

PROBLEMATIKA HIV U DROGOVĚ ZÁVISLÝCH

Jitka Vyhlídalová

Bakalářská práce
2009



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2008/2009

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jitka VYHLÍDALOVÁ**
Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Problematika HIV u drogově závislých**

Zásady pro vypracování:

Teoretická část:

Cílem teoretické části je definovat pojmy HIV, drogová závislost.

Popsat dostupné informace týkající se historie, příznaků, diagnostiky, cesty přenosu nákazy a možnostech kvalitního života s HIV pozitivitou.

Definovat etická hlediska a postoje veřejnosti k HIV pozitivním jedincům.

Determinovat skupiny lidí, kteří jsou virem HIV nejvíce ohroženi.

Zmapovat programy na podporu prevence a boje proti HIV realizovaných v ČR.

Analýzovat epidemiologickou situaci HIV v posledních pěti letech v ČR.

Souhrnem teoretické části bude aktivní výstup na I. mezinárodní konferenci „Integrovaní přístupy k prevenci a péči o zdraví“

Praktická část:

Cílem praktické části je zmapování a analýza dat, zda drogově závislí mají dostatek informací o problematice onemocnění HIV.

Zjistit, zda znají prostředky, kterými se lze chránit před nákazou virem HIV a zda je používají.

Součástí práce bude výzkum pomocí dotazníkového šetření u drogově závislých, se zaměřením na jejich postoje k problematice HIV, dále tvorba informačního letáku zaměřující se na prevenci HIV a jeho propagace v centrech pro drogově závislé.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

MUDR. BAJGAR, Luděk, et al. Ročenka Národního programu HIV. Praha : [s.n.], 2006. 100. ISBN 978-80-7071-287-0.

MUDR. WASSERBAUER, Stanislav, et al. Výchova ke zdraví. Praha : Státní zdravotní ústav, 2001. 47. ISBN 80-7071-172-8.

MUNZAROVÁ, Marta. Zdravotnická etika od A do Z. Praha : Grada Publishing, a.s., 2005. 156. ISBN 80-247-1024-2.

HÁJEK, Marcel, et al. HIV/AIDS v chirurgických oborech. Praha : Grada Publishing, a.s., 2004. 80. ISBN 80-247-0857-4.

ROZSYPAL, Hanuš. AIDS klinický obraz a léčba. Praha : MAXDORF s.r.o., 1998. 236. ISBN 80-85800-92-6.

PROVAZNÍK, Kamil, et al. Manuál prevence v lékařské praxi. Praha : Státní zdravotní ústav, 2000. 160. ISBN 80-7071-161-2.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Michaela Karafiatová

Ústav ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce:

5. února 2009

Termín odevzdání bakalářské práce:

5. června 2009

Ve Zlíně dne 5. února 2009



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.

děkan

L.S.

doc. MUDr. Jaroslav Slaný, CSc.

ředitel ústavu

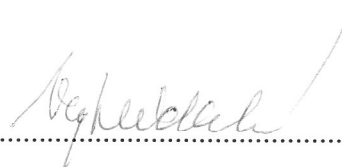
PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Ve Zlíně

27.2.2009



1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce na téma problematika HIV u drogově závislých je zaměřena na příznaky onemocnění virem HIV, diagnostiku, léčbu a způsoby, kterými je možné se před virem chránit. V práci je zahrnuta etická a psychosociální problematika tohoto onemocnění a problematika drogové závislosti v souvislosti s onemocněním AIDS.

Obsahem práce je i praktická část, která se zabývá analýzou získaných dat z dotazníkového šetření.

Klíčová slova: HIV, AIDS, prevence, rizikové chování, drogová závislost.

ABSTRACT

The topic of my bachelor's thesis is HIV in drug addicts. It's focused on symptoms of HIV disease, diagnosis, treatment and ways in which it is possible to protect against the virus. The work is included ethical and psychosocial problems of this disease and the problems of drug addiction in the context of AIDS. The practical part of my bachelor's thesis deals analyzing data obtained from questionnaire survey.

Keywords: HIV, AIDS, prevention, risk behavior, drug addict.

Děkuji Mgr. Michaele Karafiátové za vedení mé práce, za cenné rady, připomínky a trpělivost při shromažďování informací a materiálů k vytvoření této bakalářské práce.

Dále bych chtěla poděkovat vedoucí Kontaktního centra v Olomouci, Lucii Řeřichové, DiS, za umožnění osobního kontaktu s uživateli Kontaktního centra v Olomouci.

Díky patří také PhDr. Ivě Součkové, vedoucí Kontaktního centra v Prostějově a zaměstnancům Občanského sdružení ONYX ve Zlíně za spolupráci při dotazníkovém průzkumu.

V neposlední řadě bych ráda poděkovala všem dotazovaným za vyplnění dotazníků.

Velký dík patří rodině a přátelům za psychickou podporu po celou dobu mého studia.

Motto:

„ Jestli nechcete hned po smrti upadnout v zapomnění, začněte psát věci, které stojí za to číst, nebo dělejte věci, o kterých stojí za to psát. “

Benjamin Franklin

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 VIRUS LIDSKÉ IMUNODEFICIENCE	12
1.1 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ.....	12
1.1.1 Původ viru lidského imunodeficitu	13
1.1.2 Historie viru lidského imunodeficitu	13
1.1.3 Imunitní systém	14
1.1.4 Morfologické a biologické vlastnosti viru lidského imunodeficitu	15
1.1.5 Vývoj a patogeneze viru lidského imunodeficitu.....	16
1.2 PŘENOS HIV INFEKCE.....	17
1.2.1 Sexuální přenos	17
1.2.1.1 Anální styk	17
1.2.1.2 Vaginální styk	18
1.2.1.3 Orálně – genitální styk	18
1.2.1.4 Jiné sexuální praktiky	18
1.2.2 Parenterální přenos.....	18
1.2.3 Vertikální přenos	19
1.2.4 Jak k přenosu HIV nedochází.....	19
1.3 DIAGNOSTIKA VIRU HIV	19
1.3.1 Virologický průkaz HIV infekce	20
1.3.1.1 Nepřímá virologická diagnostika.....	20
1.3.1.2 Testování HIV ze slin	20
1.3.1.3 Přímá virologická diagnostika	21
1.3.2 Kdy se nechat vyšetřit na průkaz HIV viru	21
1.4 KLASIFIKACE HIV INFEKCE	21
1.5 KLINICKÝ OBRAZ HIV INFEKCE	22
1.5.1 Stádium akutní infekce.....	22
1.5.2 Stádium asymptomatického nosičství	23
1.5.3 Stádium generalizovaného zduření uzlin	23
1.5.4 Stádium ARC (AIDS Related Complex – prae AIDS)	23
1.5.5 Stádium rozvinutého onemocnění – AIDS.....	23
1.6 TERAPIE	24
1.7 EPIDEMIOLOGICKÁ OPATŘENÍ.....	25
1.7.1 Obecný pohled na prevenci	26
1.7.2 Zásady prevence profesionálního přenosu HIV	28
1.7.2.1 Co dělat v případě poranění infikovanou jehlou.....	29
1.7.3 Statistické údaje HIV v ČR	29
1.8 RIZIKOVÉ SKUPINY VE VZTAHU K HIV INFEKCI	31
1.9 PROBLEMATIKA DROGOVÉ ZÁVISLOSTI VE VZTAHU K HIV INFEKCI.....	32
1.10 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O HIV POZITIVNÍHO	34
1.10.1 Zásady ošetřovatelské péče	34

1.11	ETICKÉ A PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY U HIV POZITIVNÍCH JEDINCŮ	35
1.11.1	Péče o umírající v rozvinutém stádiu AIDS	36
II	PRAKTICKÁ ČÁST	37
2	METODOLOGIE PRŮZKUMU	38
2.1	CÍLE A HYPOTÉZY	38
2.1.1	Interpretace dat pro jednotlivé cíle	38
2.2	CHARAKTERISTIKA SOUBORU RESPONDENTŮ	39
2.3	ORGANIZACE ŠETŘENÍ POPIS DOTAZNÍKU	39
2.4	ZVOLENÁ METODA	40
2.5	VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	40
3	ROZBOR A VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEHO GRAFICKÉ ZPRACOVÁNÍ.....	41
3.1	GRAFICKÉ ZPRACOVÁNÍ DOTAZNÍKŮ	41
4	DISKUSE	77
	ZÁVĚR	82
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	83
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	85
	SEZNAM TABULEK.....	86
	SEZNAM GRAFŮ	87
	SEZNAM PŘÍLOH.....	88

ÚVOD

Virus lidského imunodeficitu představuje svým rozsahem a celospolečenskými dopady jednu z největších hrozeb pro tento svět. HIV je totiž virem, na něhož se dosud i po dlouholetém výzkumu nepodařilo objevit účinný lék, který by ho dokázal zničit. Problém by nebyl až tak vážný, avšak pomyslíme-li na to, že nákaza virem HIV je smrtelná, vážnost tohoto problému stoupá.

Samotné onemocnění má souvislost s určitým chováním a postojem jedince k vlastní bezpečnosti. Sexuální promiskuita v kombinaci se zapomínáním použití kvalitního kondomu, je přímou pohromou pro přenos viru HIV. Nechráněný pohlavní styk, ať už homosexuální nebo heterosexuální, je dosud hlavní cestou přenosu této choroby. Je nutné ale zmínit v souvislosti s HIV infekcí i drogovou problematiku. Nitrožilní aplikace drogy je jednou z nejčastějších metod užití drogy mezi toxikomany. Tato forma užití však představuje téměř jistotu nákazy, vzpomene-li fakt, kdy dochází ke vzájemnému poskytování použitých pomůcek k aplikaci mezi jednotlivými uživateli.

Je tedy na každém z nás, jakou cestou se vydáme a jak se svým životem naložíme.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 VIRUS LIDSKÉ IMUNODEFICIENCE

Virus lidské imunodeficiency vstoupil do posledních dob našeho tisíciletí jako velmi prazvláštní faktor, působící nesčetná utrpení současného lidstva. Přestože v oblasti poznání samotné nemoci a léčby jejích určitých komplikací bylo dosaženo významného pokroku, není proti této smrtelné nemoci dosud k dispozici žádná vakcína ani lék, který by ji mohl vyléčit.

Nakažený člověk, v němž se usídlil virus lidského imunodeficitu (dále jen ve zkratce HIV), bere tuto skutečnost jako tragické poselství, z něhož nelze uniknout, zbývá jej jen přijmout a žít s ním. Je třeba si uvědomit, že v boji proti této metle lidstva nepomůže nic jiného, než vlastní odpovědný přístup, tedy prevence. Pokud člověk nepropadne drogám a povede odpovědný sexuální život, může se nákaze virem HIV vyhnout. [16]

1.1 Charakteristika onemocnění

Syndrom získané imunodeficiency (AIDS) je stav, vznikající v důsledku destrukce imunitního systému, po proniknutí viru HIV do těla jedince. AIDS je definován na základě přítomnosti některých onemocnění, mezi které patří velké oportunní infekce, kachexie, encefalopatie a určité nádory (např. Kaposiho sarkom). [12]

H Human – lidský (virus napadá lidský organismus)

I Immunodeficiency – imunitní nedostatečnost (virus poškozují imunitní systém)

V Virus

HIV / Human Immunodeficiency Virus = virus lidského imunodeficitu

A Acquired – získaný (způsobený virem přenášejším se z jedné osoby na druhou)

ID Immunodeficiency – imunodeficit (selhání obranyschopnosti, velké oslabení imunitního systému)

S Syndrome – syndrom (kombinace příznaků a projevů typických pro určité onemocnění)

AIDS / Acquired Immune Deficiency Syndrome = syndrom získaného selhání imunity [11]

1.1.1 Původ viru lidského imunodeficitu

Původ viru HIV není zcela jasný. Vychází se ze skutečnosti, že kolébkou viru je Afrika. Předpokládá se také, že virus HIV je příbuzný opičímu viru imunodeficiency, označovaného pod zkratkou SIV. Není však známo, jaké okolnosti vedly SIV k adaptaci na člověka, snad poraněním způsobeným samotnými opicemi při jejich lovu. HIV se začal v Africe šířit již počátkem 50. let, o čemž svědčí výsledky skladovaných sér. V Africe se infekce HIV šířila zřejmě provozováním krvavých domorodých rituálů, prostitucí a stěhováním obyvatel z venkova do měst. Déle se infekce HIV šířila do Karibské oblasti a na Haiti, do Spojených států, Evropy a ostatních zemí celého světa. [12]

HIV se vyskytuje ve dvou typech, které jsou označovány jako HIV – 1 a HIV – 2. Odlišují se od sebe složením povrchových struktur, geografickým výskytem, klinickým obrazem, patogenitou a epidemiologickými charakteristikami. HIV – 1 se vyskytuje především v Evropě, Americe a Asii, kdežto druhý typ viru, HIV – 2, zůstává lokalizován v oblastech západního pobřeží Afriky. [14]

1.1.2 Historie viru lidského imunodeficitu

V odborné literatuře bylo v roce 1981 popsáno nové a dosud neznámé onemocnění člověka. Jeho podstatou bylo selhání buněčné imunity a bylo tedy nazváno syndromem získaného selhání imunity. [17]

Na jaře téhož roku popsal newyorský dermatolog Dr. Friedman – Kien u dvou homosexuálně orientovaných mužů velmi vzácný kožní nádor, Kaposiho sarkom. V Los Angeles Gottlieb a kolektiv diagnostikovali u pěti homosexuálně orientovaných mužů zvláštní formu pneumonie. Všem těmto nemocným byl společný hluboký rozvrat imunity. Následovalo intenzivní hledání dalších podobně klinicky nemocných v oblastech USA. Tým pracovníků Center pro kontrolu nemocí (CDC) v Atlantě dospěl k souboru příslušníků gay minority, kteří trpěli těžkým imunodeficitem a navíc některou oportunní infekcí (infekce, se kterou se lidský organismus za normálních okolností lehce vyrovná). S ohledem na postiženou komunitu nesla neznámá porucha imunity zprvu název GRID (Gay – Related Immune Deficiency Syndrome). K dalšímu obratu v pohledu na problém došlo po zjištění, že se imunodeficit vyskytuje u přistěhovalců z Haity a to jak u mužů, tak i u žen. Došlo se tedy k závěru, že nově popsané onemocnění z roku 1982, označované jako AIDS, je pravděpodobně infekčního původu. Řada výzkumných týmů začala tedy pátrat po nejspí-

še virovém původci syndromu. Za neúspěšnější pracovní skupiny v roce 1983 a 1984 se považuje skupina vedená Lucem Montagnierem v Pasteurově ústavu v Paříži, dále skupina Roberta Galla v Národním onkologickém institutu v Bethesda a třetí J.A. Levyho na Kalifornské univerzitě v San Francisku. Intenzivní výzkum všech skupin vedl k objevu viru – původci AIDS.

Montagnierova skupina označila virus jako LAV (Lymphadenopathy – Associated Virus), Gallova jako HTLV – III (Human T – Lymphotropic Virus III) a Levyho jako ARV (AIDS – related virus). Teprve v roce 1986 došlo ke sjednocení názvosloví, kdy Mezinárodní komise pro nomenklaturu virů označila nový virus jako HIV (Human immunodeficiency virus). Téhož roku Montagnierova skupina izolovala od osoby s AIDS, pocházejícího ze západní Afriky, odlišný virus, který se geneticky přibližoval opičímu SIV. Další virus byl tedy pojmenován jako HIV – 2. [6]

1.1.3 Imunitní systém

V prostředí, ve kterém se nacházíme, se vyskytují i mikroorganismy, které mohou být pro člověka nebezpečné. Mezi tyto mikroorganismy patří především viry, bakterie, houby (plísně a kvasinky) a paraziti. Náš organismus se proti těmto mikroorganismům brání pomocí imunitního systému, který má za úkol je zneškodnit. [19]

Působení imunitního systému v našem organismu zprostředkovávají především určité kategorie bílých krvinek, lymfocytů, jejichž základnou je lymfatický systém. Lymfocyty se dělí do dvou velkých skupin, T lymfocytů a B lymfocytů. Při obranných operacích v organismu jsou nepostradatelné T lymfocyty, které jsou dirigentem celého imunitního systému. B lymfocyty produkují protilátky, jejichž posláním je zaútočit na choroboplodný zárodek a zničit ho. Pro HIV je typické, že jeho vlastní aktivace je úzce spjata s aktivací imunitního systému. Mechanismy, které imunitní systém využívá při obranné reakci, napomáhají k rozvoji samotného onemocnění, které nakonec vyústí v naprosté zhroucení obranyschopnosti organismu a jeho otevření se oportunním patogenům, z nichž některému později podlehně. [15]

1.1.4 Morfologické a biologické vlastnosti viru lidského imunodeficitu

Vlastnosti všech buněk jsou zapsány v genetickém kódu buňky. U lidských buněk je genetickým kódem kyselina deoxyribonukleová (DNA). Virus HIV se řadí do velké čeledi retrovirů. Retroviry jsou definované jako viry, jejichž genetickým kódem je kyselina ribonukleová (RNA).

Virus HIV má stejně jako ostatní retroviry sférický až oválný tvar o průměru 80 – 120 nm a má dvě základní části – vnější obal (envelope) a virovou kapsidu vnitřního jádra (core). Vnější obal (envelope) obsahuje povrchový virový glykoprotein o molekulové hmotnosti 120 (GP120) a transmembránový glykoprotein o molekulové hmotnosti 41 (GP41). Tyto dva glykoproteiny hrají hlavní úlohu při absorpci virionu HIV na povrch hostitelské buňky a při pronikání virionu buněčnou stěnou do nitra buňky. Představují také dva hlavní specifické antigeny HIV a umožňují vznik specifických protilátek v infikovaném organismu, jejichž detekce je podstatou sérologické diagnostiky nákazy HIV.

Jádro (core) je pod virovým obalem kryto proteinovým pouzdrém (P24). Uvnitř jádra jsou ukryty nejdůležitější komponenty viru. Jedná se především o virové enzymy a dvouvláknovou ribonukleovou kyselinu (RNA). Virovými enzymy jsou reverzní transkriptáza (RT), integráza (I) a polymeráza (P). Za nejdůležitější z enzymů se pokládá reverzní transkriptáza, která umožňuje přepis genetické informace uložené ve virové RNA do DNA. Další virový enzym DNA, polymeráza, zdvojuje přepsanou jednovláknovou DNA na dvouvláknovou DNA, která je integrázou zapojena do chromozomální DNA hostitele, kde může být uschována po celý život buňky.

Jádro viru HIV je geneticky poměrně stabilní, avšak povrchové glykoproteiny podléhají do značné míry mutacím, proto je tak obtížné vynalézt účinnou látku, která by virus HIV dokázala zničit.

Genom viru HIV obsahuje 3 hlavní strukturální geny a na rozdíl od ostatních retrovirů větší počet regulačních genů (asi 6).

Strukturální gen gag (core) nutí hostitelskou buňku k syntéze proteinů, gen pol (polymerase) řídí syntézu virových enzymů a gen env (envelope) syntézu glykoproteinů virového obalu.

Stejně jako je tomu u ostatních retrovirů, i viry HIV obsahují na obou koncích vlákna virové DNA úseky opakujících s nukleoidů, označovaných jako LTR (Long Terminal Repeats

). LTR nejsou zodpovědné za syntézu struktur viru, ale zahajují specifickou činnost všech hlavních i regulačních genů HIV, tj. jejich přepis z jazyka DNA opět do kódu RNA, tedy transaktivaci a translaci. LTR mají ve složitém infekčním procesu dominantní postavení. Regulační geny regulují optimální proces syntézy virionů napadenou buňkou.

Mezi nejvýznamnější regulační geny patří gen *tat* (transaktivátor), který umožňuje přepis virových proteinů a glykoproteinů. Dále gen *rev* (regulator of expression of virion proteins) ovlivňuje tvorbu virových proteinů, gen *vif* (virion infectivity factor) určuje infektivitu viru v pozitivním smyslu a gen *nef* (negative factor). Samotný gen *nef* je velmi zajímavý, obsahuje totiž genetickou informaci pro tzv. protein F, který zajišťuje negativní regulaci (negativní zpětná vazba). Při chybění genu *nef* a tedy i proteinu F dochází k rychlejší replikaci HIV. Dokazuje to tedy, že protein F výrazně brzdí replikaci viru. Průkaz proteinu F je prvním pozitivním biologickým testem k průkazu HIV positivity a předchází všechny ostatní diagnostické testy. [6]

1.1.5 Vývoj a patogeneze viru lidského imunodeficitu

Po vstupu viru HIV do krevního řečiště napadeného člověka je virus HIV absorbován na povrch buněk, které mají pro virus HIV vhodné receptory. V lidském organismu jsou to především 4 druhy bílých krvinek – lymfocyty řady T nesoucí receptor CD4 (CD4, označované jako helper cells, pomocné lymfocyty), v menší míře jsou to buňky odvozené z monocyto-makrofágové linie (monocyty, různé typy tkáňových makrofágů – např. mikroglie, alveolární makrofágy, kožní Langerhansovy buňky atd.), dále pak i lymfocyty řady B (jen u osob, které se dříve setkaly s infekcí virem Epstein – Barrové, EBV). [15]

Aby virus HIV mohl napadnout T4 lymfocyty, musí začlenit svůj genetický kód složený z RNA do genetického kódu lymfocytů, který je tvořen odlišnou molekulou, tedy DNA. K přepsání RNA do kódu DNA dochází, jak už bylo zmíněno, pomocí enzymu reverzní transkriptázy. Poté, co se viru HIV podaří začlenit svůj genetický kód RNA do genetického kódu T4 lymfocytů, stane se pak jeho součástí, může se začít množit a napadat další T4 lymfocyty.

Zánik postižených buněk se organismus dlouhou dobu snaží nahrazovat zvýšenou produkcí, ale po určité době dojde k vyčerpání kompenzačních schopností organismu. Počet CD4 lymfocytů klesá a to nakonec vede k rozvratu odolnosti imunitního systému. Po celou dobu infekce se virus HIV množí a samotná rychlost množení viru a s tím spjatá destrukce dal-

ších CD4 lymfocytů, rozhoduje o délce přežití. Rychlé množení viru a vysoké koncentrace viru v krvi hostitele jsou velmi špatným znamením, neboť upozorňují na rychlý zánik CD4 lymfocytů a předpovídají rychlou progresi nemoci. V této fázi je nezbytné nasazení virostatické léčby, která svým zásahem do množení viru chrání cílové buňky a zpomaluje tím progresi nemoci. Terapie, která je správně vedená, se projeví úbytkem virové RNA v krvi hostitele. [8]

1.2 Přenos HIV infekce

Virus HIV se vyskytuje v krvi, spermatu, poševním sekretu a mateřském mléce nakaženého. V nepatrném množství se virus HIV vyskytuje i v dalších tělních tekutinách, kterými jsou sliny, slzy nebo pot, ty se ale v šíření viru neuplatňují. Nízká koncentrace viru v těchto tekutinách totiž nestačí k vyvolání infekce, pouze v případě, že by se dostaly do kontaktu s krví zdravého jedince. [12, 13, 19]

1.2.1 Sexuální přenos

Nejzávažnějším způsobem přenosu HIV infekce je nechráněný pohlavní styk, tedy styk bez použití kvalitního latexového kondomu, kdy je virus přenášen prostřednictvím krve, spermatu a poševního sekretu. Riziko hrozí v každém případě, ať už jde o styk anální, vaginální, heterosexuální nebo homosexuální. Vstupní bránou infekce jsou ve velké míře poraněné sliznice konečníku a pohlavního ústrojí, způsobené samotným sexuálním aktem. Avšak nakazit se můžeme i v případě, kdy k žádnému poranění nedojde. Vysoké riziko nákazy je spojené s análním stykem. Měli bychom myslet také na to, že přibývající počet sexuálních partnerů zvyšuje riziko nákazy, avšak infikovat se lze již jediným, tedy i prvním nechráněným stykem. [12]

1.2.1.1 Anální styk

Při análním styku dochází vlastně nejčastěji k poranění a anální styk je tedy spojen s nejvyšším rizikem infekce. Rektální sliznice je totiž mnohem zranitelnější, než sliznice vaginální a nezáleží přitom, zda je anální styk provozován homosexuály či heterosexuály. [19]

1.2.1.2 Vaginální styk

Vaginální styk z hlediska přenosu představuje také vysoké riziko. U žen se za nejrizikovější období považuje období menstruace. Je důležité vědět, že přenos z muže na ženu je daleko snazší (10x). [19]

1.2.1.3 Orálně – genitální styk

Za orálně – genitální styk se považuje styk mezi ústy a pohlavním orgánem. Dráždění mužského pohlavního orgánu - penisu ústy se označuje jako „felace“ a dráždění ženského pohlavního orgánu jako „cunnilingus.“ Tento typ pohlavního styku může také vést k přenosu HIV a to při poranění v ústech nebo na pohlavním orgánu, avšak v praxi je tenhle přenos poměrně vzácný. [19]

1.2.1.4 Jiné sexuální praktiky

Dalšími sexuálními praktikami jsou např. pissing (sexuální praktika, při které se využívá moč), rimming (lízání análního otvoru) a scat (sexuální praktika, při které se partneri využívají vlastní výkaly). Za normálních okolností by při těchto sexuálních praktikách k přenosu HIV docházet nemělo, pokud se ve stolici či moči nenachází krev. To platí i o vzájemné masturbaci partnerů a taktéž o líbání. [19]

1.2.2 Parenterální přenos

K parenterálnímu přenosu dochází velice často u injekčních uživatelů drog a to společným sdílením kontaminovaných injekčních jehel a stříkaček. Vysoký výskyt HIV mezi toxikomany je také daný jejich sexuální promiskuitou, neboť právě prostitute slouží mezi toxikomany jako hlavní prostředek k výdělku a získání drogy. Omamné látky rovněž ovlivňují chování jedince a následné používání preventivních opatření. [12]

Podání infikované krve nebo krevních derivátů je další možností parenterálního přenosu, avšak v ČR je tenhle přenos od roku 1987 vyloučen a to díky povinnému testování krve dárců před každým odběrem. Virus HIV lze získat krevní cestou i jinak. Je nutné vyhýbat se společnému užívání žiletek, holicích strojků, zubních kartáčků, nedostatečně vysterilizovaným nástrojům a jehlám při provádění akupunktury, tetování či piercingu. [1]

1.2.3 Vertikální přenos

K vertikálnímu přenosu dochází v průběhu gravidity přes placentu a poté během porodu. Může se také uplatnit přenos kojením, proto se v rozvojových zemích HIV pozitivním matkám kojení nedoporučuje. Pravděpodobnost přenosu z HIV pozitivní matky na dítě je asi 20 – 30 %. Avšak podáním antiretrovirové terapie matce a následně dítěti a způsobem vedení porodu je možné tohle riziko snížit asi na 8 %. Vyšší riziko přenosu infekce HIV na dítě hrozí u intravenózních toxikomanek, při vaginálním porodu a současné genitální infekce matky (syfilis, chorioamnionitis, herpes genitalis). [12]

1.2.4 Jak k přenosu HIV nedochází

Přenos viru HIV byl vyloučen běžným stykem, do něhož se zahrnuje dotyk, koupání v bazénu, stravování ve veřejných zařízeních, společné užívání toalet, ručníků, oblečení a společenské aktivity. Déle k přenosu nedochází prostřednictvím kapének při kýchání nebo kašli, slzami, slinami ani potem. Pokud se potřísníme krví HIV – pozitivní osoby a nemáme závažnější poranění kožního krytu či ragády na kůži, virem HIV se nenakazíme. Je také prokázáno, že bodavý hmyz není nosičem viru HIV.

Téměř 100% záruku poskytuje sexuální styk s použitím kvalitního a nepoškozeného kondomu. [6]

1.3 Diagnostika viru HIV

Stanovení nákazy HIV se provádí pomocí průkazu protilátek z krve, ve které se vytváří jako odpověď na přítomnost viru. Tyto protilátky se v krvi objevují asi za 7 – 12 týdnů po nákaze virem. Vyšetřování na HIV je až na pár výjimek stanovených zákonem dobrovolné a na přání vyšetřované osoby i anonymní. Samotný test vyžaduje odběr 5 – 7 ml venózní krve a výsledek lze očekávat asi do týdne. Na provedení testu má právo každý člověk, ať už má podezření, zda by mohl být HIV – pozitivní, nebo tohle podezření nemá. O testy lze požádat svého ošetřujícího lékaře, navštívit epidemiologické oddělení, kterékoliv hygienické stanice nebo poradny pro AIDS. [9]

Diagnózu lze také stanovit na základě některých klinických projevů a anamnézy. Anamnéza je zaměřena na okolnosti, které mohou vést k nákaze virem HIV. Mezi tyto okolnosti patří především rizikové chování jako sexuální promiskuita, pohlavně přenosná choroba,

sexuální kontakt s HIV pozitivní osobou, intravenózní toxikománie a jiné. Z klinických příznaků se vyskytuje zejména rozsáhlý herpes zoster, generalizovaná lymfadenopatie, horečka nejasné etiologie, průjem, náhlé hubnutí, ústní kandidóza, recidivující bakteriální infekce, až některá z velkých oportunních infekcí. V laboratorním nálezu je nápadná vysoká sedimentace, pokles trombocytů, leukocytů a lymfocytů. Při vyšetření buněčné imunity je nápadný trvalý pokles CD4 lymfocytů a obrácení imunoregulačního indexu.

Avšak je možné, že pacient v počátečním stádiu infekce může mít ještě imunologické a hematologické hodnoty v normě. [12]

1.3.1 Virologický průkaz HIV infekce

Průkaz virologických markerů je rozhodujícím vyšetřením pro stanovení diagnózy HIV. Ke stanovení se používají dvě metody, metoda nepřímé a přímé diagnostiky.

1.3.1.1 Nepřímá virologická diagnostika

Slouží k detekci protilátek anti – HIV, které se objevují v krvi za 1 – 3 měsíce po nákaze virem. Jejich průkaz slouží k zachycení nových HIV pozitivních případů, jsou tedy základní diagnózou. K tomuto účelu se využívají různé testy, mezi které patří např. testy „ELISA“ (enzyme – linked immunosorbent assay), dále testy „western blot,“ které jsou technicky náročnější a slouží pro ověření séropozitivity. Doplnkovými testy jsou i imunofluorescenční a radioimunoprecipitační. [12]

1.3.1.2 Testování HIV ze slin

Detekce HIV ze slin se řadí k méně spolehlivým testům. Principem této metody je stanovení sekrečních protilátek (IgA) ve slinách.

Testování HIV ze slin je vhodnou metodou pro využívání v terénní práci s osobami, které nejsou ochotny navštívit zdravotnické zařízení, často jsou to osoby s rizikovým chováním. Této metody využívají především pracovníci Kontaktních center (dále jen K – centra), center pro drogově závislé. [2, 12]

1.3.1.3 Přímá virologická diagnostika

Prokazuje vlastní virus, jeho antigen či nukleovou kyselinu a má význam pro diagnostiku akutní HIV infekce, testování bezpečnosti krve v inkubační době infekce HIV a pro sledování samotného průběhu infekce HIV. Vyšetřuje se tedy virová nálož, dále přítomnost provirové DNA v buňkách periferní krve, antigenémie p24 a k experimentálním účelům, také kultivace viru. [12]

1.3.2 Kdy se nechat vyšetřit na průkaz HIV viru

K nečastějším důvodům přivádějícím člověka na testy bývá trvalé rizikové chování či náhodně prožité rizikové chování. V tomto případě je vhodné jít na test za 2 – 3 měsíce po zážitku. Také při navázání nového partnerského vztahu je dobré jít na test, avšak nestačí vyšetření jednoho partnera, vždy by se měli vyšetřit oba a to nejméně 2 měsíce před rizikovým chováním. Testy na stanovení HIV infekce jsou v některých případech povinné, jedním z nich je gravidita ženy a druhým dárcovství krve. Také před operačním výkonem bývají testy součástí předoperačního vyšetření, avšak se souhlasem pacienta, výjimku tvoří pacienti v bezvědomí při hospitalizaci na ARO, kdy jejich zdravotní stav nedovoluje souhlas podepsat. [1]

1.4 Klasifikace HIV infekce

KLASIFIKACE CENTER FOR DISEASE CONTROL (CDC)

V Centru pro kontrolu nemocí v Atlantě byla vypracována v roce 1986 klasifikace HIV infekce, jejímž cílem bylo zhodnotit klinický stav konkrétního pacienta, zhodnocení preventivních opatření a epidemiologického sledování. [15]

Tato klasifikace byla však Centrem pro kontrolu nemocí přepracovaná a od 1.1.1993 uvedena v platnost. Dle ní jsou pacienti zařazeni do tří klinických a tří laboratorních kategorií.

Klinické kategorie jsou označeny písmeny A, B a C a odpovídají přirozenému vývoji HIV infekce:

- Klinická kategorie A zahrnuje asymptomatické období nemoci, eventuelně perzistující generalizovanou lymfadenopatii (PGL) a vzácněji akutní HIV infekci.

- V klinické kategorii B bývají přítomny některé nespecifické příznaky, jako jsou průjem či horečka a některé z malých oportunních infekcí.
- Klinická kategorie C neboli AIDS už zahrnuje těžké stavy, kterými jsou míněny velké oportunní infekce, nádory a jiné stavy svědčící pro AIDS, např. encefalopatie, kachexie a další.

V laboratorní kategorii se hodnotí intervaly absolutního a relativního počtu CD4 lymfocytů. [12]

1.5 Klinický obraz HIV infekce

Infekce vyvolaná virem HIV má široké spektrum klinických obrazů, která jsou charakterizována jednotlivými stádii onemocnění.

Infikovaná osoba je nakažlivá prakticky ihned po vniku viru HIV do organismu a jeho replikaci ve vnímavých buňkách, tedy ještě před rozvojem akutní infekce, v inkubační době a nakažlivou zůstává až do konce života. Avšak stupeň nakažlivosti se liší, je to dáno množstvím vylučovaného viru v jednotlivých fázích infekce. Největší množství viru je vylučováno v akutním stádiu a v období klinického AIDS, v menší míře je virus vylučován v době latentní fáze, tedy v době od vzniku nemoci do objevení se prvních příznaků. [15, 16]

1.5.1 Stádium akutní infekce

K akutní infekci dochází většinou do šesti týdnů od nákazy. Toto stádium bývá označované také jako primoinfekce, akutní retrovirový syndrom (ARV) nebo žlázová horečka. Probíhá často pod chřipkovým obrazem a klinickými příznaky jsou tedy horečka, celková únava, bolesti kloubů a svalů, zduření nejčastěji krčních lymfatických uzlin, bolesti v krku, prchaový enantém, někdy zvětšení jater a sleziny. Zřídka se mohou objevit i neurologické příznaky. V krvi jedince dochází k poklesu CD4 lymfocytů a objevuje se antigen p24 a již za několik dní dochází k sérokonverzi protilátek anti – HIV.

Tyto příznaky, klinické i laboratorní, často do týdne vymizí. U některých osob se příznaky akutní infekce ani neprojeví a infikovaný člověk se již v tomto období stává zdrojem HIV infekce, aniž by o své HIV pozitivitě třeba tušil. [12, 16]

1.5.2 Stádium asymptomatického nosičství

V stádiu asymptomatického nosičství, které může trvat i více než 10 let, je většina pacientů bez jakýchkoliv klinických příznaků a cítí se tedy dobře a bez potíží. Diagnostikovat toto stádium podle klinických příznaků tedy nelze. O přítomnosti HIV viru svědčí pouze pozitivní průkaz protilátek v krvi jedince, dále pokles CD4 lymfocytů (pod $500/\mu\text{l}$) a odchylky v krevním obraze, konkrétně mírná lymfopenie a anémie. Je tedy důležité v tomhle stádiu infekci diagnostikovat, poté terapeuticky zasáhnout a tím zpomalit progresi viru v organismu. [12, 16]

1.5.3 Stádium generalizovaného zduření uzlin

Stádium bezpříznakového období u řady pacientů přechází do stádia generalizovaného zduření uzlin (Persistent Generalised Lymphadenopathy, PGL), které postihuje uzliny krční, podpažní, za ušními boltci, ale i uzliny v břišní dutině. Tohle stádium může přetrvávat i po dobu delší, než tři měsíců a je nutné zároveň vyloučit jiné choroby, které by se také mohly tímto příznakem projevit. V imunologickém nálezu je zřejmé mírné postižení obranného systému. [16]

1.5.4 Stádium ARC (AIDS Related Complex – prae AIDS)

Další fází infekce HIV je ARC stádium, kdy dochází k přímému působení HIV na organismus a dochází k výraznému oslabení imunitních funkcí. Počet CD4 lymfocytů klesá v této fázi pod $200/\mu\text{l}$. Typickými příznaky, které charakterizují tohle stádium, jsou nejasné subfebrilie, trvající déle než 1 měsíc, ztráta tělesné hmotnosti minimálně o 10% v období 3 měsíců, průjem po dobu nejméně 1 měsíce a při vyloučení jakékoliv dietní chyby, infekčního či parazitárního původce. Nemocné provází také výrazná únava, časté noční pocení bez zjevné příčiny, stavy podrážděnosti, porucha paměti a v některých případech i neurologické problémy. [16]

1.5.5 Stádium rozvinutého onemocnění – AIDS

Rozvinuté stádium onemocnění vzniká v důsledku úplného vyčerpání obranyschopnosti nemocného (CD4 lymfocyty klesají pod $50/\mu\text{l}$), kdy napadení jakýmkoliv virem, bakterií, parazitem či plísní, může být pro HIV pozitivního smrtelné. AIDS se vyznačuje těžkými příznaky a celou řadou neléčitelných komplikací, kterými jsou zhoubné nádory (Kaposiho

sarkom), parazitární infekce (zánět plic vyvolaný prvokem *Pneumocystis carinii*), septicke stavy, těžké poruchy mozku spojené s psychickým rozpadem, celkové vyčerpání (způsobené především poruchou střevních epitelů) a nezvládnutelné množení oportunních zárodků.

Při odvrácení těchto infekcí dochází k postupnému vyčerpání organismu nemocného a nemocný umírá. [12, 18]

1.6 Terapie

Sdělení HIV pozitivitu znamená pro každého člověka tragický okamžik, ve kterém není schopen vnímat informace, které by jeho situaci objektivně zhodnotily. Proto nelze tuto skutečnost sdělit nepřipravenému klientovi. Již před odběrem krve na test HIV se provádí tzv. pre - counselling, pohovor, ve kterém jsou klientovi sděleny informace o případné HIV pozitivitě, vyhlídkách do budoucna a možnostech léčby. Před samotným sdělením výsledku testu se tento pohovor opakuje (post - counselling). Smyslem pohovoru je dosáhnout spolupráce s klientem a předejít tak zkratovým reakcím klienta na případnou HIV pozitivitu, kterými bývá i sebevražda. [8]

Základem léčby HIV infekce je léčba pomocí antiretrovirotik, profylaxe, léčba oportunních infekcí a péče o výživu nemocného. Antiretrovirová chemoterapie dokáže efektivně potlačit virovou replikaci a ovlivnit tak příznivě průběh onemocnění. Účinek protiretrovirových léků se projevuje zlepšením celkového stavu nemocného, vymizením některých celkových příznaků a zmírněním oportunních infekcí, vzestupem tělesné hmotnosti, prodloužením života, poklesem virové nálože a vzestupem CD4 lymfocytů v krvi nemocného. [12]

Dosud standardním léčebným postupem je nasazení trojkombinační léčby, označované jako HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy). V této kombinaci je zastoupeno podání dvou nukleosidových inhibitorů reverzní transkriptázy a jednoho inhibitoru virové protéazy (2 NRTI + PI). V indikovaných případech, kdy základní terapie selže, jsou užívány vícečetné kombinace (4 – 9) antiretrovirotik, mezi které patří i nově zavedené nenukleosidové inhibitory reverzní transkriptázy (NNRTI) (MEGAHAART, GIGHAART). V současné době je k dispozici asi 19 antiretrovirotik, která umožňují více než 900 léčebných kombinací. Kombinováním a užíváním antiretrovirotik v pravidelných intervalech, se předejde vzniku rezistence. Snahou je také ponechat nejúčinnější léky v záloze, pokud by došlo

k selhání terapie. Selhání kombinační léčby se projeví zhoršením klinického stavu nemocného, poklesem CD4 lymfocytů a zvýšením plazmatické HIV RNA. [6]

Zahájení antiretrovirové léčby se indikuje při symptomatickém onemocnění HIV, u HIV pozitivních žen po 14. týdnu gravidity, u novorozenců HIV pozitivní matky (6 týdnů jejich života) a při postexpoziční profylaxi (např. poranění infikovanou jehlou, kontaminace sliznice). Dále se antiretrovirová léčba zahajuje u asymptomatických HIV pozitivních osob, u nichž dojde k poklesu CD4 lymfocytů pod 350 / μ l a ke zvýšení virové nálože. [6, 12]

K léčbě jsou doporučovány následující kombinace antiretrovirových přípravků:

1. kombinace: 2 NRTI (abacavir) + NNRTI (efavirenz, nevirapin)
2. kombinace: 2 NRTI (abacavir) + NtRTI (tenofovir)
3. kombinace: 2 NRTI (abacavir) + PI (+ malá dávka ritonaviru)
4. kombinace: 1 – 2 NRTI (abacavir) + NNRTI (efavirenz, nevirapin) + 1 – 2 PI
5. kombinace: NNRTI (efavirenz, nevirapin) + 2 PI

Volba uvedených léků je u každého nemocného individuální a musí se dbát na mnoho faktorů, včetně kontraindikací a nežádoucích interakcí s jinými léky, které se podávají např. za účelem profylaxe oportunních infekcí.

Antiretrovirová léčba je celoživotní a je ji třeba dle aktuálního stavu nemocného upravovat. Časté úpravy léčby a nežádoucí účinky antiretrovirotik však vedou k celkovému zhoršení stavu nemocného. Ale pokud je léčba dobře snášena a její efekt je evidentní, je třeba nemocného podpořit správnou motivací v jejím dalším pokračování. Tato léčba je však finančně náročná (asi 350 000 Kč / rok), proto je nutné o této skutečnosti informovat nemocného ještě před jejím zahájením. [6]

1.7 Epidemiologická opatření

Možnostem specifické imunoprevence je ve světě věnována velká pozornost. Sleduje se účinnost několika typů vakcín, avšak žádná z nich dosud není připravena k širokému použití. Hlavním a účinným prostředkem prevence HIV infekce je zdravotně výchovné působení na veřejnost. Sexuální výchova na školách je zaměřena především na pohlavní styk a bezpečný sex, používání kvalitních kondomů a omezení počtu sexuálních partnerů.

V rámci národního programu boje proti AIDS se uplatňuje řada aktivit, kdy jsou organizovány různé zdravotně výchovné akce, vydávány publikace, vedeny poradny pro prevenci HIV / AIDS a také bezplatné telefonní linky pomoci AIDS. Dále jsou organizovány tzv. peer programy (využívají působení vyškolených vrstevníků) a terénní sociální práce (streetwork). Další programy jsou zaměřeny na prevenci narkomanie, jejichž náplní jsou i programy na výměnu jehel a stříkaček u nitrožilních uživatelů drog.

Provádí se vyšetřování všech dárců krevních derivátů, orgánů, tkání a spermatu za cílem vyloučení HIV pozitivní osoby z dárcovství. Povinné je vyšetření u těhotných žen. S vlastním souhlasem se vyšetřují prostitující se osoby a příslušníci dalších skupin s rizikovým chováním a také osoby na vlastní žádost. Veškerá vyšetření se však provádí tak, aby se informace o případné pozitivě osob nerozšířily do jejich okolí. [7]

1.7.1 Obecný pohled na prevenci

HIV infekce je nákaza přenosná jen určitými prokázanými způsoby, kterými jsou pohlavní styk, krev, z infikované matky na plod nebo na novorozence během porodu či při kojení. Jedná se tedy o onemocnění, jehož šíření bychom byli schopni sami zastavit. Tahle myšlenka je však v dnešní době pouhou teorií, neboť se dotýká lidského chování, především chování sexuálního a jen malé procento osob dokáže žít tak, aby jeho chování bylo ve vztahu k HIV infekci zodpovědné. Zodpovědným chováním ze stránky sexuálního přenosu, který je nejčastější cestou přenosu HIV, platí hlavní zásada a to používání prezervativu, který je doposud jedinou účinnou vakcínou proti AIDS. Prezervativ je nutné používat při styku análním, který je vzhledem k četným mikroporaněním slizniční bariéry stykem vysoce rizikovým pro přenos HIV. Při anální metodě styku je třeba použít vysoce elastický prezervativ, který je odolnější vůči mechanickému poškození. Tyto prezervativy bývají s označením „ strong “ či „ dure. “ Avšak i vaginální styk, felace (dráždění penisu ústy) a vzájemná masturbace, vyžaduje použití prezervativu. V současné době existují i ženské prezervativy (Femidom), které se zavádějí do pochvy a lze je využít i k análnímu styku.

S pohlavním stykem jsou úzce spjaty také tzv. lubrikanty, látky, které zvyšují kluzkost prezervativu. Lubrikanty vyrobeny na hydrofobním (tukovém) základu by se neměly používat, neboť zvyšují riziko mechanického poškození prezervativu při pohlavním styku a dochází k rozšíření mikrootvoru v prezervativu. Je tedy nutné při výběru lubrikantu volit takové, které jsou vyrobeny na základě hydrofilním (připravené např. z methylcelulosity).

K dalšímu preventivnímu opatření bezesporu patří vyšetření na přítomnost protilátek proti HIV. Toto opatření je dobré využít především u nových párů, které již dříve pohlavně žili s jinými partnery. Oba by si tedy měli nechat provést testy a to dvakrát, v odstupu tří měsíců a po tu dobu používat při styku prezervativ. Jsou-li poté výsledky všech testů negativní, je možné provozovat nechráněný pohlavní styk, avšak za podmínek absolutní partnerské věrnosti. Používání prezervativu je nutné i v případech, že jsou oba partneři HIV pozitivní, neboť každá reinfekce vede k akceleraci infekce a ke zhoršení stádia onemocnění.

Zamilovanost je z hlediska HIV infekce nebezpečným faktorem, protože snižuje vůli k dodržování ochranných opatření a dochází velice často k nechráněnému pohlavnímu styku, který může být zdrojem nákazy virem HIV.

Rizikovým faktorem vzhledem k HIV infekci je i toxikománie, drogová závislost. V tomto případě je rizikem intravenózní (nitrožilní) aplikace drogy. Je nutné při jakékoliv aplikaci dbát na to, aby dotyčný uživatel měl vždy jehlu, stříkačku a roztok drogy pouze pro sebe. Existují případy uživatelů, kteří se nakazili virem HIV i přesto, že měli sterilní pomůcky, ale použili společný roztok drogy, ve kterém se nacházelo nepatrné množství krve od předchozího infikovaného uživatele. Základem prevence v oblasti toxikománie je nejlépe drogy neužívat vůbec a jsou-li užívány, minimalizovat rizika s tím spojená. Podporovat zdravé chování uživatelů, životní styl a prostředí. Pro injekční uživatele drog jsou realizovány principy výměny použitých jehel a stříkaček za sterilní. Tyto služby jsou mimo jiné také v náplni práce K - center v České republice.

Pokud jde o těhotenství, považuje se HIV infekce za kontraindikaci těhotenství, neboť asi v jedné třetině dochází k infekci plodu a navíc po porodu se často zhoršuje klinický stav infikované rodičky. Platí také, že infikovaný člověk se nikdy nesmí stát dárce krve, spermatu, mléka nebo orgánů. Důležitým faktorem při snížení šíření HIV infekce je výchova všech občanů a to již od školního věku. Tato výchova je zaměřená na etické a morální aspekty problému, zvládnutí zásad safer sexu (bezpečnějšího sexu) a také na protidrogovou prevenci, neboť problematika drog se v dnešní době dotýká již dětí školního věku.

K problematice prevence HIV je spjata i otázka cestování a to zejména do rozvojových zemí, kde mnohdy není zajištěno používání sterilních pomůcek a kontrola krevních derivátů před podáním nemocnému. [4, 15]

Pozor bychom si také měli dát při návštěvě tetovacích či piercingových salónů, aplikaci akupunkturních jehel, manikúře či návštěvě podobných salónů. Měli bychom si ověřit, zda v těchto zařízeních používají sterilní pomůcky a pokud tomu tak není, jít tam, kde tato opatření dodržují. [19]

1.7.2 Zásady prevence profesionálního přenosu HIV

Ve zdravotnickém zařízení je styk s biologickým materiálem každodenní náplní práce zdravotníka. Hlavní zásadou, které se musí řídit zdravotnický personál je považovat každý biologický materiál a každého pacienta za potenciálně infekčního virem HIV. K takovému přístupu je však nutné ve zdravotnickém zařízení vytvořit vhodné podmínky a to zejména dostatek materiálu na jedno použití.

Ke krvavému poranění dochází nejčastěji při aplikaci injekce a následného vracení krytky na použitou jehlu. Proto je nutné krypt jehly odhodit ještě před aplikací a v žádném případě ji nevracet na použitou jehlu a použitou jehlu ihned po aplikaci odložit do speciální nádoby, jejíž stěnou jehla nemůže proniknout a tím případně poranit jinou osobu. Výhodným systémem pro odběr krve je systém „vacutainer“, při jehož používání zdravotník nepřijde do styku s krví nemocného. Při aplikaci a jakémkoliv styku s biologickým materiálem je také nutné používat ochranné rukavice. Endoskopická vyšetření představují vysoké riziko potřísnění jakoukoliv tělesnou tekutinou, zejména bronchoalveolární laváže, gastrofibroskopie, kolonoskopie, ale také např. odsávání z tracheální kanyly. Personál měl být vybaven brýlemi a obličejovou rouškou, používat materiál na jedno použití a každý endoskop po vyšetření uložit do 0,5 – 1,0 % roztoku glutaraldehydu na dobu 30 – 60 minut. Další riziko představují chirurgické obory, jako traumatologie (ostré úlomky kostí), stomatologie a cévní chirurgie (metoda opichování cévy po izolaci prstem). Veškerý materiál a nástroje se nesmí podávat naslepo (zejména ne již použité nástroje), jehly by se měly navlékat instrumentálně a je vhodné použití dvojitých rukavic.

Z uvedených skutečností je tedy zřejmé, že HIV pro zdravotnický personál představuje minimální riziko a to v případě, kdy všichni zdravotníci budou dodržovat zásady hygienických pravidel a dbát určité pozornosti u všech pacientů a při práci s jakýmkoliv biologickým odpadem. [10, 15]

1.7.2.1 Co dělat v případě poranění infikovanou jehlou

Virus HIV je mimo lidské tělo velmi citlivý a to především na běžné desinfekční přípravky, kterými jsou např. chloramin, peroxid vodíku, persteril a další. Tyto přípravky virus HIV dokážou zničit během několika minut. S virem HIV je spjata i jeho citlivost na teplo a sucho, což znamená, že sterilizace a pasterizace jej dokážou také zničit. I případné ohřátí tekutiny, ve které je přítomen HIV virus na 60 °C, po dobu 30 minut, stačí k jeho likvidaci. [16]

Při poranění jehlou od HIV pozitivního pacienta, je třeba ránu nechat krváčet, poté ji vymýt proudem vody a roztokem chloraminu nebo 50% či 70% roztokem ethylalkoholu. Do čtyř hodin od poranění by mělo dojít k nitrožilnímu podání anzidothymidinu (AZT, Retrovir), po jehož aplikaci je zabráněno inkorporace genetické informace do genomu buněk hostitelského organismu. AZT se déle podává šest týdnů v celkové dávce 1000 – 1200 mg / den po osmi hodinách per os. Ve všech zdravotnických zařízeních by měla být pohotovostní zásoba AZT. Dále by se každému zdravotníkovi při poranění infikovanou jehlou, měl intramuskulárně aplikovat i specifický imunoglobulin anti – VHB (např. HEPAGA), neboť většina HIV pozitivních pacientů navíc trpí i virovou hepatitidou B. Poraněnému zdravotníkovi je třeba do tří dnů odebrat krev na test HIV a poté test provést ještě v tříměsíčních intervalech, po dobu jednoho roku. Poraněný zdravotník by měl zachovat klid a nepropadnout panice pokud k úrazu dojde a myslet na to, že při dodržování výše zmíněných pravidel je riziko infekce velmi nízké (pouze 0, 3 %). [15]

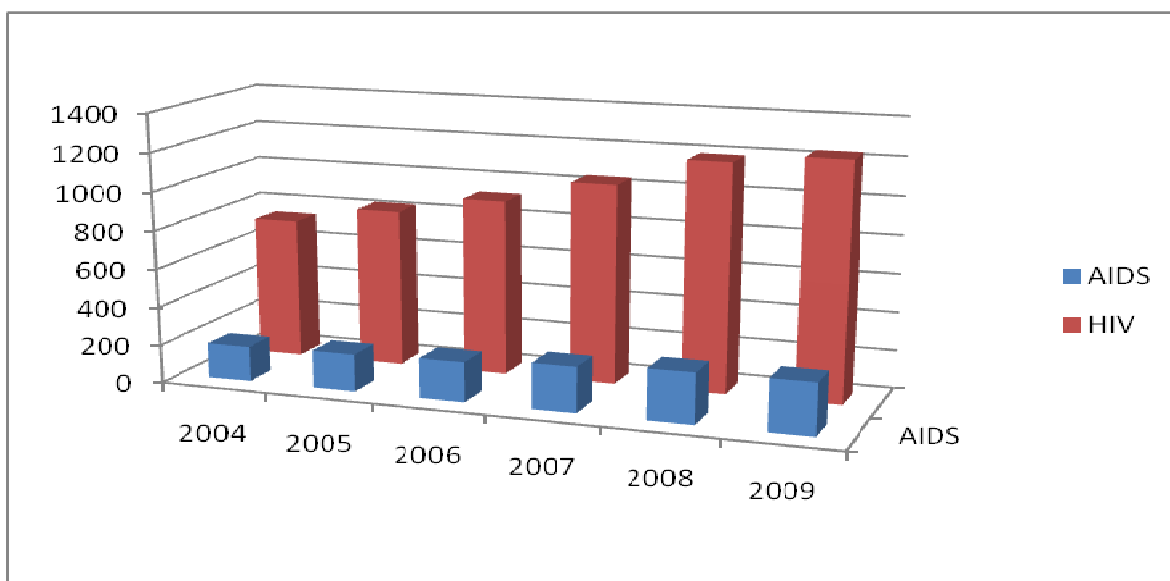
1.7.3 Statistické údaje HIV v ČR

Počty nových HIV pozitivních případů v ČR přibývají. Dle zdrojů ČSAP (Česká společnost AIDS pomoc) a SZÚ (Státní zdravotní ústav) bylo v březnu letošního roku (2009) v ČR nahlášeno 15 nově diagnostikovaných HIV pozitivních a od počátku roku bylo zjištěno již 47 nových HIV pozitivních případů. Celkový počet HIV pozitivních dosáhl v ČR absolutního počtu 1236 osob (viz tabulka č. 1). [19]

Tabulka č. 1 *Počet HIV pozitivních v ČR z celkového počtu obyvatel (10, 47 mil.)
k datu 31. 3. 2009*

KRAJ	POČET HIV POZITIVNÍCH
PRAHA	591
STŘEDOČESKÝ	119
JIHOMORAVSKÝ	101
MORAVSKOSLEZSKÝ	75
ÚSTECKÝ	67
KARLOVARSKÝ	57
PLZEŇSKÝ	42
OLOMOUCKÝ	39
JIHOČESKÝ	35
LIBERECKÝ	33
ZLÍNSKÝ	26
KRÁLOVÉHRADECKÝ	23
VYSOČINA	14
PERDUBICKÝ	14
CELKEM	1236

Graf č. 1 Vývoj HIV infekce a AIDS v ČR (vzhledem k celkovému počtu

Obyvatel - 10, 47 mil .)

1.8 Rizikové skupiny ve vztahu k HIV infekci

Rizikové skupiny ve vztahu k HIV infekci lze rozdělit z několika hledisek:

- Skupiny ve vyšším riziku infekce, do nichž patří především gay komunita, osoby poskytující sexuální služby za úplatu, uživatelé drog, pacienti s pohlavně přenosnými chorobami, osoby ve výkonu vazby a ve výkonu trestu odnětí svobody.
- Skupiny rizikové z hlediska sociokulturních charakteristik, což jsou bezdomovci, migranti přicházející ze zemí s vysokým výskytem HIV / AIDS a romské komunity.
- Osoby v rizikových situacích, kterými jsou např. osoby cestující do oblastí s vysokým výskytem HIV infekce (oblasti Afriky).
- Osoby s institucí výchovných a vzdělávacích (školy).
- Osoby ve vyšším riziku z profesionálních nebo zdravotních důvodů, mezi které nepochybně patří zdravotníci, dále pracovníci tetovacích salonů a příjemci trans-fúzních přípravků. [2]

1.9 Problematika drogové závislosti ve vztahu k HIV infekci

Problematika drog a drogových závislostí není u nás novinkou. Počátky výroby nelegálních drog a jejich následné zneužívání spadají již do sedmdesátých let. V té době se objevila jako první významnější vlna abúzu (opakované užívání psychotropních látek) Fenmetrazinu (sympatomimetické stimulancium CNS) a poté výroba methamfetaminu (pervitin), či braunu (dicodid). Naše společnost si v té době nechtěla problém drogové závislosti připouštět a obdobná nevšímavost panovala i v západní Evropě. Poté ale přišel zlomový okamžik, kdy se objevila infekce HIV klinické projevy AIDS a toxikomanická populace se stala nejrizikovější skupinou, co se týče přenosu HIV infekce. Tato zjištění vedla v mnoha státech ke změně původního přístupu k drogové problematice, veřejnost se začala postupně seznamovat s realitou a postoj společnosti vůči toxikomanické subkultuře se stal smířlivějším.

Drogovou závislost (toxikománii, závislost na omamných látkách) lze definovat jako psychický, v některých případech i fyzický stav, který je charakterizovaný změnami chování a reakcemi, při nichž má dotyčný nutkání drogu opakovaně užívat pro její psychické účinky a také proto, aby zabránil vzniku nepříjemných stavů způsobených nepřítomností drogy v organismu.

Drogová závislost je velkým globálním problémem a představuje vysoké riziko ve vztahu společnost a HIV. Oblast nelegálních drog je široká a jednotlivé drogy se liší nejen svým účinkem a stupně závislosti, ale i způsobem aplikace. Riziko ve vztahu k HIV připadá nitrožilní aplikaci drogy. Nitrožilní aplikace je nejčastější volbou pro užití drogy, neboť dochází k okamžitému a razantnímu nástupu účinku a žádanému efektu a ten je to, co se od drogy očekává. Nitrožilní aplikace by sama o sobě nebyla tak riziková, kdyby při ní uživatel dodržoval určité zásady a tím si chránil své zdraví ve vztahu k HIV. V průběhu rozvoje drogové závislosti dochází k postupnému chátrání organismu a s tím související i zanedbávání hygienických návyků. Uživatelé často k aplikaci využívají nesterilní a někdy i doslova „ špinavé “ jehly a stříkačky. K ředění roztoku drogy mnohdy používají jakoukoliv vodu, dokonce i vodu z nádržky na WC či z kaluže na ulici. Místa vpichů nedezinfikují a aplikaci drogy provádí i přes oděv. Velice rizikovým mezi toxikomany je tzv. sharing, vzájemné půjčování použitých stříkaček a jehel, které je běžným zvykem mezi toxikomany. V tomto případě neexistuje jednodušší a rychlejší způsob přenosu infekce, tedy i HIV.

Kromě hrozby přímého přenosu HIV u nitrožilních toxikomanů hrozí u této populace i riziko promiskuitního stylu života, který je častým doprovodným jevem tzv. pouliční toxikomanie. Závislost na drogách nemůžeme vyloučit ani ve svém okolí, neboť nikdo svou závislost nemá napsanou na čele a na první pohled tedy mnohdy nepoznáme, že se jedná o drogově závislého. V dnešní době je důležité dát si pozor i při volbě partnera, zajímat se o jeho minulost a ujistit se, že drogy nebere a nikdy nebral.

Nejefektivnější a nejméně nákladnou metodou pro snížení riziko nákazy HIV / AIDS uvnitř toxikomanické populace, je tzv. terciální prevence. Jedná se o soubor aktivit týkajících se lidí, kteří drogy berou a nehledě na to, zda jsou či nejsou na nich závislí. Život uživatelů drog je často stereotypní a to platí i ve způsobu aplikace drogy, tedy nejčastěji v nitrožilní a s tím související další rizika nedodržování sterility při aplikaci. Dalším problémem je i peněžní cena drogy, ta je většinou velmi vysoká a při shánění prostředků na další dávku se uživatelé mnohdy dopouští trestné činnosti, zejména krádeží a dále také prostitucí. V přístupech terciální prevence je nutné počítat s tím, že velká část uživatelů je se svým životním stylem spokojená, neuvažuje o jeho změně a drogy považují za důležitou součást svého života. Nelze tedy čekat pochopení ze strany ohrožené populace, ale je třeba prorazit bariéru aktivní činností a aktivitami cílenými přímo na rizikovou populaci. Příkladem takového postupu je otevírání míst, poskytujících program výměny a distribuce sterilních jehel a stříkaček pro toxikomany. Cílem není zabránění nitrožilní aplikace u toxikomanů, ale zabránit u nich šíření HIV pozitivitu používáním sterilních pomůcek pro aplikaci drogy. Důležitý je i celkový přístup společnosti k drogové problematice a jedincům, kteří drogy berou. Tento přístup je stále odmítavý a drogově závislí jsou společností viděni jako kriminální živly.

Postiženým jedincům je třeba pomáhat a snažit se pochopit jejich situaci, neboť i oni se do drogové závislosti mohli dostat náhle a my nevíme, jaký důvod k tomuto kroku vedl. Pokud budou uživatelé drog vytlačováni na okraj společnosti, bude se jen zvyšovat kriminalita mezi nimi, ubývat prostředků komunikace a tedy i cest, jak zjistit aktuální situaci v dané oblasti. U problematiky drog je dostatečná informovanost o rozsahu problému životně důležitá a bez těchto vědomostí nelze pomoci a nelze situaci ani pozitivně ovlivnit. [16, 21]

1.10 Ošetrovatelská péče o HIV pozitivního

Komplexní péče osobám s HIV / AIDS je poskytována v AIDS centrech. V české republice vzniklo první AIDS centrum v roce 1986 ve Fakultní nemocnici v Praze na Bulovce. Další centra jsou umístěna v krajských městech při infekčních odděleních nebo klinikách. [6]

Pacienti s HIV pozitivitou bezesporu mají právo na poskytnutí stejně kvalitní péče, která je poskytována i HIV negativním pacientům. Pacientů s HIV pozitivitou bude stále přibývat, a to je třeba si uvědomit. Je mnoho lidí, kteří neprošli testy na HIV a také mnoho lidí, kteří se testovat nechali, avšak k rizikovému chování u nich došlo až po negativním testu. Mnoho záchyťů HIV positivity pochází i z nemocničního prostředí, kde byly testy provedeny v rámci předoperačního vyšetření se souhlasem pacienta. Pro každého zdravotníka je jistě nejtěžší první zkušenost s ošetrovatelskou péčí takto nemocného pacienta, která je provázena strachem ze strany zdravotníka s vědomím, že by se při ošetrování HIV pozitivního pacienta mohl nakazit. Tento strach umocňuje i vědomí, že na virus HIV neexistuje dosud lék, který by ho dokázal zničit. Je docela reálné, že mnoho zdravotníků již někdy pečovalo o HIV pozitivního pacienta, jen o tom nevěděli. Budou-li zdravotníci dodržovat při ošetrování všech nemocných zásady hygienického a protiepidemiologického režimu, pak není důvod obávat se nákazy virem HIV. [1]

1.10.1 Zásady ošetrovatelské péče

Při ošetrování HIV infikované osoby jsou zásady práce stejné jako při ošetrování všech osob, tedy důsledné dodržování pravidel bezpečnosti práce. Při běžném kontaktu, jehož příkladem může být fyzikální vyšetření, není nutno používat ochranné pomůcky. Avšak kontakt s pacientem HIV pozitivním a zároveň trpícím tuberkulózou vyžaduje nasazení ústní roušky. Zásady bezpečnosti práce při ošetrování HIV pozitivního pacienta je tedy nutné přizpůsobit zdravotnímu stavu nemocného a stádiu probíhajícího onemocnění.

Odběr biologického materiálu včetně krve se provádí zásadně v gumových rukavicích, v roušce se štítem k ochraně očí a event. v zástěře. Nádoby k přepravě biologického materiálu do laboratoří by měly být s označením rizikového materiálu. Při invazivních výkonech se doporučuje použití dvojích rukavic a pomůcek na jedno použití. Pomůcky, které jsou určeny pro pacienta, např. teploměr, mísa, močová láhev a pomůcky k osobní hygieně jako kartáček na zuby, holicí strojek apod., se individualizují.

Návštěvy HIV pozitivních pacientů při hospitalizaci ve zdravotnických zařízeních jsou po celý den, pokud to zdravotní stav pacienta dovoluje. [12, 17]

1.11 Etické a psychosociální aspekty u HIV pozitivních jedinců

U většiny HIV pozitivních lze v anamnéze sledovat promiskuitní chování (hetero-, homo-, nebo bisexuální), nebo intravenózní aplikaci drogy. Samotné onemocnění HIV je chorobou s mnoha psychosociálními dopady. Každé stádium choroby je charakteristické určitými pocity nemocného, které se odrážejí na jeho psychice.

I u osob, majících pouze podezření nákazy virem HIV, se objevují stavy úzkosti, spojené s nočními chmurami a nespavostí a stejně tak i u osob čekajících na výsledek testu.

Člověk se smrtelnou chorobou prochází obdobím odmítání pravdy a osamocení, hněvu, smlouvání, deprese a přijetí vlastní choroby a smíření se s ní. Tyto pocity jsou společné všem pacientům trpících smrtelnou chorobou, avšak v případě HIV se prohlubují ještě o pocity viny, výčitek a seberozptylování. V prvních stádiích jsou někteří nemocní rizikem pro okolí, protože právě oni popírají všechna rizika, pokračují ve stejném způsobu života, odmítají informovat své partnery, nevyhledávají lékařskou pomoc a často dokonce tuto chorobu úmyslně šíří. Ke stádiu smíření dochází jen u těch nemocných, kteří dokázali fakt vlastní HIV pozitivitu přijmout a mnozí z nich věří a doufají až do konce, že nemoc přemohou a přežijí, jiní umírají v beznaději.

Všechna období průběhu choroby provází strach. Strach z možného nakažení svých blízkých (sexuálních partnerů nebo nenarozených dětí), ze závislosti, ze ztráty zaměstnání, ze slabosti a snížené schopnosti postarat se o sebe, z progresu neurologických poruch a následné demence, z nádorových onemocnění a především z toho, že budou umírat opuštěni a v samotě. Strach se stupňuje i díky věku, neboť většina nemocných jsou mladí lidé, kteří dosud nikdy neuvažovali o své smrtelnosti.

Tato choroba představuje velikou zátěž pro rodinu nemocného. První reakcí rodiny na HIV pozitivitu jejich člena bývá šok, který následně přechází do apatie a beznaděje. V tomto okamžiku se mnohdy odhalí netušená drogová závislost jejich blízkého a skrývaná sexuální orientace. Rodina, podobně jako nemocný, prochází obdobnými stavy úzkosti a strachem, že nezvládnou o nemocného pečovat. Rodina musí také čelit skryté nebo jasné stigmatizaci i spolu s ponižováním a to ze stran, odkud by to nečekali. Často se právě příbuzní a přátelé

k takové rodině obracejí zády. Dochází pak tedy k redukci okruhu blízkých, útěku do izolace, sebeobviňování za způsob života postiženého člena rodiny, pocitu hanby a sebelitování apod. Existují však i případy rodin, které své vlastní HIV pozitivní děti či dospělé zavrhly, přestaly s nimi komunikovat, odmítly je finančně podporovat a dokonce nepřijaly ani jejich popel po kremaci.

UNAIDS (Joint United Nations programme on HIV / AIDS) , světový program OSN pro HIV / AIDS, vydává mnoho publikací, které se věnují diskriminaci, stigmatizaci, odmítání a zneuznání HIV pozitivních. UNAIDS zkoumá i studie z různých zemí (např. Indie, Uganda) a zajímá se o formy diskriminace na úrovních rodin i širších komunit, chování zaměstnavatelů k HIV pozitivním, porušování lidských práv a mnoho dalších aspektů. V dnešní pokročilé době se přístup k lidem trpícím touto chorobou poněkud mění k lepšímu (např. v USA a Evropě), ale je nutné na tuto skutečnost upozorňovat a myslet i na to, že všichni lidé si zaslouží rovnocenný respekt k důstojnosti člověka, bez ohledu na jejich situaci nebo zdravotní stav. Je třeba si uvědomit, že začít musíme především sami u sebe. [5]

1.11.1 Péče o umírající v rozvinutém stádiu AIDS

Je mnoho lidí na celém světě, u kterých propukne onemocnění AIDS a umírají sami a bez podpory příbuzných. Snahou všech by mělo být podpořit tyto trpící, léčit je a pomáhat jim v oblasti citové i spirituální. Existují pečovatelské domy, v nichž je trpícím HIV pozitivním pomáháno. Nejzářivějšími z nich jsou domy Matky Terezy z Kalkaty, nositelky Nobelovy ceny míru a ve středu New Yorku se nachází jeden z nich, nazván Dar lásky (Gift of Love). V těchto domech se nemocní často setkávají se vztahem pravé lásky, kterou dřív nenašli a konečně zjišťují, že je má někdo rád pro to, jací doopravdy jsou a jelikož tento vztah cítí, učí se mnohdy poprvé také milovat. Všem zúčastněným dělá velkou radost pomáhat lidem, aby přestali sami sebe nenávidět, rozpoznali skryté pocity viny a zbavili se nedůvěry a odporu k okolnímu světu. Úspěchem této „ léčby “ je i pomoc nemocným ve smíření se s jejich rodinami.

Měli bychom tedy uvítat i rozvoj hospicového hnutí v ČR a tím našim nemocným s AIDS pomáhat. Toto hnutí je třeba podpořit a mělo by se s ním počítat i v rozpočtech plánů boje proti HIV / AIDS. [5]

II. PRAKTICKÁ ČÁST

2 METODOLOGIE PRŮZKUMU

2.1 Cíle a hypotézy

Cíl č. 1: Posoudit, zda respondenti mají dostatek informací o přenosu HIV

H1: Většina klientů K center – drogově závislých zná cesty přenosu infekce virem HIV

Cíl č. 2: Zjistit, zda respondenti používají prostředky, kterými se lze chránit před virem HIV

H2: Více než polovina klientů K center – drogově závislých používá prostředky, kterými se lze chránit před nákazou HIV

Cíl č. 3: Zjistit, do jaké míry si klienti K center – drogově závislí uvědomují nutnost prevence HIV

H3: Většina klientů K center – drogově závislých se nechala testovat na průkaz viru HIV

Cíl č. 4: Zjistit, jakou metodu respondenti upřednostňují při aplikaci drog

H4: Většina klientů K center – drogově závislých upřednostňuje injekční aplikaci drog

2.1.1 Interpretace dat pro jednotlivé cíle

- Interpretace dat pro Cíl č. 1

Cílem bylo posoudit, zda respondenti mají dostatek informací o přenosu HIV

Prvního cíle se týkají v dotazníku položky – 15, 16

- Interpretace dat pro Cíl č. 2

Cílem bylo zjistit, zda respondenti používají prostředky, kterými se lze chránit před nákazou HIV

Druhého cíle se týkají v dotazníku položky – 12, 13, 14

- Interpretace dat pro Cíl č. 3

Cílem bylo zjistit, do jaké míry si klienti K center – drogově závislí uvědomují nutnost prevence HIV

Třetího cíle se týkají v dotazníku položky – 5, 7, 8, 9, 25

- Interpretace dat pro Cíl č. 4

Cílem bylo zjistit, jakou metodu respondenti upřednostňují při aplikaci drog

Čtvrtého cíle se týkají v dotazníku položky – 18, 19

2.2 Charakteristika souboru respondentů

Průzkum byl prováděn v centrech pro drogově závislé pomocí dotazníkového šetření. Dotazník byl rozdán pracovníkům v Kontaktním centru Prostějov a Zlínském Onyx centru. Avšak vyplnění dotazníků s uživateli probíhalo následně v uvedených centrech bez mé přítomnosti. Výjimkou je Olomoucké Kontaktní centrum, kde možnost osobního kontaktu s klienty byla. Rozhodla jsem se tedy této možnosti využít a tím hlouběji poznat svět a problematiku drogově závislých a při této příležitosti se uživatelů dotazovat na problematiku HIV infekce, jejíž prevence byla hlavní náplní dotazníku.

Při dotazníkovém šetření jsem čekala i negativní reakce ze stran respondentů, a proto jsem byla nakonec mile překvapena kladnými projevy dotázaných a navíc zájmem komunikace se mnou. Během jednoho dne jsem přišla tedy do styku s dvaceti uživateli, kteří ochotně dotazník na téma vyplnili. Zaujalo je především téma HIV problematiky a tak i nejčastějšími otázkami, které mi respondenti pokládali, byly právě na téma HIV problematiky.

Návratnost dotazníků z jednotlivých center byla v zastoupení 23 (35, 94) z Prostějovského Kontaktního centra, 21 (32, 81 %) z Onyx centra Zlín a v Olomouckém Kontaktním centru jsem s respondenty vyplnila 20 dotazníků (31, 25 %).

Uvedené počty dotazníků jsou konečné, původní počet dotazníků tvořil 68, avšak kvůli neúplnému vyplnění byly 4 dotazníky vyřazeny.

2.3 Organizace šetření popis dotazníku

Pilotní studie byla provedena v měsíci lednu, kdy bylo studentům Fakulty humanitních studií rozdáno 15 dotazníků a následně v dotazníku upraveny formulace položek 15 a 18.

Vzhledem k cílové skupině respondentů byl počet rozdaných dotazníků pouze 90, výsledný počet vrácených dotazníků činil 68 (75, 6 % úspěšnost vrácení dotazníků), 4 dotazníky

byly vyřazeny pro chybějící vyplnění několika položek. Pro zpracování bylo použito celkem 64 dotazníků. Průzkum trval 2 měsíce (březen až květen 2009).

Pilotní studie byla provedena v měsíci lednu, kdy bylo studentům Fakulty humanitních studií rozdáno 15 dotazníků a následně v dotazníku upraveny formulace položek 15 a 18.

2.4 Zvolená metoda

K výzkumnému šetření byla použita metoda anonymního dotazníku o celkovém počtu 25 položek (příloha P I: Dotazník). Dotazník je velmi frekventovanou metodou výzkumu a je vhodnou pro výzkum, který je dobré provést okamžitě. Takovým výzkumem byl i výzkum můj, a proto jsem zvolila dotazník, jako hlavní metodu výzkumného šetření.

Jednotlivé položky v dotazníku sloužily k ověření stanovených hypotéz. Typy položek v dotazníku:

- úvodní, demografické položky: 1, 2
- uzavřené otázky dichotomické: 2, 8, 10, 11
- uzavřené položky trichotomické: 4, 5, 6, 13, 14, 16, 21, 25
- uzavřené položky polytomické s úplným výběrem: 2, 9, 20, 22, 23, 24
- polouzavřené položky polytomické s neúplným výběrem: 3, 15, 17, 18
- filtrační položky: 8, 10, 11
- otevřené položky: 7, 12, 19

2.5 Výsledky dotazníkového šetření

Zpracované výsledky šetření jsou uvedené v kapitole č. 3 – rozbor výsledků průzkumu, kde jsou jednotlivé položky dotazníku graficky znázorněny. Součástí grafických hodnot jsou tabulky s vyjádřením absolutních a relativních četností odpovědí.

3 ROZBOR A VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEHO GRAFICKÉ ZPRACOVÁNÍ

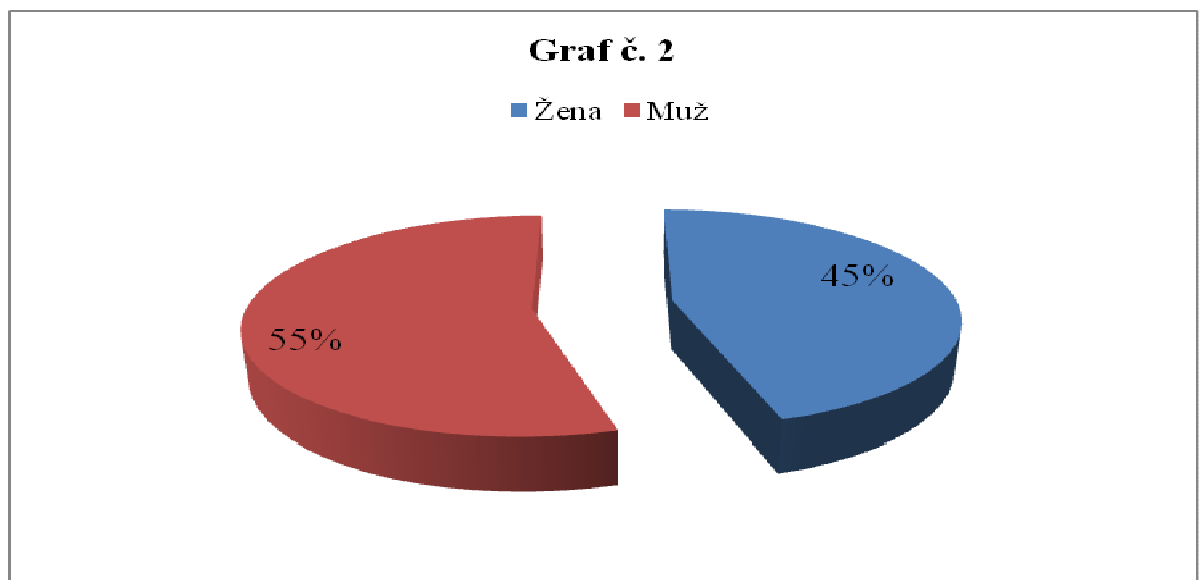
3.1 Grafické zpracování dotazníků

Otázka č.1 Pohlaví

Tabulka č. 2 Pohlaví respondentů

POHLAVÍ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Žena	29	45, 31 %
Muž	35	54, 69 %
CELKEM	64	100 %

Graf č. 2 Pohlaví respondentů



Komentář:

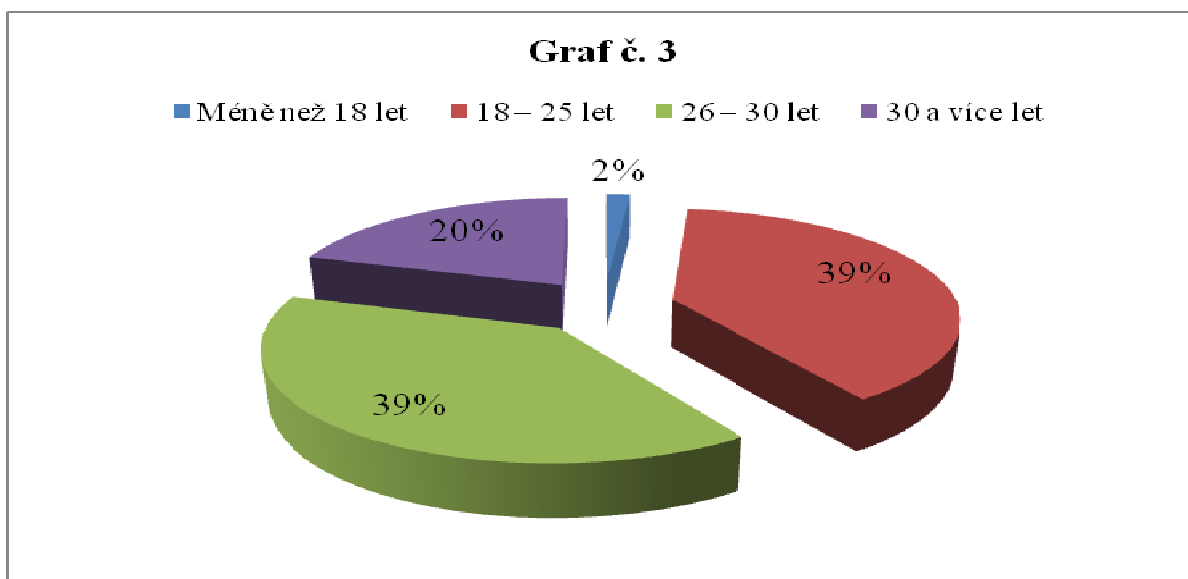
Z celkového počtu 64 respondentů tvoří 55 % muži a 45 % ženy.

Otázka č. 2 Jaký je Váš věk?

Tabulka č. 3 Věk respondentů

VĚK	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Méně než 18 let	1	1,56 %
18 – 25 let	25	39,1 %
26 – 30 let	25	39,1 %
30 a více let	13	20,31 %
CELKEM	64	100 %

Graf č. 3 Věk respondentů

**Komentář:**

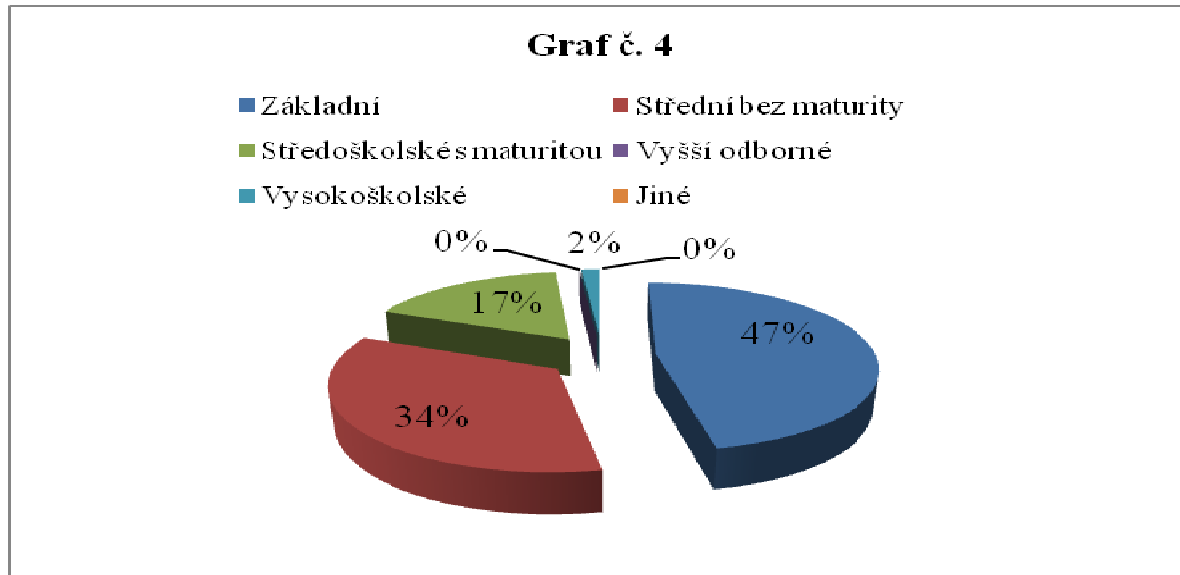
Průzkumem bylo zjištěno, že návštěvníci K – center jsou nejčastěji zastoupeni ve dvou věkových hranicích, 18 – 25 (39,1 %) a 26 – 30 let (39,1 %), další zastoupenou věkovou skupinu tvoří uživatelé ve věku 30 a více let (20,31 %). Skupina méně než 18 let je zastoupena v nejmenším procentuálním počtu, tím je 1,56 %.

Otázka č. 3 Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka č. 4 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

VZDĚLÁNÍ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Základní	30	46,88 %
Střední bez maturity	22	34,37 %
Středoškolské s maturitou	11	17,19 %
Vyšší odborné	0	0 %
Vysokoškolské	1	1,56 %
Jiné	0	0 %
CELKEM	64	100 %

Graf č. 4 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

**Komentář:**

Z celkového počtu 64 respondentů tvoří pouze 1,56 % dotazovaných s vysokoškolským vzděláním. Dále 17,19 % tvoří absolventi středních škol s maturitou a 34,37 % respondentů zaujímají skupinu se středním vzděláním bez maturitní zkoušky. Nejvyšší zastoupe-

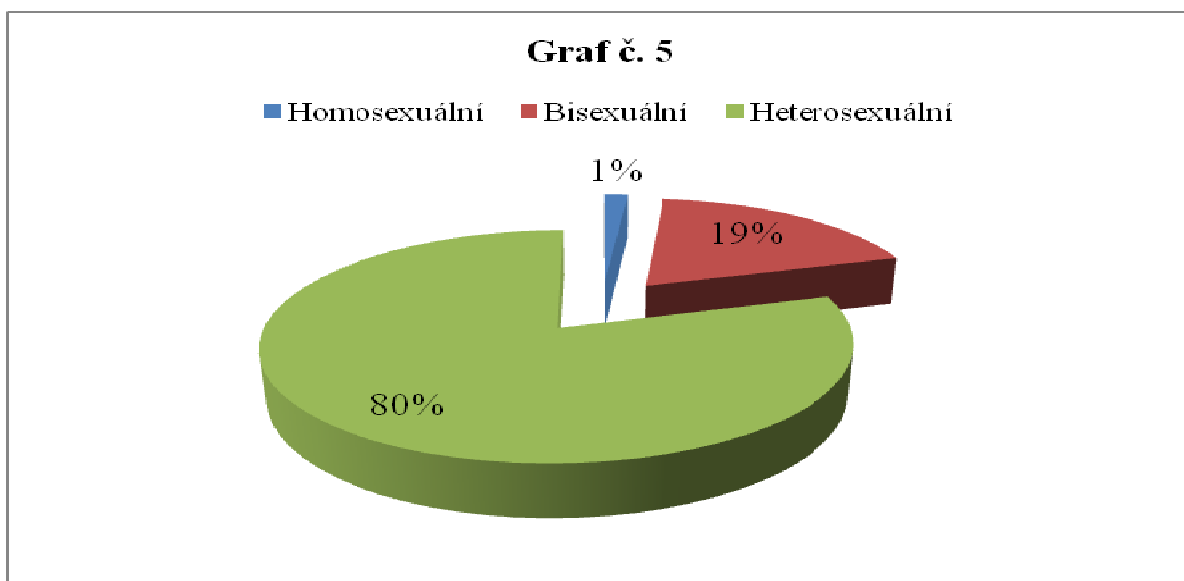
nou skupinu tvoří respondenti se základním vzděláním v počtu 46, 88 %. Vyšší odborné a jiné vzdělání u respondentů bylo zastoupeno v 0 %.

Otázka č. 4 Jaká je Vaše sexuální orientace?

Tabulka č. 5 Sexuální orientace respondentů

SEXUÁLNÍ ORIENTACE	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Homosexuální	1	1,56 %
Bisexuální	12	18,75 %
Heterosexuální	51	79,69 %
CELKEM	64	100 %

Graf č. 5 Sexuální orientace respondentů

**Komentář:**

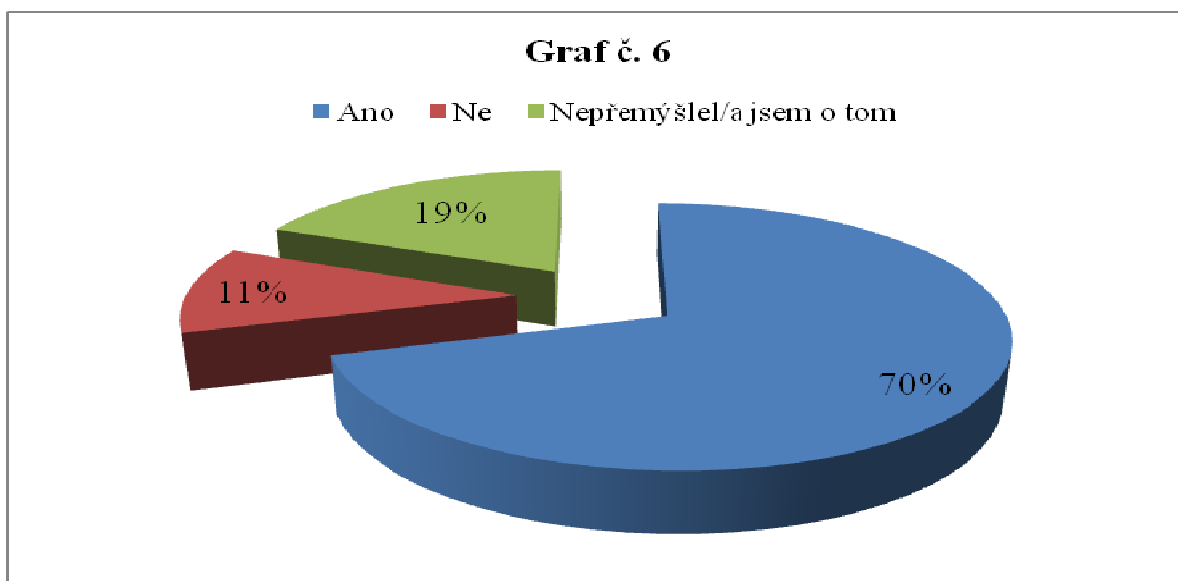
Uvedená otázka zjišťovala sexuální orientaci uživatelů K – center. Získané výsledky ukazují, že heterosexuální orientace je u respondentů zastoupana v 79,69 %. Bisexuální orientaci uvádí 18,75 % dotázaných a pouze 1,56 % respondentů uvedlo homosexuální orientaci.

Otázka č. 5 Přejete si vědět, zda jste HIV pozitivní?

Tabulka č. 6 Přání respondentů znát svůj výsledek testu na HIV

PŘÁNÍ ZNÁT SVŮJ VÝSLEDEK TESTU	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Ano	45	70,31 %
Ne	7	10,94 %
Nepřemýšlel/a jsem o tom	12	18,75 %
CELKEM	64	100 %

Graf č. 6 Přání respondentů znát svůj výsledek testu na HIV

**Komentář:**

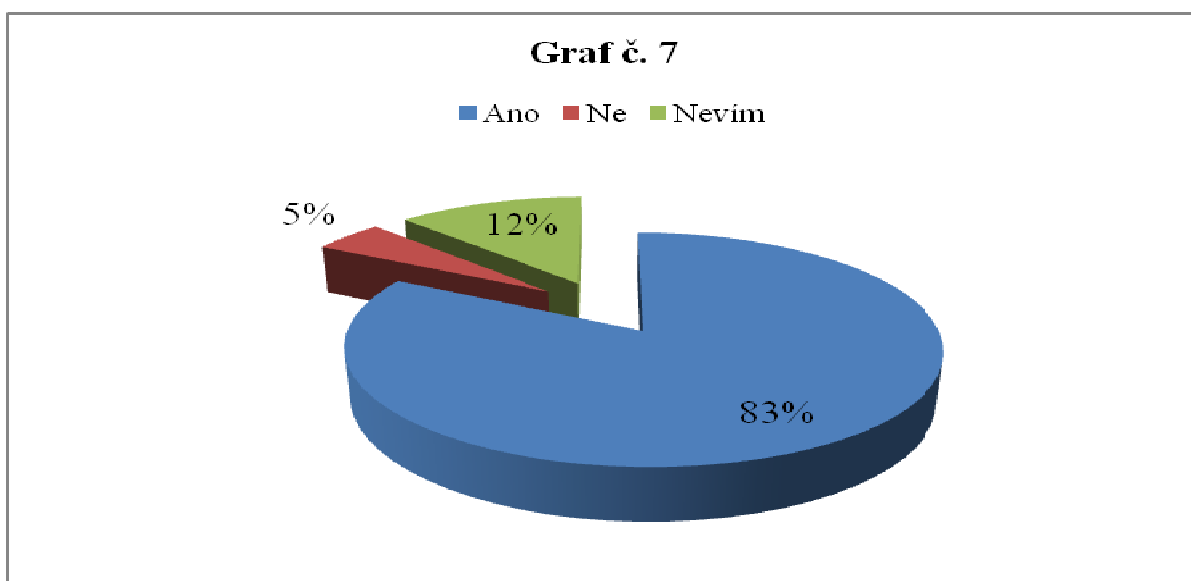
Touto otázkou jsem zjišťovala, zda by si respondenti přáli vědět, jestli jsou HIV pozitivní. Na tuto otázku odpovědělo kladně 70,31 % dotazovaných. Záporně odpovědělo 10,94 % dotazovaných a 18,75 % respondentů nepřemýšlelo o tom, zda by chtěli vědět o své HIV pozitivitě.

Otázka č. 6 Myslíte si, že včasná léčba HIV infekce může podstatně prodloužit život?

Tabulka č. 7 Postoj respondentů k léčbě HIV infekce

VČASNÁ LÉČBA MŮŽE PRODLOUŽIT ŽIVOT	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Ano	53	82, 81 %
Ne	3	4, 69 %
Nevím	8	12, 5 %
CELKEM	64	100 %

Graf č. 7 Postoj respondentů k léčbě HIV infekce



Komentář:

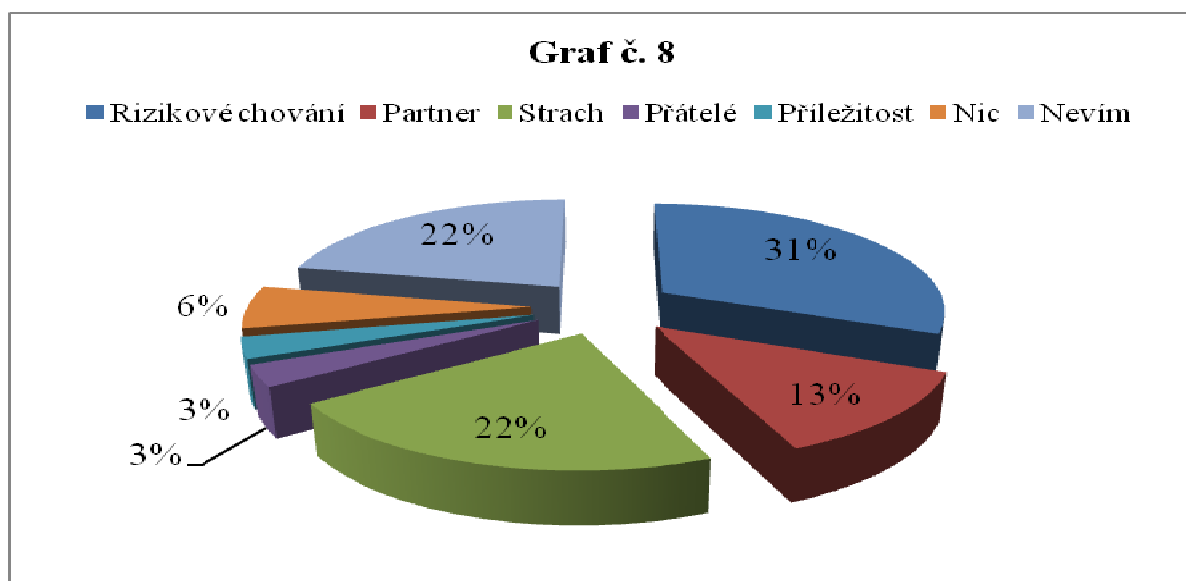
Cílem této otázky bylo zjistit, zda uživatelé K – center, drogově závislí, vědí o účinnosti včasné léčby HIV infekce. Z celkového počtu 64 respondentů si 82, 81 % myslí, že včasná léčba HIV infekce může podstatně prodloužit život a 4, 69 % dotazovaných tento fakt popírá. Skupinu, která neví o účinnosti včasné léčby HIV infekce tvoří 12, 5 %.

Otázka č. 7 Co by Vás donutilo nechat se vyšetřit na průkaz HIV positivity / negativity?

Tabulka č. 8 Motivace k provedení testu na HIV

MOTIVACE K PROVEDENÍ TESTU	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Rizikové chování	20	31,25 %
Partner	8	12,5 %
Strach	14	21,88 %
Přátelé	2	3,12 %
Příležitost	2	3,12 %
Nic	4	6,25 %
Nevím	14	21,88 %
CELKEM	64	100 %

Graf č. 8 Motivace k provedení testu na HIV



Komentář:

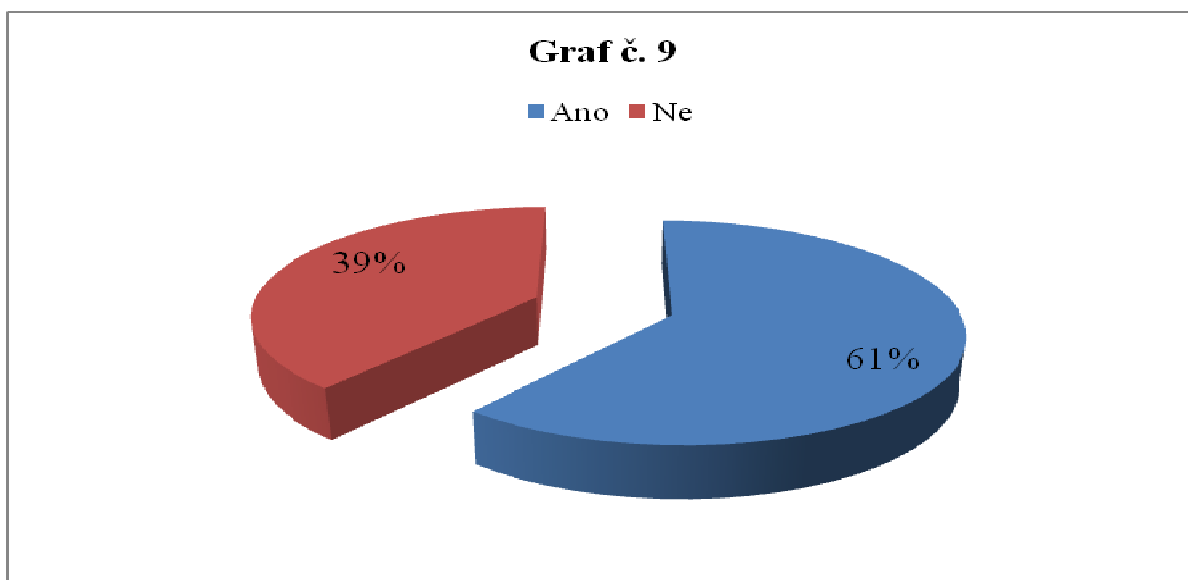
Na otázku, co by respondenty donutilo nechat si provést test na HIV, odpovědělo 64 respondentů. Nejčastějšími odpověďmi byla nevěra partnera, nechráněný pohlavní styk a použití nesterilních pomůcek k aplikaci drogy. Tyto odpovědi byly pro vyhodnocení shrnuty do celku rizikové chování a z celkového počtu respondentů takto odpovědělo 31, 25 %. 21, 88 % respondentů uvedlo jako důvod strach a stejný počet respondentů neví, jaký důvod by je donutil nechat si provést test na HIV. Dalších 12, 5 % respondentů uvedlo jako důvod partnera. Přátelé a příležitost byly u dotazovaných zastoupeny ve 3, 12 % a 6, 26 % dotazovaných by nedonutila žádná situace k provedení testu, tedy nic.

Otázka č. 8 Nechal / a jste se někdy testovat na HIV?

Tabulka č. 9 Testování na HIV

TEST NA HIV	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Ano	39	60,94 %
Ne	25	39,06 %
CELKEM	64	100 %

Graf č. 9 Testování na HIV

**Komentář:**

Vzhledem k rizikové skupině, kterou ve vztahu k HIV infekci tvoří drogově závislí, jsem se respondentů dotazovala, zda se někdy nechali testovat na průkaz viru HIV. K mému překvapení se nechalo testovat pouhých 60,94 % dotazovaných a 39,06 % uživatelů se nikdy testovat nenechalo. Odpovědi respondentů neočekávané, předpokládala jsem vyšší procento kladných odpovědí respondentů.

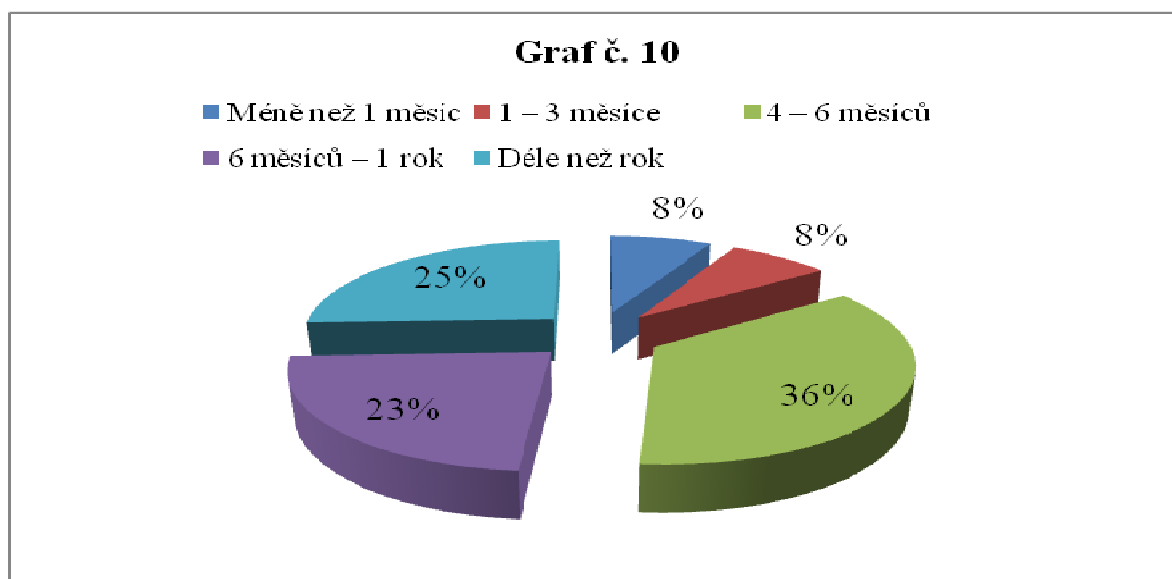
Otázka č. 9 Jak dlouhá doba uplynula od Vašeho posledního testu?

(Otázka určena pro respondenty, kteří se nechali testovat na HIV protilátky)

Tabulka č. 10 Uplynulá doba od posledního testu

POSLEDNÍ TESTOVÁNÍ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Méně než 1 měsíc	3	7,69 %
1 – 3 měsíce	3	7,69 %
4 – 6 měsíců	14	35,90 %
6 měsíců – 1 rok	9	23,07 %
Déle než rok	10	25,65 %
CELKEM	39	100 %

Graf č. 10 Uplynulá doba od posledního testu



Komentář:

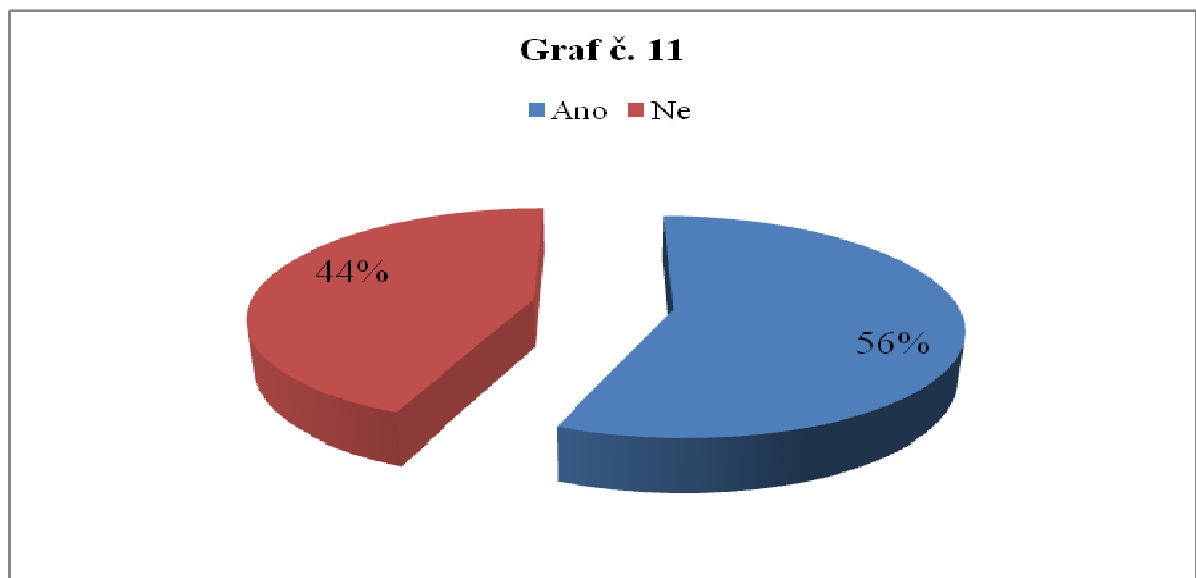
Tato otázka byla určena pouze respondentům, kteří kladně odpověděli v předchozí otázce, tedy těm, kteří se nechali testovat na průkaz HIV infekce. Celkový počet dotazovaných byl v tomto případě pouze 39.

Z celkového počtu dotazovaných uvedlo 7, 69 % dobu kratší než 1 měsíc a ve stejném zasoupení 7, 69 % zvolili respondenti uplynulou dobu 1 – 3 měsíců od posledního testování na HIV. Dále 35, 90 % uživatelů uvedlo časový interval 6 měsíců – 1 rok a u 25, 65 % uživatelů uplynul více než rok od jejich posledního testování na HIV.

Otázka č. 10 Máte stálého sexuálního partnera / rku?

Tabulka č. 11 *Stálý sexuální partner*

STÁLÝ SEXUÁLNÍ PARTNER	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Ano	36	56,25 %
Ne	28	43,75 %
CELKEM	64	100 %

Graf č. 11 *Stálý sexuální partner***Komentář:**

Z celkového počtu 64 respondentů má stálého partnera 56,25 %. Ostatní dotazovaní, tedy 43,75 % nemá stálého sexuálního partnera.

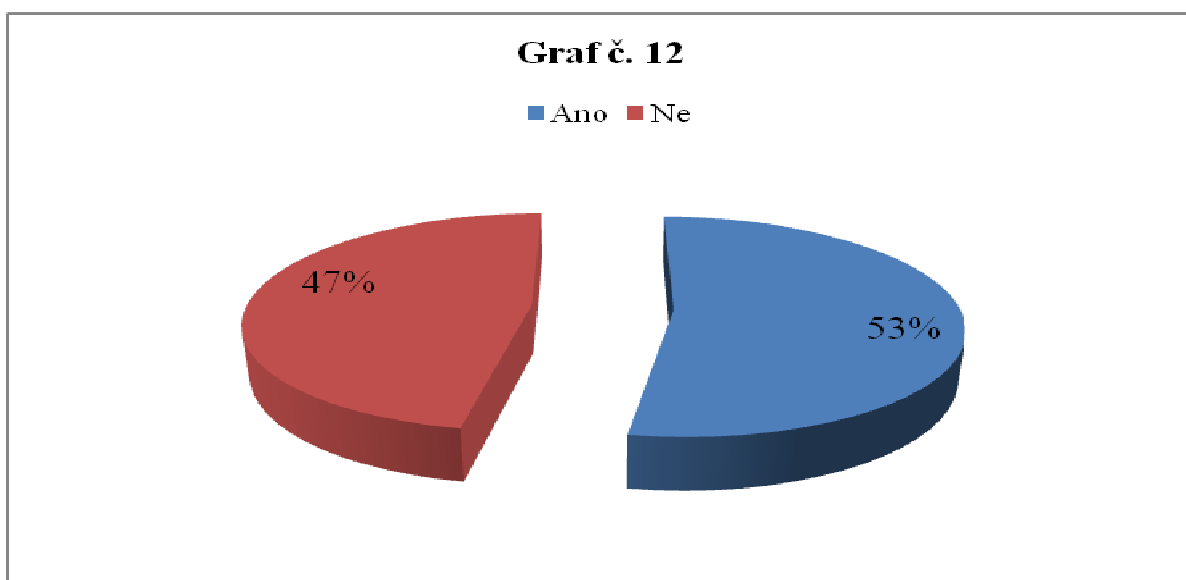
Otázka č. 11 Znáte výsledek HIV testu svého stálého sexuálního partnera ?

(Otázka určena pro respondenty, kteří mají stálého partnera)

Tabulka č. 12 Výsledek testu partnera

VÝSLEDEK PARTNEROVA TESTU	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Ano	19	52,78 %
Ne	17	47,22 %
CELKEM	36	100 %

Graf č. 12 Výsledek testu partnera

**Komentář:**

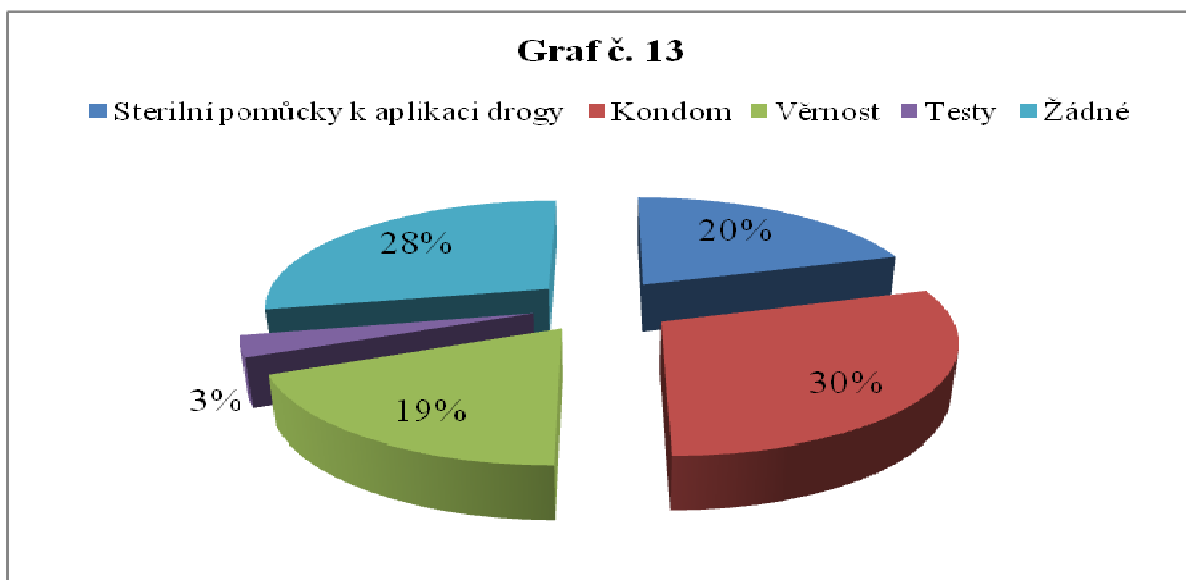
Tato otázka byla určena pouze ty dotazované, kteří mají stálého sexuálního partnera, tedy pro 36 respondentů z celkového počtu 64. Odpověďmi na to, zda dotazovaní znají výsledek testu na HIV svého partnera, jsem byla zaskočená. Znalost HIV pozitivivity či negativity svého partnera pokládám za samozřejmé a je to také jedna z hlavních zásad prevence před virem HIV. V této otázce odpovědělo kladně 52,78 % a dalších 47,22 % dotazovaných neví o HIV pozitivitě či negativitě svého partnera.

Otázka č. 12 Jaké, Vy osobně, používáte prostředky ke snížení rizika nákazy HIV infekce?

Tabulka č. 13 *Prostředky ke snížení rizika nákazy HIV*

POUŽÍVANÉ PROSTŘEDKY	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Sterilní pomůcky k aplikaci drogy	13	20, 31 %
Kondom	19	29, 69 %
Věrnost	12	18, 75 %
Testy	2	3, 12 %
Žádné	18	28, 13 %
CELKEM	64	100 %

Graf č. 13 *Prostředky ke snížení rizika nákazy HIV*



Komentář:

Uvedená otázka byla otevřená a dotazovaní měli tedy možnost na ni odpovědět libovolně. Zajímalo mě, jak se dotazovaní chrání před nákazou virem HIV. Odpovědi respondentů byly různé, ale pro vyhodnocení jsem je rozdělila do několika skupin. Nejčastěji

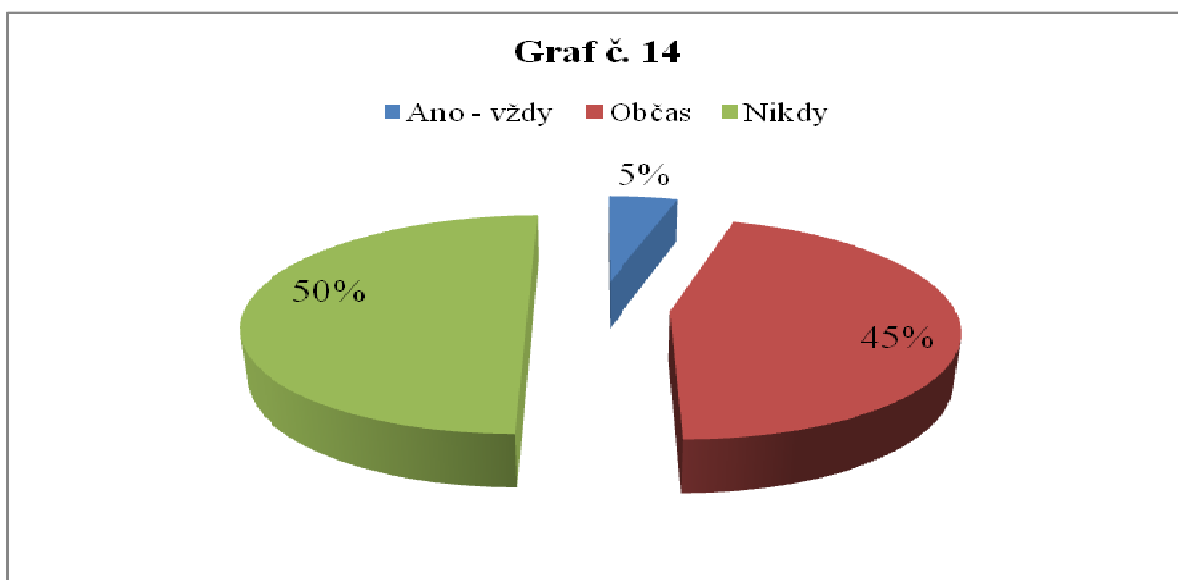
zastoupenou odpovědí byl kondom, tedy ve 29,69 %. Dalšími používanými prostředky ve snaze snížení rizika nákazy virem HIV jsou sterilní pomůcky k aplikaci drogy (20,31 %), věrnost (18,75 %) a testování na průkaz HIV (3,12 %). Buhužel se mezi dotazovanými našli i tací, kteří k prevenci nákazy virem HIV nevyužívají žádné prostředky (28,13 %).

Otázka č. 13 Chráníte se při sexuálním styku kondomem?

Tabulka č. 14 Použití kondomu při sexuálním styku

POUŽITÍ KONDOMU	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Ano - vždy	3	4,69 %
Občas	29	45,31 %
Nikdy	32	50 %
CELKEM	64	100 %

Graf č. 14 Použití kondomu při sexuálním styku

**Komentář:**

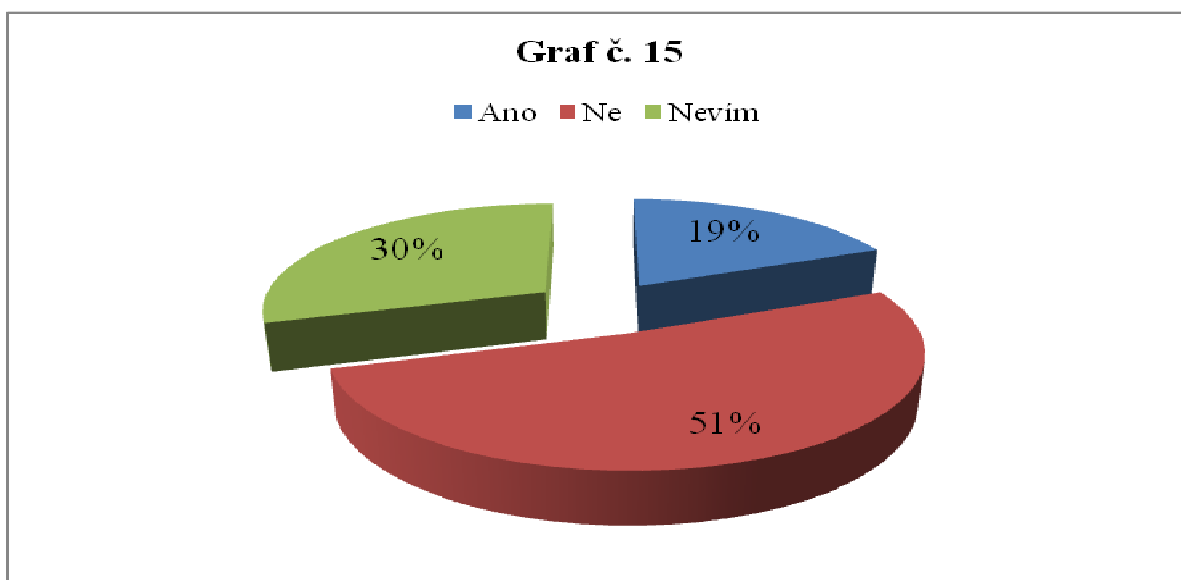
Použití kondomu při sexuálním styku je dosud jedinou bezpečnou ochranou před nákazou virem HIV a chtěla jsem tedy zjistit, zda si jsou dotazovaní tohoto faktu vědomi. Bohužel jsem zjistila, že 50 % respondentů při sexuálním styku kondom nikdy nepoužívá a pouhé 4,69 % jej používá vždy. Necelá polovina datazovaných, tj. 45,31 %, kondomu k sexuálnímu styku využívá občas.

Otázka č. 14 Myslíte si, že požití lubrikačního gelu snižuje riziko přenosu HIV?

Tabulka č. 15 Snižení rizika přenosu HIV při použití lubrikačního gelu

SNÍŽENÍ RIZIKA	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Ano	12	18,75 %
Ne	33	51,56 %
Nevím	19	29,69 %
CELKEM	64	100 %

Graf č. 15 Snižení rizika přenosu HIV při použití lubrikačního gelu



Komentář:

Z celkového počtu 64 respondentů pouhých 18,75 % ví, že používáním lubrikačního gelu lze snížit riziko přenosu HIV. Dalších 51,56 % dotazovaných na tuto otázku odpovědělo záporně a 29,69 % neví o snížení rizika přenosu HIV při použití lubrikačního gelu.

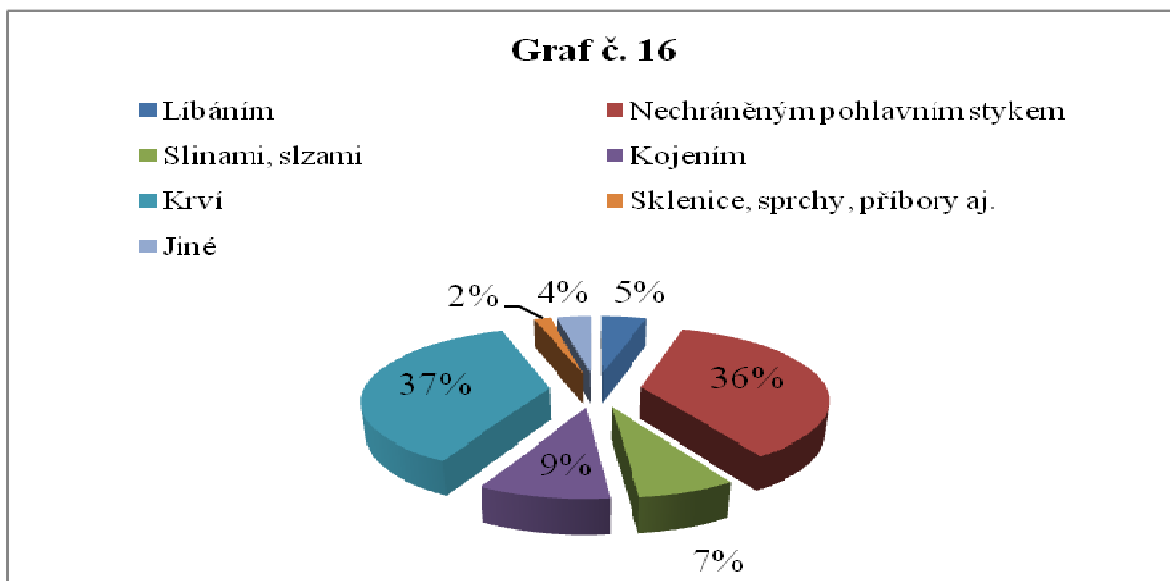
Otázka č. 15 Jak se můžete nakazit virem HIV?

(Otázka s více možnostmi odpovědí)

Tabulka č. 16 *Přenos viru HIV*

PŘENOS VIRU HIV	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Líbáním	8	4,71 %
Nechráněným pohlavním stykem	62	36,47 %
Slinami, slzami	12	7,06 %
Kojením	16	9,41 %
Krví	63	37,06 %
Společným užíváním sklenic, nádobí, sprch, toalet, příborů	3	1,76 %
Jiné	6	3,53 %
CELKEM	170	100 %

Graf č. 16 Přenos viru HIV

**Komentář:**

Cílem otázky č. 15 bylo zjistit, zda respondenti znají cesty přenosu viru HIV. Výsledky vztahující se k vícečetným odpovědím respondentů jsou zaznamenány v tabulce č. 16 a grafu č. 16.

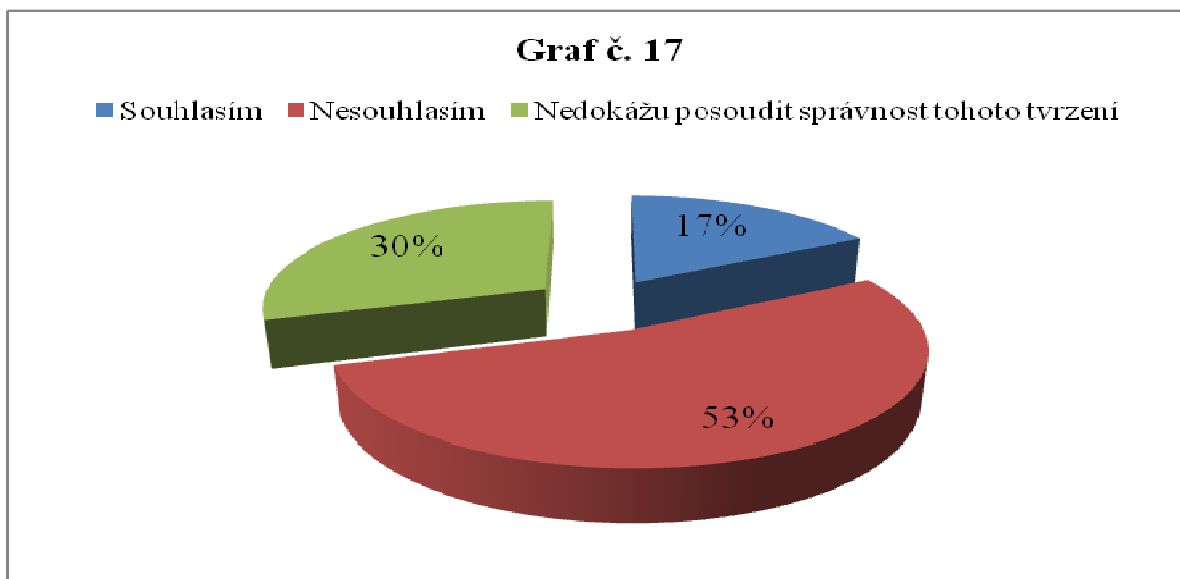
Nechráněný pohlavní styk uvedlo 36, 47 % respondentů (62) a přenos prostřednictvím krve označilo 37, 06 % dotázaných (63). Možnost přenosu kojením, tedy mateřským mlékem, uvedlo 9, 41 % respondentů. Dále 7, 06 % (12) dotázaných se domnívá, že je možné se virem HIV nakazit prostřednictvím slin a slz a 4, 71 % uživatelů označilo i líbání jako možnou cestu přenosu viru HIV. V nejméně častém zastoupení, tj. 1, 76 % (3) respondentů, byla zastoupena odpověď, ve které se dotazovaní domnívají, že i společným užíváním sklenic, nádobí, sprch, toalet a příborů, je možné se nakazit virem HIV. U možnosti jiné uváděli respondenti přenos prostřednictvím nesterilních jehel a stříkaček u nitrožilní aplikace drogy.

Otázka č. 16 Savý a bodavý hmyz přenáší virus HIV z nakaženého člověka na zdravého:

Tabulka č. 17 Přenos HIV prostřednictvím savého a bodavého hmyzu

PŘENOS SAVÝM A BODAVÝM HMYZEM	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Souhlasím	11	17,19 %
Nesouhlasím	34	53,13 %
Nedokážu posoudit správnost tohoto tvrzení	19	29,68 %
CELKEM	64	100 %

Graf č. 17 Přenos HIV prostřednictvím savého a bodavého hmyzu



Komentář:

Uvedenou otázkou jsem chtěla zjistit, zda respondenti vědí o všech cestách přenosu viru HIV. V tomto případě tedy o tom, že savý a bodavý hmyz nepřenáší virus HIV.

S přenosem viru HIV prostřednictvím savého a bodavého hmyzu souhlasilo 17,19 % dotázaných, nesouhlasilo 53,13 % respondentů a 29,68 % dotázaných nedokázalo posoudit správnost tohoto tvrzení.

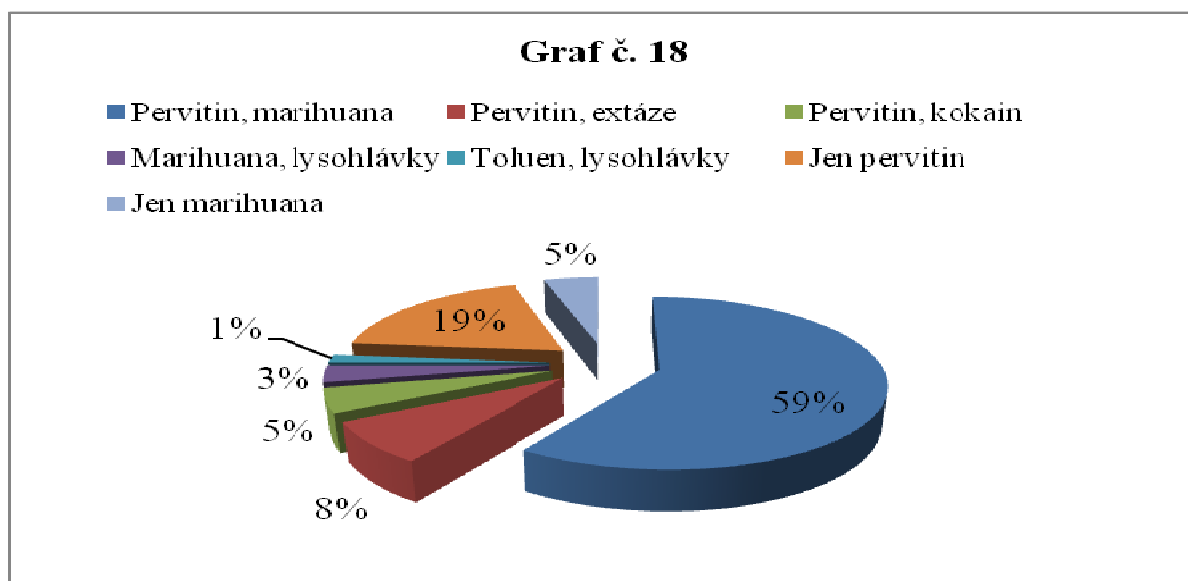
Otázka č. 17 Které z uvedených drog užíváte nejčastěji?

(Otázka s více možnostmi odpovědí, avšak maximálně s dvěma)

Tabulka č. 18 Nejčastěji užívaná droga

NEJČASTĚJI UŽÍVANÉ DROGY	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Pervitin, marihuana	38	59,38 %
Pervitin, extáze	5	7,81 %
Pervitin, kokain	3	4,69 %
Marihuana, lysohlávky	2	3,12 %
Toluen, lysohlávky	1	1,56 %
Jen pervitin	12	18,75 %
Jen marihuana	3	4,69 %
CELKEM	64	100 %

Graf č. 18 Nejčastěji užívaná droga



Komentář:

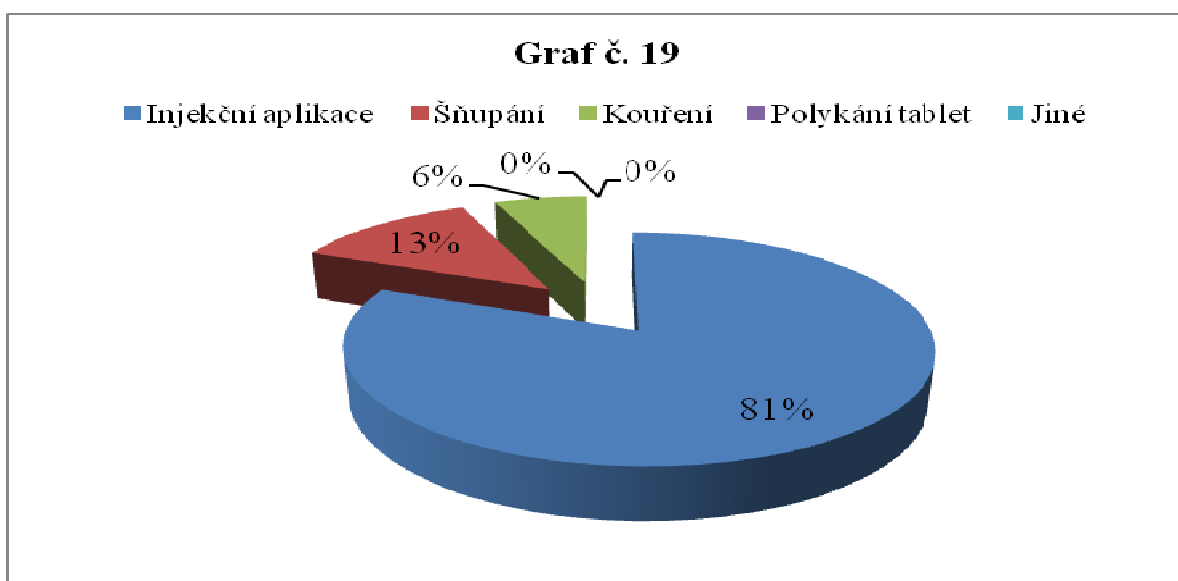
Cílem šetření bylo zjistit, které z drog respondenti užívají nejčastěji. Zajímalo mě také, v jakých kombinacích dotazovaní užívají drogy nejčastěji, proto jsem zvolila otázku s více možnostmi odpovědí, avšak maximálně s dvěma. Výsledky uvedené v tabulce č. 18 hovoří takto: převážná většina dotazovaných, celých 59, 38 % užívá nejčastěji pervitin s marihuanou. Pervitin, jako jedinou užívanou drogu uvedlo 18, 75 % respondentů a samotnou marihuanu 4, 69 % respondentů. Další skupinu tvoří respondenti, kteří upřednostňují pervitin a extázi, v 7, 81 % a pervitin s kokainem v 4, 69 %. Marihuanu a lysohlávky užívá nejčastěji 3, 12 % dotázaných a nejmenší zastoupení tvoří respondenti užívající toluen s lysohlávkami, tedy 1, 56 % dotázaných. Shlédneme-li tabulku č. 18 a graf č. 18, zjistíme, že ve většině případů uživatelé uvádějí pervitin jako nejčastěji užívanou drogu, je tedy zřejmé, že pervitin je nejčastěji užívanou drogou mezi dotazovanými.

Otázka č. 18 Jaké užití drogy upřednostňujete?

Tabulka č. 19 Nejčastější metoda užití drogy

METODA UŽITÍ DROGY	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Injekční aplikace	52	81, 25 %
Šňupání	8	12, 5 %
Kouření	4	6, 25 %
Polykání tablet	0	0 %
Jiné	0	0 %
CELKEM	64	100 %

Graf č. 19 Nejčastější metoda užití drogy

**Komentář:**

Uvedená otázka zjišťovala, jakou metodu k užití drogy respondenti upřednostňují. Z uvedených možností byla nejčastější odpověď dotazovaných injekční aplikace a to v 81, 25 % četnosti. Pomocí šňupání užívá drogu 12, 5 % uživatelů a kouření drogy

upřednostňuje 6, 25 % dotázaných. Polykání tablet ani jinou možnost nezvolit žádný z uživatelů.

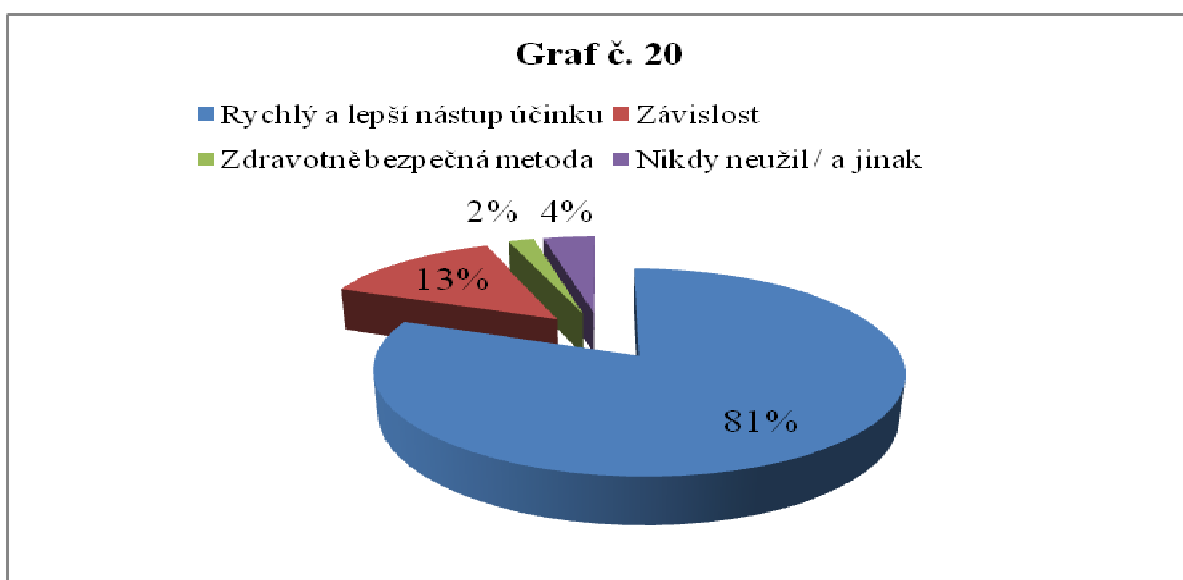
Otázka č. 19 Pokud upřednostňujete injekční aplikaci drogy, uveďte prosím důvod tohoto užití

(Otázka se vztahuje pouze na nitrožilní uživatele drog)

Tabulka č. 20 *Důvod volby injekční aplikace drogy*

VOLBA NITROŽILNI APLIKACE DROGY	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Rychlý a lepší nástup účinku	42	80,77 %
Závislost	7	13,46 %
Zdravotně bezpečná metoda	1	1,92 %
Nikdy neužil / a jinak	2	3,85 %
CELKEM	52	100 %

Graf č. 20 *Důvod volby injekční aplikace drogy*



Komentář:

Tuto otázku jsem zvolila záměrně, neboť mě zajímal důvod nitrožilní aplikace drogy. Otázka byla tedy určena pouze nitrožilním uživatelům, 52 respondentům. Na tuto otázku

mohli dotazovaní odpovědět libivole, zvolila jsem tedy možnost otevřené otázky. Již z grafu č. 20 je zřejmý výsledek odpovědí. Nejčastější důvod nitrožilní aplikace uvedli dotazovaní rychlý a lepší nástup účinku drogy, takto zvolilo 80, 77 % respondentů. Důvodem volby této aplikace pro 13, 46 % dotázaných je závislost (tzv. závislost na jehle) a 3, 86 % respondentů nikdy neužil drogu jinak, než nitrožilně. V jednom případě (1, 92 %) dotazovaný shlédl nitrožilní aplikaci jako zdravotně nejbezpečnější metodu.

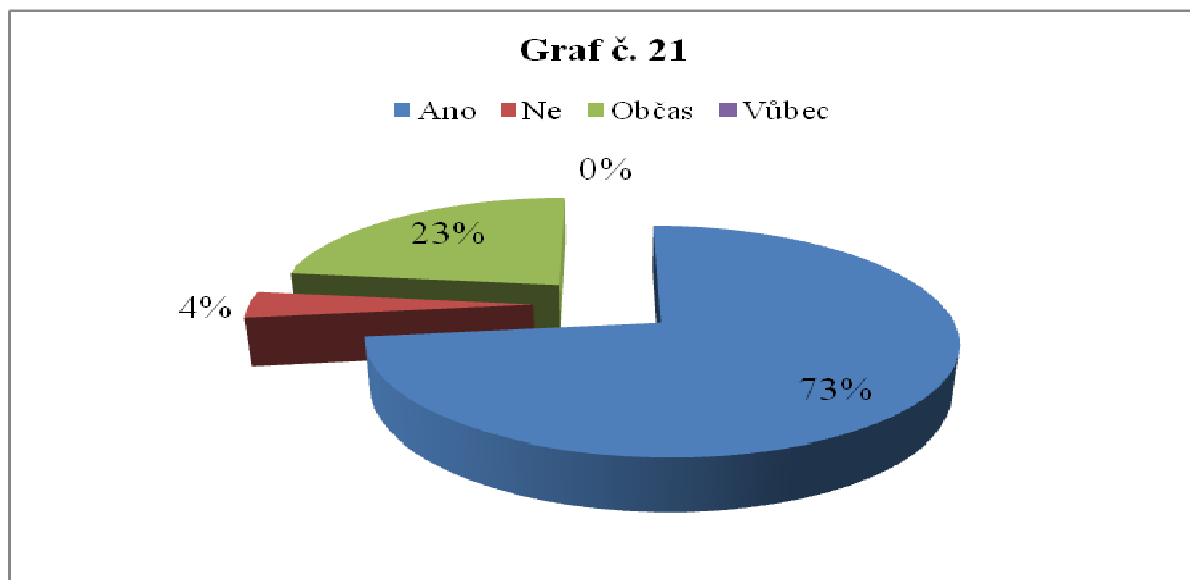
Otázka č. 20 Používáte při nitrožilní aplikaci drogy sterilní pomůcky?

(Otázka se vztahuje pouze k nitrožilním uživatelům)

Tabulka č. 21 Použití sterilních pomůcek k aplikaci drogy

POUŽITÍ STERILNÍCH POMŮCEK K APLIKACI	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Ano	38	73,08 %
Ne	2	3,85 %
Občas	12	23,07 %
Vůbec	0	0 %
CELKEM	52	%

Graf č. 21 Použití sterilních pomůcek k aplikaci drogy



Komentář:

Z celkového počtu 52 nitrožilních uživatelů drog k aplikaci používá 73,08 % sterilní pomůcky. Objevili se i uživatelé, kteří na tuto otázku odpověděli záporně, tedy ve 3,85 % a

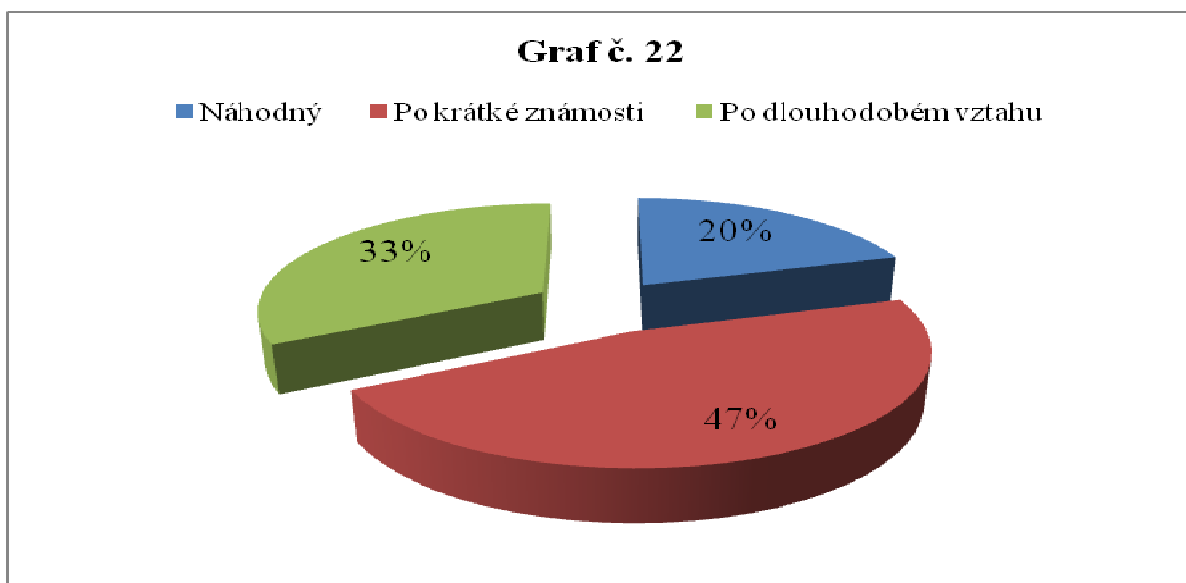
23,07 % dotázaných uvedlo, že k aplikaci používají občas sterilní pomůcky. V nulovém zastoupení byla možnost odpovědi vůbec.

Otázka č. 21 Jaký pohlavní styk byste upřednostnil/a?

Tabulka č. 22 Upřednostňovaný pohlavní styk

UPŘEDNOSTŇOVANÝ POHLAVNÍ STYK	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Náhodný	13	20, 31 %
Po krátké známosti	30	46, 88 %
Po dlouhodobém vztahu	21	32, 81 %
CELKEM	64	100 %

Graf č. 22 Upřednostňovaný pohlavní styk

**Komentář:**

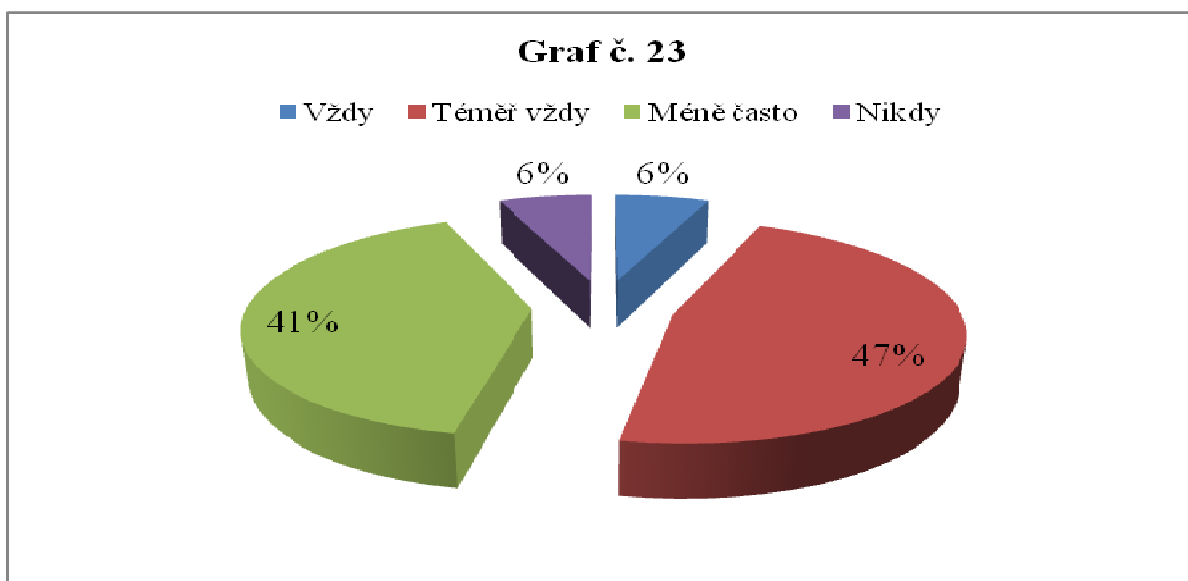
Z dotazovaných respondentů tvoří skupinu, která upřednostňuje pohlavní styk po krátké známosti 46, 88 % . 32, 81 % dotazovaných by přistoupila k pohlavnímu styku po dlouhodobém vztahu a skupinu upřednostňující náhodný pohlavní styk tvoří 20, 31 % respondentů.

Otázka č. 22 Jak často míváte pohlavní styk pod vlivem drog?

Tabulka č. 23 Pohlavní styk pod vlivem drog

POHLAVNÍ STYK POD VLVIVEM DROG	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Vždy	4	6, 25 %
Téměř vždy	30	46, 88 %
Méně často	26	40, 62 %
Nikdy	4	6, 25 %
CELKEM	64	100 %

Graf č. 23 Pohlavní styk pod vlivem drog

**Komentář:**

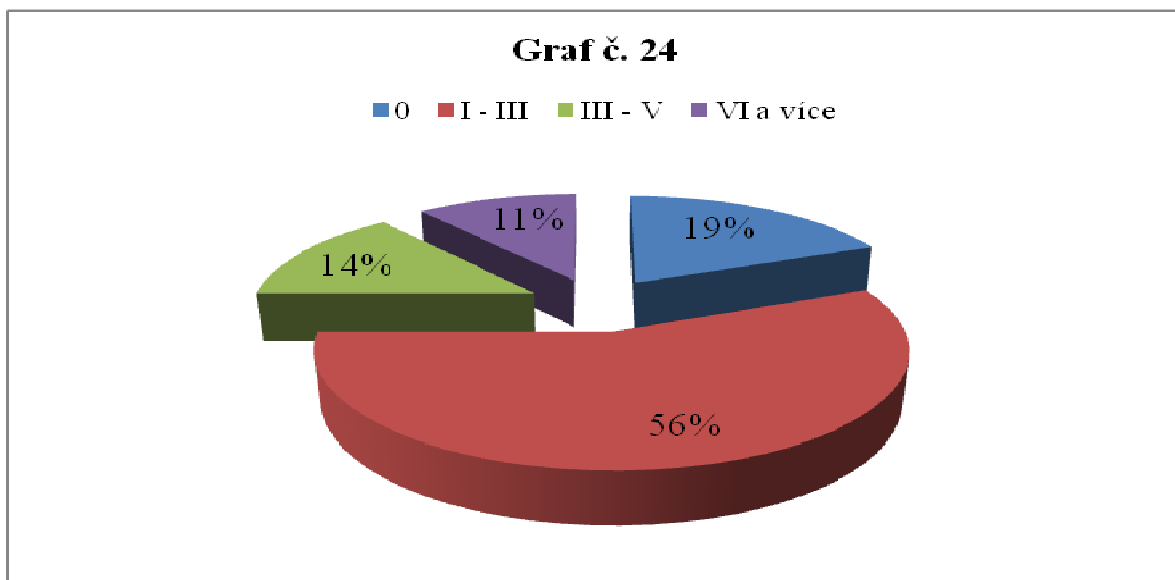
Vzhledem k cílové skupině respondentů, tedy drogově závislých, jsem záměrně zvolila tuto otázku. Pohlavní styk pod vlivem drog má vždy 6, 25 % dotázaných. Možnost téměř vždy označilo 46, 88 % respondentů a méně často má pohlavní styk pod vlivem drog 40, 62 % respondentů. Skupina, která na otázku odpověděla nikdy je zastoupena v počtu 6, 25 %.

Otázka č. 23 S kolika ženami / muži jste měl/a v posledních dvanácti měsících nechráněný pohlavní styk?

Tabulka č. 24 Nechráněný pohlavní styk

NECHRÁNĚNÝ POHLAVNÍ STYK	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
0	12	18,75 %
1 - 3	36	56,25 %
3 - 5	9	14,06 %
6 a více	7	10,94 %
CELKEM	64	100 %

Graf č. 24 Nechráněný pohlavní styk



Komentář:

Tato otázka si kladla za cíl zjistit míru odpovědnosti dotazovaných při sexuálním styku a promiskuitu respondentů. Z celkového počtu 64 dotazovaných mělo 56,25 % v posledních dvanácti měsících nechráněný pohlavní styk s 1 – 3 osobami. 3 – 5 osob uvedlo 14,06 % respondentů. Skupinu, která měla nechráněný pohlavní styk s 6 a více

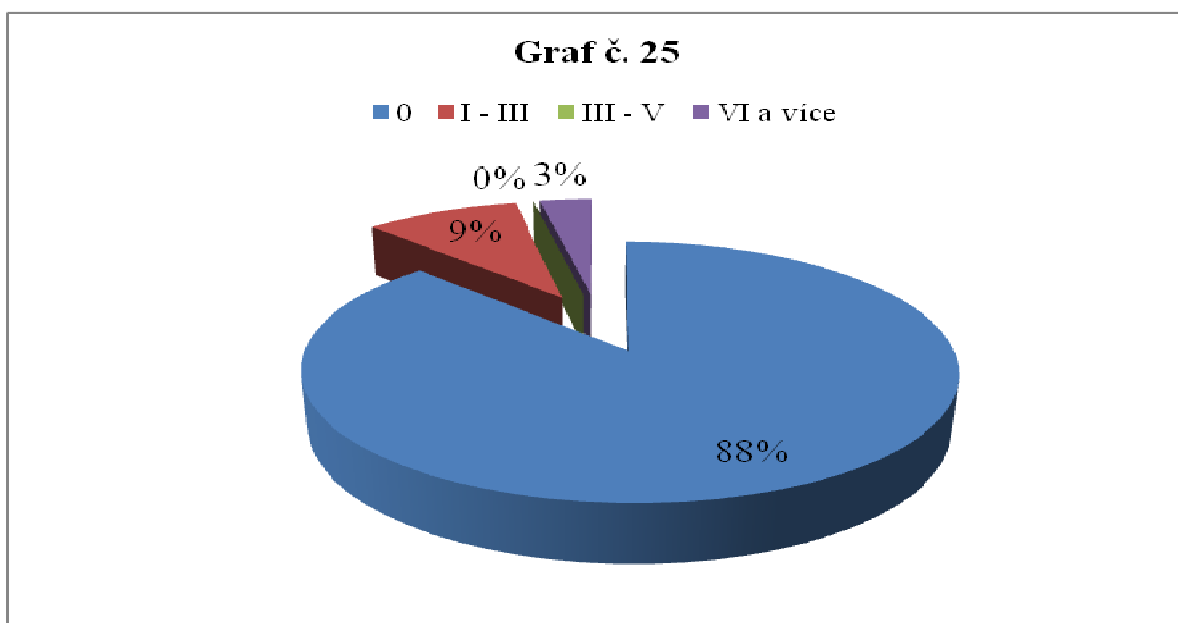
osobami tvořilo 10,94 % dotázaných. 18,75 % respondentů nemělo v posledních dvanácti měsících s žádnou osobou nechráněný pohlavní styk.

Otázka č. 24 S kolika ženami / muži jste měl/a v posledních dvanácti měsících nechráněný anální styk?

Tabulka č. 25 Nechráněný anální styk

NECHRÁNĚNÝ ANÁLNÍ STYK	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
0	56	87,5 %
1 - 3	6	9,38 %
3 - 5	0	0 %
6 a více	2	3,12 %
CELKEM	64	100 %

Graf č. 25 Nechráněný anální styk



Komentář:

Nechráněný anální styk je vzhledem k HIV infekci vysoce rizikovým stykem, a proto jsem chtěla zjistit, zda si jsou uživatelé K – center tohoto faktu vědomi. Výsledky zjištěné v této otázce jsou uspokojivé. 88,5 % dotázaných nemělo v posledních dvanácti

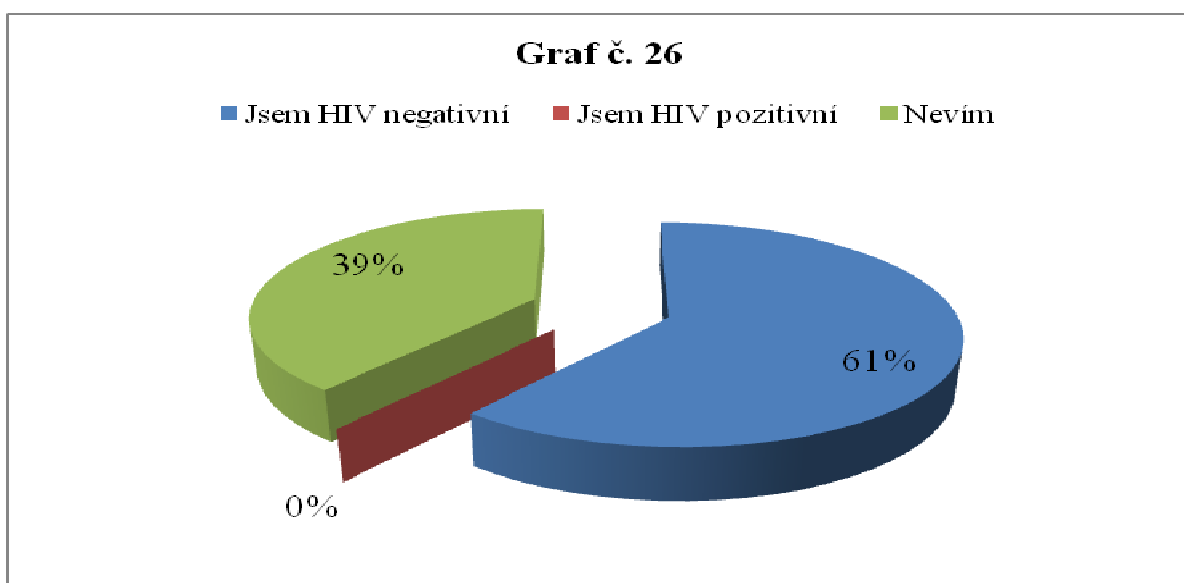
měsících nechráněný anální styk. V 9, 38 % respondenti uvedli anální styk s 1 – 3 osobami, 6 a více osob uvedlo 3, 12 % respondentů. Možnost nechráněného análního styku s 3 – 5 osobami neuvedl žádný z dotazovaných.

Otázka č. 25 Znáte Váš současný zdravotní stav?

Tabulka č. 26 Současný zdravotní stav

SOUČASNÝ ZDRAVOTNÍ STAV	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Jsem HIV negativní	39	60,94 %
Jsem HIV pozitivní	0	0 %
Nevím	25	39,06 %
CELKEM	64	100 %

Graf č. 26 Současný zdravotní stav

**Komentář:**

Poslední otázka dotazníku byla zaměřena na současný zdravotní stav uživatelů K – center, drogově zývislých. Nikdo z dotazovaných neoznačil svůj současný zdravotní stav jako HIV pozitivní. 60,94 % respondentů uvedlo, že jsou HIV negativní a 39,06 % dotázaných o své HIV pozitivitě či negativitě neví.

4 DISKUSE

Bakalářská práce na téma Problematika HIV u drogově závislých je zaměřena na úskalí pohlavní choroby, která se z hledem k přibývajícím počtům nakažených jedinců, stává globálním problémem. A tato situace byla pro mě motivací, zabývat se jí.

Cílem mé práce bylo hlouběji proniknout do problému samotného onemocnění a vcítit se tak i do duše HIV pozitivního člověka.

Teoretickou částí jsem chtěla nastínit onu hrozbu viru HIV a její dopady na lidskou bytost a to nejen po stránce zdravotní, ale hlavně po stránce psychosociální.

Největším problémem bylo opatření kvalitní literatury pro dané téma. Publikací je dostatek, ale nalézt a vybrat si tu správnou je mnohdy těžké a to platilo i v mém případě.

Praktická část byla vyhodnocena formou anonymního dotazníkového šetření. Tuto metodu výzkumu jsem zvolila především z důvodu co nejrychlejšího shromáždění dat a vzhledem k cílové skupině drogově závislých, také z důvodu zachování jejich identity.

Vzhledem k problematice tématu HIV, jsem výzkum zaměřila na skupinu drogově závislých, kteří tvoří vysoce rizikovou skupinu ve vztahu HIV infekce. Výzkum byl proveden v centrech, v nichž drogově závislí hledají své útočiště. Takovými centry jsou především tzv. Kontaktní centra. Vzhledem k vysoce specifické skupině drogově závislých, jsem se výzkum rozhodla provést hned ve třech centrech pro drogově závislé. V Kontaktním centru Prostějov, Olomouc a Zlínském Onyx centru. V Prostějovském Kontaktním centru a Zlínském Onyx centru mi nebyl umožněn osobní kontakt s klienty a důvodem bylo zachování anonymity drogově závislých respondentů. V Olomouckém Kontaktním centru mi tento osobní kontakt s klienty umožněn byl. Měla jsem tedy možnost hlouběji se vcítit do problematiky drogové závislosti a seznámit se s drogově závislými jedinci, kteří jsou mnohdy vytláčováni na okraj naší společnosti.

Z návštěvy a setkání s uživateli Kontaktního centra jsem obavy měla, netušila jsem totiž, jak budou reagovat na mou přítomnost a zda budou navíc i ochotni vyplnit dotazník, věnující se prevenci pohlavně přenosné choroby. Tedy HIV.

Mé obavy opadly především díky výborné spolupráci zaměstnanců Kontaktního centra se mnou a hlavně i bezprostředností všech uživatelů, kteří byli potěšeni mou návštěvou. Dotazník, jak již bylo zmíněno, byl zaměřen na problematiku onemocnění HIV a na pre-

venci nákazy tohoto viru. Vyhodnocením dotazníků jsem zjistila mnoho zajímavých ukazatelů, o kterých bych se chtěla zmínit.

Velmi zajímavým ukazatelem je fakt, že celých 81, 25 % dotázaných je nitrožilními uživateli drog. Zajímalo mě tedy, z jakého důvodu tito dotázaní upřednostňují právě nitrožilní aplikaci. Proto jsem následující otázku zvolila s možností volné odpovědi, tedy jako otázku otevřenou a odpovědi respondentů jsem pak vyhodnotila. Došla jsem ke zjištění, že hlavním důvodem nitrožilní aplikace je rychlejší a lepší či intenzivnější účinek drogy a takto odpovědělo 80, 77 % respondentů. Dalšími odpověďmi na tuto otázku byly závislost, nitrožilní aplikace jako bezpečná metoda a 3, 86 % dotázaných neužilo nikdy jinak než nitrožilně.

S nitrožilní aplikací souvisí vysoké riziko přenosu infekčních chorob včetně HIV. Pátrala jsem tedy po tom, zda uživatelé k aplikaci volí vždy sterilní pomůcky. Z celkového počtu 52 nitrožilních uživatelů 73, 08 % sterilní pomůcky k aplikaci používá, avšak našli se i tací, kteří sterilní pomůcky nepoužívají, celkem ve 3, 85 %. Někteří z dotázaných k aplikaci používá občas sterilní pomůcky, ve 23, 07 %.

Dalším zajímavým ukazatelem byl i fakt, že někteří dotázaní si nepřejí vědět, zda jsou HIV pozitivní či negativní a to v 10, 94 %. Ve většině případů odpověděli respondenti kladně (70, 31 %). Chtěla jsem tedy zjistit, co anebo jaká situace by donutila respondenty nechat se vyšetřit na průkaz HIV protilátek, tedy nechat si provést test na HIV. Vzhledem k volbě otázky jsem odpověď nechala na každém z dotázaných a zvolila jsem opět otevřenou otázku. Nejčastějšími odpověďmi byly nevěra partnera, nechráněný pohlavní styk a použití nesterilních pomůcek k aplikaci drogy. Tyto odpovědi byly pro snazší vyhodnocení shrnuty do položky rizikového chování a z celkového počtu 64 respondentů takto odpovědělo 31, 25 % dotázaných. Dalším důvodem, který by vedl respondenty k testování na průkaz viru HIV byl strach (21, 88 %), dále partner (12, 5 %), přátelé (3, 12 %) a příležitost (3, 12 %). V 21, 88 % respondenti nevěděli, jaká situace by je motivovala k provedení testu na HIV protilátky a 6, 25 % respondentů by nemotivovala žádná situace.

V následující položce dotazníku (otázka č. 8) jsem se dotazovala uživatelů, zda se někdy nechali na průkaz HIV protilátek testovat. Při vyhodnocení jsem byla překvapena výsledkem, kdy pouhých 60, 94% odpovědělo kladně. Tyto odpovědi dotázaných mě zklamaly, neboť jsem domnívala, že kladná odpověď bude zastoupena ve 100 %.

Zajímavými ukazateli byly v dotazníku otázky zaměřené na prevenci nákazy virem HIV (otázka č.12 a 13). Dotazovala jsem se uživatelů, zda se při pohlavním styku chrání kondomem. Kondom je dosud jedinou zdravotní pomůckou, která při správném používání zabraňuje přenosu sexuálně přenosných chorob. Bohužel jsem zjistila, že 50 % respondentů při sexuálním styku kondom nikdy nepoužívá a pouhé 4, 69 % jej používá vždy. Necelá polovina datazovaných, tj. 45, 31 %, kondomu k sexuálnímu styku využívá občas.

Další otázku v dotazníku jsem zvolila formou otevřené otázky a dotazovala jsem se tedy, jaké prostředky ke snížení rizika přenosu HIV uživatelé používají. Odpovědi respondentů byly různé, avšak překvapilo mě, že 28, 13 % dotázaných nepoužívá žádné prostředky k prevenci nákazy virem HIV a jen ve 29, 69 % uvedli použití kondomu. Dále respondenti uvedli používání sterilních pomůcek k aplikaci drogy (20, 31 %), věrnost v partnerském vztahu (18, 75 %) a testování na průkaz HIV protilátek uvedlo 3, 12 % dotázaných.

Posuzovala jsem dále informovanost respondentů v oblasti přenosu viru HIV. Vyhodnocením bylo patrné, že respondenti jsou si vědomi přenosem prostřednictvím krve (63 respondentů) a pohlavního styku (62 respondentů). V 16 případech uvedli dotazovaní i přenos kojením. Další odpovědi dotázaných svědčí o nedostatečné znalosti cest přenosu viru HIV, kdy 8 dotázaných zvolilo položku líbání, 12 slzy a sliny jako možný přenos HIV a 3 respondenti se domnívají, že společným používáním sklenic, nádobí, sprch, toalet a příborů, se nakazí virem HIV. Jinými doplněnými odpověďmi bylo používání nesterilních jehel a stříkaček při nitrožilní aplikaci.

Dosud nebyl popsán jediný případ přenosu HIV savým a bodavým hmyzem. Na tuto skutečnost jsem se respondentů dotazovala v položce dotazníku č. 16. S přenosem HIV savým a bodavým hmyzem souhlasilo 17, 19 % dotázaných a 29, 68 % nedokázalo posoudit správnost tohoto tvrzení. O faktu, že savý a bodavý hmyz nepřenáší virus HIV je přesvědčeno 53, 13 % dotázaných.

Myslím si, že problému cest přenosu pohlavních chorob by měla být věnována větší pozornost, neboť uvedené odpovědi respondentů svědčí pro jejich nedokonalou znalost cest přenosu pohlavních chorob, v tomto případě viru HIV.

Vzhledem k zvolené cílové skupině dotazovaných, tedy drogově závislých, mě zajímalo, které drogy užívají respondenti nejčastěji. Respondenti mohli v této otázce (otázka č. 17)

zvolit maximálně dvě odpovědi. Nejčastěji užívanými drogami jsou mezi dotazovanými marihuana a pervitin (59, 38 %). Pouze pervitin užívá 18, 75 % respondentů a pouze marihuanu 4, 69 % dotázaných. Dalšími, avšak ne tak často užívanými drogami jako pervitin jsou kokain, extáze, toluen a lysohlávky.

Drogová závislost a chování pod vlivem drogy často velmi značně snižuje zábrany daného uživatele. Tyto zábrany se snižují i v oblasti používání ochranných pomůcek při sexuálním styku pod vlivem drogy. Z tohoto důvodu jsem se respondentů ptala, jak často mají pohlavní styk pod vlivem drog. Po vyhodnocení odpovědí jsem si uvědomila ono vysoké riziko přenosu pohlavních chorob u drogově závislých, pomineme-li nyní riziko spojené s nitrožilní toxikománií. Téměř vždy praktikuje pod vlivem drog pohlavní styk 46, 88 % respondentů a vždy 6, 25 % respondentů. Položku méně často zvolilo 40, 62 % dotázaných a pouze 6, 25 % uživatelů nepraktikuje pohlavní styk pod vlivem nikdy.

V praktické části jsem stanovila cíle, kterých jsem práci chtěla dosáhnout a hypotézy. Které jsem chtěla potvrdit. Prvním cílem bylo posoudit, zda respondenti mají dostatek informací o přenosu HIV, kdy jsem předpokládala, že většina klientů Kontaktních center zná cesty přenosu infekce virem HIV. Vyhodnocením jsem však došla k závěru, že v této oblasti respondenti mají dostatek informací.

Dalším cílem bylo zjistit, zda respondenti používají prostředky, kterými se lze chránit před nákazou virem HIV. Domnívala jsme se tedy, že většina dotázaných tyto prostředky používá. Kondom je jedinou možnou metodou, kterou se lze chránit při pohlavním styku před nákazou virem HIV. Avšak odpovědi respondentů a následné výsledky byly šokující, neboť 50% dotázaných při sexuálním styku nikdy kondom nepoužívá. Tato hypotéza tedy potvrzena nebyla.

Třetím cílem jsem chtěla sledovat, do jaké míry si klienti Kontaktních center uvědomují nutnost prevence a zjistit, zda se respondenti nechali testovat na průkaz HIV protilátek. Tato hypotéza byla potvrzena, testovat na průkaz HIV protilátek se nechalo 70, 31 % dotázaných.

Dále jsem si kladla za cíl zjistit, jakou metodu uživatelé upřednostňují při aplikaci drogy. I v tomto případě se moje předpoklady potvrdily. Celých 73, 08 % respondentů upřednostňuje nitrožilní aplikaci drogy.

Po vyhodnocení všech otázek v dotazníku jsem došla k závěru, že problematika HIV představuje u drogově závislých velký problém především v prevenci, kdy mě ohromily zdrcující výsledky týkající se používání kondomů při sexuálním styku u respondentů, neboť 50 % dotázaných kondomu nikdy nevyužívá. Dalším ukazatelem je to i hypotézou potvrzený fakt, že většina drogově závislých je nitrožilními uživateli a s nitrožilní aplikací je spojena téměř stoprocentní jistota nákazy při nedodržení základních hygienických pravidel při užití.

Dle mého názoru by se tedy měla zvýšit osvěta mezi drogově závislou populací a připomínat všem, ne jen drogově závislým, že onemocnění virem HIV je smrtelné a jedinou léčbou je prevence.

ZÁVĚR

V bakalářské práci na téma Problematika HIV u drogově závislých, se zabývám vážností situace pramenící z nejobávanějšího onemocnění, taktéž přezdívaného „metla lidstva“, chorobou AIDS.

V dané problematice nastalo již mnoho pokroků a značná řada odborníků a vědců se snažila vynalézt lék, který by byl účinný a dokázal virus HIV zničit. Byla objevena celá řada vynikajících preparátů, které dokázaly virus HIV zpomalit a tím prodloužit život nakaženého jedince, ale žádný z nich jej nedokázal plně vyléčit.

Nemocných s HIV pozitivitou přibývá a je to dáno tím, že choroba souvisí s lidským přístupem k sobě samému a s chováním vůči ostatním. Jedinou dostupnou metodou jak zabránit infekci je prevence a vlastní odpovědný přístup. V tomto okamžiku nastává problém, neboť jen malá část lidí na celém světě dokáže žít tak, aby jejich chování bylo zodpovědné.

Součástí mé práce byla tedy i tvorba informačního letáku (viz. Příloha P: V Informační leták), který souvisí s rizikovým chováním drogově závislých. Další aktivitou pro danou problematiku byla má aktivní účast na I. Mezinárodním kongresu na téma: Integrovaní přístupy k prevenci a péči o zdraví (viz. Příloha P: V).

Problematika HIV pozitivních lidí si vyžaduje maximální pozornost. Tito lidé bývají vytlačováni na okraj společnosti a je na ně pohlíženo jako na vyvrhele, kteří v životě nic nedokázali a jsou pro další život již nepoužitelní. Alarmujícím faktorem je uvědomění si, že virem HIV se může nakazit každý z nás a to naprosto nevinně! Zeptejme se tedy sami sebe a sáhněme si do svědomí. Je naše chování natolik zodpovědné, abychom jím neohrožovali ostatní? Vždyť právě nevěra je celosvětovým trendem. Jste i Vy moderní?

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**MONOGRAFIE**

- [1] KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing,a.s., 2007. 352. ISBN 978-80-247-1830-9.
- [2] BAJGAR, Luděk, et al. *Ročenka Národního programu HIV*. Praha : [s.n.], 2006. 100. ISBN 978-80-7071-287-0.
- [3] FARKAŠOVÁ, Dana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Martin : Osveta, 2006. 88. ISBN 80-8063-229-4.
- [4] HARTNOLL, Richard. *Drogy a drogové závislosti: Propojování výzkumu, politiky a praxe : Co jsme se už naučili a co bychom se ještě naučit měli*. 1. vyd. Úřad vlády České republiky : [s.n.], 2005. 96. ISBN 80-86734-45-5.
- [5] MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha : Grada Publishing,a.s., 2005. 156. ISBN 80-247-1024-2.
- [6] HÁJEK, Marcel, et al. *HIV/AIDS v chirurgických oborech*. Praha : Grada Publishing,a.s., 2004. 80. ISBN 80-247-0857-4.
- [7] GÖPFERTO VÁ, Dana, PAZDIORA, Petr, DÁŇOVÁ, Jana. *Epidemiologie infekčních nemocí: Učebnice pro lékařské fakulty (bakalářské a magisterské studium)*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2002. 230. ISBN 80-246-0452-3.
- [8] HORAŽDOVSKÝ, Jiří, et al. *Přenosné choroby*. 1. vyd. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích : [s.n.], 2001. 98. ISBN 80-7040-496-5.
- [9] WASSERBAUER, Stanislav, et al. *Výchova ke zdraví*. Praha : Státní zdravotní ústav, 2001. 47. ISBN 80-7071-172-8.
- [10] PROVAZNÍK, Kamil, et al. *Manuál prevence v lékařské praxi*. 1. vyd. Praha : Státní zdravotní ústav, 2000. 160. ISBN 80-7071-161-2
- [11] FETISOVOVÁ, Želmíra, et al. *Komplexný program o AIDS : Prevencia HIV a starostlivosť pre sestry a porôdné asistentky*. Stančevová Alžbeta; Slovákova Anna. Martin : Osveta, 1998. 108. ISBN 80-8063-001-1.

- [12] ROZSYPAL, Hanuš. *AIDS klinický obraz a léčba*. Praha : MAXDORF s.r.o., 1998. 236. ISBN 80-85800-92-6.
- [13] MAYER, Vlastimil, HALLAUER, Johannes, BAUM, Marianna. *Ochorenie spôsobené nákazou vírusom HIV/AIDS*. 1. vyd. Bratislava : VEDA, 1996. 364. ISBN 80-224-0413-6.
- [14] PROVAZNÍK, Kamil, et al. *Manuál prevence v lékařské praxi : IV. Základy prevence v lékařské praxi*. 1. vyd. Praha : Státní zdravotní ústav, 1996. 128. ISBN 80-7168-400-7.
- [15] SVOBODA, Jaroslav. *Imunologie v klinické praxi I : HIV onemocnění a AIDS jako modely postižení imunitního systému*. Praha : Marvil, 1996. 435. ISBN neuvedeno.
- [16] HOLUB, Jiří, et al. *AIDS a my aneb Co je třeba vědět o AIDS*. 1. vyd. Praha : Grada Avicenum, 1993. 144. ISBN 80-7169-068-6.
- [17] ŠEJDA, Jan, et al. *Prevence, léčba a další aspekty nákazy HIV / AIDS*. 1. vyd. [s.l.] : Galén, 1993. 267. ISBN 80-85824-02-7.
- [18] ŠMARDA, Jan. *Život z obou stran : Statě z moderní biologie a experimentální medicíny*. 1. vyd. Masarykova univerzita v Brně : [s.n.], 1992. 263. ISBN 80-210-0595-5.

INTERNETOVÉ ZDROJE

- [19] *Www.aids-pomoc.cz* [online]. 2005 , 27.3.2009 [cit. 2009-03-28]. Dostupný z WWW: <www.aids-pomoc.cz>.
- [20] *Www.podaneruce.cz* [online]. 1995 , 2009 [cit. 2009-05-16]. Dostupný z WWW: <www.podaneruce.cz>.
- [21] *Www.porodnici.cz* [online]. 2006 [cit. 2009-05-10]. Dostupný z WWW: <www.porodnici.cz>. ISSN 1802-5560.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AIDS	Aquired immune deficiency syndrom
ARV	AIDS – Related Virus
CDC	Center for Disease Control
CNS	Centrální nervový systém
ČSAP	Česká společnost AIDS pomoc
DNA	Deoxyribonukleová kyselina
ELISA	Enzyme linked immunosorbent assai
GRID	Gay – Related Immune Deficiency Syndrome
HIV	Human immunodeficiency virus
HTLV	Human T – Lymphotropic Virus
LAV	Lymphadenophaty – Associated Virus
LTR	Long Terminal Repeats
PGL	Perzistent Generalised Lymphadenopathy
RNA	Ribonukleová kyselina
SZÚ	Státní zdravotní ústav

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 <i>Počet HIV pozitivních v ČR z celkového počtu obyvatel (10, 47 mil.) k datu 31. 3. 2009</i>	30
Tabulka č. 2 <i>Pohlaví respondentů</i>	41
Tabulka č. 3 <i>Věk respondentů</i>	42
Tabulka č. 4 <i>Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů</i>	43
Tabulka č. 5 <i>Sexuální orientace respondentů</i>	45
Tabulka č. 6 <i>Přání respondentů znát svůj výsledek testu na HIV</i>	46
Tabulka č. 7 <i>Postoj respondentů k léčbě HIV infekce</i>	47
Tabulka č. 8 <i>Motivace k provedení testu na HIV</i>	48
Tabulka č. 9 <i>Testování na HIV</i>	50
Tabulka č. 10 <i>Uplynulá doba od posledního testu</i>	51
Tabulka č. 11 <i>Stálý sexuální partner</i>	53
Tabulka č. 12 <i>Výsledek testu partnera</i>	54
Tabulka č. 13 <i>Prostředky ke snížení rizika nákazy HIV</i>	55
Tabulka č. 14 <i>Použití kondomu při sexuálním styku</i>	57
Tabulka č. 15 <i>Snížení rizika přenosu HIV při použití lubrikačního gelu</i>	58
Tabulka č. 16 <i>Přenos viru HIV</i>	59
Tabulka č. 17 <i>Přenos HIV prostřednictvím savého a bodavého hmyzu</i>	61
Tabulka č. 18 <i>Nejčastěji užívaná droga</i>	62
Tabulka č. 19 <i>Nejčastější metoda užití drogy</i>	64
Tabulka č. 20 <i>Důvod volby injekční aplikace drogy</i>	66
Tabulka č. 21 <i>Použití sterilních pomůcek k aplikaci drogy</i>	68
Tabulka č. 22 <i>Upřednostňovaný pohlavní styk</i>	70
Tabulka č. 23 <i>Pohlavní styk pod vlivem drog</i>	71
Tabulka č. 24 <i>Nechráněný pohlavní styk</i>	72
Tabulka č. 25 <i>Nechráněný anální styk</i>	74
Tabulka č. 26 <i>Současný zdravotní stav</i>	76

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Vývoj HIV infekce a AIDS v ČR (vzhledem k celkovému počtu	31
Graf č. 2 Pohlaví respondentů	41
Graf č. 3 Věk respondentů.....	42
Graf č. 4 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů	43
Graf č. 5 Sexuální orientace respondentů.....	45
Graf č. 6 Přání respondentů znát svůj výsledek testu na HIV.....	46
Graf č. 7 Postoj respondentů k léčbě HIV infekce	47
Graf č. 8 Motivace k provedení testu na HIV.....	48
Graf č. 9 Testování na HIV	50
Graf č. 10 Uplynulá doba od posledního testu	51
Graf č. 11 Stálý sexuální partner	53
Graf č. 12 Výsledek testu partnera.....	54
Graf č. 13 Prostředky ke snížení rizika nákazy HIV	55
Graf č. 14 Použití kondomu při sexuálním styku	57
Graf č. 15 Snížení rizika přenosu HIV při použití lubrikačního gelu	58
Graf č. 16 Přenos viru HIV.....	60
Graf č. 17 Přenos HIV prostřednictvím savého a bodavého hmyzu	61
Graf č. 18 Nejčastěji užívaná droga	62
Graf č. 19 Nejčastější metoda užití drogy.....	64
Graf č. 20 Důvod volby injekční aplikace drogy.....	66
Graf č. 21 Použití sterilních pomůcek k aplikaci drogy.....	68
Graf č. 22 Upřednostňovaný pohlavní styk.....	70
Graf č. 23 Pohlavní styk pod vlivem drog.....	71
Graf č. 24 Nechráněný pohlavní styk.....	72
Graf č. 25 Nechráněný anální styk.....	74
Graf č. 26 Současný zdravotní stav.....	76

SEZNAM PŘÍLOH

P I: Dotazník

P II: Legislativa související s problematikou HIV / AIDS

P III: Náplň práce Kontaktního centra

P IV: Potvrzení o účasti na I. Mezinárodním kongresu

P V: Informační leták

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Anonymní dotazník

Vážená paní / pane,

Jmenuji se Jitka Vyhlídalová a jsem studentkou 3. Ročníku oboru Všeobecná sestra, Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. V rámci mé bakalářské práce, která se věnuje problematice přenosných chorob se na Vás obracím s žádostí o vyplnění tohoto **anonymního** dotazníku. Získaná anonymní data budou dále využita pro zlepšení péče a přístupu u nemocných klientů.

U otázek s možností výběru zaznačte vždy jednu odpověď křížkem, pokud nebude uvedeno jinak.

1. Jste:

A) Muž

B) Žena

2. Váš věk je:

A) Méně než 18 let

B) 18 – 25 let

C) 26 – 30 let

D) 30 a více let

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

A) Základní

B) Střední bez maturitní zkoušky (vyučen)

C) Středoškolské s maturitou

D) Vyšší odborné

E) Vysokoškolské

F) Jiné.....

4. Vaše sexuální orientace je:

- A) Homosexuální
- B) Bisexuální
- C) Heterosexuální

5. Přejete si vědět, zda jste HIV pozitivní?

- A) Ano
- B) Ne
- C) Nepřemýšlel/a jsem o tom

6. Včasná léčba HIV infekce může podstatně prodloužit život:

- A) Myslím, že ano
- B) Myslím, že ne
- C) Nevím

7. Co by Vás donutilo si nechat udělat test na HIV? (*doplňte*)

.....

8. Nechal/a jste se někdy testovat na HIV?

- A) Ano
- B) Ne

9. Pokud ano, tak jak dlouhá doba uplynula od Vašeho posledního testu na HIV?

- A) Méně než měsíc
- B) 1 – 3 měsíce
- C) 4 – 6 měsíců
- D) 6 měsíců - 1 rok
- E) Déle než rok

10. Máte stálého sexuálního partnera/rku ? A) Ano B) Ne

11. Znáte výsledek HIV testu svého stálého sexuálního partnera ?

- A) Ano B) Ne

12. Jaké, Vy osobně, používáte prostředky ke snížení rizika HIV infekce? (*doplňte*)

.....

13. Chráníte se při sexuálním styku kondomem?

- A) Ano - vždy
B) Občas
C) Nikdy

14. Myslíte si, že použití lubrikačního gelu snižuje riziko přenosu HIV ?

- A) Ano
B) Ne
C) Nevím

15. Nakazit virem HIV se můžete (*označte i více odpovědí*)

- A) Líbáním
B) Kýčáním,kašláním
C) Podáním ruky
D) Nechráněným pohlavním stykem
E) Vzduchem
F) Slinami, slzami
G) Kojením
H) Krví
CH) Společným používáním sklenic, příborů, nádobí, sprch a toalet
I) Jiné doplňte.....

16. Savý a bodavý hmyz přenáší virus HIV z nakaženého člověka na zdravého:

- A) Souhlasím s tímto názorem
- B) Nesouhlasím s tímto názorem
- C) Nedokážu posoudit správnost tohoto tvrzení

17. Kterou z uvedených drog užíváte nejčastěji? (Vyberte **MAXIMÁLNĚ DVĚ** možnosti)

- A) Marihuana
- B) Pervitin
- C) Hašiš
- D) Kokain
- E) Heroin
- F) Toluen
- G) LSD
- H) Lysohlávky
- I) Morfin
- J) Durman
- K) Extáze
- L) Jiné doplňte.....

18. Při užívání drog upřednostňujete:

- A) Injekční aplikaci
- B) Šňupání
- C) Kouření
- D) Polykání tablet
- E) Jiné doplňte.....

19. Pokud upřednostňujete injekční aplikaci, uveďte prosím důvod tohoto užití (*doplňte*)

.....

20. Pokud upřednostňujete nitrožilní podání drogy, používáte k aplikaci sterilní pomůcky?

- A) Ano
- B) Ne
- C) Občas
- D) Vůbec

21. Jaký pohlavní styk byste upřednostnil/a?

- A) Náhodný
- B) Po krátké známosti
- C) Po dlouhodobém vztahu

22. Jak často míváte pohlavní styk pod vlivem drog?

- A) Vždy
- B) Téměř vždy
- C) Méně často
- D) Nikdy

23. S kolika ženami / muži jste měl / a v posledních dvanácti měsících nechráněný pohlavní styk?

- A) 0
- B) 1-3
- C) 3-5
- D) 6 a více

24. S kolika ženami / muži jste měl / a v posledních dvanácti měsících nechráněný anální styk?

- A) 0
- B) 1-3
- C) 3-5
- D) 6 a více

25. Znáte Váš současný zdravotní stav?

- A) Jsem HIV negativní
- B) Jsem HIV pozitivní
- C) Nevím

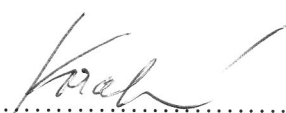
ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Jitka Vyhlídalová
Téma bakalářské práce	Problematika HIV u drogově závislých
Skupina respondentů	Drogově závislí
Pracoviště	K – centrum Olomouc

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 10.3.2009


.....
Zástupce ředitele Ústavu ošetrovatelství
Mgr. Michaela Karafiátová

Oddělení Waihalla
Sdružení podaných rukou
Sokolska 48, 772 00 Olomouc
tel: 585 220 034
.....
Razítko a podpis zástupce zařízení

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Jitka Vyhlídalová
Téma bakalářské práce	Problematika HIV u drogově závislých
Skupina respondentů	Drogově závislí
Pracoviště	K – centrum Prostějov

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 10.3.2009


.....
Zástupce ředitele Ústavu ošetrovatelství
Mgr. Michaela Karafiátová

Sdružení Podané ruce, o.s.
Oddělení Walhalla
KONTAKTNÍ CENTRUM
Vrahovická 83, 798 11 Prostějov
tel.: + 420 582 361 401
IČ: 60 55 76 21

.....
Razítko a podpis zástupce zařízení

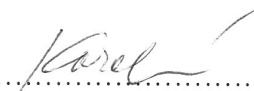
ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Jitka Vyhlídalová
Téma bakalářské práce	Problematika HIV u drogově závislých
Skupina respondentů	Drogově závislí
Pracoviště	Občanské sdružení Onyx, Zlín

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 10.3.2009


.....
Zástupce ředitele Ústavu ošetrovatelství
Mgr. Michaela Karafiátová

ONYX
občanské sdružení
Gahurova 1563/5
Zlín 760 01
IČO: 27015075

.....
Razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P II: LEGISLATIVA SOUVISEJÍCÍ S PROBLEMATIKOU HIV / AIDS

Zákon 258 / 2000 Sb. O ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů:

§ 53

(1) „ Fyzické osoby po nákaze vyvolané virem lidského imunodeficitu a fyzické osoby, které po prožití břišního tyfu, paratyfu A, B a C, bacilární úplavice, salmonelózy, záškrtu, virového zánětu jater B, C a D, tuberkulózy, příjice a kapavky dlouhodobě vylučují choroboplodné zárodky a tato skutečnost byla jim nebo jejich zákonným zástupcům lékařem sdělena, jsou povinny

d) informovat lékaře před vyšetřovacím nebo léčebným výkonem a při přijetí do ústavní péče o svém nosičství; pokud má nosič poruchu vědomí, učiní tak ihned, jakmile mu to jeho zdravotní stav umožňuje. “

§ 71

(2) „Bez souhlasu fyzické osoby je možné provést test na virus lidského imunodeficitu

a) u těhotných žen,

b) u fyzické osoby, která má poruchu vědomí a níž vyšetření na virus lidského imunodeficitu je významné z hlediska diferenciální diagnostiky a léčení bez provedení tohoto vyšetření může vést k poškození jejího zdraví,

c) u fyzické osoby, které bylo sděleno obvinění z trestného činu ohrožování pohlavní nemocí včetně nemoci vyvolané virem lidského imunodeficitu nebo z trestného činu, při kterém mohlo dojít k přenosu této nákazy na jiné fyzické osoby,

d) u fyzické osoby, která je nuceně léčena pro pohlavní nemoc (§ 70). “

(3) „V ostatních případech lze vyšetření na virus lidského imunodeficitu provést jen se souhlasem fyzické osoby. “

(3) „Zdravotnické zařízení nebo zařízení ochrany veřejného zdraví, které bylo informováno o pozitivním výsledku konfirmačního testu, sdělí prostřednictvím tomu pověřeného lékaře tuto skutečnost fyzické osobě nakažené virem lidského imunodeficitu a, jde-li o fyzické osoby nezletilé nebo fyzické osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům nebo jejichž způsobilost k právním úkonům byla omezena, jejich zákonnému zástupci a zajistí speciální péči u odborného lékaře. Sdělení musí doplnit o poučení o předcházení šíření infekce vyvolané virem lidského imunodeficitu.“

(4) „Zdravotnické zařízení nebo zařízení ochrany veřejného zdraví informující fyzickou osobu o pozitivním výsledku konfirmačního testu je povinno zajistit, aby fyzická osoba byla podrobně poučena o rozsahu povinnosti počínat si tak, aby jiné fyzické osoby nevystavovala riziku tohoto infekčního onemocnění. Obsah takového poučení zanesse do zdravotnické dokumentace fyzické osoby a fyzická osoba, popřípadě její zákonný zástupce podepíše prohlášení, že byli takto informováni. V případě odepření dopisu zdravotnické zařízení nebo zařízení ochrany veřejného zdraví tuto skutečnost a důvody odepření podpisu uvede ve zdravotnické dokumentaci fyzické osoby.“ [6]

PŘÍLOHA P III: NÁPLŇ PRÁCE KONTAKTNÍHO CENTRA

Kontaktní centrum Olomouc

Kontaktní centrum v Olomouci je službou určenou aktivním uživatelům drog a osobám blízkým. Všechna nabízená pomoc je bezplatná. Je jedním z programů oddělení Walhalla.

Projekt Kontaktního centra je financován dotační podporou.

Poslání a cíle K – centra:

- Pomoc lidem v těžké životní situaci a při řešení jejich drogového problému.
- Snižovat negativní důsledky užívání nelegálních nealkoholových drog a patologického hráčství u osob ohrožených návykovým chováním v Olomouckém kraji.
- Podpora a motivace uživatelů sociálních služeb ke změně jejich dosavadního stylu života a snaha zapojit se znovu do života nového.
- Ochrana společnosti před možnými negativními důsledky zneužití návykových látek.
- Hlavním cílem je zlepšit kvalitu života klientů po všech stránkách – psychické i fyzické, zdravotní a sociální, které by umožňovalo jejich smysluplné zapojení do společnosti.

Pro koho je služba určena:

- problémovému intravenóznímu uživateli nelegálních nealkoholových drog
- uživateli těkavých látek
- uživateli psychofarmak
- osobě s kombinovanou závislostí
- osobě ohrožené patologickým hráčstvím
- dívce, těhotné ženě a matce ohrožené návykovým chováním
- rodičům, přátelům a příbuzným osob ohrožených návykovým chováním

Poskytované služby:

- výměnný program
- testování infekčních onemocnění, v současné době slinné testy na HIV, těhotenské testy z moči a testy na Hepatitidu C
- základní zdravotní ošetření
- informační servis
- sociální práce
- individuální poradenství
- hygienický servis
- potravinový servis
- krizová intervence
- individuální poradenství pro osoby blízké klientům – službu K centrum poskytuje prostřednictvím programu Ambulance adiktologie
- vstupní zhodnocení zdravotního stavu
- kontaktní práce

Základní zásady:

- Harm Reduction (minimalizace škod, v důsledku užívání drog)
- Public Health – ochrana veřejného zdraví před šířením škodlivých jevů ve společnosti (HIV, AIDS, Hepatitidy B a C)
- Nízkoprahovost – bezplatné služby, anonymita, služby bez nutnosti předchozího objednání či doporučení
- Veřejní přístupnost k službě
- Respektování volby uživatele služby
- Flexibilita a potřebnost
- Bezplatnost a anonymita
- Abstinence není podmínkou k využití služby

Klientova volba života je respektována a je k němu přistupováno individuálně a strukturovaně. Uživatel se může dobrovolně rozhodnout, zda službu využije či ne a má možnost volby programu v rámci oddělení Walhalla či celého systému péče o uživatele návykových létek. [20]

**PŘÍLOHA P IV: POTVRZENÍ O ÚČASTI NA I. MEZINÁRODNÍM
KONGRESU**

**UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Ústav zdravotnických studií**

*Integrovaní přístupy k prevenci
a péči o zdraví*

Zlín, 27. 11. 2008

POTVRZENÍ

o účasti na
I. mezinárodním kongresu
v délce 10 hodin
pro

Jitku Vyhlídalovou

narozenou 16. 12. 1985


Forma účasti na vzdělávací akci: aktivní

Souhlasné stanovisko: ČAS KK/6152/2008 dle vyhlášky MZČR č. 321/2008 Sb. § 3

Vzdělávací akce je určena (dle Zákona č. 96/2004 Sb.) pro:

VŠEOBECNÁ SESTRA – PORODNÍ ASISTENTKA – FARMACEUTICKÝ ASISTENT
ZDRAVOTNICKÝ ZÁCHRANÁŘ – ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK
ASISTENT OCHRANY VEŘEJNÉHO ZDRAVÍ – DENTÁLNÍ HYGIENISTA

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Ústav zdravotnických studií
760 01 ZLÍN 1


Mgr. Michaela Karafiátová

JAK SE DOŽÍT ZÍTŘKA?

...KDYŽ JSI MI TU
STRÍKAČKU PŮJČIL...
VĚŘIL JSEM TI!
TAK PROČ JSEM TEĎ
SÁM A DOKTOR ŘÍKÁ:
„MÁŠ AIDS“!?

?

help me!



kamarádi jsou "v
pohodě".....



nechráněný sex...

půjčování jehel....

POUŽÍVEJ VŽDY NOVOU
JEHLU A STRÍKAČKU!

NIKOMU NEVĚŘ!

POUŽIJ VŽDY KONDOM!

NEPŮJČUJ SI JEHLY ANI
OD "KAMARÁDA"