

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

**Specifika ošetrovatelské péče u HIV
pozitivních pacientů**

bakalářská práce

Autor práce: Aneta Couralová

Vedoucí práce: Mgr. Petra Vršecká

Jihlava 2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Aneta Couralová
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Název práce:	Specifika ošetrovateľskej péče u HIV pozitivních pacientů
Cíl práce:	Zjistit specifika ošetrovateľskej péče o pacienta s HIV z pohledu všeobecné sestry

Mgr. Petra Vršecká
vedoucí bakalářské práce

PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Tématem této bakalářské práce jsou „Specifika ošetrovatelské péče u HIV pozitivních pacientů“. Práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. V teoretické části se zabýváme historií onemocnění, základními informacemi o HIV a především ošetrovatelskou péčí o HIV pozitivní pacienty. Ve výzkumné části využíváme kvalitativního výzkumu pomocí strukturovaných rozhovorů. Výzkumné otázky jsou zaměřené na problematiku psychické a fyzické náročnosti práce s HIV pozitivními pacienty. Práce se dále věnuje tomu, zda všeobecné sestry vědí, jak se dostatečně chránit před nakažením a jaké preventivní kroky mohou udělat pro svoji ochranu. Výzkum také klade důraz na to, zda všeobecné sestry znají postup ochrany svého zdraví po nechráněném kontaktu s biologickým materiálem.

Klíčová slova

HIV pozitivita, AIDS, ošetrovatelská péče, všeobecná sestra, prevence

Abstract

The topic of this bachelor thesis is "Specifics of nursing care for HIV positive patients". The work is divided into two parts, theoretical and research part. The theoretical part deals with historical diseases, basic information about HIV and especially nursing care for HIV-positive patients. In the research section, we use qualitative research through structured interviews. It focuses on detailed nursing care from the perspective of a general nurse. Research questions are focused on the issue of psychological and demanding work with HIV-positive patients. The work also deals with question whether general nurses know how to adequately protect themselves from infection and what preventive measures they can take to protect. Research also emphasizes whether general nurses know how to protect their health after unprotected contact with biological material.

Key words

HIV positive, AIDS, Nursing Care, nurse, protection

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou mé bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 20. dubna 2020

.....
Aneta Couralová

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Petře Vršecké za její čas, trpělivost a velmi cenné rady, které mi poskytla při zpracování bakalářské práce.

Obsah

Seznam obrázků	1
Seznam tabulek	1
Seznam použitých zkratk	2
Úvod.....	3
Motivace	4
Cíl práce	4
1 Současný stav problematiky	5
1.1 Současný stav HIV pozitivních	5
1.2 Historie onemocnění HIV	6
1.3 Původce onemocnění	8
1.4 Způsob přenosu infekce u HIV	9
1.5 Stadia onemocnění HIV a klinické projevy	12
1.6 Diagnostika onemocnění HIV	14
1.7 Léčba onemocnění HIV	16
1.8 Zdravotní komplikace u onemocnění HIV	18
1.9 Prevence onemocnění HIV	20
1.10 Ošetrovatelská péče o HIV pozitivního pacienta	22
1.11 Podpora HIV pozitivních.....	27
2 Výzkumná část.....	29
2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky	29
2.2 Metodika výzkumu.....	29
2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí	29
2.4 Průběh výzkumu.....	30
2.5 Analýza dat.....	31
3 Diskuze	48
4 Návrh řešení a doporučení pro praxi.....	51
Závěr	52
Seznam použité literatury	54
Seznam příloh	59

Seznam obrázků

Obrázek 1 – Graf států

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 – údaje o respondentech

Tabulka č. 2 – práce s HIV pozitivními

Tabulka č. 3 – přístup k HIV pozitivním

Tabulka č. 4 – psychicky náročnější péče o HIV pozitivní

Tabulka č. 5 – psychicky náročnější práce s nově diagnostikovanými HIV pacienty

Tabulka č. 6 – co je nejvíce zatěžující při téhle práci

Tabulka č. 7 – strach z nákazy členů rodiny

Tabulka č. 8 – přístup u pacienta, když není znám jeho zdravotní stav

Tabulka č. 9 - specifické výkony u HIV pozitivních

Tabulka č. 10 – nejobtížnější výkony v péči o pacienta s HIV

Tabulka č. 11 – výkony, při kterých jsou využívány rukavice a další ochranné pomůcky

Tabulka č. 12 – specifické ochranné pomůcky

Tabulka č. 13 – co považují za nejdůležitější, aby sestry věděly o tomhle onemocnění

Tabulka č. 14 – nakažení zdravotníka při výkonu jeho povolání

Tabulka č. 15 – jaké ochranné pomůcky používáte jako prevenci přenosu HIV

Tabulka č. 16 – poranění předmětem infikovaným HIV

Tabulka č. 17 – změny v oblasti ochranných pomůcek za poslední roky

Seznam použitých zkratek

AIDS – acquired immunodeficiency syndrome (syndrom získaného imunodefocitu)

ART – antiretrovirová terapie

CD4 – pomocné T lymfocyty

ČSAP – česká společnost AIDS pomoc

DNA – Deoxyribonukleová kyselina

HIV – human immunodeficiency virus (virus lidské imunodeficiency)

HAI – hospital acquired infection (infekce získaná v nemocnici)

PrEP – pre-expoziční profylaxe

PEP – post-expoziční profylaxe

RNA – Ribonukleová kyselina

SIV – simian immunodeficiency virus (virus opičí imunodeficiency)

SZÚ – Státní zdravotní ústav

TBC - tuberkulóza

USA – Spojené státy americké

VN – virová nálož

WHO – Světová zdravotnická organizace

Úvod

Tématem bakalářské práce jsou „Specifika ošetrovatelské péče u HIV pozitivního pacienta“. Toto téma je velmi zajímavé a málo probírané. Všichni díky osvětě, která probíhá již na základních školách, vědí o tom, že virus HIV existuje a mají základní informace, jak nakažení tímto virem předejít. Málokdo ví, jaké jsou podrobnější informace o tom, kolik lidí se i v dnešní době virem nakazí, jaké jsou možnosti léčby, jaká je kvalita života nemocného. Většina má pocit, že se jich tato nemoc netýká a že se určitě s nikým nemocným nesetkali, přitom takto nemocní lidé žijí mezi námi, chodí do práce, mají rodiny.

Velký rozdíl je i proti historii, když se onemocnění objevilo mezi lidmi, bylo neznámé, nebezpečné a v zásadě smrtelné. V posledních letech se díky medicínskému pokroku podařilo dostat do stádia, kdy se nakažení virem HIV stalo spíše chronickým onemocněním než smrtelným. V dnešní době HIV pozitivní pacienti prožijí kvalitní život bez většího omezení. Většina nakažených se díky včasné diagnóze a následné léčbě nedostane do stadia AIDS a tím se úmrtnost na toto onemocnění velice snížila. HIV pozitivních pacientů neustále přibývá a s prodlužováním a zvyšováním kvality života, péče o ně logicky zasahuje i do dalších zdravotnických a sociálních oblastí. Můžeme se tedy mnohem častěji setkat s HIV pozitivními pacienty i na odděleních, kde se léčí onemocnění nesouvisející s HIV, například na chirurgickém oddělení se zánětem žlučníku, při poúrazové léčbě, a podobně. V České republice se nachází osm HIV center rozmístěných po celém státě.

V bakalářské práci se zabýváme výskytem, klinickými příznaky, stádiu onemocnění, diagnostikou, léčbou, prevencí a ošetrovatelskou péčí. V ošetrovatelské péči se také zabýváme péčí o zdravotníka, který se poranil o kontaminovaný nástroj, nejčastěji se jedná o píchnutí o jehlu použitou u nemocného. Ve výzkumné práci se věnujeme psychické a fyzické náročnosti všeobecných sester při práci s HIV pozitivními pacienty. Je zajímavé, jak každá sestra vnímá riziko práce s nakaženými pacienty jinak. Dále se věnujeme ochranným pomůckám, které všeobecné sestry využívají při ošetrovatelské péči o pacienty. Zajímáme se také o nejnáročnější ošetrovatelské výkony, které se provádí u HIV pozitivních pacientů a jsou tudíž pro sestry rizikové a psychicky náročné.

Motivace

Motivací pro mě bylo, že tohle téma je z pohledu ošetrovatelské péče málo probírané. Přišlo mi velice zajímavé a pro mě jako budoucí všeobecnou sestru poučné. Vzhledem k možnosti léčby a tím i prodloužení života HIV pozitivních lidí stoupá pravděpodobnost setkání se všeobecné sestry s HIV nemocným napříč všemi nemocničními odděleními. Riziko nakažení je u každého, nejen u zdravotníků, jelikož tohle onemocnění patří mezi pohlavně přenosné nemoci. S tímto onemocněním se můžeme ale setkat kdekoli, proto je důležité dbát na prevenci. Již na základních školách běží preventivní programy, děti jsou o nemoci poučeny, dostanou informace o tom, jak se mohou nakazit, jak se mají proti nákaze chránit, ale také dostanou informaci o tom, že se člověka nakaženého virem HIV nemusí při kontaktu v běžném životě bát, že používám stejného sociálního zařízení či nádobí virem HIV neonemocní. Myslím si, že stojí za to se tomuto tématu věnovat, aby ti, kteří si přečtou moji práci věděli, že i s touto nemocí se dát žít relativně kvalitní život, i když HIV připravilo a stále připravuje o život miliony lidí na celém světě.

Cíl práce

Cílem této bakalářské práce je zjistit specifika ošetrovatelské péče u HIV pozitivních pacientů. Ačkoli je onemocnění nevyléčitelné, je již k dispozici kvalitní léčba tohoto onemocnění, díky které se ze smrtelného onemocnění stalo při nasazení léčby onemocněním chronickým. Díky tomu stoupla i pravděpodobnost, že se při práci všeobecné sestry setkám s HIV pozitivním pacientem na kterémkoliv nemocničním oddělení. Právě díky tomu, se ve výzkumných otázkách zabývám psychickou a fyzickou náročností práce s HIV pozitivními pacienty, zda všeobecné sestry vědí, jak se dostatečně chránit, jaké preventivní kroky mohou udělat pro svoji ochranu a zda znají postup ochrany svého zdraví po nechráněném kontaktu s biologickým materiálem. Vzhledem ke zkvalitnění a prodloužení života HIV pozitivních pacientů, se s nimi budeme setkávat při práci všeobecné sestry čím dál častěji. Dobrá informovanost snižuje riziko nervozity a tím i chybovosti sestry při práci. Pokud má sestra jistotu, že byla dobře poučena, jak se o pacienta starat a o možnostech nákazy, je i ona klidnější a k pacientovi přistupuje jako ke každému jinému nemocnému. Používání ochranných pomůcek by mělo být standardem při péči o všechny pacienty bez rozdílu.

1 Současný stav problematiky

1.1 Současný stav HIV pozitivních

Dle WHO Fact sheets – HIV/AIDS (2019) je vir HIV v současné době celosvětovým problémem, který si už vyžádal přes 32 miliónů životů. Se zvyšující se prevencí, diagnostikou, léčbou a péčí o HIV pacienty, se stalo tohle onemocnění zvládnutelných chronickým onemocněním, které umožňuje pacientům vést dlouhý a kvalitní život. Záleží i na sociálních a životních podmínkách, někde může být horší přístup k preventivním službám, testování a léčbě. Mezi roky 2000 – 2018 se snížil počet nově nakažených HIV infekcí o 37 % a úmrtnost související s HIV o 45 %. Pomocí antiretrovirové léčby bylo zachráněno 13,6 miliónů životů. K téhle léčbě mělo do června 2019 přístup 24,5 miliónu HIV pozitivních. Dle WHO v roce 2018 žije globálně 37,9 miliónů lidí s HIV a z toho 25,7 miliónů se nachází v Africe. Graf dle států viz v příloze. V roce 2018 zemřelo na příčiny související s HIV 770 000 lidí a nově nakažených bylo 1,7 miliónů lidí. Dle UNAIDS Fact sheets - Global HIV statistics (2020) žilo ke konci roku 2018 na světě asi 37,9 miliónu HIV pozitivních. Nejčastějším důvodem úmrtí, které souvisí s AIDS je tuberkulóza. Za rok 2017 žilo nemocných s TBC asi 10,0 miliónů a z toho asi 9 % mělo HIV. Za rok 2018 užívalo 92 % gravidních žen s HIV antiretrovirovou terapii, aby zabránilo přenosu HIV na novorozence během těhotenství a porodu. Tím se také chránilo zdraví těhotné ženy.

Současný stav HIV pozitivních v ČR

Dle Kulířové (2014) v České republice máme osm specializovaných center rozmístěných po celé republice a péče o HIV pozitivní je u nás na vysoké úrovni. Tato nemoc již není smrtelné onemocnění, ale spíše chronické onemocnění, se kterým se dá vést kvalitní a v mnoha ohledech adekvátní život. HIV pozitivních pacientů neustále přibývá a s prodlužováním a zvyšováním kvality života péče o ně zasahuje i do dalších zdravotnických a sociálních oblastí. Klener (2011) dodává, že ročně přibude nad 100 nových HIV pozitivních.

Dle tiskové zprávy Národní referenční laboratoře pro HIV/AIDS v ČR za rok 2019 v České republice přibylo 222 nových pacientů s HIV, což je 2,08 nemocných na 100 000 obyvatel. Mezi novými případy je 193 mužů a 29 žen. Průměrný věk u nakažených je u mužů 36,6 let a u žen je 38,7 let. V České republice je množství

nakažených českých občanů mnohem nižší než počet kompletního množství cizinců s dlouhodobým pobytem. Nadále u nás převládá přenos viru HIV pohlavním stykem, což je 93,2 % případů za rok 2019. Z toho bylo 68,0 % přeneseno homosexuálním stykem muže s mužem, z čehož byli 3 nakažení také uživatelé intravenózních drog, ale větší možnost je sexuální přenos. V ČR u homosexuálního styku mezi muži za poslední 3 roky došlo k nápadnému snížení tohoto přenosu, jelikož v roce 2016 bylo zjištěno 213 případů. U heterosexuálního styku bylo v roce 2019 zjištěno 56 případů (25,2 %) z toho 31 mužů a 25 žen, to je za poslední roky v podobné. Nízký přenos byl u uživatelů intravenózních drog a to 6 nově nakažených (2,7 %). V ČR za rok 2019 bylo zjištěno u cizinců s dlouhodobým pobytem, že jeden byl nakažen v nemocničním prostředí (0,6 %) a jeden krevní transfuzí (0,6 %), kteří byli nakaženi mimo Českou republiku. U 7 nakažených (3,2 %) zatím nebyla zjištěna metoda přenosu. Při povinném screeningu dárců bylo zjištěno 8 infikovaných virem HIV. Při screeningu těhotných žen bylo nově zjištěno 6 HIV pozitivních žen a z toho byly 4 ženy cizinky s dlouhodobým pobytem. Nově narozených dětí u HIV pozitivních matek bylo 11 a z toho 7 gravidních žen o infikování virem HIV věděly už při otěhotnění. V roce 2019 bylo u pacientů stanoveno AIDS v 37 nových případech. Z toho se 30 nemocných o své HIV pozitivitě dozvědělo až v roce 2019. Zemřelo 7 nemocných ve stadiu AIDS a 12 pacientů s HIV zemřelo z jiné příčiny. Mimo doposud uvedeného počtu nemocných bylo zjištěno 27 nových infikovaných cizinců s krátkodobým pobytem. Tento počet byl v posledních letech nižší a byl na úrovni 15 nově infikovaných. Dle měsíčního výkazu SZÚ za prosinec 2019 o výskytu a šíření HIV/AIDS v České republice (2019) za období 1.1.1986 - 31.12.2019 je v České republice 3590 HIV pozitivních. Z toho trpí AIDS 674 pacientů a 311 zemřelo. Nejvíce nakažených žije v Praze (1746 pacientů) a nejméně v kraji Vysočina (46 pacientů).

1.2 Historie onemocnění HIV

Rozsypal (2015) ve své publikaci uvádí, že ve Spojených státech amerických se kolem roku 1981 začaly objevovat mezi homosexuálními muži nezvyklé onemocnění. Dle Konvalinky (2013) se objevily u pěti mužů neobvyklé příznaky pneumocystové pneumonie, kteří dosud nevykazovali příznaky žádného onemocnění. Také se ukázalo, že někteří z nich mají neobvyklý Kaposiho sarkom a nezvyklé druhy kandidóz. Tyto neobvyklé infekce se objevovaly u pacientů s velmi oslabenou imunitou.

Ukázalo se tedy, že jde o onemocnění, jehož podstatou je zhroucení buněčné imunity. Také se ukázalo, že nepostihuje jen muže homosexuály, ale také mezi postiženými jsou hemofilici, injekční uživatelé drog, zejména na heroinu a obyvatelé Haiti. Záhadné onemocnění pojmenovali 4H, kvůli čtyřem skupinám osob. Později roku 1981 byla nemoc pojmenována jako AIDS (acquired immune deficiency syndrome). V 1983 se podařilo najít původce – HIV (lidský virus imunodeficiency). Onemocnění se v devadesátých letech rychle šířilo po celém světě. Bylo dosaženo velkého počtu nakažených a zemřelých. K zásadnímu obratu v léčbě došlo v polovině devadesátých let, díky kombinované antivirové léčbě a došlo k velkému zlepšení v prognóze, délka života se velmi prodloužila a HIV infekce stala spíše chronickým onemocněním. (Rozsypal, 2015)

Kulířová (2014) uvádí ve své publikaci, že je ve velké míře probírané téma, kdo byl vlastně prvním nakaženým člověkem, který byl nakažen virem HIV. Žhavým kandidátem je kanadský stevard, jehož náhodou odhalil dermatolog Dr. Friedman-Kien. Ten se dozvěděl o homosexuálním muži, který si při pohlavním styku vybírá neosvětlené prostory v sauně, aby jeho sexuální partneři nespátřili Kaposiho sarkom. Stevard byl kontaktován a varován, že je pravděpodobně přenašečem neznámého virového onemocnění, a tudíž by se měl vyvarovat nechráněného pohlavního styku. I přes tato varování pokračoval i nadále v nechráněném pohlavním styku. Muž měl během svého aktivního sexuálního života zhruba 2500 partnerů z různých koutů světa. V roce 1984 bylo oznámeno 248 nakažených, z toho 40 bylo právě díky výše uvedenému stevardovi, který v tomto roce na komplikace spojené s tímto virovým onemocněním podlehl. Konvalinka (2013) dodává, že byly objeveny mnohem starší vzorky, které obsahují vir HIV. Nejstarším potvrzeným pacientem s HIV je lovec z Kamerunu, jenž připlul v roce 1959 do konžského města Kinshasy. Zemřel v místní nemocnici a v jeho doposud uchovaném krevním vzorku je obsažen virus HIV i příslušné protilátky. Je tak prozatím nejstarším vyskytujícím se důkazem života tohoto viru.

Historie v ČR

V České republice bylo o viru HIV poprvé zmíněno v novinách v roce 1982. Nejprve bylo HIV bráno jako nemoc západního světa, která souvisí s homosexuály a injekčními uživateli drog. Tedy skupinou lidí, která oficiálně v České republice nežije. I přes toto

stanovisko České republiky byla v roce 1983 vytvořena skupina lékařů mající za úkol případné onemocnění virem HIV u nás odhalit. Skupina vznikla v Praze ve Fakultní nemocnici Na Bulovce. Specialisté diagnostikovali první dva případy viru HIV v roce 1984. Laboratorně byli testováni ve Vídni ve virologickém ústavu. V roce 1985 vznikla první laboratoř pro HIV i v Praze. Téhož roku bylo založeno AIDS centrum, které vedla doc. MUDr. Marie Staňková, CSc. Dříve byla jen jedna ambulance, později bylo vytvořeno také lůžkové oddělení, které funguje dodnes. Po roce 1986 se zvyšoval okruh lidí testovaných na HIV, byli ověřováni například dárce krve a následně i příjemci krve. Od roku 1987 je v naší republice povinné testování dárců krevních přípravků. V roce 1989, po sametové revoluci a následným otevření hranic, se zvyšoval počet HIV pozitivních. Díky tomuto nárůstu pacientů se v Česku otevíraly další AIDS centra. (Kulířová, 2014)

Dle zahraničních odborníků měla i Česká republika, souběžně s otevřením hranic a nekontrolovaným přílivem cizích státních příslušníků z různých koutů světa, počítat s velkým nárůstem HIV pozitivních jedinců. Podle přiznaných údajů se zvyšoval počet nakažených o 10 osob ročně. Tato situace byla odlišná od sousedních států, mimo Slovenska, které bylo v té době součástí České republiky, tudíž v tomto problému kopírovalo stav ČR. (Navrátil, 2017)

1.3 Původce onemocnění

Jak uvádí ve své publikaci Krejsek (2016) původcem HIV je vir řazený mezi retroviry, které jsou specifické díky ojedinělé schopnosti přepisu informace z RNA do DNA. Jsou tři podčeledi retrovirů a HIV patří do druhé podčeledi, a to mezi lentiviry. Po delší době bez jakýchkoliv zjevných příznaků infikovanou buňku ničí. Jsou dva známé typy HIV: HIV – 1 a HIV – 2. Hamplová (2015) dodává, že HIV – 1 a HIV – 2 se rozlišuje vnější strukturou a choroboplodností, která je u HIV – 1 vyšší, zeměpisným rozmístěním a epidemiologickým rozmístěním. Krejsek (2016) dodává, že HIV – 2 má minimální dopad na lidskou populaci a nachází se pouze v západní Africe a má minimální výskyt mimo tuhle oblast, většina informací se směřuje k viru HIV – 1.

Dle Beneše (2009) je virus kulatého tvaru a velikost je přibližně 110 nm. Virové jádro je kuželovitého tvaru, stavbou a funkcí se shoduje s nukleokapsidou jiných virů. Vnější obal je tvořený fosfolipidovou membránou a mezi obalem a jádrem se nachází

matrixový protein. Virové jádro má dvě oddělená vlákna RNA a ty nesou devět genů. Dle Hamplové (2015) je virus senzibilní na teplo a potlačuje se jeho aktivita obvyklými dezinfekčními přípravky. Naopak není zabíjen pomocí UV a ionizujícího záření. Kašáková (2015) ve své knize uvádí, že virus lidské imunodeficiency má schopnost dlouhodobě přežívat v hostitelských buňkách. Nejčastěji napadenými buňkami je podskupina leukocytů, které se podílejí na obranyschopnosti. Rozsypal (2015) ve své publikaci uvádí, že virus útočí na T lymfocyty, které mají na vnějšku membránový receptor CD4. Postupem času se CD4+ buňky nestíhají obnovovat, vzniká nejvýraznější imunologická nepravidelnost, tedy snížení počtu CD4+ bílých krvinek. Pokles leukocytů souvisí s rozvinutostí infekce. Collins (2016) dodává, že virus při napadání CD4 buněk, přiměje tělo k odpovídání na reakci viru množением dalších CD4, ale HIV využije nové buňky k dalšímu množení. Roztočil (2017) podotýká, že vir se také nachází na vnějšku monocytů a makrofágů. Po vniknutí do buňky se jeho virová RNA přepíše do DNA, která je zapojena virovou integrázou do chromozomu hostitelské buňky. Denně vznikne jedna miliarda dalších virových částic, které stále napadají další buňky. Beneš (2009) dodává, že hlavním zásobníkem HIV je mízní tkáň, ve které se viry množí ve všech stádiích infekce.

Při hledání původu viru, byla zjištěna nápadná podobnost s opičími viry SIV neboli virus opičí imunodeficiency. SIV byl nalezen u šimpanzů, kteří se vyskytují ve střední Africe. Většina expertů souhlasí s tím, že virus lidské imunodeficiency vznikl právě transferem z opic, zřejmě při konzumaci ulovených zvířat a modifikací, díky které se mohl množit v lidském těle. (Konvalinka, 2013)

1.4 Způsob přenosu infekce u HIV

Ve své publikaci Rozsypal (2013) uvádí, že virus HIV se transferuje parenterálně, sexuálně a vertikálně. Způsoby přenosu jsou určeny podle výskytu virů v tělních tekutinách. U nemocných se nachází v krvi, spermatu a vaginálním sekretu. Dále se v malém množství objevují také ve slinách, slzách, potu, moči. Hájek (2015) dodává, že přenos mateřským mlékem není zcela jasný. Spíše se připouští teorie, že se virus přenáší pomocí krve, a to z matčiny rankou poškozené bradavky a poraněných ústních koutků, úst a jazyka dítěte.

Výhodou tohoto typu viru je jeho nepřenositelnost vzduchem, kapénkami, líbáním, bodnutím hmyzem, sdílením společného vybavení domácnosti, pracoviště či jiných prostor. Se zvýšeným rizikem není doporučováno využívat společné věci jako zubní kartáček nebo žiletky, na kterých můžou být kapénky krve. (Kulířová, 2014)

Přenos pohlavním stykem

Pohlavní styk je označován jako nejčastější způsob přenosu, a to ve více jak 90 % případů. Nejvíce riziková forma sexuálního přenosu je styk anální, kdy může dojít k ruptuře sliznice. Proto je nejčastějším způsobem přenosu styk homosexuální. Přenos při heterosexuálním styku je rizikovější z muže na ženu než ze ženy na muže. Nejmenší riziko nákazy je u orálního styku. Při líbání je riziko velice malé, pokud nedojde ke krvácení v dutině ústní. Virus HIV je také přítomen v menstruační krvi, spermatu a preejakulátu. Proto je vhodné používat prezervativ při vaginálním, análním i orálním styku. Při porušení kondomu se doporučuje osprchování pohlavních orgánů, po orálním styku výplach dutiny ústní. (Kulířová, 2014)

Jelikož je pohlavní styk nejčastější cestou nákazy, je nejlepší prevencí použití kondomů, které jsou zesílené. Dále se vyhnout pohlavnímu styku s neznámým člověkem, dodržovat vzájemnou věrnost mezi partnery nebo eventuální sexuální abstinenci. Pacienti s HIV musí dodržovat zásady bezpečného pohlavního styku, upozornit své případné partnery na svoji nemoc, jinak se vystavují trestnímu stíhání pro vědomé šíření pohlavní choroby. (Šrámková, 2013)

Dle webových stránek HIV prevence (2020) PrEP neboli pre-expoziční profylaxe snižuje riziko přenosu infekce. Užívání PrEP a používání kondomů již poskytuje velkou ochranu před nakažením. Tato kombinace poskytuje ochranu pro HIV negativní, kteří mají vztah s HIV pozitivním jedincem.

Jak je uvedeno na webových stránkách HIV prevence (2020) je po rizikovém nechráněném pohlavním styku nebo selhání ochrany je vhodné podání PEP neboli post-expoziční profylaxe. To je podání antiretrovirových léků nejpozději do 72 hodin, ale doporučuje se co nejdříve.

Přenos krevní cestou

Dle Kulířové (2014) je ve statistikách uváděn přenos parenterální cestou asi 7 % z celkového počtu případů. V dnešní době se tento druh přenosu týká nejčastěji

uživatelů intravenózních drog. Před rokem 1989 byl v České republice velice nízký počet intravenózních uživatelů drog. Kvůli nedostupnosti jednorázových injekčních stříkaček a jehel užívali intravenózní uživatelé drogy doma nebo v malých skupinách. Stříkačky a jehly museli vyvářet. Proti jiným státům, kde byli k dispozici jednorázové stříkačky a jehly, byl díky tomu u nás přenos uživatelů injekčních drog nízký. V současné době velmi dobře fungují preventivní programy, které se zabývají výměnami stříkaček, dezinfekcí, apod. Hamplová (2015) dodává, že při opomenutí principů sterilizace, může nastat i možnost přenosu znečištěnými nástroji používanými k výkonům v nemocničním prostředí.

Kulířová (2014) uvádí, že přenos krevními přípravky dříve patřil mezi rizikové, v dnešní době jsou povinně všichni dárči testováni. V roce 1986 bylo objeveno 30 osob, které byly příjemci krevních přípravků a prokazatelně nakaženy zahraničními přípravky. Hamplová (2015) dodává, že se testují nejen dárči krve, ale také dárči medulla ossium, orgánů, tkání, laktátu a semene. V České republice se od roku 2003 používají u dárců krve duální testy, což jsou anti-HIV a také antigen p24.

Dle informací na webových stránkách HIV prevence (2020) zatím nebyl popsán přenos viru pomocí tetovacích, akupunkturních a piercingových jehel. Přestože existuje jen minimální riziko přenosu je důležité tyto jehly dezinfikovat před použitím.

Z matky na dítě

Dle Kulířové (2014) byl poprvé zaznamenaný případ v České republice přenosu z matky na dítě byl v roce 1995. Vertikální přenos může nastat v průběhu těhotenství, během porodu nebo při kojení. Od roku 2000 jsou ženy v prvním trimestru povinně testovány. U některých rizikových žen, je navrhováno test opakovat ve třetím trimestru. Nejrizikovější doba přenosu HIV viru je při komplikovaném vaginálním porodu. Konvalinka (2013) dodává, že bez pomoci lékařů je až 25 % riziko nákazy z matky na dítě. Dle ČSAP (2017) nemůže být infekce přenesena z otce na dítě.

Dle Roztočila (2017) gravidní ženy jsou náchylnější k infekci, z důvodu snížení CD4 buněk. V Africe s největší pravděpodobností je skoro polovina gravidních žen s HIV. Vyskytují se tři způsoby přenosu v těhotenství – transplacentární; intrapartálně neboli během porodu což může být krví, poševními sekrety a při kontrakcích; postpartálně neboliž porodu, a to například kojením. V těhotenství při objevení HIV positivity je

doporučeno umělé přerušení těhotenství. Při odmítnutí interrupce je navrhována léčba HAART neboli vysoce aktivní antiretrovirová léčba k zastavení replikace viru. Důležitá je prevence oportunních infekcí, kdy nejsou doporučovány zákroky, kde hrozí riziko smíšení krve dítěte s krví těhotné jako např. amniocentéza. U těhotných žen s HIV je lepší prvotně směřovat k císařskému řezu, jelikož se zmenšuje riziko nákazy na novorozence na polovinu, při užití HAART léčby se zmenšuje riziko na 2 %. Porod je koncentrován na speciální instituci se speciálním vybavením, terapeutickými prostředky, rozvrhem práce a výbornými zaopatřovacími postupy. Dle Röckena (2018) je přenos u novorozence z matky asi 30 % a s léčbou asi 5 %. Kromě ART během gravidity je také jako prevence využito císařského řezu, vynechání kojení a terapie dítěte na 14 dní. Hájek (2015) udává, že přenos mateřským mlékem není zcela jasný. Spíše se připouští teorie, že se virus přenáší pomocí krve, a to z matčiny rankou poškozené bradavky a poraněných ústních koutků, úst a jazyka dítěte.

1.5 Stadia onemocnění HIV a klinické projevy

Dle Rozsypala (2015) mezi klinické příznaky patří velké a malé oportunní infekce, které se objevují v různých stádiích HIV. K důležitým projevům nákazy patří horečka, snižování hmotnosti, kašel, dušnost, diarrhoea a cephalgia. Dle Jilicha (2014) je nejčastěji používaným klasifikačním systémem je podle Centra na kontrolu a prevenci nemocí v USA, která vznikla v roce 1993. Klasifikace je rozdělena na tři stadia nemoci, a to na A, B a C. Písmeno ukazuje klinickou situaci nemocného.

Stadium A

Dle Jilicha (2014) je stadium A, které je také označováno jako stadium asymptomatické. Obtížné v tomto stadiu je riziko přenosu, jelikož nakažlivost v tomto stadiu je velmi vysoká. Tipuje se až 50 % nově nakažených právě ve stadiu A. Tohle stadium setrvává 2-8 let, během téhle doby se zvyšuje porucha imunity, vyznačována počtem CD⁺ T lymfocytů. Tohle stadium u každého probíhá jinak, i rychlost progresu se u osob velmi liší. Po 2-6 týdnech infikování začíná akutní primoinfekce HIV někdy i nazývána jako akutní retrovirový syndrom. U většiny pacientů je doprovázena příznaky, u některých je bezpříznaková. Klener (2011) uvádí ve své publikaci, že projevy, které se v první fázi objevují, jsou spojované s chřipkovým onemocněním. Často doprovázena nesvědovou vyrážkou a bolestí v krku se zduřenými lymfatickými uzlinami. Rozsypal

(2015) dodává, že se mohou objevit opakované infekce horních cest dýchacích a rozmanité kožní nemoci.

V laboratorním vyšetření je zprvu viděn pokles lymfocytů. Do 3 týdnů se hodnoty vrátí do fyziologických hodnot. Mohou být malé změny v krevním obrazu. Významným laboratorním objevem je průběžné snížení hodnot CD⁺ bílých krvinek. Po čase se snižuje stav buněčné imunity, což je předpoklad k počátku dalšího stadia. (Klener, 2011)

Stadium B

Dle Klenera (2011) je stadium B vyznačováno přítomností některých menších infekcí např. herpes zoster a nějakých stavů způsobených imunopatologicky např. trombocytopenie a periferní neuropatie. Jilich (2014) dodává, že tahle onemocnění jsou nespecifická a nemusí nám napovědět, že se jedná právě o tohle onemocnění. Naopak můžeme mít jiná onemocnění, která nám mohou naznačit, že se jedná o doteď neobjevenou HIV infekci. Může to být třeba bělavý povlak v ústech, který zapříčinila kvasinka tzv. soor. Mohlo by se stát, že se zaléčí soor v ústech, ale nebude se zjišťovat příčina. Některé osoby tohle stadium přejdou bez výrazných příznaků imunodeficientu a nemoc je zjištěna až ve stadiu AIDS. Dle Rozsypala (2015) jsou nejčastější onemocnění, objevující se ve druhém stádiu, orální kandidóza, ústní leukoplakie, vážné bakteriální nemoci, febris, diarrhoea, poruchy krvetvorby. Jilich (2014) dodává, že febris a diarrhoea trvají déle než měsíc. Další nemoci, které se mohou objevit, jsou vulvovaginitida kandidová, pneumonie, listerióza, cervikální dysplazie a recidivující adnexitidy.

Stadium C

Dle Jilicha (2014) projevy AIDS bez efektivní léčby se odhalí asi za 8-10 let od nakažení u početné části osob. U některých nakažených to můžou být naprosto první projevy nakažení virem HIV. Dle Klenera (2011) je stadium C neboli vlastní AIDS spojeno s velkým snížením imunitních funkcí. Je i výrazné snížení leukocytů CD⁴. V tomhle stadiu může nemocný i podlehnout některé následné zdravotní komplikaci. Jak uvádí Souček (2011) objevují se v tomhle stádiu komplikace způsobující oportunní infekce a tumory. Během tohoto stadia se objevují nemoci jako pneumocystová pneumonie, toxoplazmová encefalitida, kandidóza, chronický opar, tuberkulóza,

Kaposiho sarkom, maligní lymfomy, lymfom mozku, karcinom děložního hrdla, wasting syndrom. Jilich (2014) dodává, že oportunní infekce se objevují jen u imunitně zesláblých osob. Pneumocystové pneumonie může dojít do fáze, ve které je nutná plicní ventilace. Potom je tento stav hodně závažný a může mít fatální průběh. Tenhle stav nastává při neléčené nebo neúčinné antibiotické terapii, ale pokud je odhalena zavčas a vhodně léčen, může dospět k úplnému uzdravení. Další obvyklou infekcí je toxoplazmóza mozku, kde je taky velmi důležité brzké odhalení infekce. Pozitivní prognóza záleží na lokalizaci lézí a brzké antibiotické terapii. Kritické nebo trvalé následky jsou relativně časté.

1.6 Diagnostika onemocnění HIV

Dle Klenera (2011) může být někdy určení diagnózy náročné. Může se zjistit dle údajů v anamnéze či dle životního stylu, např. promiskuita, užívání injekčních drog, pohlavní styk s nakaženým. Z klinických příznaků to může být herpes zoster, snižování hmotnosti, zvýšená teplota, kandidóza. Přesnou diagnostikou HIV je odběr protilátek na anti-HIV. Tyhle protilátky se vyskytují 3 týdny až 3 měsíce po nakažení. Když nejsou protilátky vyvinuty, může se objevit falešně negativní výsledek. Dle Röckena (2018) se jako přímé zjištění infekce používá PCR nebo test s antigenem p24. Nepřímé metody poznávající protilátky jsou pomocí screeningu ELISA nebo Western blot. Pro stanovení jasné diagnózy by se měl test znovu provést za 6-12 týdnů. Dle Jilicha (2014) kromě laboratorních vyšetření, jsou ještě takzvané rychlotesty, které ukazují okamžitý průkaz anti-HIV antigen a zároveň i protilátky p24 v krvi nebo slinách, popřípadě ve steru z dásní. Výsledek je během několika minut. Tyhle testy jsou jen orientační, jsou využívány ve speciálních situacích. Test je využíván v případech, kdy není možné provést laboratorní vyšetření a chceme mít rychlý výsledek, například při urgentních stavech či testování rizikových skupin. Vyšetření provádí jen zdravotník nebo řádně školený pracovník. Dle Röckena (2018) po určení diagnózy je nutné sledování počtu CD4 lymfocytů a virové nálože. Fait (2011) dodává, že HIV pozitivita se může určit v jakémkoliv stádiu nemoci. Dle Jilicha (2014) mezi laboratorní vyšetření na výskyt HIV patří základní, konfirmační a speciální. Mezi základní vyšetření patří povinná screeningová, diagnostická, na vlastní žádost a během prevence. Povinná screeningová vyšetření jsou u dárců krve, celul, orgánů, tkání a u gravidních žen. Tohle vyšetření je hrazeno zdravotní pojišťovnou. U diagnostických vyšetření je na doporučení lékaře a

také je hrazeno zdravotní pojišťovnou. Na vlastní žádost, může být vyšetření buď pod jménem, nebo anonymně pod kódem. Tohle vyšetření není hrazeno zdravotní pojišťovnou, jedinec si vyšetření uhradí sám. Jedinec, který je testován anonymně, může mít test uhrazen z dotačního programu Ministerstva zdravotnictví České republiky, je-li pracoviště, kde je test prováděn, smluvní příjemce dotace. Během prevence je testován jedinec, u kterého se domníváme, že je vysoké riziko nakažení HIV. Mohou to být třeba osoby poskytující pohlavní styk za peníze, uživatelé intravenózních drog, kriminálníci nebo migranti. Potom i testování během odborných studií. Je hrazeno zadavatelem, kupříkladu nevládní organizace, Ministerstvo vnitra České republiky a je možné uhradit z dotačního programu Ministerstva zdravotnictví České republiky, Orgán ochrany veřejného zdraví, je-li pracoviště, kde je test prováděn, smluvní příjemce dotace. Můžeme sem zařadit předoperační vyšetření, které je hrazeno zdravotní pojišťovnou. U konfirmačního vyšetření je povinné všechny senzitivní vzorky při základním vyšetření poslat k potvrzení do Národní referenční laboratoře pro HIV/AIDS. Jedině výsledek, který byl ověřen v Národní referenční laboratoři, můžeme považovat za pozitivní. Je hrazen zdravotní pojišťovnou, u jedinců, kteří nejsou pojištěni je hrazeno zadavatelem, u anonymních hrazeno zadavatelem či žadatelem, nebo může být test uhrazen z dotačního programu Ministerstva zdravotnictví České republiky, je-li pracoviště, kde je test prováděn, smluvní příjemce dotace. Mezi speciální vyšetření patří takzvaná virová nálož HIV RNA, která ukazuje četnost viru v krvi. Pomocí tohoto vyšetření se sleduje vývoj infekce a průběh terapie, zda jsou antiretrovirotika účinná. Tohle vyšetření doporučuje HIV centrum a provádí ho Národní referenční laboratoře pro HIV/AIDS. Je hrazeno zdravotní pojišťovnou, u jedinců bez pojištění je hrazeno většinou HIV centrem.

Testování

Testování probíhá ve všech krajích, může být ve specializovaných ambulancích nebo testují v některých krajských checkpointech Domu světla, kde testování probíhá v určité dny. Také zde většinou probíhají testy na PrEP a PEP. Zároveň i testují na syfilis a hepatitidu B a C. V den odběru není potřeba nějaká speciální příprava. Není potřeba být nalačno, je vhodné vypít dostačující množství tekutin z důvodu menšího rizika kolapsu. Je vhodné se jít testovat dva měsíce po rizikovém chování z důvodu vytvoření protilátek. Před odběrem provede pracovník s jedincem předtestové poradenství. Při sdělování pozitivního výsledku, je sdělován vždy lékařem, jsou poskytovány základní

informace o HIV a jedinec je poslán na příslušné HIV centrum. Pokud jde o sdělování negativního výsledku, tak není řečen jen mezi dveřmi. Potestový pohovor je důležitý hlavně pro připomenutí správného objasnění, například o rizikovém chování. Také probíhají mobilní testy v terénu. (HIV testování, 2020)

Virová nálož

Dle brožury ČSAP (2017) je VN hodnota viru HIV v ověřovaném vzorku krve. Pokud není zahájena léčba, je každá hodnota druhotným potvrzením HIV pozitivitu. Při léčbě je test VN důkaz, zda terapie účinkuje. Tedy cílem terapie je, aby virová nálož měla nulové hodnoty, a to se i zachovalo. Collins (2016) podotýká, že pokud jsou správně užívané léky, může být virová nálož nezjistitelná. Proto je velmi důležité brát léky ve stejnou dobu, neopomíjet dávky a respektovat dietní režim.

1.7 Léčba onemocnění HIV

Jilich (2014) udává, že první efektivní lék byl použit v roce 1987. Do dnešní doby k tomu přibýlo několik nových léků ze šesti různých skupin. Od 2. poloviny 20. století je využíván princip HAART neboli vysoce účinné antiretrovirové terapie, dnes častěji používaný název cART neboli kombinovaná antiretrovirová terapie. Dle Collinse (2016) se s léčbou může začít ihned po zjištění infekce, v případě, je-li nemocný připraven. Tím je myšleno psychické srovnání se s nemocí. ART neboli antiretrovirová terapie je kombinovaná léčba pro HIV pozitivní. Antiretrovirová terapie zmenšuje mortalitu v důsledku HIV infekce. ART zabraňuje replikaci viru a pomocí léků snižuje virovou nálož na minimum. S ART mají nemocní opět šanci na množení CD4 leukocytů. Bez léčby se imunitní systém opotřebovává. V dnešní době využívá léčbu víc než 15 miliónů nemocných. Pokud je dodržován léčebný režim a správné užívání léků, omezuje vir HIV v těle na minimum. Nemocný je dále HIV pozitivní, ale je minimalizován přenos na někoho jiného. Působí na všechny způsoby přenosu infekce. Antiretrovirová léčba vždy zahrnuje nejméně tři aktivní tablety. Některé léky v jedné tabletě zahrnují další léky nebo dokonce kombinaci léků. Pokud se nevyvine rezistence na tyto léky, mohou se brát i desetiletí. Při vysazení ART je riziko, že VN naroste v rozmezí pár dní a nejspíš se sníží množství CD4 buněk. Také po vysazení roste riziko lékové rezistence. Dle Navrátila (2017) se v dnešní době využívá terapeutické schéma, kdy nemocnému podáváme naráz jeden nukleosidový inhibitor, jeden proteázový

inhibitor a dva nukleosidové inhibitory. Tuhle kombinací je zajištěno narušení replikace HIV v celule na třech po sobě nadcházejících úrovních. Kombinace léků je individuální, záleží na nežádoucích účincích. Dle Collinse (2016) není vhodné léčit kombinovat s návykovými látkami, rekreačními drogami, vitamíny a jinými léky. Tyhle látky mohou způsobit snížení účinku léku. Velmi důležité je, aby lékař věděl o všech lécích a doplncích stravy, které nemocný užívá. Alkohol sám o sobě neovlivňuje účinky léků, ale může způsobit vynechávání dávek. HIV může být také rizikem pro srdce, ale samozřejmě velmi rizikovým je kouření, špatná životospráva, alkohol. Nebezpečí je také při zvýšené hladině cholesterolu. Další rizikový faktor je věk, mužské pohlaví, alkohol, hypertenze a cukrovka. Je vhodné provést před zahájením léčby kardiologické vyšetření, které by se mělo ročně opakovat. V roce 2015 se začalo řešit, jak je vysoká šance přenosu s antiretrovirovou terapií. Když je virová nálož neměřitelná, je riziko přenosu takřka nulová. Sice je tohle známo déle, v téhle době je to mnohem lépe zdokumentováno. Dle studie nazývané Partner, nebyl uveden jediný případ, který by byl u jedince s nulovou virovou náloží. Počet byl 44 500 vaginálních a análních pohlavních styků bez ochrany prezervativu. Prezervativy pořád zůstávají důležitou prevencí i před jinými pohlavním stykem přenosnými nemocemi.

Dle Jilicha (2014) nežádoucí účinky léčby mohou být jeden ze zásadních důvodů poklesu úspěšné ART. Po nastoupení nežádoucích účinků může být těžké pacienta přemluvit, aby v léčbě pokračoval. Vedlejší účinky se objevují u všech léků, ale dle stanovené medikace mohou být různé. Nežádoucí účinky jsou převážně mírné až střední. Jejich závažná intenzita zapříčiní přerušování terapie. Obvykle ustoupí po několika týdnech léčby. Collins (2016) dodává, že pokud jsou nežádoucí účinky nevládatelné a neustávají, můžou se kombinace léků změnit. Mezi časté nežádoucí účinky patří nauzea, průjem a únava, ale v dnešní době už jsou málo časté při srovnání se staršími léky. Mezi dalšími vedlejšími účinky může být změna hodnoty cholesterolu a hladiny glykemie. Může se objevit vyrážka, o které by měl pacient informovat svého lékaře. Dle Kargese (2011) je nejčastějším nežádoucím účinkem dlouholeté antiretrovirové terapie lipodystrofický syndrom. Souček (2011) dodává, že nejlepším terapeutickým opatřením je zajištěním pravidelného uspokojivého energetického příjmu a pravidelná fyzická aktivita, která je důležitá pro zachování dobré svalové hmoty.

Dle Jilicha (2014) je virová rezistence schopnost množení viru i s antiretrovirovou terapií. Vznik rezistence může být kvůli mutaci genu. Může být rezistence primární a

sekundární. Primární je tehdy, když rezistentní virus je už při vstupu HIV do těla. Sekundární se objeví, když je pacient léčený, ale není na nulové virové náloži. Dle Collinse (2016) tenhle stav nastává, jakmile se nedodrží léčebný režim nebo je přerušena léčba. Ve Velké Británii má jeden z deseti nově nakažených rezistenci na alespoň jeden lék nebo lékovou skupinu. Vyhnout se rezistenci můžeme dodržováním léčebného režimu a užíváním léků každý den a ve stejnou dobu.

K terapii také patří léčba oportunních infekcí, při které podáváme protimikrobiální chemoterapeutika a k tomu léčba ostatních příznaků. Před zavedením cART léčby u nově objeveného pozitivního jedince, která se většinou zahájí s odstupem, nejsou ovlivněny aktuální komplikace, ale je zlepšena dlouhodobá prognóza pacienta. (Rozsypal, 2015)

1.8 Zdravotní komplikace u onemocnění HIV

Dle Rozsypala (2015) projevy nemoci plicního systému jsou kašel a dušnost. Nejčastěji to je bakteriální pneumonie, pneumocystová pneumonie a TBC. Mezi méně obvyklé patří pulmonální mykobakterióza, rodoková pneumonie, legionelóza a pulmonální mykózy. Navrátil (2017) dodává, že u dětí se intersticiální lymfoidní pneumonitida, která objevuje ve 40 %, naopak u dospělých jen v 1 %. Dle Rozsypala (2015) se v dutině ústní objevují orofaryngeální kandidóza, ústní leukoplakie, Kaposiho sarkom a afty. Dále i kandidové ezofagitidy. Akutní průjem je u HIV pozitivních celkem častý, ale je příznak spíše střevními patogeny jako salmonela, ale také se může objevovat u ART. V oblasti konečníku se častěji objevují tumor rekta, dále hemeroidy a kondylomata. Dle Navrátila (2017) mezi projevy onemocnění jater, pankreasu a žlučových cest patří nejčastěji virové hepatitidy A, B, C a E. Hepatopatie z důvodu léků jako ATR a paracetamolu, toxinů jako alkohol a drogy. Z těchto důvodů často vzniká cirhóza jater. Dle Roztočila (2015) onemocnění močového systému vznikají nefropatie a jejich příznakem je bílkovina v moči a krev moči. U některé lékové terapie může být renální insuficience. Dle Navrátila (2017) patří mezi srdeční komplikace endokarditida například po aplikaci i.v. terapie, myokarditida v rámci oportunní infekce, perikarditida například z důvodu mykobakterie, perikardiální výpotek a ten se objevuje u neléčené HIV infekce. Dle Rozsypala (2015) u nervového systému se objevují komplikace jako cephalgia a febris většinou u kryptokokové meningitidy. Porucha hybnosti, porucha řeči a výpadek zorného pole se objevují u ložiskových nemocí cerebra nejčastěji

toxoplazmóza mozku. Encefalopatie spojená s HIV způsobuje poruchu schopnosti a dovednosti pozorovat, vnímat, poznávat a rozpoznávat, motoriky a chování a tohle může vyvinout do globální AIDS demence. Do kožních příznaků patří herpes simplex a herpes zoster, hnisavé kožní infekce, tvrdý vřed, bradavice, kondylomata. Charakteristický je Kaposiho sarkom, který se projevuje hnědočervenými uzly.

Pneumocystová pneumonie

Ševčík (2014) uvádí, že tohle onemocnění je charakteristické u HIV pozitivních, a to ve stadiu AIDS. Pneumocystová pneumonie je řazena mezi podstatné onemocnění při HIV pozitivitě, přestože její výskyt se velmi snížil zásluhou zdařilé terapie infekce HIV. Onemocnění je způsobeno mykotickým mikrobem *Pneumocystis jiroveci*, přičemž onemocnění vzniká na podkladě úbytku CD4 bílých krvinek. Souček (2011) dodává, že tohle onemocnění postihovalo až 40 % nemocných a bylo nejběžnějším důvodem úmrtí HIV pozitivních před zahájením HAART terapie. Dle Rozsypala (2013) patří mezi příznaky suchý kašel, zvyšující se dušnost a zvýšenou teplotou nebo horečkou. Onemocnění zjistíme pomocí RTG nebo CT s vysokým rozlišením, naopak pomocí poslechu není moc zjistitelný. Také se dá využít vyšetření sputa. Dle Ševčíka (2014) podstatou léčby je podání kotrimoxazolu ve velmi vysokých dávkách a další kombinace léků. Terapie trvá minimálně 3 týdny. Prognóza je bez terapie velmi špatná, s léčbou je smrtnost asi 20 %.

Kaposiho sarkom

Dle Součka (2011) bylo tohle onemocnění zároveň s pneumocystovou pneumonií charakteristikou nového syndromu, dnes známého jako AIDS. Dnes už se s Kaposiho sarkomem setkáme ojediněle. Dle Kašákové (2015) bylo tohle onemocnění původně neobvyklé s benigním průběhem, které se u pacientů s AIDS stalo zhoubnější a častější. Vyznačuje se červenofialovými dermálními uzly, které se roznáší na kůži celého těla. Földi (2014) uvádí, že sarkom nejprve postihuje bérce, méně často stehna, ruce a trup. Tady začíná tvořit plaky, později uzly a vředy. Následně postihuje lymfatické uzliny a vnitřní orgány jako plíce a játra. U terapie jsou podávány antivirotika a chemoterapeutika. Dle Součka (2011) patří mezi další časté kožní infekce herpes zoster, který může být i chronický.

Toxoplasmóza mozku

Souček (2014) udává, že tohle je nejběžnější infekcí centrálního nervového systému u HIV pozitivních ve stadiu AIDS. Původce nákazy je často kočka či jiné domácí zvíře, které to má v trusu, při zacházení se syrovým masem. Dle Rozsypala (2013) je původcem prvok *Toxoplasma gondii*. Onemocnění se projevuje pomalu cephalgií a určitým poklesem pohybu hlavy, někdy poruchy vědomí a křečemi. Při včasném nálezu je prognóza dobrá. V prevenci je důležité užívání tepelně upraveného masa a eliminace kontaktu s kočkami.

Kryptokoková meningitida

Dle Rozsypala (2013) kryptokoková meningitida vyvolaná kvasinkovým mikroblem *Cryptococcus neoformans* způsobuje zánět mozkomíšních plen. Objevuje se u nemocných s těžkým buněčným deficitem a je tedy vázán na pokles CD4 bílých krvinek. Při skryté infekci dochází v plících ke krvi přenášenému rozsevu skoro do všech orgánů, do mozku až v 80 %. Projevy nemoci jsou pomalu narůstající bolesti hlavy a zvýšená teplota až febris. Další projevy mohou být nevolnost, zvracení, meningeální projevy se vyskytují méně. Terapie je pomocí kombinace antimykotik.

Kandidóza

Dle Součka (2011) patří mezi nejběžnější mykotické onemocnění u pacientů s HIV. Při poklesu imunity a porušení kůže či sliznice je usnadněn vnik kandidám, které se běžně v těle objevují. Nejčastěji vyskytujícími jsou kandidózy v ústech. Rozsypal (2015) dodává, že tohle onemocnění se obvykleji objevuje u nemocných nemajících stanovenou HIV pozitivitu či neléčenou HIV infekcí.

1.9 Prevence onemocnění HIV

Dle Rozsypala (2015) je prevence důležitá už během sexuální výchovy, aby byl rozvíjen pocit zodpovědnosti za zdraví, zavrhována promiskuita, rozšiřování informovanosti o přenosu HIV i jiných pohlavních nemocech a provozování bezpečného sexu. Informovanost je důležitá také u rizikových skupin jako prostitutek, homosexuálů a uživatelů intravenózních drog. Také je důležitá informovanost o testování na vlastní žádost. Hamplová (2015) udává, že jsou využívány různé aktivity v rámci prevence. Pro školy zdravotně výchovné akce, uveřejňovány publikace, obstarávány HIV poradny,

telefonní poradny, přednášky HIV pozitivních a různé jiné akce. Pro intravenózní uživatele drog jsou programy pro výměny pomůcek, jako jsou jehly, stříkačky, dodání dezinfekcí a filtrů pro nabírání drogy.

Dle Kulířové (2014) máme 3 druhy prevence a to primární, sekundární a terciární. Během primární prevence je důležité, aby se proniklo mezi mladé jedince, ještě když studují. Také jde o snížení rizikových faktorů jako kupříkladu vyšetřování dárců krve a jiných orgánů či programy pro intravenózní uživatele drog, kterým se zajišťují výměny stříkaček. Sekundární prevence je pro jedince, kteří už jsou HIV pozitivní. Zde se testuje na virovou nálož, aby pak například nově nakažený dál nešířil infekci, kontrola zdravotního stavu a zahájení léčby dle lékaře. Součástí sekundární prevence je, aby nakažený měl co nejkvalitnější život. Terciární prevence je pro HIV pozitivní, kteří tak využijí co nejkvalitnější život. Je tedy více zaměřená pro zdravotníky, kteří dohlížejí na pravidelné kontroly a dodržování terapie. Pokud vše dodržují, je tu pravděpodobnost prožití hodnotného života. Někteří pacienti však tohle nedodržují a později se to ukáže v horším zdravotním stavu.

Hamplová (2015) ve své publikaci uvádí, že ve zdravotnických zařízeních je velmi důležité dodržovat bezpečné zásady při nemocech přenášených biologickým materiálem, převážně krví. Správně zacházet s biologickým materiálem, dostát aseptice během výkonů, používání dezinfekce, sterilizace. Využívat ochranné pomůcky, jako jsou rukavice a nedotýkat se s nimi kůže a sliznic. Brát každý biologický materiál jako byl infikovaný a správně ho likvidovat. Dle Kulířové (2014) se dle několika výzkumů spousta sester píchla o použitou jehlu. Proto je tu několik bezpečnostních pravidel – nedávat zpět kryt na použitou jehlu; před odhozením jehly neoddělovat ze stříkačky; jehly vyhodit okamžitě po použití do nádoby pro to určené; při intravenózním podávání léčiv využívat periferní žilní kanylu ne injekční jehly; využívat jednorázové rukavice. Rozsypal (2015) dodává, že využívání hygienicko-protiepidemického režimu je bráno jako prevence HAI, kam spadá i celkové vyšetřování u dárcovství, včetně krve. U těhotných žen je také povinná kontrola infekce HIV. Jelikož zatím nebyla vyvinuta očkovací látka, dá se jako prevence využít pre-expoziční profylaxe nebo post-expoziční profylaxe.

Pre-expoziční profylaxe

PrEP je pre-expoziční profylaxe, poskytuje nižší riziko přenosu infekce a s použitím kondomu poskytuje vysokou ochranu před nakažením. Je určený pro HIV negativní starší 15 let, u kterých je velké nebezpečí možnosti přenosu. Je navrhován gayům, kteří mají více partnerů, nechráněný anální pohlavní styk nebo má sexuálního partnera s HIV, který nedospěl k nulové virové náloži. Lék musí být předepsán lékařem, který také odebere laboratorní testy. Většinou se užívá jeden lék denně, který by se měl brát po celý čas rizika. Při takovém užívání se nejvyššího účinku dosáhne za 20 dní. Pokud nejsou žádné potíže po 28 denním užívání, může být lék předepsán na 3 měsíce. Před dalším předepsáním na 3 měsíce se provedou laboratorní testy včetně na HIV. Pacient si tyhle léky platí sám. Třicet tablet stojí přibližně 1100,- Kč. (HIV prevence, 2020)

Post-expoziční profylaxe

PEP neboli post-expoziční profylaxe, je podání antiretrovirových léků nejpozději do 72 hodin, ale doporučuje se co nejdříve po rizikovém nechráněném pohlavním styku nebo selhání ochrany. PEP zabraňuje viru produkovat vlastní kopii a rozšiřování viru v těle. Medikace trvá 28 dní a jsou předepisovány 2-3 léky. Není zaručeno, že se po vystavení HIV nákaza nerozvine. I po dobrání PEP by se mělo dostavit za 3 měsíce k testování. Lék předepisuje lékař v HIV centrech, dle jeho posouzení. V ČR si PEP pacient hradí sám a cena kolísá okolo 5000,- Kč. (HIV prevence, 2020)

1.10 Ošetrovatelská péče o HIV pozitivního pacienta

Dle Rozsypala (2013) se na péči o pacienta účastní kromě lékaře, také všeobecné sestry, psycholog, stomatolog, sociální pracovník apod. Na péči o pacienty jsou specializovaná zdravotnická pracoviště, například Na Bulovce v Praze. Během péče o HIV pozitivní závisí na stavu a velikosti oportunních infekcí. U nemocných s lehkým imunodeficitem jsou většinou 3-4 prohlídky a odběry krve za rok. Při kontrolách se zjišťuje stav pacienta. V laboratoři je to hematologické, biochemické, imunologické a virologické vyšetření, které zahrnuje hladinu virové nálože. Souček (2011) uvádí, že tyhle prohlídky také slouží k zjišťování fáze nemoci a případně oportunních infekcí. Ohledně hospitalizace, pracovní neschopnosti či jen částečné pracovní neschopnosti rozhoduje stav pacienta. Pouhá HIV pozitivita není argumentem k pracovnímu omezení. Dle Rozsypala (2013) mezi ošetrovatelské diagnózy patří akutní infekce, ke kterým patří

febris, bolest, dušnost, změny vědomí, únava a snížení soběstačnosti. K běžným potížím patří zhoršení příjmu výživy a vstřebávání živin způsobené chronickými průjmy. K dalším rizikům patří infekce z důvodu snížené imunity. Při aktuálním zjištění HIV pozitivita je riziko úzkosti, insomnie, vyhýbání se společnosti, porušení života rodiny, myšlenky na sebevraždu až pokus o sebevraždu. Dle Collinse (2016) je po zjištění nakažení velkým šokem a nějakou dobu trvá, než se s ním nakažený vyrovná. Proto ČSAP pořádá programy pro nově diagnostikované, kde si nově nakažený může promluvit s HIV pozitivním. Rozsypal (2013) uvádí, že je velmi důležité brát všechny oportunní infekce vážně, řešit akutní potíže a předejít tím dalším komplikacím. Pohybový režim většinou nebývá komplikací, spíše akutním stavem doporučující klid na lůžku na určitou dobu.

Péče o dýchací cesty

Dle Rozsypala (2013) se dýchací problémy většinou objevují při oportunních infekcích dýchacích cest a plic, projevující se kašlem a dušností. Jak Vytečková (2011) ve své publikaci uvádí, dýchání patří mezi základní potřebu člověka. Dýchací cesty dělíme na horní a dolní. Důležité v péči o dýchací cesty je odstraňování sekrece z nich, a to především smrkáním a kašláním, u jedinců v bezvědomí musíme sekreci odstraňovat odsáváním. Odstranit sekret pomocí odsávání můžeme z horních cest dýchacích, což je z dutiny ústní a nosu. Z dolních cest dýchacích sekret odsáváme z trachey. Dále u pacientů s dýchacími obtížemi podáváme kyslík, a to většinou kyslíkovými brýlemi nebo obličejovou maskou. Kyslík podáváme pacientům s HIV nejčastěji u onemocnění plic a průdušek. Kyslík musí být vždy zvlhčený a ohřátý. Sledujeme pravidelně saturaci, prokrvení sliznic a kůže, dechové obtíže.

Výživa

Dle Rozsypala (2013) je porucha výživy u nakažených celkem častá. Často doprovází orofaryngeální kandidózy, přičemž nemusí být výrazná obtíž při jídle. Naopak, kde se objevuje vážná porucha polykání je kandidová ezofagitida. Nekontrolované hubnutí je charakteristický příznak ignorované či pokročilé HIV infekce. Také ART může provázet porucha šíření tělesného tuku. Tito nemocní trpí lipodystrofií, jejímž typickým znakem jsou propadlé tváře, kostnaté končetiny, velké břicho a lipidový hrb na šíji. Jilich (2014) uvádí, že by měl nemocný dodržovat správnou životosprávu s dostatečným příjmem vitamínů a minerálů. Všem HIV pozitivním pacientům se radí, aby si

systematicky sledovali váhu. Není vhodná obezita, ale při snížení hmotnosti je potřeba zvýšit příjem. Pokud dojde k velkému úbytku váhy je nutné co nejdříve informovat lékaře. Při antiretrovirové terapii není vhodné užívat alkoholické nápoje, protože v rozsáhlejších mohou mít nežádoucí dopad na imunitní systém nemocného. Výživa patří mezi základní potřeby každého člověka. U nemocného je dodržování správné výživy obzvláště důležité vzhledem k prevenci nežádoucích komplikací provázejících onemocnění HIV a následné léčbě nemoci. Dle Vytečkové (2011) jsou sacharidy, lipidy, proteiny, vitamíny, minerální látky a vodu zahrnuty mezi základní složky výživy. Pacienti by tedy měli mít dostatečný obsah potravin obsahujících tyto složky ve stravě. Stav výživy nemocného nejčastěji hodnotíme podle Body mass indexu. U každého nemocného sledujeme stav příjmu potravy a tekutin. Sledujeme příznaky provázející nedostatek některé složky ve stravě, například u nedostatečného množství tekutin jsou to suché rty a jazyk, otoky, snížený kožní turgor. Pokud nemocný má problémy při samostatnosti u jídla, dle jeho stavu mu pomůžeme. Snažíme se co nejvíce vyhovět jeho stravovacím návykům, například u kulturních zvyků, preferování určitého typu stravy jako je vegetariánství, veganství. Pacientovi s ohledem na jeho stav vysvětlíme, která dieta je pro něj nejhodnější a jakou má tedy dodržovat. Při nedostatečné výživě můžeme doporučit sipping nebo nemocnému doporučit nutriční sestru.

Péče o dutinu ústní

Dle Vytečkové (2011) je důležité dodržování ústní hygieny. Udržení zubního zdraví je základ, abychom předešli dalším zdravotním komplikacím. Tímto můžeme velmi eliminovat například záněty dásní, u HIV pacientů často se vyskytující kandidózy v ústech. Pokud je pacient soběstačný, provádí hygienu dutiny ústní sám. Pokud má klidový režim, přineseme mu pomůcky k hygienické péči k lůžku. U nemocných v například v bezvědomí využíváme zvláštní péči o dutinu ústní, u které odstraňujeme z dutiny ústní také hleny a další nečistoty v ústech. Nečistoty v ústech mohou zhoršovat dýchání nebo vést k aspiraci a zánětům. U pacientů s protézou zajistíme dostatečnou péči o protézu.

Péče o kůži

Při každé hygienické péči sledujeme stav kůže a sliznic nemocného. Správná péče o kůži je důležitá také jako prevence opruzenin a u nesoběstačných pacientů proleženin. Kůži pacienta udržujeme v suchu a čistotě. Suchou kůži namažeme hydratačním

krémem nebo olejíčkem. Jako prevenci opruzenin můžeme použít pudr nebo zinkovou mast. (Vytečková, 2011)

Vyprazdňování

Vyprazdňování je někdy narušeno průjmy. U HIV pacientů jsou celkem častá onemocnění řitního otvoru, která mohou znamenat komplikaci při vyprazdňování. Je také důležité dodržování užívání antiretrovirových léků. Hájek (2015) dodává, že při dodržování léčebného režimu a obnově imunitních funkcí se souhrnně stav a život nemocného zkvalitňuje, navyšuje se tělesná hmotnost, zvyšuje se hodnota života, snižuje se chorobnost a úmrtnost.

U vyprazdňování nemocného dodržujeme intimitu pacienta, zda je to možné dovedeme pacienta na toaletu nebo na klozet. Pokud nemocnému dáváme podložní mísu, po podání ho přikryjeme dekou a necháme dostatek soukromí při vyprazdňování. Sledujeme frekvenci stolice, příměsi a konzistenci. Důležité je sledování četnosti průjmů, jelikož při něm dochází k vyprazdňování kašovité nebo tekuté stolice, a tudíž odvodnění organismu. U dlouhodobých průjmů je důležité podávání dostatečného množství tekutin a kvalitní výživy. Také sledujeme, zda nedochází k zácpě, tím pádem k poruše pravidelnosti vyprazdňování nebo zástavě. U vyprazdňování moče sledujeme příznaky u poruchy mikce, případné bolesti spojené s mikcí a příměsi. (Vytečková, 2011)

Péče o invazivní vstupy

Invazivní vstup je nástroj, který proniká kůží do cévy. Nejčastěji máme periferní žilní katétr a centrální žilní katétr. Při zavádění periferního žilního katétru vždy používáme ochranné pomůcky. U zavádění centrálního žilního katétru asistujeme lékaři. Katétr pravidelně převazujeme dle expirace krytí nebo dle potřeby. Sledujeme příznaky zánětu, můžeme využít Klasifikaci flebitis dle Maddona. (Vytečková, 2015)

Péče o rány

Rána je porucha integrity kůže. Můžeme mít akutní rány, které jsou většinou operační nebo chronické rány, které vznikají v důsledku patologických změn. Během převazu rány vždy využíváme ochranných pomůcek a sterilní nástroje. Ránu dle jejího typu odezinfikujeme nebo dezinfekcí vypláchneme. Dále ošetříme dle ordinace lékaře. (Vytečková, 2015)

Péče u poranění zdravotníka

Rozsypal (2013) udává, že ačkoli při kontaktu s HIV pozitivním nehrozí riziko přenosu, stále platí zachovávat základní hygienické zásady. Během odběru biologického materiálu je důležité používat ochranné pomůcky. Odběry krve provádět bezvýhradně v rukavicích. U odběru je nebezpečí infikování zdravotníka, např. při poranění o kontaminovaný nástroj, nejčastěji se jedná o píchnutí o jehlu použitou u nemocného. Po píchnutí kontaminovanou jehlou je důležité provést ihned dezinfekci rány. Jen ojediněle je posteexpoziční profylaxe charakterizována na odlišném místě. Röcken (2018) dodává, že při jakémkoliv poranění jehlou je důležité rozpoznat stav pacienta. Ránu je vhodné nechat krvácet 2-3 minuty a poté použít dezinfekci. Když je pacient HIV pozitivní, mělo by se u poraněného pracovníka do 2 hodin začít s profylaxí, nejpozději však do 72 hodin. Zpravidla se terapie ponechá na 28 dní a například Zidovudin má 80% obranný efekt. Karges (2011) dodává, že riziko nakažení zdravotníka po píchnutí jehlou je maximálně 1,5 %. Dle Rozsypala (2013) je během převazů a práce s invazivními vstupy potřeba pokaždé využít gumové rukavice a u některých výkonů i štít k chránění očí.

Dle Bartůňka (2016) mohou některé oportunní infekce jako pneumocystová pneumonie, cerebrální toxoplazmóza, tuberkulóza, kandidová ezofagitida, meningitida, Kaposiho sarkom a další nemoci, být velmi vážné a následně ohrozit celkový zdravotní stav pacienta. Proto někdy dochází k nutnosti hospitalizovat nemocného na jednotce intenzivní péče z důvodu dýchací nedostatečnosti, změny vědomí, spazmy nebo selhávání životních funkcí. Schein (2011) udává, že s rozvojem léčby je očekávané setkání se s HIV pozitivním pacientem na jakémkoliv oddělení. Hospitalizace na chirurgickém oddělení s nespecifickými bolestmi břicha jsou běžné. Objevují se pacienti s přidruženými nemocemi gastrointestinálního traktu. Hrozí u nich perforace střeva z důvodu agresivní terapie. Dle Jilicha (2014) máme bezpečnostní zásady, které platí u specifické péče o HIV pozitivní tak, aby se eliminovala šance nakažení personálu virem HIV. Je doporučováno používání ochranných pomůcek, jako jsou rukavice, rouška, ochranný štít. Jednorázové rukavice jsou lepší latexové nebo nitrilové. Rukavice by se měli využívat při odběrech krve, zavádění permanentního žilního katétru, ale také při jiných výkonech, například u aplikace injekcí. Naopak je důležité chránit i HIV pozitivní z důvodu snížené imunity. Dbát na hygienické zásady je základ. Upřednostňovat jednorázové pomůcky či používat náležitě sterilizované pomůcky u

invazivních výkonů. Během hospitalizace dbát na umístění pacienta na pokoji, vzhledem ke snížené imunitě, zda nám to tedy stav oddělení umožní. Důležité je i dodržování pravidelného užívání antiretrovirových léků. Pacienta bychom měli upozornit na dostatečné množství léků v originálním balení u plánované hospitalizace. Během hospitalizace sledujeme psychický stav nemocného a eventuálně upozorníme lékaře a psychologa.

1.11 Podpora HIV pozitivních

S narůstajícím počtem HIV pozitivních, začaly vznikat organizace, které pomáhají HIV pozitivním a také jejich rodinám. Tyhle společnosti také pořádají besedy, preventivní programy, anonymní testování, nonstop telefonní linky apod. Každý rok je 1.12. Světový den boje proti AIDS. V tenhle den probíhají veřejné sbírky a prodávají se červené stužky. Shromážděné peníze jsou využity třeba na neplacené a anonymní testování, prevenci, fungování azylového Domu světla a provoz HIV testovacích center. (HIV prevence, 2019)

Česká společnost AIDS pomoci

ČSAP vznikla v roce 1989 jako impuls rodiny a známých HIV pozitivních nemocných. Jejich cílem je usnadňovat každodenní činnosti, které pozitivita zapříčinila. Postupně se k organizaci začalo přidávat více lidí, včetně infikovaných. V 90tých letech bylo velkým milníkem zřízení sociálně-azylového centra Dům světla. Dům světla poskytuje provizorně bezpečné místo, kde mohou těžké období překonat. Také od té doby začala ČSAP poskytovat bezplatné anonymní testování, ubytování pro HIV pacienty, nonstop poradenskou linku. (Česká společnost AIDS pomoci, z.s., 2019)

Červená stužka

Červená stužka je projekt, který má upozornit lidi na podporu boje proti AIDS. Také aby se připomínali lidé, kteří téhle nemoci podlehli a upozornění veřejnosti na šíření nemoci. Stučka byla poprvé uvedena do povědomí veřejnosti v roce 1991 při předávání cen, objevil se s ní Jeremy Irons. Červená stužka má vyznačovat naději, že se nalezne efektivní léčba a zkvalitní životní podmínky. Červená stužka nabízí besedy pro školy s HIV pozitivním lektorem. Každý se může zapojit do sbírky koupí stužky nebo příspěvkem na účet. (Červená stužka, 2020)

Hrou proti AIDS

Projekt vznikl jako česko-německá spolupráce od roku 1998. Interaktivní projekt jako primární prevence HIV, cílem je ukázat jiným způsobem dětem, aby se naučily způsoby přenosu HIV i jiných pohlavně přenosných nemocí, ochrana před nechtěným těhotenstvím a ukázka jaké rizikového chování. Hra probíhá na pěti stanovištích a v pěti skupinách, kde je cílem zvládnout všech pět stanovišť, na každém stanovišti jsou moderátoři. Stanoviště – Způsob přenosu; Lásky, sexualita a ochrana před HIV; Zabránění nechtěného těhotenství; Sexualita řečí těla a Život s AIDS. (prevencehiv, 2020)

HIV centra v České republice

V České republice se nachází 8 HIV center v různých regionech. Do nejbližšího HIV centra bude jedinec poslán po pozitivním testování. Zde poskytnou odbornou pomoc a ve specializovaných ambulancích kontroly a například převazy. HIV centra viz Příloha 1. (HIV prevence, 2020)

2 Výzkumná část

2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Zjistit specifika ošetrovatelské péče o pacienta s HIV z pohledu všeobecné sestry.

Stanovené výzkumné otázky:

1. Jak všeobecné sestry vnímají psychickou a fyzickou náročnost své práce s HIV pozitivním pacientem.
2. Vědí všeobecné sestry, jak se dostatečně chránit a jaké preventivní kroky pro svoji ochranu mohou udělat při ošetřování potenciálně či reálně HIV pozitivního pacienta?
3. Znaří všeobecné sestry, jak postupovat po nechráněném kontaktu s biologickým materiálem potencionálně pozitivním HIV?

2.2 Metodika výzkumu

Pro výzkum bakalářské práce byla použita metoda kvalitativního šetření. Data byla sbírána technikou strukturovaného rozhovoru s všeobecnými sestrami. Rozhovor probíhal podle předem připravených otázek.

2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Pro rozhovor bylo vybranych šest všeobecných sester, které pracují na různých odděleních intenzivní péče a při své práci se setkaly s HIV pozitivními pacienty. Respondentky byly ve věkovém rozmezí 32 – 45 let. Rozhovory s respondenty probíhaly v soukromí.

Respondent č. 1

Respondentka je 37letá všeobecná sestra, která pracuje na oddělení KARIM. Ve zdravotnictví pracuje 16 let. S HIV pozitivními pacienty se setkala příležitostně v rámci příjmu pacienta ambulantně i na lůžkovém oddělení.

Respondent č. 2

Respondentka je 42letá všeobecná sestra, která pracuje na oddělení ORIM. Ve zdravotnictví pracuje 20 let. S HIV pozitivními pacienty se setkala příležitostně v rámci hospitalizace na oddělení.

Respondent č. 3

Respondentka je 33letá všeobecná sestra, která pracuje na oddělení ARO. Ve zdravotnictví pracuje 10 let. S HIV pozitivním se setkala příležitostně při jejich hospitalizaci na oddělení, práci s nimi ale kvůli rizikovosti nevyhledává.

Respondent č. 4

Respondentka je 45letá všeobecná sestra, která pracuje na oddělení KARIM. Ve zdravotnictví pracuje 20 let. S HIV pozitivními pacienty se setkala příležitostně na oddělení.

Respondent č. 5

Respondentka je 32letá diplomovaná všeobecná sestra, která pracuje na oddělení JIP. Ve zdravotnictví pracuje 9 let. S HIV pozitivními pacienty se setkala příležitostně dle příjmu na oddělení na pracovišti.

Respondent č. 6

Respondentka je 36letá všeobecná sestra, která pracuje na oddělení ORIM. Ve zdravotnictví pracuje 14 let. S HIV pozitivními pacienty pracuje příležitostně c rámci hospitalizace na oddělení.

2.4 Průběh výzkumu

Výzkum probíhal v období od listopadu 2019 do února 2020 na odděleních ve Fakultní nemocnici Brno. Všichni respondenti dali ústní souhlas.

2.5 Analýza dat

1. Můžete mi o sobě sdělit prosím základní údaje o věk, pracovní pozici, dosažené vzdělání a pracovní oddělení, na kterém pracujete?

Tabulka č.1 – údaje o respondentech

Respondent	Věk	Pracovní pozice	Dosažené vzdělání	Pracovní oddělení
č. 1	37 let	Všeobecná sestra	Dis., ARIP	KARIM
č. 2	42 let	Všeobecná sestra	SZŠ	ORIM
č. 3	33 let	Všeobecná sestra	Bc., ARIP	ARO
č. 4	45 let	Všeobecná sestra	SZŠ	KARIM
č. 5	32 let	Všeobecná sestra	Dis., ARIP	JIP
č. 6	36 let	Všeobecná sestra	Bc., ARIP	ORIM

Zdroj - autorka

Respondentky, byly všeobecné sestry pracující ve FN Brno, které se při své práci setkaly s HIV pozitivními pacienty. Respondentky jsou ve věkovém rozpětí 32 – 45 let. Vzdělávací program ARIP mají 4 ze 6 respondentek a všechny pracují na odděleních s intenzivní péčí.

2. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví, s HIV pacienty?

Tabulka č.2 – práce s HIV pozitivními

Respondent	Praxe ve zdravotnictví	S HIV pacienty
č. 1	16 let	Příležitostně, v rámci příjmu pacienta ambulantně i na lůžku.
č. 2	20 let	V rámci příjmu na oddělení.
č. 3	10 let	Příležitostně na oddělení, práci s HIV pozitivním pacientem se raději vyhýbá.
č. 4	20 let	Příležitostně na oddělení.
č. 5	9 let	Příležitostně dle příjmu na oddělení, v rámci hospitalizace na oddělení.
č. 6	14 let	Příležitostně, v rámci hospitalizace na oddělení.

Zdroj - autorka

Všechny respondentky uvedly, že se s HIV pozitivními pacienty setkávají spíše příležitostně. Hlavně v rámci hospitalizace na jejich oddělení. Jedna respondentka uvedla, že se s HIV pozitivními setkává i při práci na ambulanci.

Výzkumná otázka 1. – Jak všeobecné sestry vnímají psychickou a fyzickou náročnost své práce s HIV pozitivním pacientem.

3. Jaký máte přístup k HIV pozitivním pacientům? Jak vnímáte práci s nimi?

Tabulka č 3 – přístup k HIV pozitivním

Respondent	Přístup k HIV pozitivním pacientům
č. 1	Opatrný, ale stejný, jako ke kterémukoliv jinému pacientovi. Je to pro ni člověk jako každý jiný.
č. 2	Vnímá to jako rizikovější práci a je více ostražitá při práci s nimi.
č. 3	Nerada se o ně stará, nevyhledává práci s nimi, ale pokud se vyskytne práce s nimi, poskytne plnohodnotnou péči o ně.
č. 4	Jako ke každému jinému pacientovi, jen je ostražitější.
č. 5	Více ostražitá, vnímá práci jako více rizikovou.
č. 6	Jako ke každému jinému pacientovi, je více ostražitá a opatrnější.

Zdroj - autorka

Všechny respondentky uvedly, že práci s HIV pozitivními pacienty vnímají jako rizikovější práci z hlediska nákazy, např. při odběrech biologického materiálu. Mají k nim stejný přístup jako k ostatním pacientům, ale jsou daleko opatrnější a ostražitější při užším kontaktu a práci s nimi.

4. Je pro Vás psychicky náročnější pracovat o HIV pozitivními pacienty?

Tabulka č. 4 – psychicky náročnější péče o HIV pozitivní

Respondent	Psychicky náročnější péče o HIV pozitivní
č. 1	Ano
č. 2	Spíše ano
č. 3	Ano, kvůli strachu z nakažení
č. 4	Ano
č. 5	Občas ano
č. 6	Ne

Zdroj - autorka

Pět respondentek uvedlo, že je pro ně psychicky náročnější pečovat o HIV pozitivního pacienta vzhledem k vidině možné nákazy např. při odběrech biologického materiálu. Jedna respondentka uvedla, že pro ni není psychicky náročnější pracovat o HIV pozitivního pacienta.

5. Je pro Vás psychicky náročné pracovat s pacienty, kterým byla sdělena diagnóza HIV?

Tabulka č. 5 - psychicky náročnější práce s nově diagnostikovanými HIV pacienty

Respondent	Psychicky náročnější práce s nově diagnostikovanými HIV pacienty
č. 1	Ano, záleží také na tom konkrétním člověku, jak to vnímají oni a jak se s tím smiřují.
č. 2	Ano
č. 3	Ano
č. 4	Ano
č. 5	Ano
č. 6	Ne

Zdroj - autorka

Pět respondentek vnímá, že je práce s pacienty, kterým byla sdělena diagnóza HIV psychicky náročnější, protože většina pacientů se s nemocí a z toho vyplývajícími životními omezeními smiřuje.

6. Co Vás nejvíce při téhle práci zatěžuje?

Tabulka č. 6 – co je nejvíce zatěžující při téhle práci

Respondent	Co je nejvíce zatěžující při téhle práci
č. 1	To, že hrozí možná nákaza při neopatrnosti
č. 2	Obava z nákazy
č. 3	Strach z nakažení
č. 4	Strach z nákazy
č. 5	Strach z nákazy
č. 6	Obava z možné nákazy

Zdroj - autorka

Respondentky uvedly, že nejvíce psychicky zatěžující je při téhle práci obava z možné nákazy virem HIV, která může hrozit např. při odběru biologického materiálu a manipulaci s ním.

7. Bojíte se, že by se nějaký z členů rodiny mohl nakazit?

Tabulka č.7 – strach z možné nákazy členů rodiny

Respondent	Strach z možné nákazy členů rodiny
č. 1	Pokud se nenakazím já, tak ne
č. 2	Ano
č. 3	Ano, samozřejmě se bojím
č. 4	Ano
č. 5	Strach, že se nakazím já a pak bych mohla nakazit člena rodiny
č. 6	Ano

Zdroj - autorka

Respondentky uvedly, že mají strach z možné nákazy členů rodiny. Dvě respondentky uvedly, že pokud se nenakazí samy, tak nemají strach z možné nákazy členů rodiny.

8. Jak postupujete při příjmu pacienty, když neznáte jeho zdravotní stav?

Tabulka č. 8 – přístup u pacienta, když není znám jeho zdravotní stav

Respondent	Přístup u pacienta, když není znám jeho zdravotní stav
č. 1	Používám veškeré ochranné pomůcky u všech pacientů.
č. 2	U všech stejně, používám ochranné pomůcky.
č. 3	Bariérovou péči ošetrovatelské péče u každého pacienta.
č. 4	Používám ochranné pomůcky.
č. 5	Jako u každého, bariérový přístup, ochranné pomůcky.
č. 6	Používám ochranné pomůcky.

Zdroj - autorka

Všechny respondentky uvádí, že při příjmu pacienta, u kterého neznají jeho zdravotní anamnézu, používají veškeré dostupné ochranné pomůcky. Využívají také bariérový přístup ošetrovatelské péče.

9. Jaké specifické výkony děláte u HIV pozitivních?

Tabulka č.9 - specifické výkony u HIV pozitivních

Respondent	Specifické výkony u HIV pozitivních
č. 1	Výkony, které jsou nutné, dle ordinace lékaře a běžná sesterská péče.
č. 2	Všechny výkony dle ošetrovatelské péče o pacienta.
č. 3	Standardní výkony jako u všech pacientů, ale dávám si větší pozor.
č. 4	Stejně jako u jiných pacientů, běžná ošetrovatelská péče.
č. 5	Všechny výkony, dle jejich zdravotního stavu.
č. 6	Veškeré výkony, které jejich zdravotní stav vyžaduje a dle ordinace lékaře.

Zdroj - autorka

Respondentky uvedly, že u HIV pozitivních pacientů provádí veškeré výkony, které jsou potřeba. Běžnou ošetrovatelskou péči provádí dle zdravotního stavu pacienta, např. celkovou hygienickou péči, péči o kůži a péči o dutinu ústní. Poskytují také podle ordinace lékaře specifickou péči, kterou jejich zdravotní stav vyžaduje. Mezi specifické výkony, patří převazy, péče o operační ránu, péče o invazivní vstupy, podávání intravenózních léků, odběry biologického materiálu a podobně. Při těchto výkonech důsledně dodržují používání ochranných prostředků a opatrně manipulují s biologickým či jiným materiálem se stopami tělních tekutin pacienta nakaženého virem HIV.

10. Které výkony považujete za nejobtížnější v péči o pacienta s HIV?

Tabulka č. 10 - nejobtížnější výkony v péči o pacienta s HIV

Respondent	Nejobtížnější výkony v péči o pacienta s HIV
č. 1	Především všechny, které vyžadují kontakt s tělními tekutinami.
č. 2	Všechny výkony, při kterých jsem v kontaktu s krví a tělními tekutinami.
č. 3	Zavádění invazivních vstupů, převazy, odběr krve a veškeré tělní tekutiny.
č. 4	Žádné
č. 5	Výkony, které obsahují kontakt s veškerými tělními tekutinami pacienta s HIV.
č. 6	Asi žádné

Zdroj - autorka

Respondentky uvedly, že u HIV pozitivních pacientů vnímají výkony, které vyžadují kontakt s tělními tekutinami jako nejobtížnější a nejrizikovější. Jsou to např. odběry biologického materiálu, především krve, převazy, zavádění invazivních vstupů, především periferní žilní kanyly.

Výzkumná otázka 2. – Vědí všeobecné sestry, jak se dostatečně chránit a jaké preventivní kroky pro svoji ochranu mohou udělat při ošetřování potenciálně či reálně HIV pozitivního pacienta?

11. Při jakých výkonech používáte rukavice a další ochranné pracovní pomůcky?

Tabulka č. 11 - výkony, při kterých jsou využívány rukavice a další ochranné pomůcky

Respondent	Výkony, při kterých jsou využívány rukavice a další ochranné pomůcky.
č. 1	Při veškerých výkonech.
č. 2	U všech výkonů.
č. 3	Bez rukavic na pacienta nesáhnou, dále využívám roušku a zástěru.
č. 4	Při všech, bez rukavic neprovádím u pacienta žádné výkony.
č. 5	Při všech výkonech.
č. 6	U všech výkonů.

Zdroj - autorka

Respondentky uvedly, že rukavice využívají u pacienta při všech výkonech. Ochranné pomůcky mají k dispozici v široké škále a využívají je u všech pacientů, nejen u HIV pozitivních. Při práci s pacienty používají zástěru, např. u hygienické péče, dále využívají roušky nebo ochranné brýle.

12. Používáte nějaké specifické ochranné pomůcky? A pokud ano, tak jaké?

Tabulka č. 12 - specifické ochranné pomůcky

Respondent	Které specifické ochranné pomůcky používáte
č. 1	Ochranný štít, brýle, čepice, plášť.
č. 2	Brýle, igelitová zástěra, plášť s dlouhým rukávem.
č. 3	Pevnější rukavice, štít, brýle, zástěra, rouška.
č. 4	Ne, běžné ochranné pomůcky.
č. 5	Ochranné brýle, štít, čepice. Standardně rukavice, rouška a zástěra.
č. 6	Štít nebo brýle.

Zdroj - autorka

Respondentky uvádějí, že mezi jejich specifické ochranné pomůcky patří ochranné brýle, ochranný štít, zástěru, roušku a pevnější rukavice. Standardně používají klasické rukavice, které jsou při péči dostačující.

13. Co považujete za nejdůležitější, aby sestry věděly o ochraně před tímto onemocněním?

Tabulka č. 13 - co považují za nejdůležitější, aby sestry věděly o tomhle onemocnění

Respondent	Co považují za nejdůležitější, aby sestry věděly o tomhle onemocnění
č. 1	Zejména dostatečně o ochranných pomůckách, dostatečná informovanost o zamezení přenosu.
č. 2	Dostatečná informovanost o tom, jak se chránit, o používání ochranných pomůcek u všech pacientů.
č. 3	Především bariérový přístup ke všem pacientům.
č. 4	Aby věděly jak se chránit a jak se vyhnout přenosu.
č. 5	Informovanost o přenosu a možnost využívání ochranných pomůcek na pracovišti.
č. 6	Aby věděly jak se chránit a jaké ochranné pomůcky používat.

Zdroj - autorka

Respondentky uvedly, že nejdůležitější je, aby sestry byly dostatečně informovány o způsobech přenosu a možnosti využívání ochranných pomůcek. Také uvádí, že je důležité znát bariérový přístup a využívat ho u všech pacientů. Na oddělení by měli být k dispozici ochranné pomůcky v dostatečném množství.

14. Setkala jste se s případem nakažení zdravotníka při výkonu jeho povolání?

Tabulka č. 14 - nakažení zdravotníka při výkonu jeho povolání

Respondent	Nakažení zdravotníka při výkonu jeho povolání
č. 1	Ne
č. 2	Ne
č. 3	Naštěstí ne
č. 4	Ne
č. 5	Ne
č. 6	Ne

Zdroj - autorka

Respondenty uvádí, že se s případem nakažení zdravotníka virem HIV při výkonu povolání za svoji praxi osobně nesetkaly. Což je důkazem toho, že se ochranné pomůcky důsledně používají a zdravotníci jsou s rizikem práce s nakažlivými pacienty dostatečně seznámeni.

Výzkumná otázka 3. – Znájí všeobecné sestry, jak postupovat po nechráněném kontaktu s biologickým materiálem potencionálně pozitivním HIV?

15. Jaké ochranné pomůcky používáte jako prevenci přenosu HIV?

Tabulka č.15 - Jaké ochranné pomůcky používáte jako prevenci přenosu HIV

Respondent	Jaké ochranné pomůcky používáte jako prevenci přenosu HIV
č. 1	Ústenka, rukavice, plášť, čepice, brýle, ochranný štít.
č. 2	Rukavice, ústenku, brýle
č. 3	Rukavice, brýle, zástěra, rouška
č. 4	Rukavice, rouška, zástěra, brýle
č. 5	Ochranné brýle, štíty, čepice, rukavice, ústenka, zástěra
č. 6	Ústenka, zástěra, rukavice, čepice, brýle, eventuálně štít

Zdroj - autorka

Všechny respondentky uvedly, že ochranné pomůcky jako prevenci přenosu HIV používají pomůcky standardně dostupné na jejich oddělení. Nejčastěji využívají rukavice, zástěru a ústenku. Při práci s biologickým materiálem nebo při provádění osobní hygieny pacienta využívají navíc ochranné brýle, ochranné štíty, čepici a plášť.

16. Poranila jste se někdy předmětem infikovaným HIV?

Tabulka č. 16 - Poranění předmětem infikovaným HIV

Respondent	Poranění předmětem infikovaným HIV
č. 1	Ne
č. 2	Ne
č. 3	Naštěstí ne a doufám, že se to nikdy nestane
č. 4	Ne
č. 5	Ne
č. 6	Ne

Zdroj - autorka

Všechny respondentky uvedly, že se díky obezřetnému používání ochranných pomůcek a opatrné manipulaci s biologickým materiálem odebraným HIV pozitivnímu pacientovi, neporanily předmětem infikovaným HIV.

17. Jaké změny vnímáte za poslední roky v oblasti ochranných pomůcek?

Tabulka č. 17 - změny v oblasti ochranných pomůcek za poslední roky

Respondent	Změny v oblasti ochranných pomůcek za poslední roky
č. 1	Žádné, vždy jsem měla dostatek ochranných pomůcek, ale zacházím s nimi s rozumem. Možná lepší kvalita ochranných pomůcek.
č. 2	Žádné, po dobu své praxe. Vždy máme ochranné pomůcky k dispozici.
č. 3	Posledních 10 let beze změny, vybavení stále stejné
č. 4	Kladně, všeho máme dostatek
č. 5	Žádné, u nás na oddělení byly vždy dostatečné ochranné pomůcky
č. 6	Změny nevnímám žádné, vždy jsme měli dostatek ochranných pomůcek

Zdroj - autorka

Respondentky uvádějí, že za poslední roky nevnímají změny v oblasti ochranných pomůcek. Také se shodly, že na svých odděleních mají dostatečné množství ochranných pomůcek a hodnotí kladně vybavení jejich kmenových oddělení. Jedna respondentka udává, že by kvalita jednorázových ochranných pomůcek mohla být vyšší.

3 Diskuze

Tématem této bakalářské práce jsou „Specifika ošetrovatelské péče u HIV pozitivních pacientů“. Cílem této bakalářské práce je „Zjistit specifika ošetrovatelské péče o pacienta s HIV z pohledu všeobecné sestry“. Stanovili jsme si tři výzkumné otázky a to: Jak všeobecné sestry vnímají psychickou a fyzickou náročnost ošetrovatelskou péči o HIV pozitivního pacienta. Vědí všeobecné sestry, jak se dostatečně chránit a jaké preventivní kroky pro svoji ochranu mohou udělat při ošetrování potenciálně či reálně HIV pozitivního pacienta? Znájí všeobecné sestry, jak postupovat po nechráněném kontaktu s biologickým materiálem potencionálně pozitivním HIV? V diskuzi rozebíráme každou výzkumnou otázku zvlášť. Výzkum probíhal pomocí strukturovaných rozhovorů se šesti všeobecnými sestrami, které se během své praxe setkaly s HIV pozitivním pacientem.

V první části výzkumu se podíváme na základní informace o respondentech, což je jejich věk, vzdělání, pracovní pozice a oddělení, na kterém pracují. Respondentky byly ve věkovém rozmezí 32 – 45 let. Všechny pracují na pozici všeobecné sestry. Nejvyšší dosažené vzdělání je u 4 respondentek bakalářské nebo diplomovaný specialista, 2 respondentky, které jsou ve věku nad 40 let, mají střední zdravotnické vzdělání. K tomu 4 respondentky absolvovaly vzdělávací program ARIP. Jejich aktuálním pracovištěm jsou jednotky intenzivní péče na různých nemocničních odděleních. Na pozici všeobecné sestry pracují respondentky v rozmezí 9 – 20 let. S HIV pozitivními pacienty se setkaly během své praxe spíše příležitostně v rámci příjmu pacienta na jejich oddělení.

Výzkumná otázka 1. – Jak všeobecné sestry vnímají psychickou a fyzickou náročnost své práce s HIV pozitivním pacientem.

K výzkumné otázce se vztahuje osm otázek strukturovaného rozhovoru. V rozhovorech všechny respondentky uvedly, že práci s HIV pozitivními vnímají jako rizikovější z hlediska nakažlivosti nemoci. Dále uvedly, že mají ke všem pacientům stejný přístup, nerozlišují či mají nakažlivou nemoc nebo jsou standardním pacientem s nemocí, která spadá pod specializaci jejich kmenového oddělení. Jsou ale daleko opatrnější a ostražitější při jejich ošetrování a manipulaci s odebraným biologickým materiálem. Pět respondentek uvedlo, že je pro ně psychicky náročnější pečovat o HIV pozitivního pacienta, jelikož podvědomě mají strach z možného nakažení. Pouze jedna

respondentka uvedla, že pro ni není psychicky náročnější pracovat s HIV pozitivním pacientem. Pět respondentek také uvedlo, že je pro ně náročnější pracovat s pacientem, kterému byla nově sdělena diagnóza HIV. Velmi záleží i na tom, jak se nemocný sám smiřuje s pro něho novou nemocí, o které má jen povrchní informace. Všeobecné sestry při téhle práci nejvíce zatěžuje obava z možné nákazy virem HIV, která hrozí například u odběru biologického materiálu. Dvě respondentky uvedly, že mají strach z možného přenosu nákazy na rodinu a další dvě respondentky uvedly, že mají strach z možné nákazy sebe a následné nákazy členů rodiny. Při příjmu pacienta, u kterého neznají jeho zdravotní stav, používají všechny ochranné pomůcky a využívají bariérový přístup. Toto zjištění je ve shodě s Šimsovou (2018), která z rozhovorů zjistila, že respondenti poskytují ošetrovatelskou péči stejně u všech pacientů. Jediné, co označila jako změnu, je zvýšená opatrnost a využívání bariérové péče.

Respondentky uvádí, že u HIV pozitivních pacientů provádí všechny výkony, které jsou u pacientů indikovány. Provádí ošetrovatelskou péči, ale také specifické výkony, u všech ošetrovatelských výkonů jsem obzvláště opatrné. Jako nejobtížnější a nejrizikovější považují výkony, které vyžadují kontakt s tělními tekutinami. Jako rizikové vnímají odběry krve, zavádění invazivních vstupů a převazy.

Z odpovědí respondentů vyplývá, že je pro ně psychicky náročnější pracovat s HIV pozitivními pacienty. Během ošetrovatelské péče o ně jsou opatrnější a využívají bariérový přístup. Respondentky vnímají jako největší fyzickou zátěž výkony, které vyžadují kontakt s tělními tekutinami, například odběry biologického materiálu, zejména krve, převazy a zavádění invazivních vstupů, především periferní žilní kanyly.

Výzkumná otázka 2. – Vědí všeobecné sestry, jak se dostatečně chránit a jaké preventivní kroky pro svoji ochranu mohou udělat při ošetrování potenciálně či reálně HIV pozitivního pacienta?

Respondentky uvádí, že rukavice využívají při veškerých výkonech a u všech pacientů bez rozdílu diagnózy. Dále často využívají roušku a zástěru. Jako specifické pomůcky ještě navíc využívají štít, ochranné brýle, plášť a čepici. Toto zjištění je ve shodě s Šetelovou (2014), která uvádí, že ošetřující personál využívá během ošetrovatelské péče ochranné pomůcky a dodává, že je důležitá dezinfekce rukou. Respondentky dále uvedly, že zdravotnický personál by měl být dostatečně informován o způsobech přenosu viru HIV a možnosti využívání ochranných pomůcek. Zdůraznily důležitost znalosti

bariérového přístupu a jeho využívání u všech pacientů bez rozdílu diagnózy. Žádná z respondentek se během své zdravotnické praxe nesetkala s nakažením zdravotníka virem HIV během plnění pracovních povinností.

Výzkumná otázka č. 3 - Znájí všeobecné sestry, jak postupovat po nechráněném kontaktu s biologickým materiálem potencionálně pozitivním HIV?

V této výzkumné otázce se zabýváme používáním ochranných pomůcek v každodenní praxi zdravotníka. Všechny respondentky bez rozdílu uvedly, že jako prevenci před přenosem viru HIV či jakékoliv jiné nakažlivé nemoci používají veškeré ochranné prostředky standardně dostupné na jejich kmenovém oddělení. Nejčastěji jsou to rukavice, zástěra, ústní rouška. Při výkonech spojených s odběrem biologického materiálu nebo při provádění osobní hygieny u pacienta využívají navíc podle dostupnosti ochranný štít nebo brýle, čepici a plášť. Tím se nám potvrzuje, že zdravotnický personál se velmi dobře orientuje v používání ochranných pomůcek při pracovních výkonech. Základní ochranné pomůcky používá automaticky u všech pacientů a vnímá je pozitivně jako ochranu svého zdraví. Toto zjištění se shoduje s Šimsovou (2018), která uvádí, že respondenti během bariérové péče používají pomůcky osobní ochrany, jako jsou rukavice, ústenky, plášť, návleky, ochranný štít či brýle nebo jiné oděvy.

Tím se plynule dostáváme k otázce, zda se některá respondentka někdy poranila předmětem infikovaným virem HIV. Zde respondentky bez rozdílu uvedly, že díky opatrnosti při manipulaci s biologickým materiálem odebraným HIV pozitivnímu pacientovi a používáním ochranných pomůcek se nikdy žádným infikovaným předmětem neporanily. Na otázku vnímání změn v oblasti ochranných pomůcek taktéž shodně uvedly, že nevnímají za poslední roky žádné významné změny. Pozitivně hodnotily dostupnost ochranných pomůcek na jejich kmenových odděleních a také kvalitu hodnotí pozitivně. Pouze jedna respondentka uvedla, že by kvalita jednorázových ochranných pomůcek mohla být vyšší. Důležité je, že pomůcek je pro zdravotnický personál dostatek a sestry k nim mají na oddělení neomezený přístup. Mohou si je měnit dle potřeby.

4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Při výzkumu, během kterého jsem hovořila se všeobecnými sestrami, které mají několikaletou praxi, jsem došla k závěru, že je používání ochranných pomůcek velice důležité. Všeobecná sestra jejich používáním chrání zdraví své i zdraví pacienta, který má mnohdy oslabenou imunitu. Respondentky v odpovědích na mé výzkumné otázky uvádí, že mají obavy z nákazy virem HIV při odběrech biologického materiálu, tudíž z toho opět plyne důležitost používání ochranných pomůcek. Podle mého názoru je nejučinnější využívání bariérového přístupu ke všem pacientům bez rozdílu stanovené diagnózy. Vzhledem k výsledkům plynoucím z mých výzkumných poznatků, bych doporučovala, aby sestry ze všech nemocničních oddělení absolvovaly přednášku věnující se tématu používání ochranných pomůcek. Na některých odděleních nemusí být ochranné pomůcky a obzvláště bariérový přístup používány v takové míře, v jaké je to potřeba. Také bych navrhovala, aby na všech odděleních byly informační letáčky s návodem na správné používání ochranných pomůcek, to znamená i informaci nejen o tom, jak si správně ochranné pomůcky nasadit či obléct, ale také jak je správně odložit nebo vysvléct.

Z odpovědí respondentů vyplývá, že ne vždy je zdravotnický personál dostatečně poučen o prevenci přenosu viru HIV a dalších krví přenosných chorob. Proto se domnívám, že by bylo vhodné již na SZŠ, VOŠ a VŠ pořádat přednášky s HIV pozitivním lektorem, které provádí Česká společnost AIDS pomoci, nebo epidemiologem. V případě přednášky s HIV pozitivním lektorem je výhoda vlastních zkušeností, může reagovat na dotazy posluchačů, např. o osobních pocitech při sdělení diagnózy, jak se vyrovnal s touto informací, kdy se diagnózu dozvěděla rodina, a podobně. Během přednášky by bylo vhodné rozdávat letáčky, nejen o onemocnění virem HIV, ale také o dalších přenosných pohlavních nemocích. Vhodné by také bylo zdůrazňovat, že i přes veškerou dostupnou léčbu je nemoc stále smrtelná a HIV pozitivních stále přibývá. Dále bych navrhovala pořádání přednášek na zdravotnickém pracovišti například s lékařem a všeobecnou sestrou, kteří pracují s HIV pozitivními a HIV pozitivním lektorem, to by bylo jistě přínosné pro zvýšení informovanosti nelékařského zdravotního personálu.

Závěr

Tématem bakalářské práce jsou „Specifika ošetrovatelské péče u HIV pozitivních pacientů“. Tohle téma je zajímavé vzhledem k tomu, že je o nemoci velké povědomí, každý se nákazy virem HIV bojí a vnímá ji jako smrtelnou. V bakalářské práci jsme chtěli poukázat na to, že tato nemoc již není nevyhnutelně smrtelnou, ale spíše je již onemocněním chronickým. S touto nemocí se dá prožít relativně kvalitní a plnohodnotný život bez velkých omezení. To vše samozřejmě při striktním dodržování léčby a doporučené ochrany zdraví pacienta a ostatních při běžném životě. Již na základních školách probíhají preventivní programy, kde jsou děti upozorňovány na možnost nákazy virem HIV, ale stále chybí informovanost o tom, jaký život žijí lidé nakažení tímto virem. Tím se také dostáváme k důležitosti používání ochranných pomůcek u zdravotnického personálu, který by měl ke každému pacientovi přistupovat jako k potenciálně nakaženému jakoukoliv přenosnou nemocí. Tím chrání nejen sebe, ale i další pacienty a svoji rodinu. Je potěšující, že po rozhovoru s respondentkami, je jejich poučení o používání ochranných pomůcek dostatečné a že pomůcky běžně používají. Také má dobrý vliv na psychiku pacienta s virem HIV nebo jinou nakažlivou nemocí to, že sestry přistupují ke všem pacientům bez rozdílu stanovené diagnózy a používají veškeré ochranné pomůcky. Pro pacienty by mělo být pozitivní, že okolí není upozorňováno na jeho nakažlivost.

V první výzkumné otázce se zabýváme psychickou a fyzickou náročností práce s HIV pozitivními pacienty. Dle respondentek je práce s nakaženými pacienty psychicky náročnější, jelikož podvědomě vnímají riziko nákazy své nebo následně svého okolí. Musí být při manipulaci s infikovanými předměty nebo biologickým materiálem opatrnější. Také komunikace s pacienty, kterým byla nově sdělena diagnóza nebo se ještě s nemocí vnitřně nevyrovnali, je psychicky náročná a sestra musí trochu předvídat reakci pacienta na léčební postupy. Je potřeba takovému pacientovi více naslouchat, snažit se ho uklidnit, mít empatický přístup. Fyzická náročnost je spíše v tom, že někteří pacienti nespolupracují při ošetrovatelské péči a specifických výkonech, jako jsou například odběry krve, převazy, a podobně.

Důležité je, aby mezi zdravotnickým personálem bylo dostatečné povědomí o této nemoci a péči o takto nemocné pacienty. Dobrá informovanost snižuje riziko nervozity a tím i chybovosti sestry při práci. Pokud má sestra jistotu, že byla dobře poučena, jak

se o pacienta starat a o možnostech nákazy, je i ona klidnější a k pacientovi přistupuje jako ke každému jinému nemocnému. Používání ochranných pomůcek by mělo být standardem při péči o všechny pacienty bez rozdílu stanovené diagnózy, protože pouze pokud je zdravá, může plnit svoje poslání a pečovat o nemocné, kteří její péči potřebují bez rozdílu.

V druhé výzkumné otázce se zabýváme informovaností sester o ochranných pomůckách a prevencí proti nákaze virem HIV. Dále i tím, zda jsou sestry dostatečně informovány o používání ochranných pomůcek. Z výzkumu vyplývá, že dotazované všeobecné sestry dostatečně využívají ochranné pomůcky. Mají přehled o možnostech, jak ochránit zdraví své i zdraví pacienta. Velmi pozitivně bylo vnímané, že se ani jedna z respondentek nesetkala během své praxe se zdravotníkem, který se nakazil při výkonu práce. Tím se potvrzuje, že používání ochranných pomůcek je na velmi vysoké úrovni, alespoň co se týká dotazovaných a jejich kmenových pracovišť.

V závěrečné třetí výzkumné otázce se věnuje tomu, zda všeobecné sestry jsou dostatečně poučeny o postupech po kontaktu s biologickým materiálem. Ani jedna z dotazovaných sester se nikdy neporanila infikovaným předmětem, ale z rozhovorů s respondentkami vyplynulo, že jsou poučeny o prevenci a využívání ochranných pomůcek. Dle respondentek za poslední roky nedošlo k výraznému posunu v kvalitě používaných jednorázových pomůcek ani k jejich rozšíření. V podstatě se používají stále stejné ochranné pomůcky, a to především rukavice, zástěra, brýle, rouška a při náročnějších výkonech ochranný štít nebo plášť. Na všech kmenových odděleních respondentek mají ochranných pomůcek dostatečné množství.

Seznam použité literatury

BARTŮŇEK, Petr, Dana JURÁSKOVÁ, Jana HECZKOVÁ a Daniel NALOS, ed. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra. ISBN 978-80-247-4343-1.

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

COLLINS, Simon. *Úvod do kombinované antiretrovirové léčby*. Praha: pro Českou společnost AIDS pomoc, z.s. vydalo Centrum pro komunitní práci, 2016. ISBN 978-80-87809-39-6.

Červená stužka, 2020. [online]. Co je červená stužka. [cit. 2020-03-05]. Dostupné z: <http://www.cervenastuzka.cz/co-je-cervena-stuzka.html>

Česká společnost AIDS pomoc. [online]. Dům světla. [cit. 2019-07-15]. Dostupné z: <https://www.aids-pomoc.cz/dum-svetla.html>

FAIT, Tomáš, Michal VRABLÍK a Richard ČEŠKA. *Preventivní medicína*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Maxdorf, c2011. Jessenius. ISBN 978-80-7345-237-7.

FÖLDI, Mihály a Etelka FÖLDI, ed. *Lymfologie*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4300-4.

HÁJEK, Marcel. *Chirurgie v extrémních podmínkách: odborný přehled pro lékaře a zdravotníky na zahraničních praxích*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4587-9.

HAMPLOVÁ, Lidmila. *Mikrobiologie, imunologie, epidemiologie, hygiena pro bakalářské studium a všechny typy zdravotnických škol*. V Praze: Stanislav Juhaňák - Triton, 2015. ISBN 978-80-7387-934-1.

HIV prevence, 2020. [online]. HIV centra v ČR. [cit. 2020-03-25]. Dostupné z: <https://www.hiv-komunita.cz/hiv-centra-v-ceske-republice.html>

HIV prevence, 2020. [online]. Post-expoziční profylaxe. [cit. 2020-03-05]. Dostupné z: <https://www.hiv-prevence.cz/post-expozicni-profylaxe-tzv-zaleceni.html>

HIV prevence, 2020. [online]. Pre-expoziční profylaxe. [cit. 2020-03-05]. Dostupné z: <https://www.hiv-prevence.cz/pre-expozicni-profylaxe-tzv-predlezeni.html>

HIV prevence, 2020. [online]. Způsoby přenosu. [cit. 2020-02-28]. Dostupné z: <https://www.hiv-prevence.cz/zpusoby-prenosu.html>

HIV testování, 2020. [online]. Kdy a proč jít na test. [cit. 2020-03-25]. Dostupné z: <https://www.hiv-testovani.cz/kdy-a-proc-jit-na-test>

JILICH, David a Veronika KULÍŘOVÁ. *HIV infekce: současné trendy v diagnostice, léčbě a ošetřovatelství*. Praha: Mladá fronta, 2014. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3325-1

KARGES, Wolfram J. P. a Sascha al DAHOUK. *Vnitřní lékařství: stručné repetitorium*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3108-7.

KAŠÁKOVÁ, Eva, Martin VOKURKA a Jan HUGO. *Výkladový slovník pro zdravotní sestry*. Praha: Maxdorf, c2015. ISBN 978-80-7345-424-1.

KLENER, Pavel. *Vnitřní lékařství*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-705-9.

KONVALINKA, Jan a Ladislav MACHALA. *Viry pro 21. století*. Vyd. 2. Praha: Academia, 2013. Průhledy. ISBN 978-80-200-2271-4.

KREJSEK, Jan, Ctirad ANDRÝS a Irena KRČMOVÁ. *Imunologie člověka*. Hradec Králové: Garamon, 2016. ISBN 978-80-86472-74-4.

Měsíční výkaz za Prosinec 2019: výskyt a šíření HIV/AIDS v České republice (2019) [online]. SZÚ. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/prevence/zprava-o-vyskytu-a-sireni-hiv-aids-za-rok-2019>

Moje první kroky: jsem pozitivní, co teď? Praha: pro Českou společnost AIDS pomoc vydalo Centrum pro komunitní práci, 2017. ISBN 978-80-87809-44-0.

NAVRÁTIL, Leoš. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 2., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0210-5.

Prevencehiv, 2020. [online]. Hrou proti AIDS. [cit. 2020-03-25]. Dostupné z: <http://www.prevencehiv.cz/nase-sluzby/hrou-proti-aids/>

RÖCKEN, Martin, Martin SCHALLER, Elke SATTLER a Walter H. C. BURGDORF. *Kapesní atlas dermatologie*. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-271-0106-1.

ROZSYPAL, Hanuš, Michal HOLUB a Monika KOSÁKOVÁ. *Infekční nemoci ve standardní a intenzivní péči*. Praha: Karolinum, 2013. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 978-80-246-2197-5.

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

ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.

SCHEIN, Moshe a Paul N. ROGERS, ed. *Urgentní břišní chirurgie: Schein's common sense emergency abdominal surgery*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2357-0.

SOUČEK, Miroslav, Jindřich ŠPINAR a Jiří VORLÍČEK, ed. *Vnitřní lékařství*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2110-1.

Světový den boje proti AIDS. [online]. HIV prevence. [cit. 2019-11-05]. Dostupné z: <https://www.hiv-prevence.cz/clanky/podporte-cervenou-stuzku-v-boji-proti-aids.html>

ŠETELOVÁ, Nikola, 2014. *Ošetrovatelská péče o klienta HIV pozitivního*. České Budějovice. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta

ŠEVČÍK, Pavel a Martin MATĚJOVIČ. *Intenzivní medicína*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Galén, 2014. ISBN 978-80-7492-066-0.

ŠIMSOVÁ, Karolína, 2018. *Akutní ošetrovatelská péče u HIV pozitivního klienta*. Praha, Bakalářská práce. České vysoké učení technické v Praze. Fakulta biomedicínského inženýrství

ŠRÁMKOVÁ, Taťána. *Poruchy sexuality u somaticky nemocných a jejich léčba*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4453-7.

ŠRÁMKOVÁ, Taťána. *Sexuologie pro zdravotníky*. Praha: Galén, [2015]. ISBN 978-80-7492-162-9.

Tisková zpráva Národní referenční laboratoře pro HIV/AIDS: Trendy vývoje a výskyt HIV/AIDS v ČR v roce 2019. [online]. SZÚ. [cit. 2020-01-29]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/prevence/zprava-o-vyskytu-a-sireni-hiv-aids-za-rok-2019>

UNAIDS.org, 2020. [online]. Fact sheets. [cit. 2020-03-30]. Dostupné z: <https://www.unaids.org/en/goals/unaidsstrategy>

VYTEJČKOVÁ, Renata, Petra SEDLÁŘOVÁ, Vlasta WIRTHOVÁ, Iva OTRADOVCOVÁ a Lucie KUBÁTOVÁ. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část*. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra. ISBN 978-80-247-3421-7.

VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada, 2011. Sestra. ISBN 978-80-247-3419-4.

WHO, 2019 [online]. Fact sheets - HIV/AIDS. [cit. 2019-11-15] Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

WHO, 2020 [online]. Graf států 2018 - HIV/AIDS. [cit. 2020-04-20] Dostupné z:
<https://www.who.int/hiv/data/en/>

Seznam příloh

Příloha 1 – Seznam HIV center v ČR

Příloha 2 – Rozhovor

Příloha 3 – Graf stát