užíval jste antimalarickou chemoprophylaxi?



Zdroj: Vlastní výzkum

Z 53 respondentů, kteří cestovali do oblastí s rizikem malárie, užívalo antimalarickou chemoprophylaxi 38 % (20) osob a 62 % (33) tuto profylaktickou terapii neabsolvovalo.

Graf č. 28: Důvod neužívání antimalarické profylaxe



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejčastějším důvodem, proč respondenti preventivně neužívali antimalarickou chemoprofylaxi, byla obava z nežádoucích účinků (46 %), dále nízké riziko nákazy (30 %) a také její vysoká cena (7 %). Současné zdravotní obtíže nebyly označeny ani jednou. Mimo nabízené možnosti respondenti uváděli, že upřednostňují stand by léčbu, kterou s sebou vozí z České republiky, nebo že léky zakoupí v případě nákazy až v místě pobytu. Důvodem odmítnutí pro ně dále byl dlouhodobý pobyt, víra v sílu vlastní obranyschopnosti a také to, že antimalarika nejsou 100% účinná.

5 DISKUZE

Z mého výzkumu vyplynulo, že cestování za hranice Evropy láká ve stejné míře muže i ženy. Tento výsledek mě trochu překvapil. Předpokládala jsem, že ženy budou cesty do exotických oblastí, obzvláště tzv. na vlastní pěst a do venkovských oblastí rozvojových zemí, považovat za nebezpečné, a proto bude tento fenomén spíše doménou mužů. Na druhou stranu mé očekávání bylo splněno u věkového zastoupení cestovatelů. Nejvíce respondentů patřilo do věkové kategorie 15-25 let a 26-35 let. Výrazně méně respondentů spadalo do věkové kategorie 36-45 a 46-55 let, což může být zapříčiněno zakládáním rodiny a investováním financí spíše do zařizování rodinného zázemí než do cestování. Ačkoliv Beran uvádí, že v posledních letech začíná cestovat čím dál více starších osob (7), z mého výzkumu by vyplynulo, že osoby starší 55 let mimo Evropu cestují zřejmě málo, neboť v mém výzkumu respondent této věkové kategorii nebyl žádný. Podle mého názoru však hraje velkou roli i strach. Jak ze samotného létání letadlem, tak z představy pobytu v neznámé oblasti mimo svůj domov. Podle slov Berana a Vaništy se interkontinentální cestování rozmohlo teprve před třiceti lety (7), což znamená, že na něj starší občané stále nejsou zvyklí a místo potěšení jim přináší spíše stres. Ovšem skutečnost, že v našem souboru respondentů nebyla zastoupena věková kategorie 55 plus bychom si mohli vysvětlit nejpravděpodobnější verzí, a to skutečností, že soubor respondentů pro výzkumnou část mé práce byl získán náhodně z uživatelů internetu a tento komunikační zdroj není v této věkové kategorii příliš využíván.

Výzkum ukázal, že většina osob, která míří do exotických oblastí má středoškolské vzdělání s maturitou nebo vzdělání vysokoškolské, což by mohlo být spojeno s jejich lepším uplatněním na trhu práce a následným vyšším finančním ohodnocením. Zastoupení studijních či pracovních oborů respondentů bylo celkem vyrovnané. Nemohu tedy vyvodit žádný vztah mezi cestováním a působením v určitém oboru.

Respondenti cestují mimo Českou republiku zpravidla jednou do roka a obvykle tam tráví 1-2 týdny. Tento jev má pravděpodobně souvislost s obrovskou finanční náročností cestování a dále s pracovními a rodinnými závazky a povinnostmi, které

cestovatelé mají v České republice. Z grafu č. 5 a č. 6 je ale patrné, že vycestování do zahraničí dvakrát, třikrát i čtyřikrát do roka a na dobu delší než 2 týdny už není v České republice výjimkou, což svědčí o stále větší oblíbenosti cestování.

Ve své knize z roku 2006 uvádí Beran a Vaništa, že Češi mimo Evropu nejčastěji navštěvují země afrického kontinentu a že poznávání Asie teprve pomalu přichází do módy. (7) Výsledky mého výzkumu zachycené v grafu č. 7 ukazují, že dnes už je Asie u českých turistů dokonce oblíbenější než Afrika. Nejčastěji navštěvovaným státem v Asii je Thajsko a Turecko a v Africe samozřejmě Egypt a Tunisko. Na třetím místě v žebříčku nejnavštěvovanějších oblastí světa se umístila Jižní a Střední Amerika. V Jižní Americe nejraději zavítáme do Peru a Brazílie a ve Střední Americe do Dominikánské republiky a na Guatemala (viz. Tabulka č. 1, č. 2, č. 3). Tyto konkrétní země jsou jako nejčastější cílové destinace našich turistů jmenovány i Maďarem. (24)

V souladu s výroky výše zmiňovaných osobností jsou i výsledky týkající se typu oblastí, které naši turisté vyhledávají. Pouze v civilizovaných oblastech s vyšším hygienickým standardem se pohybovalo 26 % cestovatelů, pouze po venkovských oblastech s nižší hygienickou úrovní cestovalo 34 % cestovatelů a největší část cestovatelů (40 %) volilo kombinaci obou předcházejících způsobů. Ukázalo se tedy, že většině cestovatelů už nestačí pouze pobyt v civilizovaných městských oblastech se zajištěným ubytováním i stravováním ve vícehvězdičkovém hotelu, ale stále větší oblibě se těší cestování po venkovských oblastech, kde cestovatelé mohou opravdu důkladně poznat místní kulturu a styl života domorodých obyvatel. S tím samozřejmě souvisí i výše rizika nákazy infekčním onemocněním, jakému jsou cestovatelé vystaveni. Až 74 % cestovatelů bylo na své zahraniční cestě vystaveno vyššímu riziku nákazy infekčním onemocněním, protože se během svého pobytu dostali i do venkovských oblastí s nižším hygienickým standardem, kde je riziko nákazy, jak upozorňuje Světová zdravotnická organizace, výrazně vyšší než v civilizovaných městských oblastech. (54)

Ačkoliv Beran označuje jako nejčastější důvod vycestování do zahraničí relaxaci (7), můj výzkum vykazuje určitý posun postoje cestovatelů k této oblasti cestování, protože jako nejčastější důvod poslední zahraniční cesty bylo označeno poznávání. Je

možné, že se Češi rekreují v evropských oblastech a výjezdy mimo Evropu jsou spíše zdrojem poznávání odlišné kultury, přírodních krás a prožívání dobrodružství. Za prací, studiem, známými a rodinnými příslušníky už mimo Evropu vyjíždí výrazně nižší procento cestovatelů než z předešlých důvodů. V této oblasti zřejmě stále hrají prim evropské destinace. Nad rámec nabízených možností byl uveden jeden zajímavý důvod vycestování, který bych ráda zmínila, a to přehodnocení životních priorit. Myslím si totiž, že to s poznáním života v rozvojových zemích bezesporu souvisí a je to neocenitelným přínosem cestování, pro nějž bych i já sama chtěla cestovat. Důvod cestování jde ruku v ruce s typem navštívené oblasti. Je tedy jasné, že v dnešní době cestovatelé, zejména mladí lidé, upřednostňují dobrodružné poznávání exotických krajín před klasickým pobytem v luxusním hotelu a trávením celé dovolené na jedné pláži, což tvrdí i Maďar. (24)

Výsledky mého šetření dále vykazují shodu s odbornou literaturou, i co se týká využívání služeb cestovních kanceláří. Zdá se, že cestovatelé opravdu upřednostňují individuální cestování, jehož nespornou výhodou je, jak můžu potvrdit i z vlastních zkušeností, časová neomezenost, nevázanost celého programu a jistá dávka adrenalinu. Tento způsob cestování učí cestovatele samostatnosti, umožňuje mu lépe poznat životní způsob dané země a získat cenné osobní zkušenosti. Druhou stranou mince je, zejména pro nezkušeného a nedostatečně informovaného cestovatele, větší nebezpečnost této formy cestování, čímž myslím větší riziko vzniku úrazů, onemocnění infekční i neinfekční chorobou a následné ošetření či hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení, které může být, jak varuje Světová zdravotnická organizace i Centrum pro prevenci a kontrolu nemocí, v tamních hygienických podmínkách také velmi rizikové. (8, 54)

Služeb cestovních kanceláří bylo využíváno zejména při cestách do Egypta, Tuniska, Thajska a Turecka, a to většinou do městských oblastí těchto zemí. V návaznosti na bakalářskou práci studentky Jihočeské univerzity z roku 2007 (1) mě zajímalo, jak se cestovní kanceláře staví k prevenci zdravotních problémů svých klientů na cestách. Zjistila jsem, že návštěva specializovaného zdravotnického zařízení, které zajišťuje očkování před cestou do zahraničí, byla z 38 klientů doporučena pouze 6 osobám (16 %), a to osobám cestujícím do Brazílie, Mexika, Dominikánské republiky a

Tanzanie. Cestujícím, kteří svou dovolenou strávili v Egyptě, Tunisku, Thajsku a Turecku, návštěva tohoto zařízení doporučena nebyla, ačkoliv právě při cestách do těchto států doporučuje jak Světová zdravotnická organizace, tak i naši odborníci jako např. Petráš, Beran a Vaništa všem cestovatelům absolvovat očkování proti hepatitidě typu A a těm, kteří se budou pohybovat mimo městské oblasti, i očkování proti břišnímu tyfu. Došlo tedy k vyvrácení hypotézy č. 2, která zní: „Většina cestovních kanceláří informuje turisty o potřebě návštěvy zdravotnického zařízení, které zajišťuje očkování před cestou do zahraničí“. (5, 30, 31, 54)

Až 96 % ze všech respondentů (tedy 100 osob ze 104 dotázaných) si myslí, že by cestovní kanceláře měly povinně informovat své klienty o očkováních, která by před cestou do zahraničí měli absolvovat. Z kvalitativního výzkumu o úrovni informovanosti a postoji cestovních kanceláří k rizikům cestování z roku 2007 (1) vyplynulo, že zaměstnanci cestovních kanceláří jsou obeznámeni se zdravotními riziky v konkrétních destinacích a jsou schopni klientům poradit konkrétní instituce či adresy, kde mohou nalézt informace o možném ohrožení zdraví na cestách a absolvovat preventivní očkování. Otázkou tedy zůstává, proč si tyto cenné informace nechávají pro sebe. Mohlo by to být obavou před ztrátou klientů, kteří by po upozornění na potřebu očkování mohli od zakoupení zájezdu upustit. Nebo snad cestovní kanceláře, navzdory radám odborníků, pokládají riziko nákazy infekčním onemocněním v zemích, kam vysílají své klienty, za tak nízké, že nepovažují očkování za nezbytné? Možným důvodem, proč tyto informace neposkytují, by mohl být fakt, že zkrátka nemusí a nechtějí si přidělovat zbytečné starosti.

Přestože Světová zdravotnická organizace i Ministerstvo zdravotnictví České republiky cestovatele upozorňují, aby se před cestou do zahraničí, obzvláště do exotických destinací, důkladně informovali o všech rizicích a o způsobech jejich prevence, a doporučují jim navštívit specializované zdravotnické zařízení, kde jim bude poskytnuto odborné poradenství (54, 23), stále se objevují cestovatelé, kteří přípravu na cestu podceňují. Výsledky ukázaly, že se o vhodnosti očkování před cestou do zemí mimo Evropu informovalo pouze 78 % cestovatelů. Celkem 54 % cestovatelů absolvovalo návštěvu specializovaného zdravotnického centra, které zajišťuje očkování

před cestou do zahraničí a pouze 55 % osob, které návštěvu tohoto zařízení absolvovaly, se nechalo očkovat proti většině infekčních onemocnění, která jim byla odborníky doporučena. Z celého výzkumného vzorku tedy většiny doporučeného očkování využilo pouze 30 % cestovatelů.

Po důkladnějším zpracování výsledků se ukázal rozdíl v přístupu k prevenci infekčních onemocnění na cestách prostřednictvím očkování v závislosti na typu navštívené oblasti. Z grafů č. 15, č. 18 a č. 20 je patrné, že osoby, které se v zahraničí pohybují pouze ve venkovských oblastech s nízkou hygienickou úrovní stravování i ubytování, a tudíž jsou vystaveni vysokému riziku nákazy, se o očkování před cestou do zahraničí informují (97 %, 34 ze 35 respondentů), většinou konzultují problematiku ochrany před infekčními nemocemi s odborníky ve specializovaných zdravotnických zařízeních (71 %, 25 ze 35 cestovatelů) a 92 % z nich (23 z 25 cestovatelů) následně podstoupilo většinu očkování, která jim byla doporučena. Z 35 cestovatelů tedy absolvovalo většinu doporučených očkování 66 % cestovatelů. Respondenti, kteří se pohybovali jak v civilizovaných, tak ve venkovských oblastech, se o vhodnosti očkování před cestou do zahraničí informovali z 86 % (36 respondentů ze 42). Specializované zdravotnické zařízení zajišťující očkování před cestou do zahraničí vyhledalo 67 % (28 respondentů ze 42) a většinu doporučených vakcinací absolvovalo 18 z 27 respondentů, tedy 67 %. Ze 42 cestovatelů se nechalo proti většině infekčních nemocí, které je v zahraničí mohly ohrozit, očkovat 43 % cestovatelů. Z těchto výsledků můžeme vyvodit, že většina cestovatelů, kteří se po celou dobu své cesty, nebo alespoň z části, pohybují po venkovských oblastech s nízkým hygienickým standardem, se o očkování před cestou do zahraničí informují a z převážné většiny ho také využívají. Tímto se potvrdila hypotéza č. 3, která zní: „*Osoby, které cestují po venkovských oblastech rozvojových států s nižší úrovní stravování a ubytování, využívají širšího spektra doporučených očkování*“.

Jinak je tomu u osob cestujících do civilizovaných oblastí exotických států, které se o očkování informovali pouze ze 48 % (13 z 27 cestovatelů), specializované zdravotnické zařízení zajišťující očkování a poradenství v oblasti cestovní medicíny navštívilo 11 % cestovatelů (3 z 27 cestovatelů), z nichž se všichni nechali očkovat

proti většině infekčních onemocnění, jak jim bylo doporučeno. Očkování tedy byli pouze 3 z 27 cestovatelů, což je velmi málo. Jednalo se o osoby, které cestovaly do Brazílie, Dominikánské republiky a Peru. Zbytek této skupiny tvořily hlavně osoby cestující do městských oblastí Egypta, Tuniska, Turecka a Thajska, a to většinou prostřednictvím cestovní kanceláře. Zdá se, že cestovatelé podléhají dojmu, že se při pobytu v luxusních hotelech nemohou nakazit, ačkoli právě cestujícím do Egypta, Tuniska, Turecka a Thajska Stejskal a Tomíčková (46) doporučují očkování proti hepatitidě typu A bez ohledu na způsob a úroveň stravování a ubytování. Jako důkaz bych ráda uvedla případ, kdy žloutenkou typu A onemocnělo přes 250 turistů, kteří trávili dovolenou v pěti-hvězdičkovém hotelu v Egyptě. (3) Turista, který se nenechá očkovat, neohrožuje jen sebe, tím že prodělá onemocnění, ale může se také stát zdrojem infekce po návratu do své rodné vlasti. Právě u hepatitidy typu A hrozí, že se jí v zahraničí nakazí malé děti, u kterých probíhá téměř výhradně inaparentně, a ty po návratu domů šíří nemoc mezi dospělými a starými lidmi, u kterých má tato nemoc velmi závažný průběh. (7, 8, 54) Vzhledem ke kosmopolitnímu rozšíření této nákazy a nezodpovědnému přístupu cestovatelů k její prevenci pomocí očkování není divu, že se stala nejčastěji importovanou infekční chorobou a že importované případy tvoří většinu žloutenek typu A, které jsou na našem území zaznamenány. (7, 44)

Nejčastějším zdrojem informací o očkování před cestou do zahraničí je internet, čímž se potvrdila hypotéza č. 1. Pokud jsou využívány renomované stránky, které jsou tvořeny a neustále aktualizovány specialisty z oboru, tak v tom nevidím žádný problém. Rutsch však varuje před laickými příspěvky, které obsahují zavádějící informace o rizikosti určitých oblastí. (2) To, že měl někdo štěstí a bez očkování zrovna neonemocněl některou z infekčních nemocí nebo bez užívání antimalarické profylaxe neonemocněl malárií, ještě neznamená, že ostatní budou mít to štěstí také. Nehledě na fakt, že se epidemiologická a hygienická situace dané země v průběhu času mění, a proto je také pokaždé třeba uplatnit jiná preventivní opatření. Na tuto skutečnost bychom měli brát zřetel, i pokud čerpáme informace od svých přátel a spolupracovníků nebo ze svých vlastních zkušeností z minulých cest.

Cestovatelé, kteří navštívili očkovací centrum zajišťující očkování před cestou do zahraničí, ale většinu z doporučených očkování neabsolvovali, uváděli nejčastěji jako důvod odmítnutí nízké riziko nákazy (51 %). Vysoká cena všech vakcinací (viz. Příloha č. 3) hrála roli v rozhodování jen z 26 %. Stejného výsledku dosáhla ve své bakalářské práci také studentka Jihočeské univerzity, která se v roce 2008 zabývala hodnocením prevence u cestovatelů do zahraničí. (47) Vzhledem k velké finanční náročnosti celé zahraniční cesty i samotného očkování jsem přepokládala, že bude cena ovlivňovat rozhodování cestovatelů mnohem více. Je tedy pozitivní, že pokud Češi preventivní opatření uznají za vhodné, nelitují peněz, které do nich musí investovat. Otázkou zůstává, zda byli respondenti zcela upřímní.

Příjemné bylo zjištění, že se cestovatelé o očkování začínají zajímat s dostatečným časovým předstihem. Až 68 % respondentů se o očkování začalo informovat už 3 měsíce před odjezdem do zahraničí a dříve a 25 % respondentů 2 měsíce před odjezdem, ačkoliv většina odborníků doporučuje začít s 4-6 týdenním předstihem. Na doporučení 3 měsíčního předstihu jsem narazila pouze na webových stránkách Centra cestovní medicíny v Praze, za něž zodpovídá Rutsch a Bandouchová. (2) Ti uvádějí 3 měsíce jako optimální dobu pro posouzení zdravotního stavu a vyléčení případných onemocnění, kontrolu a úpravu léčby chronických onemocnění, vypracování a provedení individuálního očkovacího plánu a poradenství, jak na cestě zabránit zdravotním problémům různého charakteru.

K preventivním opatřením před odjezdem do zahraničí patří také kontrola pravidelného očkování zejména proti tetanu, kterému se v dětském věku musí povinně podrobit každý občan České republiky. V průběhu let totiž protilátky klesají a je potřeba provést přeočkování. Zajímalo mě tedy, zda si čeští cestovatelé kontrolují úplnost a platnost očkování proti tetanu, závažnému infekčnímu onemocnění rozšířenému po celém světě, proti kterému by měl být chráněn každý cestovatel. Výsledky ukázaly, že si toto očkování z celého výzkumného souboru kontroluje 74 % (77) respondentů. Vzhledem k tomu, že velkou část výzkumného souboru tvořily osoby mladší 35 let, hodnotila bych tento výsledek jako velmi pozitivní.

Dále mě zajímalo, zda cestovatelé vědí, že před vstupem do určitých zemí musí být povinně očkováni proti některým infekčním nemocem a na jaké onemocnění se toto opatření vztahuje. Pouze 30 % (31) respondentů odpovědělo, že do některých zemí je povinné očkování proti žluté zimnici. Očkování proti meningokokové meningitidě (A, C, Y, W-135) neuvedl žádný z respondentů. Z těchto výsledků je patrné, že se u cestovatelů v informovanosti o očkování před cestou do zahraničí vyskytují určité nedostatky.

Do země s rizikem malárie cestovalo 51 % respondentů (53). Ze sledovaného souboru v malarických oblastech nepobývalo 36 % respondentů (37). Až 13 % (14) respondentů odpovědělo, že neví, zda v jimi navštívené zemi riziko malárie hrozilo či nikoliv, což považují vzhledem k nebezpečnosti této nákazy za velký nedostatek. Z 53 osob, které byly na své zahraniční cestě ohroženy nákazou malárií, užívalo antimalarickou chemoprophylaxi pouze 38 % (20) cestovatelů, čímž si můžeme vysvětlit skutečnost, že malárie patří mezi nejčastější horečnatá onemocnění, která jsou importována ze zahraničí. Do Evropy je podle Semigovského a Semigovské každý rok importováno až 10 000 případů onemocnění malárií, z nichž 100 končí úmrtím pacienta. Z dat Státního zdravotního ústavu je patrné, že do České republiky je ročně zavlečeno kolem 20 případů malárie. Za posledních 10 let se u nás nejvíce případů onemocnění objevilo v roce 2001 (26 případů) a nejméně v roce 2009 (11 případů). V loňském roce bylo na našem území zaznamenáno 13 případů onemocnění malárií. (45) Zajímalo mě tedy, proč cestovatelé nevyužívají dostupné preventivní opatření, které je může nejen ušetřit zdravotních problémů, ale dokonce jim může zachránit život. Jako důvod odmítnutí antimalarické chemoprophylaxe byla nejčastěji (46 %) udávána obava z jejich vedlejších projevů, ačkoli Vaništa uvádí, že mírné vedlejší účinky jako je např. nucení na zvracení, slabost, pocit závratí či nespavost bylo pozorováno u 10 % uživatelů antimalarické chemoprophylaxe a vážnější nežádoucí účinky, kvůli nimž se muselo užívání antimalarik přerušit (výrazná nespavost, úzkost, deprese), postihuje pouze 0,5 % osob. Navíc profylaxe se zahajuje s dostatečným časovým předstihem, během něhož by se případné nežádoucí účinky projevily. Užívání antimalarik by bylo ukončeno a vzniklé zdravotní problémy by záhy odezněly. Dále cestovatelé neužívali

antimalarickou profylaxi, protože se jim riziko nákazy zdálo příliš nízké (30 %) a protože je moc drahá (7 %). Celkem 7 osob z 53 upřednostňuje stand by léčbu, což znamená, že užijí terapeutickou dávku antimalarika, když mají podezření na onemocnění a během 24 hodin nemohou kontaktovat lékaře. Ačkoliv odborníci cestovatelům doporučují, aby si antimalarika zajistili ještě v České republice, 5 z 53 cestovatelů, pobývajících v loňském roce v malarických oblastech, se touto radou neřídilo a v případě onemocnění by léčbu zahájilo přípravky zakoupenými v místě pobytu. Ty mohou ale být podle Vaništy neúčinné a hlavně nebezpečné. Jako důvod bylo dále uvedeno to, že antimalarická profylaxe není 100% účinná, což je pravda, ale také je potvrzeno, že pokud je antimalarická chemoprophylaxe užívána, má následné onemocnění lehčí průběh. Objevil se také názor, že by to byla zbytečná zátěž pro tělo a že si s malárií respondentovo tělo poradí samo i bez preventivního opatření. Mohlo by to tak být v případě, že by respondent onemocněl benigní formou malárie. Pokud by ho ale postihla maligní forma, u které je 20% smrtelnost i při intenzivní léčebné péči, mohla by ho jeho víra ve vlastní obranyschopnost stát život. Posledním důvodem, proč neužívat chemoprophylaxi, byl dlouhodobý pobyt v dané destinaci. V tomto případě doporučují i odborníci pouze pohotovostní samoléčbu. (7)

6 ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo zmapovat informovanost a zájem cestovatelů o očkování před cestou do zahraničí. Za tímto účelem byl na souboru náhodně vybraných cestovatelů, kteří v roce 2010 pobývali v exotických destinacích, proveden kvantitativní výzkum, jehož výsledky byly zpracovány do grafů a tabulek.

Z výzkumu vyplynulo, že 78 % cestovatelů se před odjezdem mimo Evropu informovalo o prevenci infekčních onemocnění prostřednictvím očkování a že tyto informace čerpali nejčastěji z internetu. Potvrdila se tedy hypotéza č. 1, která zní: *„Nejčastějším zdrojem informací o očkování před cestou do zahraničí je internet“*.

Šetření dále odhalilo nedostatky v přístupu cestovních kanceláří k předcházení zdravotních problémů svých klientů na cestách, protože návštěva specializovaného zdravotnického zařízení, které zajišťuje odborné poradenství a očkování před cestou do zahraničí, byla doporučena pouze 16 % cestovatelů, kteří využili jejich služeb. Tímto došlo k vyvrácení hypotézy č. 2, která zní: *„Většina cestovních kanceláří informuje turisty o potřebě návštěvy zdravotnického zařízení, které zajišťuje očkování před cestou do zahraničí“*. Až 96 % cestovatelů by dokonce uvítalo, aby cestovní kanceláře povinně informovaly své klienty o očkováních, která by před odjezdem do zahraničí měli absolvovat.

Z výsledků výzkumu můžeme vyvodit, že mimo Evropu stále cestují lidé, kteří význam preventivních opatření před cestou podceňují. Z celého výzkumného souboru konzultovalo prevenci infekčních onemocnění na cestách s odborníky ve specializovaných zdravotnických zařízeních jen 54 % cestovatelů a pouze 30 % cestovatelů absolvovalo většinu doporučených očkování. Nejčastějším důvodem odmítnutí doporučeného očkování bylo nízké riziko nákazy. Z cestovatelů pobývajících v malarických oblastech užívalo preventivně antimalarika pouze 38 % respondentů. Většina cestovatelů tohoto preventivního opatření nevyužila kvůli obavám z nežádoucích účinků.

Analýza získaných dat ukázala rozdíl v přístupu k prevenci infekčních onemocnění na cestách prostřednictvím očkování v závislosti na typu navštívené oblasti. Z cestovatelů navštěvujících pouze civilizované městské oblasti absolvovalo

většinu doporučených očkování 11 % osob. Z cestovatelů, kteří se v zahraničí pohybovali pouze ve venkovských oblastech s nízkou hygienickou úrovní stravování i ubytování, se proti většině infekčních onemocnění, proti nimž je vakcinace doporučována, nechalo očkovat 66 % osob a z cestovatelů, kteří se pohybovali jak v civilizovaných, tak ve venkovských oblastech, využilo většiny doporučených očkování 43 % cestovatelů. Těmito údaji můžeme potvrdit hypotézu č. 3, která zní: *„Osoby, které cestují po venkovských oblastech rozvojových států s nižší úrovní stravování a ubytování, využívají širšího spektra doporučeného očkování“*. Úplnost a platnost pravidelného očkování proti tetanu si před odjezdem do zahraničí kontroluje 74 % respondentů a pouze 30 % respondentů vědělo, že po nich před vstupem do některých států může být povinně vyžadováno očkování proti žluté zimnici.

Z výsledků je tedy zřejmé, že by bylo třeba nejen zajistit kvalitní informovanost cestovatelů o možnostech prevence vybraných infekčních onemocnění prostřednictvím očkování a profylaktického užívání léků, ale především zdůraznit důležitost a význam těchto opatření. Mohlo by toho být dosaženo cílenou spoluprací odborníků s cestovními kancelářemi a s médii.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1) AUERBACHOVÁ, E. *Úroveň informovanosti a postoje cestovních kanceláří ke zdravotním rizikům cestovatelů*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta, 2007. 103 s., Vedoucí diplomové práce MUDr. Ludmila Sattranová.

2) BANĎOUCHOVÁ, L. – RUTSCH, J. *Centrum cestovní medicíny* [online]. [cit. 2011-03-15].

Dostupné z: <<http://www.centrumcestovnimediciny.cz/>>.

3) BERAN, J. *Centrum očkování a cestovní medicíny* [online]. [cit. 2011-03-15].

Dostupné z: <<http://www.vakcinace.cz/cs/Poradna/>>.

4) BERAN, J. Deset let zkušeností s kombinovanou vakcínou proti VHA a VHB. *Klinická mikrobiologie a infekční lékařství*. 2008, roč. 14, č. 11, s. 13-23.

ISSN 1211-264X.

5) BERAN, J. Očkování před cestou do zahraničí. *Zdravotnické noviny. Příloha: Pacientské listy*. Praha: MLADÁ FRONTA, 2010, č. 13, s. 10-12. ISSN 1214-7664.

6) BERAN, J. - HAVLÍK, J. - VONKA, V. *Očkování: minulost, přítomnost, budoucnost*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 348 s. ISBN 80-726-2361-3.

7) BERAN, J. – VANIŠTA, J. et al. *Základy cestovního lékařství*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. 288 s. ISBN 80-7262-435-0.

8) BRUNETTE, G. W. *CDC Health Information for International Travel 2010* [online]. 27. July 2009, [cit. 2010-10-20].

Dostupné z:

<<http://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2010/chapter-2/yellow-fever.aspx>>.

9) CENTRES FOR CONTROL DISEASE AND PREVENTION. *Hepatitis B Information for Health Professional: Hepatitis B FAQs for Health Professional* [online]. 9. June 2009, [cit. 2010-12-01].

Dostupné z: <<http://www.cdc.gov/hepatitis/HBV/HBVfaq.htm>>.

10) CENTRES FOR CONTROL DISEASE AND PREVENTION. *Cholera: General information* [online]. 18. listopad 2010, [cit. 2010-11-13].

Dostupné z: <<http://www.cdc.gov/cholera/general/>>.

11) CRUCELL SWEDEN AB. PŘÍBALOVÁ INFORMACE: INFORMACE PRO UŽIVATELE DUKORAL: suspenze a šumivé granule pro přípravu perorální suspenze: Vakcína proti choleře (inaktivovaná, perorální) [online]. 9. srpen 2010, [cit. 2010-11-13].

Dostupné z: <http://www.vakciny.net/ockovani_cizina/DUKORAL%20PI.pdf>.

12) ČÁSTKOVÁ, J. *Hepatitidy „žloutenky“* [online]. 22.červenec 2008, [cit. 2010-10-25].

Dostupné z:

<<http://www.szu.cz/tema/prevence/hepatitidy-zloutenky?highlightWords=hepatitida>>.

13) GÖPFERTO VÁ, D - PAZDIORA, P - DÁŇOVÁ, J. *Epidemiologie infekčních nemocí*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 230 s. ISBN 80-246-0452-3.

14) HAVLÍK, J. Proč je vhodné očkování proti klíšťové meningoencefalitidě?. *Klinická farmakologie a farmacie*. 2010. roč. 24, č. 1, s. 34-37. ISSN - 1212-7973.

15) CHMELÍK, V. Klíšťová meningoencefalitida [online]. *Interní medicína pro praxi*. 2007. roč. 9, č. 7-8, s. 328-330. [cit. 2010-12-05].

Dostupné z: <<http://www.solen.cz/pdfs/med/2008/03/04.pdf>>.

16) KOCHOVÁ I. *Očkování před cestou do zahraničí*. 1. vyd. Praha: MLADÁ FRONTA, 2009. 53 s. ISBN 978-80-204-1933-0.

17) KOZLOVÁ, L – KUBELOVÁ, V. *Jak psát bakalářskou a diplomovou práci*. 2. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2009. 55 s. ISBN 978-80-7394-155-0.

18) KŘÍŽ, B. *Difterie (záškrt) – aktualizovaný Manuál IV*. [online]. 23. duben 2008. [cit. 2010-12-19].

Dostupné z:

<<http://www.szu.cz/tema/prevence/difterie-zaskrt-aktualizovany-manual-iv>>.

19) KŘÍŽ, B. *Tetanus – aktualizovaný Manuál IV*. [online]. 23. duben 2008. [cit. 2010-12-18].

Dostupné z:

<<http://www.szu.cz/tema/prevence/tetanusaktualizovanymanualiv?highlightWords=tetanus>>.

20) KŘÍŽ, B. – BENEŠ, Č. *Klíš'ová encefalitida* [online]. 21. květen 2010. [cit.2010-12-06].

Dostupné z: <<http://www.szu.cz/tema/prevence/klistova-encefalitida-1>>.

21) KŘÍŽOVÁ, P. *Meningokokové infekce-aktualizovaný Manuál IV*. [online]. 29. srpen 2008, [cit. 2010-12-12].

Dostupné z: <<http://www.szu.cz/tema/prevence/meningokokove-infekce-aktualizovany-manual-iv?highlightWords=meningokokov%C3%A1+meningitida>>.

22) KRÍŽOVÁ, P. – KALMUSOVÁ, J. – MUSÍLEK, M. Invazivní meningokokové onemocnění v České republice v roce 2008. *Zprávy epidemiologie a mikrobiologie* [online]. Praha: Státní zdravotní ústav, 2009. roč.18, č.4, 130-134, ISSN 1803 – 6422.

Dostupné z:

<http://www.szu.cz/uploads/documents/szu/aktual/meningokokove_onemocneni.pdf>.

23) LEXOVÁ, P. *Očkování při cestách do zahraničí* [online]. 11. březen 2008, [cit. 2011-02-22].

Dostupné z:

<<http://www.szu.cz/tema/cestovni-medicina/ockovani-pri-cestach-do-zahranici>>.

24) MAĎAR, R. *Ochrana zdraví na cestách: 100+1 otázek a odpovědí*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2008. 129 s. ISBN 978-80-8063-265-6.

25) MATOUCH, O. *Vzteklina v ČR: Problematika vztekliny a její výskyt v české republice* [online]. 7. srpen 2008. [cit. 2010-12-01].

Dostupné z: <<http://www.svscr.cz/index.php?art=1152>>.

26) MILLER, N. Z. *Co možná nevíte o očkování*. 1. vyd. Praha: ELFA, 2010. 156 s. ISBN 978-80-86439-11-2.

27) OTAVOVÁ, M. *Poliomyelitida – Manuál IV*. [online]. 23. duben 2008.

[cit. 2010-12-18].

Dostupné z:

<<http://www.szu.cz/tema/prevence/poliomyelitidaaaktualizovanymanualiv?highlightWords=poliomyelitida>>.

- 28) PETRÁŠ, M. Mimořádně vysoká protektivní účinnost očkování proti klíšťové encefalitidě [online]. *Medicína pro praxi*. 2008. roč. 5, č. 11, s. 410-412. 21. [cit. 2010-12-06].
Dostupné z: <<http://www.solen.cz/pdfs/med/2008/11/02.pdf>>.
- 29) PETRÁŠ, M. *Očkovací kalendář v ČR (2010)* [online]. 4. listopad 2010 [cit. 2010-12-18].
Dostupné z: <http://www.vakciny.net/principy_ockovani/pr_04.html>.
- 30) PETRÁŠ, M. *Očkování proti břišnímu tyfu* [online]. 25. říjen 2010, [cit. 2010-11-13].
Dostupné z: <http://www.vakciny.net/ockovani_cizina/b_tyfus.html>.
- 31) PETRÁŠ, M. *Očkování proti virové hepatitidě typu A* [online]. 10. květen 2010, [cit.2010-10-25].
Dostupné z: <http://www.vakciny.net/doporucene_ockovani/hepa.html>.
- 32) PETRÁŠ, M. *Očkování proti hepatitidě typu B* [online]. 4. listopad 2010, [cit. 2010-12-01].
Dostupné z: <http://www.vakciny.net/pravidelne_ockovani/HBV.htm>.
- 33) PETRÁŠ, M. *Očkování proti choleře* [online]. 22. listopad 2010, [cit. 2010-11-13].
Dostupné z: <http://www.vakciny.net/ockovani_cizina/cholera.html>.
- 34) PETRÁŠ, M. *Očkování proti japonské encefalitidě* [online]. 4. říjen 2010, [cit. 2010-10-20].
Dostupné z: <http://www.vakciny.net/ockovani_cizina/japonska_encefalitida.html>.

- 35) PETRÁŠ, M. *Očkování proti klíšťové encefalitidě* [online]. 25. leden 2010, [cit. 2010- 12-06].
Dostupné z: <http://www.vakciny.net/doporucene_ockovani/tbe.html>.
- 36) PETRÁŠ, M. *Očkování proti meningokokovým nákazám* [online]. 15. březen 2010, [cit. 2010-12-12].
Dostupné z: <http://www.vakciny.net/doporucene_ockovani/menab.html>.
- 37) PETRÁŠ, M. *Očkování proti vzteklině* [online]. 5. červenec 2010, [cit. 2010- 12-01].
Dostupné z: <http://www.vakciny.net/doporucene_ockovani/tbe.html>.
- 38) PETRÁŠ, M. *Očkování proti záškrtu, tetanu a dávivému kašli* [online]. 4. listopad 2010, [cit. 2010- 12-18].
Dostupné z: <http://www.vakciny.net/doporucene_ockovani/tbe.html>.
- 39) PETRÁŠ, M. *Očkování proti žluté zimnici* [online]. 6. září 2010, [cit. 2010-10-20].
Dostupné z: <http://www.vakciny.net/ockovani_cizina/zluta_zimnice.html>.
- 40) PETRÁŠ, M. *Poradna: Očkování proti klíšťové encefalitidě* [online]. 16. listopad 2009, [cit. 2010- 12-06].
Dostupné z: <http://www.vakciny.net/PORADNA/Temata/P_TBE.htm>.
- 41) Příbalová informace MENVEO [online]. 15. březen 2010, [cit. 2010-12-12].
Dostupné z: <http://www.vakciny.net/doporucene_ockovani/MENVEO%20PI.pdf>.

42) ROHÁČOVÁ, H.- TOMÍČKOVÁ, D. Břišní tyfus u pacienta po návratu z Indie [online]. *Zprávy epidemiologie a mikrobiologie*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2009. roč. 18, č. 2, s. 54-55. ISSN 1803 – 6422. [cit. 2010-11-13].

Dostupné z:

<<http://www.szu.cz/publikace/zpravy-epidemiologie-a-mikrobiologie/zpravy-em-2-unor-2009?highlightWords=b%C5%99i%C5%A1n%C3%AD+tyfus>>.

43) SEMIGOVSKÁ, M- SEMIGOVSKÝ, B. Malárie - boj pokračuje [online]. *Zdravotnické noviny*. 2010, č. 33-34. s. 12. [cit. 2011-03-17].

Dostupné z:

<<http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicke-noviny/malarie-boj-pokracuje-453721>>.

44) STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. *Vybrané infekční nemoci v ČR v letech 2000-2009 – absolutně* [online]. [cit. 2010-12-01].

Dostupné z: <<http://www.szu.cz/publikace/data/vybrane-infekcni-nemoci-v-cr-v-letech-1998-2007-absolutne>>.

45) STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. *Vybrané infekční nemoci v ČR v letech 2001-2010 – absolutně* [online]. [cit. 2011-03-21].

Dostupné z: <<http://www.szu.cz/publikace/data/vybrane-infekcni-nemoci-v-cr-v-letech-1998-2007-absolutne>>.

46) STEJSKAJ, F. – Tomíčková, D. Cestování a možná zdravotní rizika: zajištění před cestou. *Zdravotnické noviny. Příloha: Lékařské listy*. Praha: MLADÁ FRONTA, 2010, č. 13, s. 5 - 7. ISSN 1214-7664.

47) SÝKOROVÁ, M. *Hodnocení prevence u cestovatelů do zahraničí*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta, 2008. 85 s., Vedoucí diplomové práce MUDr. Lidmila Hamplová.

48) VESELÁ, J. *Sociologický výzkum a jeho metody*. 1. vyd. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2002. 92 str. ISBN 80-7194-466-1.

49) WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Diphtheria* [online]. 2010.
[cit. 2010-12-19].

Dostupné z: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs089/en/>>.

50) WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global Alert and Response (GAR): Yellow fever* [online]. 2010, [cit. 2010-10-20].

Dostupné z: <<http://www.who.int/csr/disease/yellowfev/en/index.html>>.

51) WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Hepatitis A* [online]. Květen 2008,
[cit. 2010-10-25].

Dostupné z: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs328/en/index.html>>.

52) WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Hepatitis B* [online]. August 2008,
[cit. 2010-12-01].

Dostupné z: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/index.html>>.

53) WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Cholera* [online]. June 2010,
[cit. 2010-12-01].

Dostupné z: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs107/en/index.html>>.

54) WORLD HEALTH ORGANIZATION. *International travel and health*. Geneva: WHO Press, 2010. 264 s. ISBN 978-92-4-158045-8.

55) WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Malaria* [online]. April 2010.
[cit. 2011-02-19].

Dostupné z: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs089/en/>>.

56) WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Meningococcal meningitis* [online].
Dezember 2009, [cit. 2010-12-12].

Dostupné z: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs141/en/index.html>>.

57) WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Poliomyelitis*. [online]. November 2010.
[cit. 2010-12-18].

Dostupné z: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs114/en/index.html>>.

58) WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Rabies* [online]. September 2010,
[cit. 2010-12-01].

Dostupné z: <http://www.who.int/immunization/topics/japanese_encephalitis/en/>.

59) WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Yellow fever* [online]. Dezember 2009,
[cit. 2010-10-20].

Dostupné z: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs100/en/index.html>>.

8 KLÍČOVÁ SLOVA

Antimalarická profylaxe

Cestování

Informovanost cestovatelů

Očkování

Prevence infekčních onemocnění

9 PŘÍLOHY

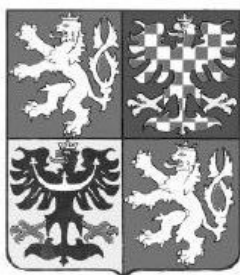
Příloha č. 1: Mezinárodní očkovací průkaz

Příloha č. 2: Dotazník

Příloha č. 3: Ceník očkovacích látek

Příloha č. 1: Mezinárodní očkovací průkaz

**MEZINÁRODNÍ OČKOVACÍ PRŮKAZ
INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION
CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION**



vystaveno pro / issued to / délivré à

Jméno, příjmení / Name, surname / Prénom, nom

Narozen(a) / Born on / Né(e) le

Číslo pasu nebo
cestovního dokladu

Passport No. or
Travel Document No.

Numéro du passeport ou
de la pièce justificative

Zdroj: Státní zdravotní ústav

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Martina Bromová a jsem studentkou třetího ročníku oboru **Ochrana veřejného zdraví** na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích. Vyplněním tohoto dotazníku mi umožníte získat data pro zpracování mé bakalářské práce, ve které se budu zabývat informovaností laické veřejnosti o očkování před cestou do zahraničí. **Dotazník je určen pouze osobám, které v roce 2010 vycestovaly mimo Evropu.**

Děkuji za ochotu!

Identifikační údaje:

1. Pohlaví :

- a) muž b) žena

2. Věk:

3. Nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) základní e) vyšší odborné
b) výuční list f) vysokoškolské
c) středoškolské s maturitou

4. Pracuji/ Studuji v oboru:

- a) obchod e) zdravotnictví
b) státní správa f) služby
c) stavebnictví g) technika
d) školství h) jiné – uveďte jaké.....

Obecné údaje týkající se cestování:

5. Kolikrát ročně obvykle cestujete do zahraničí?

- a) jednou
- b) dvakrát
- c) třikrát
- d) čtyřikrát a více

6. Jaká je obvyklá délka Vašeho pobytu v zahraničí?

- a) 1 – 2 týdny
- b) 2 – 4 týdny
- c) 1 – 3 měsíce
- d) 4 měsíce a více

Údaje týkající se posledního pobytu v zahraničí:

7. Cílem Vaší zahraniční cesty byla:

- a) Afrika
- b) Asie
- c) Austrálie
- d) Jižní Amerika
- e) Severní Amerika
- f) Střední Amerika
- g) jiná oblast- uveďte jaká

8. Jakou konkrétní zemi jste navštívil(a)?

Uveďte zemi pobytu:

9. Na své zahraniční cestě jsem se pohyboval(a):

- a) pouze v civilizovaných městských oblastech, pouze v hotelích s vyšším hygienickým standardem a se zajištěným stravováním
- b) v oblastech s nižší úrovní ubytování i stravování, často na venkově
- c) kombinace obou způsobů

10. Důvod Vašeho vycestování do zahraničí:

- a) dobrodružství
- b) návštěva rodiny, příbuzných, známých
- c) poznávání
- d) pracovní důvod
- e) relaxace
- f) studium
- g) jiný – uveďte jaký

11. Měl(a) jste Vaši cestu zajištěnou prostřednictvím cestovní kanceláře?

- a) ano b) ne

11.1 Jestliže jste cestoval(a) s cestovní kanceláří, byla Vám doporučena návštěva zdravotnického zařízení, které provádí očkování před cestou do zahraničí?

- a) ano b) ne

12. Myslíte si, že by cestovní kanceláře měly mít povinnost informovat své klienty o očkování, která by před odjezdem do zahraničí měli absolvovat?

- a) ano b) ne

13. Informoval(a) jste se, zda byste se před cestou měl(a) nechat očkovat proti některým infekčním chorobám, které Vás na Vaší cestě mohou ohrozit?

- a) ano b) ne

13.1 Jestliže jste se informoval (a), zdrojem informace pro Vás byl:

- a) praktický lékař
- b) cestovní kancelář
- c) přátelé, spolupracovníci
- d) odborná literatura, tisk
- e) internet
- f) televize, rozhlas
- g) očkovací středisko
- h) zdravotní ústav
- ch) informace mám z minulých cest
- i) jiné specializované zařízení provádějící očkování – uveďte jaké:

.....

14. Navštívil(a) jste před cestou do zahraničí specializované zdravotnické zařízení, které zajišťuje očkování?

- a) ano b) ne

14.1 Jestliže ANO, nechal(a) jste se očkovat proti většině infekčních onemocnění, které Vám byly doporučeny ve zdravotnickém zařízení, protože hrozí riziko nákazy v zemi, která je cílem Vaší zahraniční cesty?

- a) ano b) ne

14. 2 Jestliže jste se nenechal(a) očkovat proti většině infekčních onemocnění, jak Vám radili odborníci, jaký byl Váš důvod?

- a) vysoká cena
- b) nízké riziko nákazy
- c) obava z velkého počtu očkování
- d) nedostatek času před cestou
- e) zdravotní důvody
- f) jiné – uveďte jaké:

14. 3 Jak dlouho před odjezdem do zahraničí jste se začal(a) zajímat o očkování?

- a) 3 měsíce před odjezdem a déle
- b) 2 měsíce před odjezdem
- c) 1 měsíc před odjezdem
- d) 14 dní před odjezdem
- e) méně než 14 dní před odjezdem

15. Kontrolujete si pravidelně, zda jste stále chráněn(a) proti tetanu?

- a) ano
- b) ne

16. Víte, která očkování jsou povinná při některých cestách do zahraničí?

- a) ano
- b) ne

16. 1 Jestliže se domníváte, že víte, která očkování jsou povinná, vypište je:

.....

17. Cestoval(a) jste do země, kde je riziko malárie?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

17. 1 Jestliže jste cestoval(a) do země, kde je vysoké riziko malárie, užíval(a) jste antimalarickou chemoprophylaxi?

- a) ano
- b) ne

17. 2 Jestliže jste antimalarickou chemoprophylaxi v oblastech, kde hrozí vysoké riziko nákazy malárií, preventivně neužíval(a), jaký byl Váš důvod?

- a) vysoká cena
- b) nízké riziko nákazy
- c) obava z nežádoucích účinků
- d) současné zdravotní obtíže
- e) jiné – uveďte jaké:

Příloha č. 3: Ceník očkovacích látek

Ceník očkovacích látek	
Cena jedné dávky včetně DPH	
Očkování proti žluté zimnici	
Stamaril	810,-
Očkování proti meningokokové meningitidě	
Menveo	1660,-
Meningococcal A+C	670,-
Neis-Vac	980,-
Menjugate	980,-
Očkování proti hepatitidě typu A	
Havrix 1440 Adult	1300,-
Havrix 720 Junior	1100,-
Avaxim	1300,-
Očkování proti hepatitidě typu B	
Engerix	870,-
Očkování proti hepatitidě typu A i B	
Twinrix Adult	1620,-
Twinrix Paediatric	1100,-
Očkování proti břišnímu tyfu	
Typhim	650,-
Typherix	650,-
Očkování proti choleře	
Dukoral	1170,-
Očkování proti japonské encefalitidě	
Ixiaro	2450,-
Očkování proti klíš'ové encefalitidě	
FSME-IMMUN pro dospělé	670,-
FSME-IMMUN pro děti	670,-
Encepur pro dospělé	670,-
Encepur pro děti	670,-
Očkování proti vzteklině	
Verorab	560,-
Očkování proti tetanu	
Tetavax	400,-
Očkování proti poliomyelitidě	
Imovax Polio	500,-
Očkování proti záškrtu	
Diphterie	330,-

Zdroj: Avenier