FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ
Studijní program Ošetřovatelství B 5341

Kateřina Plhalová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

POSTOJ SESTER K HIV NEMOCNÝM

Bakalářská práce

Vedoucí práce: MUDr. Radmila Pflugová Růžičková

PLZEŇ 2012

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 10.3. 2012 …….…….

vlastnoruční podpis

Ráda bych poděkovala vedoucí mé bakalářské práce paní MUDr. Pflůgové Růžičkové, za odborné vedení, cenné rady a čas, který mé práci věnovala. Dále bych ráda poděkovala své rodině, za podporu při studiu.

Anotace

Příjmení a jméno: Plhalová Kateřina
Katedra: Ošetřovatelství
Název práce: Postoj sester k HIV nemocným
Vedoucí práce: MUDr. Radmila Pflugová Růžičková
Počet stran: číslované 58, nečíslované 23
Počet příloh: 1
Počet titulů použité literatury:18
Klíčová slova: Postoj, sestra, pacient, HIV

Souhrn:

Tato práce se zabývá postojem zdravotních sester k pacientům s HIV. Teoretická část se skládá ze dvou kapitol. První pojednává o anatomii krve, která je s přenášením viru HIV spojená. Druhá kapitola osvětluje fakta o viru HIV, počínaje datem objevení, způsoby diagnostiky, možnosti nákazy, rizika, prevence a léčby. Praktická část se pak zabývá kvantitativním výzkumem, který je zaměřen na postavení zdravotních sester, jakožto odborníků k pacientům, již tímto virem nakaženým. O jejich zkušenostech, znalostech a převážně o tom, jak se zdravotní sestry před hrozbou této nákazy chrání. Účelem této práce je tedy poukázat na nedostatečnou ochranu, způsobenou pracovní degenerací při rutinních výkonech, při práci ať už s pacienty, tak i infikovaným materiálem.

Annotation

Surname and name: Plhalová Kateřina
Department: Nursing
Title of thesis: Position between nurse and HIV infected patiens
Consultant: MUDr. Radmila Pflovová Růžičková
Number of pages: numbered 58, unnumbered 23
Number appendices:1
Number of literature čems used: 18
Key words: attitude, nurse, patient, HIV

Summary:
The thesis deals is engaged in attitude nurses towards patient with HIV virus. Teoretical part is sort of two chapters. First is dealing anatomy of blood, which is related with transer of virus. Second chapter explain facts of the virus, as from date of discovery, way´s of diagnostics and infection, risk rating and health precaution. Practical part is treat of guantitative analysis, which is intent on position between nurses, as specialist, and patients. Theirs experiences, kowledges and mostly how are the nurses secure against infection. Purpouse of this thesis is point out on unsecurity protect, maked degeneration on rutine job preformance with patients or infected materials.

OBSAH

ÚVOD **7**

TEORETICKÁ ČÁST **9**

1 ANATOMIE KRVE **10**

1.1 Složení a funkce krve **10**
1.2 **Obranyschopnost** 10
1.2.1 Granulocyty 10
1.2.2 Agranulocyty 11
2 HISTORIE DIAGNOSTIKY VIRU HIV **12**
3 EPIDEMIOLOGIE **14**
3.1 HIV v ČR **14**
4 ETIOLOGIE **16**
5 PŘENOS HIV INFEKCE **17**
6 KLINICKÉ PROJEVY **19**
6.1 Stadium A **19**
6.2 Stadium B **19**
6.3 Stadium C **20**
7 TESTOVÁNÍ NA HIV POZOTIVITU **21**
8 LÉČBA **22**
8.1 Postexpoziční profylaxe **22**
8.2 Preexpoziční profylaxe **23**
8.3 Profylaxe oportunních infekcí **23**
9 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O HIV INFIKOVANÉHO PACIENTA **24**
10 PSYCHOSOCIÁLNÍ A ETICKÉ ASPEKTY **25**
11 PREVENCE **26**

PRAKTICKÁ ČÁST **27**

12 FORMULACE PROBLÉM **28**
13 CÍL A ÚKOL, STANOVENÍ HYPOTÉZ **29**
14 METODIKA VÝZKUMU **30**
15 VZOREK RESPONDENTŮ **31**
16 ZPRACOVÁNÍ ÚDAJŮ **32**
17 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ **59**
18 DISKUZE **63**

ZÁVĚR **64**

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH TABULEK

SEZNAM POUŽITÝCH GRAFŮ

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHY

ÚVOD

Téma postoje sester k HIV nemocným jsem se v první řadě pro svou bakalářskou práci zvolila proto, že si sama osobně myslím, že problematika HIV a vše, co se okolo něj zkoumá (vývoj nemoci, příčiny, přenos, diagnostika, léčba, prevence, apod.) je již dané. Za uplynulých 25 let bylo k tomuto tématu publikováno a vydáno několik sdělení, napsáno tisíce knih a svoláno obrovské množství kongresů a konferencí po celém světě. A vzhledem k tomu, jak jde dnešní hektická doba neustále kupředu a je plná narušeného životního stylu, rizikového chování a dalších jiných případů, které jsou jen důkazy pokřivené morálky a snížení společenských hodnot.

Je velmi důležité, zaměřit se v oblasti této problematiky jiným směrem. A to směrem sestra versus pacient. Vzhledem ke statistickým údajům, které říkají, že v ČR se virem HIV v dnešních číslech nakazí průměrně jeden člověk za dva dny, oproti tomu, jak to bylo před pár lety, kdy se jeden člověk nakazil za čtyři dny. Je patrné, že pacientů s touto diagnózou přibývá a je více než jasné, že až jich tu bude nad rámec, bude se o ně muset „někdo“ postarat. V dnešní době by to ne každá sestra zvládla, protože ne každá má takové informace, které by měla o HIV a jeho důsledcích vědět. Nehledě na to, že čím víc pacientů s HIV bude přibývat, tím většímu riziku nakažení budou sestry vystavovány, a jak se mají chránit před něčím, o čem nemají dostatečné znalosti.

Druhým důvodem, proč mne toto téma zaujalo, bylo, že po celou dobu svého studia, ať už na střední zdravotnické či vysoké škole se mne, když pominu povinné přednášky a semináře, téma s HIV problematikou „vyhýbalo“.

Vyhýbalo v tom slova smyslu, že jsem se jí sama nikdy aktivně nezabývala. Toto téma, stejně jako téma drog, alkoholismu, promiskuitního chování, s čímž je veřejností nakažení viru HIV spojováno, to vše mne nikdy jako téma k bádání nepřišlo zajímavé. Nejspíše proto, že v mém blízkém okolí není nikdo, kdo by spadal do některé z těchto problematických skupin. A nejspíše také proto, že všechny tyto případy sama vnitřně odsuzuji a lidé, kteří propadnou drogové závislosti, nebo mají náhodný, nechráněný styk s někým, koho vidí poprvé v životě, upřímně nechápu.

A právě tím, jak jsem zdárně po celé roky studia toto téma takzvaně „hákovala“, vnitřně cítím, že je na čase, abych se mu konečně pořádně „podívala na zoubek“.

V teoretické části mé bakalářské práce se zabývám poznatky o viru HIV jako celku a z části pak anatomií krve, v níž se nejčastěji virus HIV šíří. Praktická část je zaměřená na kvantitativní výzkum, který provádím na základě vyplněných dotazníků, které jsem rozdala zdravotním sestrám jak na standardních, tak na infekčním oddělení Fakultní nemocnice Plzeň. Záměrem toho výzkumu, je poukázat na to, do jaké míry jsou zdravotní sestry s problematikou HIV seznámeny, kam až sahají jejich teoretické znalosti, jak se staví k HIV pozitivním pacientům z hlediska morálky a jak jsou navyklé chránit sami sebe z hlediska prevence možnosti nakažením se tímto virem. Samozřejmostí je zpracování těchto výsledků v grafech, kde je patrné srovnání mezi znalostmi a postojem sester na standardním oddělení oproti vyškolenému infekčnímu oddělení. Nedílnou součástí mého výzkumu je i zpracování dotazníků, rozdaných přímo pacientům s HIV, kteří pravidelně docházejí do HIV poradny na infekční kliniku ve Fakultní nemocnici Plzeň- Bory. Tito pacienti souhlasili s anonymním vyplněním dotazníku, aby přispěli s názory a zkušenostmi z jejich pohledu.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE KRVE

1.1 Složení a funkce krve

Krev je hlavním spojovacím článkem mezi buňkami tkání a zevním prostředím organismu. Jedná se o červenou, neprůhlednou tekutinu. Tekutou tkáň skládající se z krevní plazmy a krevních buněk. Tvoří zhruba 1/13 celkové hmotnosti těla a její celkový objem je v průměru 4-6 litrů.

Funkce, které hrají roli, při přenosu viru HIV jsou:

Transportní funkce

Vlivem transportní funkce dochází skrz krevní cestu k rozvodu dýchacích plynů, živin, tepla, hormonů, vitamínů a dalších látek.

Specifické funkce

Sem řadíme schopnost udržování stálého vnitřního prostředí. Obrannou funkci krve zajišťující ochranu proti vniknutí cizorodých látek a organismů do těla.

1.2 Obranyschopnost

Na této funkci se podílejí tzv. bílé krvinky (leukocyty), což je skupina velmi různorodých buněk, jejichž množství se pohybuje mezi 4-7x 10^9/l. Podle jejich stavby, tvaru jader a velikosti je dělíme na granulocyty a agranulocyty.

1.2.1 Granulocyty

Které se dále dělí podle obsahu hrudek v jejich cytoplasmě a to na granulocyty neutrofilní, eozinofilní a basofilní. Granulocyty všeobecně se účastní obranných reakcí našeho organismu. Neutrofilní a eozinofilní granulocyty přispívají k této obraně tak, že pohlcují cizorodé částice. Tomuto procesu se odborně říká fagocytóza. Oproti tomu basofilní leukocyty jsou typické obsahem heparinu a hrají podíl při srážení krve, což je forma obrany mechanismu bránící vstupu infekce při poranění, či ztrátě krve.

1.2.2 Agranulocyty

Podle tvaru dělíme na lymfocyty a monocyty. Stejně jako granulocyty jsou jejich původcem kmenové buňky kostní dřeně. Jejímž postupným vývojem dále skupinu lymfocytů dělíme na dvě další podskupiny.

Lymfocyty

a) T-lymfocyty, které dozrávají v thymu a mají dlouhou životnost. Účastní se na tvorbě protilátek, uvolňují látky zesilující fagocytární aktivitu makrofágů. A jejich úkolem je také tlumení obranných reakcí organismu, když už mu nehrozí žádné riziko.
b) B-lymfocyty tak, jako ostatní bílé krvinky pocházejí rovněž z kostní dřeně. Po setkání s cizorodou látkou, jako je bakterie či vir se začnou množit, umí měnit své vlastnosti i tvar. Díky této schopnosti se jim v konečné fázi těchto změn říká plazmatické buňky, které tvoří a uvolňují protilátky.

   Na svém B-lymfocyty receptory, prostřednictvím kterých rozeznávají antigeny. Po rozeznání příslušného antigenu napadením organismu dané bakterie či viru, se lymfocyt začne dělit a vytvářet tzv. klony B buněk, ze kterých se postupně stávají plazmatické buňky. Všechny pak společně tvoří a uvolňují protilátky proti příslušnému antigenu.

Monocyty

Často pronikají do tkání, kam se dostávají z krevního oběhu. Zde se pak mění na makrofágy a díky této změně tu fagocytují a vytvářejí tak nespecifický, přirozený obranný mechanismus organismu, který hraje důležitou roli při odstraňování bakterií a jiných cizorodých látek. **(13, 16)**

2 HISTORIE DIAGNOSTIKY VIRU HIV

Vysvětlení pojmů týkajících se obsahu bakalářské práce:

Zkratkou HIV se rozumí Human Immunodeficienty Virus, neboli virus lidské imunodeficience. AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome), neboli syndrom získané imunodeficience. **(14)**

Pojmem „sestra“ se rozumí zdravotnická pracovnice, která již absolvovala vzdělávací program ošetřovatelství a splňuje zákonné podmínky pro vykonávání tohoto povolání. **(17)**

Historicky první poznatky o lidském viru imunitní nedostatečnosti byly zaznamenány v březnu v roce 1981, kdy u dvou dosud zdravých mužů popsal newyorský dermatolog Friedman-Kien kožní nádor, Kaposiho sarkom, který dosud v takové věkové skupině nebyl diagnostikován. Oba muži se přitom netajili užívání kokainu, marihuany, LSD a praktikování homosexuálního styku.

V témže roce nezávisle na sobě prokázal Dr. Gottieb u dalších pěti mladých mužů v Los Angeles kandidózu dutiny ústní, cytomegalovirovou infekci a pneumocystovou pneumonii, jenž byla doprovázena závažnou deplecí CD4+ T-buněk.

Zanedlouho na to, další lékaři začali pozorovat mezi mladými homosexuály, kteří byli doposud po všech stránkách zdraví, neobvyklé a do té doby nevídané případy vzácných oportunních infekcí, nádorů a nevysvětlitelných perzistujících lymfadenopatií. U všech těchto mužů byl krevními testy prokázán mimořádný pokles CD4+T-buněk, tedy hluboký rozvrat imunity neznámého původu.

V první řadě se soudilo, že tento syndrom získané imunitní nedostatečnosti má určitou spojitost s typickým chováním gayů či látky užívané k zesílení erekce (poppers), ale v potaz byl brán i imunosupresivní účinek spermatu. Později však lékaři toto onemocnění diagnostikovali u hemofiliků, sexuálních partnerů infikovaných a jejich dětí. Z hlediska epidemiologie vyplynulo, že se jedná o nové infekční onemocnění, které je přenosné krví a sexuální cestou.

V období mezi lety 1983.1984 dodaly nezávisle na sobě tři výzkumné týmy Montagneir v Pasreurově ústavu v Paříži, Robert Gallo v Národním onkologickém

institutu v Bethesdě a J.A. Levy na Kalifornské univerzitě v San Francisku nezvratné virologické a epidemiologické důkazy o tom, že příčinou AIDS () je virus, který byl později v roce 1986 nazván zkratkou HIV (human immunodeficiency virus)

V tomto samém roce byl u jedinců ze západní Afriky identifikován příbuzný virus, nazvaný HIV-2, u něhož jsou cesty přenosu naprosto stejné, častější je však u tohoto typu přenos heterosexuální a progrese infekce až do stadia AIDS je oproti prvnímu typu HIV-1 pomalejší. Oba viry jsou však patogenní výhradně pro člověka. HIV-1 se ve větší míře vyskytuje hlavně v Evropě a USA, kdežto HIV-2 je přirozeně rozšířen v západní Africe.

V roce 2008 byla L. Montagneirovi a F. Barré-Sinousovi za objev viru HIV a za jeho diagnostikování, udělena Nobelova cena. (infekční lék a HIV v chirurg. Oborech!!!)

Úplně prvním a nejstarším průkazem části genomu HIV v lidském organismu byl však nalezen ve vzorku plazmy dospělého muže z Belgického Konga (Zaire) z roku 1959. Na podkladě fylogenetické příbuznosti viru HIV s opičími retroviry SIV je patrné, že HIV-1 se postupně vyvinul z viru postihujícího šimpanze. Zatím co vzniknutí viru HIV-2 dali příčinu jeho prvotní nositelé, kterými byly zelené opičky mangabejové. K nakažení člověka a k přenesení infekce došlo pravděpodobně při zabíjení opic a využití jejich masa jako zdroje potravy. **(2,18)**

3 EPIDEMIOLOGIE

HIV infekce je onemocnění existující poměrně krátkou dobu, ovšem s tendencí rychlého šíření po celém světě. Odhady UNAIDS (Organizace spojených národů, viz. prevence) popisují, že v roce 2007 žilo s virem HIV 33 miliónů lidí. Od té doby každý rok přibývá zhruba 4 miliónů nově infikovaných osob. Přičemž denně se nakazí něco kolem 10-15 000 lidí a z toho je 15% dětí ve věku do 15ti let**. (2)**

Nejvíc postiženou oblastí zůstává Afrika a to v zemích jako je Svazijsko a Botswana. Zde je výskyt HIV mezi populací vyšší než 25%, odhaduje se, že se jedná zhruba o 21 milionu žijících. To znamená, že je v některých oblastech virem HIV nakažen v podstatě každý třetí obyvatel. A denně tu na AIDS zemře zhruba 9 000 lidí.

Další nárůst v posledních několika letech zaznamenala východní Evropa (Rusko, Ukrajina, Estonsko). Zde větší procento nákazy způsobuje injekční užívání drog. Během první poloviny 80. let se HIV rozšířilo i do zemí západní Evropy a dalších světadílů. Od té doby se cesty přenosu rozšířily po celém světě a v dnešní době je velmi obtížné je definovat. Vzhledem k tomu zaznamenáváme vážnou situaci v jihovýchodní Asii a zemích bývalého Sovětského svazu, kde je navíc špatná ekonomické situace a tito lidé nemají dostatečné finanční prostředky jak na spolehlivé testování, tak na léčbu antiretrovirovými léky. **(2,6,18,)**

3.1 HIV v ČR

Náš stát lze víceméně stále označit za zemi s nízkým výskytem infekce HIV. Hrozbou však je vzestup nově diagnostikovaných případů v posledních 3 letech, kdy se s každým nově příchozím rokem toto číslo zvyšuje.

Nejčastější cestou přenosu viru HIV je u nás homosexuální styk, který má ze všech případů 55%, 31% pak zaujímá styk heterosexuální a 5-7% injekční forma nakažení. Ostatní procenta jsou součtem nakažení z matky na plod, podáním krevní transfůze, nakažení u hemofiliků, nosokomiální nákazy a jiné nezjištěné příčiny. Ze všech nakažených si z dlouhodobého hlediska drží stabilní 20% podíl ženy. Věkový průměr nakažených je u nás 32 let. A nejvíce postiženými regiony je hl. město Praha,

středočeský kraj a Karlovy Vary. Celkem evidovaných případů nakažených virem HIV v ČR je podle statistik Státního zdravotního ústavu v Praze bylo 31.12.2011 1675, z toho 341 jedinců již ve stadiu AIDS. **(18)**

Dle Evropského centra pro kontrolu nemocí a jeho odhadů o své nákaze virem HIV neví minimálně dalších 20-25% infikovaných. Jejich celkový počet by tedy měl být mezi 1600-2500. Toto procento je velmi blízko celoevropskému odhadu, v němž se předpokládá, že o své nákaze nemá ponětí třetina osob. To má samozřejmě za následek epidemiologický dopad, neboť riziko šíření nákazy je 3,5x vyšší než od člověka, který o své HIV pozitivitě ví. **(2,18)**

4 ETIOLOGIE

HIV patří do podskupiny lidských retrovirů a než vyvolá samotnou infekci, je schopen přežívat dlouhou dobu v napadených buňkách. Častější je typ HIV-1, který vyvolává většinu přidružených onemocnění. Velikost virové částice je 110nm a je kulatého tvaru, jádro viru má konický tvar a svou funkcí a složením je totožné k nukleoplastidě jiných virů.

Má vysoký sklon vázání se na membránový znak CD4 antigenu, který se převážně vyskytuje v krvi na T lymfocytech, dále v menší míře na povrchu monocytů, makrofágů, dendrických buněk, gliových buněk a v malé míře i na určitých buňkách endotelu a střevní sliznice. Virový protein se váže na receptor CD4 a tato vazba dovolí viru vstoupit do buňky. Po jeho proniknutí se uvolní virová RNA, virový genom je z této RNA přepsán specifickým virovým enzymem reverzní transkriptázou do dvouřetězcové DNA, jenž je v cirkularizované formě začleněn virovou integrázoudo chromosomu napadené buňky. Jakmile se T lymfocyt aktivuje, dochází k přepisu informace, syntéze virových proteinů a uvolnění nových virionů. To vše se může dít, aniž by infikovaný člověk měl jakékoliv příznaky, proto se intenzivní množení viru po nějakém čase dopracuje nepozorovaně až k úplnému selhání a destrukci imunitního systému. **(10)**

5 PŘENOS HIV INFEKCE

Tato infekce se přenáší sexuální cestou, parenterálně krví a vertikálně, z matky na plod. Tyto cesty přenosu jsou dány přítomností viru v krvi, vaginálním sekretu a spermatu infikovaných osob. V malém množství se virus vyskytuje i ve slinách a slzách, k přenosu infekce s jejich stykem však nedochází.

5.1 Sexuální přenos

Je nejčastějším způsobem přenosu. Dojít k němu může jak při vaginálním, tak i análním styku a to jak u heterosexuálů, tak i homosexuálů. Statistiky poukazují na to, že ve většině případech, až ze 70% dochází k přenosu způsobem heterosexuálním stykem, neboť počat nakažených homosexuální formou od počátku klest o 5-10%.

Vstupní branou pro vniknutí infekce je sliznice pohlavního ústrojí či konečníku. Přestup umožňují mikroskopické léze, největší vstupní branou jsou však poranění (oděrky, trhlinky), které na sliznici během sexuálního aktu běžně vznikají. Nejvíc ohrožení jsou jedinci praktikující sexuální styk anální, neboť sliznice tlustého střeva ani konečník k tomuto aktu nejsou fyziologicky přizpůsobeny a tak je riziko vzniku oděrek a drobných krvácejících ranek mnohem větší.

Riziko nakažení je vyšší z přenosu z muže na ženu a pravděpodobnost nakažení se odráží od počtu nechráněných pohlavních styků s nakaženou osobou, přičemž není vyloučena možnost, nakažení se hned napoprvé.

5.2 Parenterální přenos

K tomuto typu přenosu viru HIV dochází nejčastěji u uživatelů drog a to při používání společných jehel k jejich aplikaci. Dále je také možná nákaza při tetování či aplikaci akupunktury nesterilními jehlami. V historii byly zaznamenané případy nakažení virem HIV při podání netestovaných krevních transfuzí.

5.3 Vertikální přenos

Toto riziko ovlivňuje stadium HIV infekce matky a jeho léčba. Dochází k němu většinou při porodu či ojediněle při kojení. V Evropě se tato pravděpodobnost přenosu odhaduje na 20-30%, ale vedením porodu a podáním antiretrovirové terapie jak matce, tak dítěti, lze toto riziko snížit až na 8%. Nejhorší prognózu mají matky drogově závislé, při současné vaginální infekci a při porodu vaginální cestou. **(2, 10)**

6 KLINICKÉ PROJEVY

Působení viru HIV v lidském organismu má celkem tři stadia vývoje.

6.1 Stadium A

Po proniknutí viru do organismu nastává tzv. akutní HIV infekce, která se dostaví zhruba u 70% infikovaných. Nemá však žádné specifické příznaky, a tak ani nebývá často rozpoznána.

S prvními projevy se u pacientů setkáváme, až mezi 2.-6.týdnem po nakažení, nejčastěji je to kolem 4. týdne, kdy má pacient příznaky jako u klasické chřipky. Nejčastěji manifestují jako febrilní stavy s tonzilofaryngitidou, suchým dráždivým kašlem, bolestí svalů a kloubů. S častou přítomností enantémů, ulcerací na sliznicích, popřípadě výskytu sooru. Téměř ve všech případech se objevuje zvětšení lymfatických uzlin a to dlouhodobě a v mnoha oblastech.

V této době dochází v těle k prvotnímu vytváření HIV protilátek, které jsou již rozpoznatelné screeningovým HIV testem. Je třeba podotknout, že v tomto období je vzhledem k vysoké virémii, riziko přenosu na dalšího jedince velmi vysoké. A to jak v přenosu krevní cestou, pohlavním stykem, u HIV pozitivních těhotných žen, může dojít k vertikálnímu přenosu infekce na plod.

Po tomto krátkém období následuje asymptomatický průběh, trvající několik let. Pokud se daný pacient neléčí protivirovou léčbou, může toto období trvat zhruba 8-9 let. Byť netrpí nakažený žádnými příznaky, dochází v jeho těle k intenzivní replikaci viru a to zejména v lymfatické tkáni.

6.2 Stadium B

Než dojde k samotnému vypuknutí AIDS, což je u každého jidince individuální. Může se objevit další pokles výkonnosti imunitního systému, charakterizovaný výskytem malých oportunních infekcí, jenž jsou často spojeny se snížením hmotnosti, nočním pocením, febrilními stavy, nechutenstvím a únavou. Jedná se o neuropatie, kožní onemocnění, průjmy, trombocytopenické, purpury, organické změny CNS, kandidózy různého původu, recidivující herpes zoster a u žen časté záněty malé pánve.

6.3 Stadium C

Pokud se pacient stále neléčí protivirovou léčbou, nastává po objevení těchto příznaků, jako důsledek úplného vyčerpání imunologické kompenzace, za pár měsíců stadium AIDS. Toto je konečné stadium, kdy organismus není schopen jakékoliv obranyschopnosti a člověk v podstatě umírá na naprosto banální nemoc, jako je například obyčejná rýma. **(10,18)**

7 TESTOVÁNÍ NA HIV POZITIVITU

V ČR lze na HIV infekci testovat již od roku 1985. Z důvodů nakažení 14 příjemců krevních transfuzí a 17 hemofiliků, podáním netestované krevní konzervy, je u nás od roku 2000 testování dárců krve a orgánů zákonem nařízené. Déle se u nás na HIV pozitivitu a včasné odhalení HIV infekce testují povinně během těhotenství těhotné ženy.

Testovat pacienty, kteří mají podezření pro nakažení virem HIV je možné až za 2-3 měsíce po uplynutí posledního rizikového chování, které by mohlo být jeho příčinou. Nechat se testovat je možné i u svého praktického lékaře, kde je ve většině případů tento odběr zpoplatněn a pacient si testování musí hradit sám. Další možností jsou specializované poradny, kde se pacient může nechat testovat anonymně a je mu poskytnutý i náležitý odborný poradenský servis.

Pro testování se používají protilátkou Elisa testy, společně v kombinaci s testem na antigen p24. Další možností je tzv. slinný test, i když pro pacienty nepohodlný z důvodu dlouhého slinění odběrové lopatičky, které trvá zhruba 3-5 minut.

Pozitivita HIV nákazou se potvrdí přítomností protilátek proti HIV viru, které jeho organismus po infikování vyrábí. Jakmile se přítomnost těchto protilátek v krvi pacienta potvrdí, je důležité co nejrychleji začít s protivirovou terapií.

(6)

8 LÉČBA

Prvním antiretrovirovým lékem aplikovaným do praxe v roce 1987 byl zidovudin. Brzy na to se začaly podávat další přípravky, které se dělí do určitých skupin, podle místa zásahu do replikačního cyklu viru.

Od roku 1996 se praktikuje standardní léčebný postup spočívající v kombinační léčbě označené jako HAART (highly aktive antiretroviral therapy). V níž se onemocněným podávají celkem tři léky ze dvou různých skupin, nejčastěji se jedná o dva nukleosidové inhibitory reverzní transkriptázy a jeden proteázový inhibitor. Tato metoda vede k eliminaci HIV v periferní krvi, nikoliv jejímu úplnému odstranění, jelikož se doposud nenašla taková látka, která by to dokázala, a pacienty s HIV by bylo možno zcela vyléčit. Je ve snaze odborníků alespoň snížit příznaky této nemoci a podstatně prodloužit a zkvalitnit infikovaným život.

Důležité pro pacienta je, aby léčbu pravidelně dodržoval, neboť proměnlivost HIV způsobuje na léčbu rezistentnost. Pokud se tedy pacient pro tak složitou a finančně velmi náročnou léčbu rozhodne, pravidelnost užívání léků musí být 100%.

V dnešní době se daří pacientům léčbu usnadnit natolik, že farmaceutické firmy začaly vyrábět pro pacienty s HIV kombinované přípravky, obsahující několik účinných látek v jedné tabletě najednou. Další výhodou jsou přípravky s dlouhodobým biologickým poločasem, které je možné požít pouze v jedné denní dávce, proto jsou také organismem pacienta lépe snášeny a nemají tolik vedlejších účinků.

Terapie není důležitá jen kvůli snaze o snížení příznaků, oddálení stadia AIDS a prodlužování života infikovaného, ale má velký podíl i na snížení možného rizika dalšího přenosu na jiného jedince. Pokud dojde k takové situaci, kdy je pravděpodobné nakažení další osoby, existuje možnost, jak tuto skutečnost zvrátit. (2,6,10)

8.1 Postexpoziční profylaxe

Jedná se o krátkodobé podání kombinace protivirových léků. Tato terapie se praktikuje po ojedinělém riziku, kdy není infekce ještě prokazatelná, například při poranění použitou jehlou od infikovaného pacienta u zdravotnického personálu, ale i u

selhání ochrany (kondomu) při styku s HIV pozitivním jedincem. Tento druh preventivní léčby však musím být podaný do 24 hodin po jakékoliv náhlé události, při které mohlo k nakažení virem HIV dojít. Léčba je podávána pracovníky v AIDS centru příslušné infekční kliniky. Je však finančně velmi nákladná, jedná se o částku 15-20 000kč. A je u ní vysoké riziko vedlejších účinků a není garantovaná 100% účinnost.

8.2 Preexpoziční profylaxe

Jedná se o kombinovaný lék Truvada, který lze použít v rámci prevence a zabránit tak přenosu HIV infekce při pohlavním styku s infikovaným jedincem.

8.3Profylaxe oportunních infekcí

Je další nedílnou součástí v péči o zdravotní stav u pacienta s HIV, u kterých došlo k výraznému poklesu buněčné imunity. Jde o soubor terapeutických postupů, jenž mají zabránit čerstvé infekci, či jejímu opakovanému návratu. Jedná se o sekundární profylaxi, jejímž úkolem je omezit vznik recidiv. Nedílnou součástí je proto u těchto pacientů preventivní očkování. **(10,18)**

9 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O HIV INFIKOVANÉ PACIENTY

Odhalení HIV infekce u pacientů podléhá hlášení Národní referenční laboratoři pro AIDS Státního zdravotního ústavu v Praze. Pacienti jsou odesílání na specializovaná pracoviště, nejčastěji se jedná o AIDS centrum FN Bulovka v Praze, či na některé z regionálních AIDS center v rámci infekčních klinik a velkých infekčních odděleních. V takových AIDS centrech je o pacienta pečováno nejen po odborné péči, ale lékaři zde v podstatě zastupují činnost praktického lékaře.

Je třeba podotknout, že péče o HIV infikovaného pacienta není v základních bezpečnostních pravidlech nikterak odlišná od péče o jakéhokoliv jiného pacienta. Při běžném kontaktu s nemocným, tedy při klasickém fyzikálním vyšetření, nemusí ošetřující personál používat žádné speciální ochranné pomůcky. Jen v případě přítomnosti tuberkulosy si vyšetřující nasadí ústní roušku. Co se týče odběru biologického materiálu, tak jak je tomu i u ostatních pacientů, provádí se zásadně v rukavicích. Při poskytování péče vyžadující u pacienta s HIV invazivnější zákrok, k rukavicím se přidá ještě použití ústní roušky se štítkem k ochraně očí, popřípadě igelitová zástěra. Pokud se zásah týká chirurgického výkonu, je doporučováno brát si rukavice dvoje. Veškeré pomůcky jsou jednorázového charakteru.

Předměty, které pravidelně používá pacient, jako je teploměr, mísa, močová lahev a pomůcky k osobní hygieně musí mít pacient s HIV vlastní. Jejich dekontaminace, stejně jako ostatních nástrojů, jenž byly u pacienta s HIV použity, se dezinfikují a sterilizují běžným způsobem. Dezinfekce povrchů znečištěných biologickým materiálem se dekontaminují dezinfekčními prostředky a standardně mechanicky očišťují dle toho, jak je v daném zdravotnickém zařízení obecně doporučeno.

Péče o HIV infikované osoby je řízena formou pravidelných kontrol, které obsahují, jak samotné prohlídky pacienta, tak i laboratorní vyšetření. Na základě získaných výsledků těchto vyšetření stanovuje lékař již výše zmiňovanou protiretrovirovou léčbu, profylaxi oportunních infekcí a další léčebná opatření. Kontroly

jsou stanoveny v intervalech mezi 1-6 měsíci a odráží se od klinického stavu nemocného, imunologickým profilem a virovou náloží. (AIDS) **(10,11)**

10 PSYCHOLOGICKÉ A ETICKÉ ASPEKTY

Ať už u pacientů, kteří o své HIV pozitivitě vědí, či u těch, kteří na výsledek přítomnosti na protilátky anti-HIV teprve čekají, se objevuje pocit značné nejistoty, strach a obavy z nejrůznějších skutečností, které mohou nastat.

Kromě častých obav z pozitivity a sní spojené bezmoci, strádání a smti se velmi často dostavuje u těchto pacientů strach ze samotného prozrazení HIV pozitivity, homosexuality či bisexuality. Pacienti zažívají obavy ze ztráty stávajících partnerů, z nakažení blízkých a celkového odmítavého a odsuzujícího přístupu společnosti a blízkého okolí. Některé psychické reakce v globálu připomínají standardní průběh reakcí na sdělení diagnózy u jiných smrtelných chorob. Člověk prochází fázemi, jako je odmítání pravdy, uzavření se do sebe, osamocení, hněvu, smlouvání a deprese. Všechny tyto fáze mohou být nebezpečné pro pacientovo okolí, neboť vnitřní snaha o popření HIV pozitivity může vést i k jejímu úmyslnému šíření. Nakonec však přijde u většiny stadium smíření a přijetí.

Tyto fáze jsou často podloženy vnitřními pocity viny, výčitek a sebezpytování. Neboť onemocnění často postihuje právě osoby s problémovými rysy chování, jako je promiskuita, sexuální deviace, toxikomanie. Zpravidla se také jedná o lidi mladšího věku.

Pokud se pacient rozhodne o své HIV pozitivitě mluvit veřejně, bývá toto onemocnění samozřejmě velkou zátěží pro rodinu. První představy bývají často spojovány s homosexualitou, drogovou závislostí, nevěrou apod., což je velmi stresující i pro samotného pacienta. Pokud naopak nemocný nesouhlasí s informováním rodiny, musí lékař dodržet požadavek přísné mlčenlivosti. Důvodem zamlčení této skutečnosti bývá pro pacienta právě strach z negativního postoje společnosti. **(10,11)**

11 PREVENCE

V podmínkách ČR jsou preventivní opatření přenosu virové infekce HIV, stejně jako prevence dalších pohlavně přenosných chorob, zaměřena na osvětu ve výchově mládeže. Založené na pěstování pocitu odpovědnosti za své zdraví, morálně odsuzovaná promiskuita, předávání informací a prohlubování znalostí v oblasti možností přenosu HIV infekce. Proto je u mladých propagována zásada bezpečného sexu, za použití prezervativu. (2)

Dalším bodem jsou skupiny osob s rizikovým chováním (praktikující nechráněný pohlavní styk u prostitutek, promiskuitní chování u homosexuálů i heterosexuálů, používání společných jehel a stříkaček s návykovými látkami u drogově závislých). U těchto jedinců je zdravotní výchova vedena k odstranění návyků vedoucích k riziku přenosu HIV. Je tedy podporována možnost bezplatného anonymního vyšetření ohrožených osob či skupin obyvatelstva s tímto rizikovým chováním. (2,18)

Ve zdravotnictví je pak zásadou prevence důsledné používání jednorázových pomůcek a jejich náležitá dekontaminace a likvidování. Dodržování zásad asepse a vyšetřování dárců krve, orgánů a těhotných žen na HIV pozitivitu. (2)

Na prevenci HIV se podílejí četné dobrovolné organizace s preventivními programy v mezinárodním měřítku. Tyto programy jsou často spojovány boji proti diskriminaci HIV pozitivních jedinců. Další jsou zaměřené na testování lidí v nejvíce postižených oblastech. Globální boj proti HIV a AIDS v celosvětovém měřítku je oficiálně zastřešen jednotnou organizací UNAIDS (organizace spojených národů). (6, 18)

Konkrétně v ČR se léčbou, preventivní péčí a dispenzarizací zabývají již zmiňovaná AIDS centra, která se nachází v krajských městech při infekčních odděleních či klinikách. První AIDS centrum bylo založeno v roce 1986 ve FN v Praze na Bulovce a v následujících letech vznikaly další. Dnes tato centra pacientům poskytují komplexní péči jak v HIV problematice, tak i v péči vázané ke specifickým potřebám při boji s touto infekcí. (18)

PRAKTICKÁ ČÁST

12 FORMULACE PROBÉMU

Podle různých výzkumů a statistik, v nichž odborníci popisují velmi rychlý nárůst lidí s HIV pozitivitou, se během každého dne po celém světě nakazí zhruba 15000 lidí, což je naprosto zdrcující číslo, pokud se zamyslíme nad příčinou a způsoby jejich nákazy, kterým lze v mnoha případech velmi snadno předejít. Většina lidí si v dnešní době absolutně neváží svého zdraví, už vůbec ne svého života a co je ještě horší, neváží si ani života druhých. Kdyby tomu bylo naopak, nebylo by možné, aby se z onemocnění, kterým byla na začátku nakažená hrstka homosexuálů, stal, kvůli nezodpovědnému chování lidí celosvětový problém. A to i přes všeobecné vědomí toho, že na tuto smrtelnou a velmi nepříjemnou chorobu doposud nemáme žádný lék, jenž by byl schopný nakažené zcela vyléčit. Neexistuje ani žádné očkování. Jen prevence, kterou jako je patrné ze statistik, stále tisíce lidí denně bere na lehkou váhu a jejich rizikovým chováním hazardují se svými životy, i životy svých blízkých.

Snad nejhorší na tom všem je, že globálně nepřispívají jen případy jen případy nakažením se přes použitou jehlu u narkomanů, či nepoužitím kondomu při náhodném, nezodpovědném pohlavním styku, ale přispívá i případů nevinného nakažení, jako je přenesením infekce z matky na plod. Což je z pozice nakaženého dítěte velmi nespravedlivé, neboť je mu tato skutečnost dána do vínku. Aniž by měl šanci se před touto skutečností bránit.

Vzhledem k tomuto je jasný, že lidí s touto diagnózou bude v dalších letech neustále přibývat. Tudíž se sestry s takovýmito pacienty nebudou setkávat jen ve specializovaných AIDS centrech, či na infekčních odděleních a klinikách. Ale takovýto pacienti se budou neustále častěji objevovat i na standardních odděleních. Protože nikde není napsáno, že by si HIV pozitivní pacient nemohl ošklivě zlomit nohu tak, aby musel být hospitalizovaný na chirurgickém oddělení, neboť jich postupem doby bude mezi námi tolik, že je infekční klinika nebude moci pojmout.

Proto je důležité, aby bylo zdravotnictví na takovéto situace připraveno. Aby sestry měly dostatek informací, znalostí a byly schopny o tyto pacienty pečovat. A to bez předsudků a diskriminujícího přístupu.

13 CÍL A ÚKOL, STANOVENÍ HYPOTÉZ

Cílem mé bakalářské práce je pomocí dotazníkového šetření zjistit, jaký postoj zaujímají zdravotní sestry k pacientům s HIV. Jak na pacienty pohlížejí, jak je v globálu vnímají. Jaké mají znalosti o této problematice a jak jsou připravené na častější setkávání s pacienty s touto nákazou, které je dané vlivem jejich neustálého přibývání.

Dalším bodem je poukázat na nedostatečnou ochranu u většiny sester způsobenou pracovní degenerací při rutinních výkonech, které u pacientů s různými diagnózami provádějí a opomínají při tom používání ochranných pomůcek.

Hypotézy:

1) Předpokládám, že více než 50% dotazovaných sester nebude mít o problematice HIV dostatečné informace.
2) Předpokládám, že více než 50% dotazovaných sester bude mít o pacientech s HIV špatné mínění (odsuzování k závislosti na drogy, promiskuitě).
3) Předpokládám, že více než 70% dotazovaných sester bude mít zájem o větší informovanosti této problematiky.
4) Předpokládám, že více než 50% dotazovaných sester si při odběrech krve nebere rukavice u každého pacienta.

14 METODIKA VÝZKUMU

Pro zjištění veškerých informací jsem použila metodu kvantitativní, formou dotazníkového šetření. Pomocí anonymních dotazníků, které byly rozdány na standardních odděleních. Tuto metodu jsem zvolila z důvodu snadného oslovení většího počtu respondentek z jiných oddělení najednou. Díky tomu jsou shromážděné výsledky více objektivní.

Pro zpracování praktické části bylo tedy rozdáno celkem 100 dotazníků, návratnost původně byla 86%, proto jsem požádala staniční sestry na příslušných oddělení, aby na doplnění zbylých 14 dotazníků dohlédly. Celkem tedy návratnost po dodání těchto zbylých dotazníků byla 100%.

V úvodu dotazníku seznamuji respondentky s problematikou, kterou se v rámci svého šetření zabývám. S celkovou anonymitou odpovědí a s účelem využití získaných údajů výhradně pro svou bakalářskou práci.

Dotazník se dělí na dvě části a to na část obecnou a teoretickou. Celkem je tvořen 24 otázkami, z čehož jsou3 zaměřeny na respondentku, která ho vyplňuje, 6 na její fungování v praxi, 3 na její názor na HIV pacienta a posledních 12 otázek je zaměřeno na její teoretické znalosti v problematice HIV.

15 VZOREK RESPONDENTŮ

Na základě souhlasu vrchních sester daných klinik a staničních sester jednotlivých oddělení, jsem rozdala své dotazníky v celkovém počtu 100 výtisků na standardní oddělení nemocnice v Domažlicích a ve Stodu. Do každé nemocnice bylo dotazníků rozdáno celkem 50, tento počet se pak např. v Domažlicích rozdělil mezi 3 oddělení chirurgie a 3 oddělení interny.

Díky osobnímu dohlédnutí a apelování na zpětnou návratnost se mi podařilo od sestřiček získat plných 100% vyplněných dotazníků.

16 ZPRACOVÁNÍ ÚDAJŮ

Výsledky z rozdaných dotazníků a odpovědi na jednotlivé otázky jsem zpracovala do grafů a tabulek, ve kterých jsou informace uváděny pomocí relativní a absolutní četnosti. A pro jejichž vytvoření jsem použila počítačový program Windows-Microsoft Office Word 2007.

Veškeré výsledky dotazníkového šetření jsou blíže popsány v závěru.

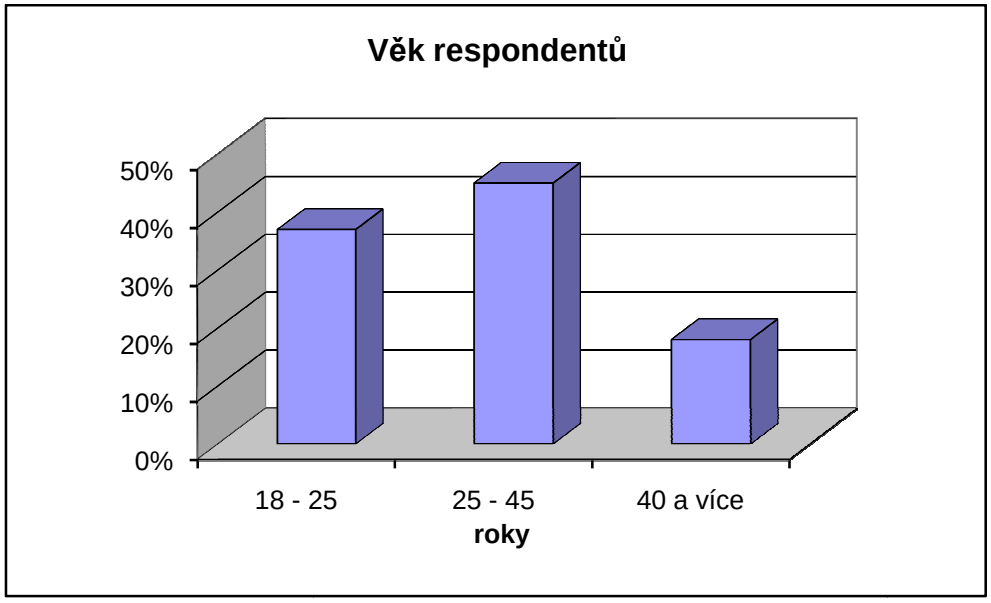
16.1 Dotazník pro sestry (viz příloha č. ….)

Vyhodnocení otázky č. 1. Kolik je Vám let?

Tab. 1Věkové rozhranní

Odpověď	**Věk respondenta**	
	absolutní četnost	relativní četnost
18 - 25	37	37%
25 - 40	45	45%
40 a více	18	18%
Celkem	100	100%

Graf 1 Věkové rozhranní



Z celkového počtu 100 (100%) respondentů, bylo 37% (37) sester ve věkovém rozmezí od 18-25let, 45% (45) sester ve věkovém rozmezí 25-40let a 18% (18) sester nad věkovou hranicí 40 let.

Vyhodnocení otázky č. 2 Nejvyšší dosažené vzdělání?

Tab. 2 Vzdělání

Odpověď	**Nejvyšší dosažené vzdělání?**	
	absolutní četnost	relativní četnost
Středoškolské	76	76%
Vyšší odborné	18	18%
Vysokoškolské	6	6%
Celkem	100	100%

Graf 2 Vzdělání

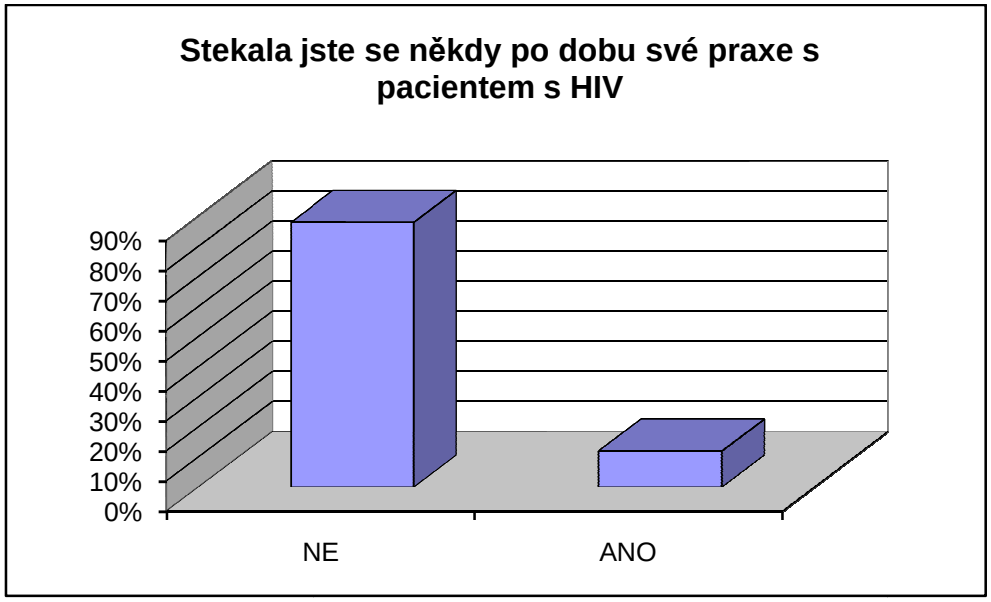
Ze 100 (100%) dotazováních získalo 56 (56%) středoškolské vzdělání, 27 (27%) vyššího odborného vzdělání a 17 (17%) vysokoškolského vzdělání.

Vyhodnocení otázky č. 3. Setkala jste se po dobu své praxe s pacientem s HIV?

Tab. 3 Setkání s pac s HIV

Odpověď	**Setkala jste se po dobu své praxe s pacientem s HIV**	
	absolutní četnost	relativní četnost
NE	88	88%
ANO	12	12%
Celkem	100	100%

Graf 3



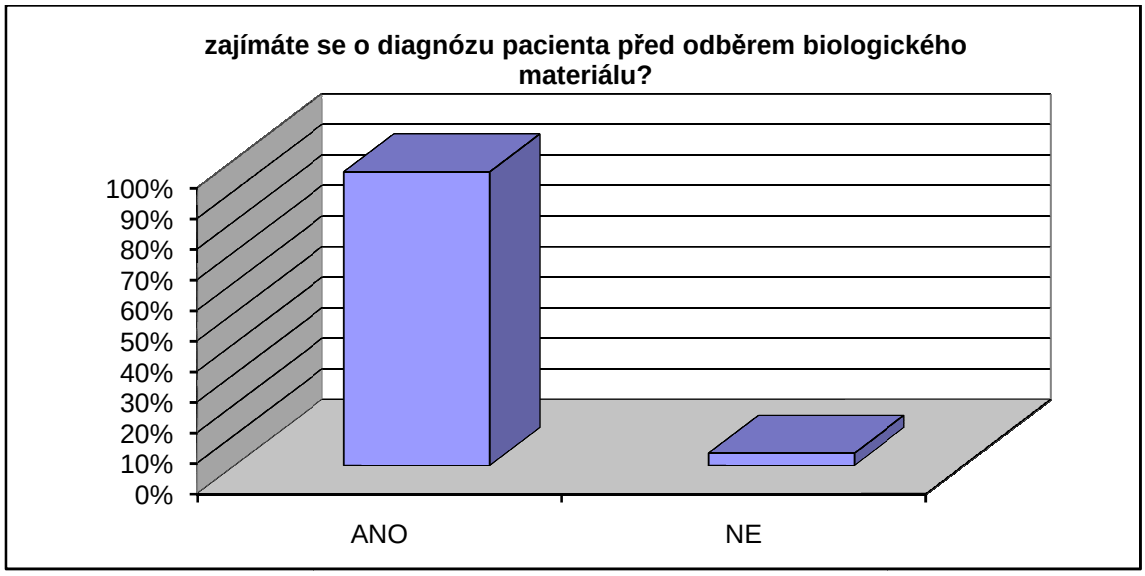
12 (12%) respondentů potvrdilo osobní zkušenost se setkáním s pacientem s HIV, oproti tomu 88 (88%) respondentů tuto zkušenost neguje.

Vyhodnocení otázky č. 4. Zajímáte se o diagnózu pacienta, před tím, než u něj jdete odebírat biologický materiál?

Tab. 4 Zájem o diagnózu

Odpověď	**Zajímáte se o diagnózu pacienta před odběrem biologického materiálu?**	
	absolutní četnost	relativní četnost
ANO	96	96%
NE	4	4%
Celkem	100	100%

Graf 4 Zájem o diagnózu



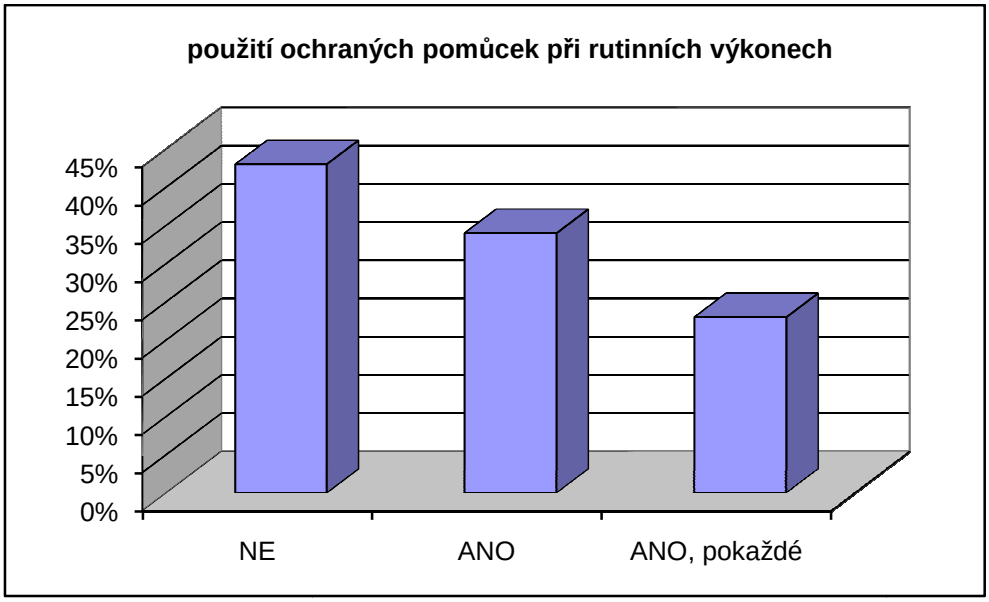
Ze 100 (100%) dotazovaných se 96 (96%) sester zajímá o diagnózu pacienta, kterému jdou odebrat biologický materiál, 4 (4%) sester se o jeho diagnózu hned nezajímá.

Vyhodnocení otázky č. 5. Používáte při těchto rutinních výkonech, jako je např. odběr krve ochranné pomůcky? (rukavice)

Tab. 5 Ochranné pomůcky

Odpověď	**Používáte při rutinních výkonech, jako je např. odběr krve ochranné pomůcky (rukavice)?**	
	absolutní četnost	relativní četnost
NE	43	43%
ANO	34	34%
ANO, pokaždé	23	23%
Celkem	100	100%

Graf 5 Ochranné pomůcky



Celkem 43 (43%) dotazovaných ze 100 (100%) odpovědělo, že si standardně neberou při rutinních odběrech krve ochranné rukavice, 34 (34%) si je bere jen, když ze strany

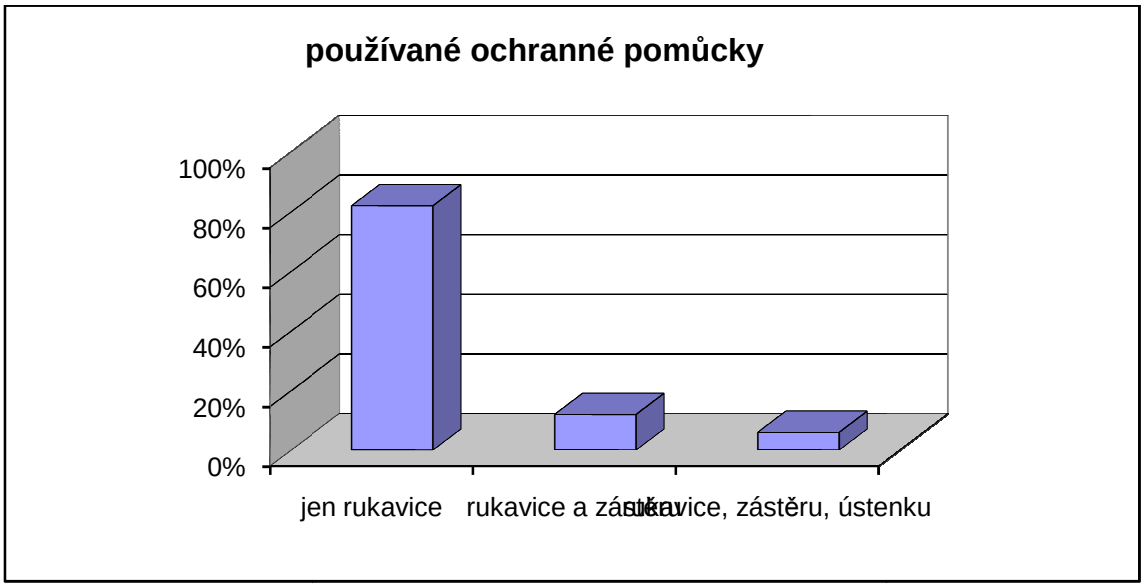
pacienta pociťují zvýšené riziko možnosti nějaké nákazy a 23 (23%) dotazovaných si lavice bere vždy.

Vyhodnocení otázky č. 6. Jaké ochranné pomůcky používáte u pacientů nejčastěji?

Tab. 6 Nejpoužívanější pomůcky

Odpověď	**Jaké ochranné pomůcky používáte u pacientů nejčastěji (odběr biolog. materiálů, hygienická péče apod.)**	
	absolutní četnost	relativní četnost
rukavice	82	82%
rukavice+ zástěra	12	12%
rukavice+zástěra+ústenka	6	6%
Celkem	100	100%

Graf 6 Nejpoužívanější pomůcky



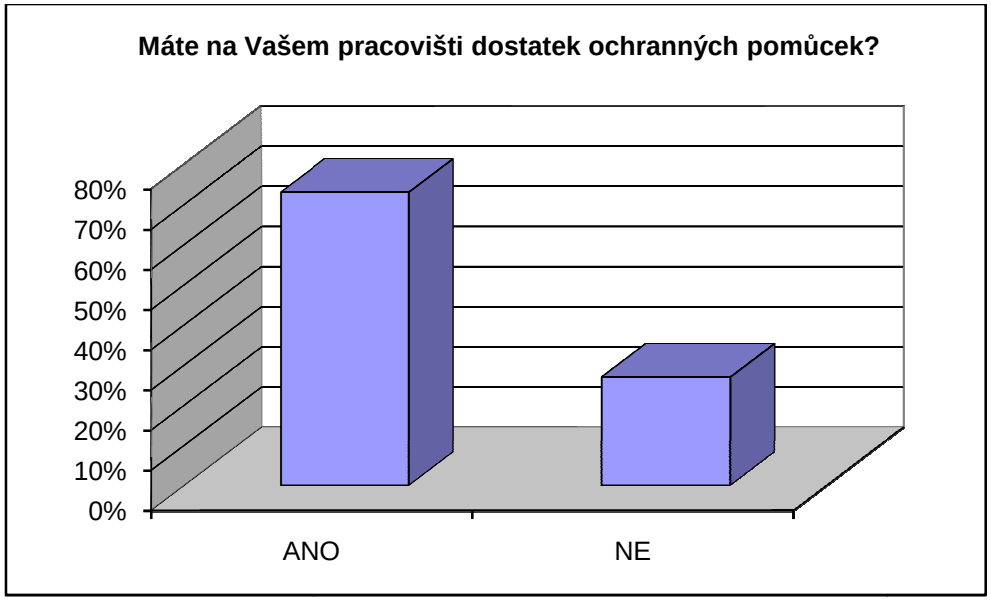
Nejčastěji používané pomůcky mezi 100 (100%) dotazovaných jsou u 82 (82%) využívány rukavice, z 12 (12%) rukavice + zástěra a 6 (6%) používá rukavice + zástěru+ústenku.

Vyhodnocení otázky č. 7. Máte na Vašem pracovišti dostatek ochranných pomůcek?

Ta7 Ochranné pomůcky

Odpověď	**Máte ve vašem pracovišti dostatek ochranných pomůcek?**	
	absolutní četnost	relativní četnost
ANO	73	73%
NE	27	27%
Celkem	100	100%

Graf 7 Ochranné pomůcky



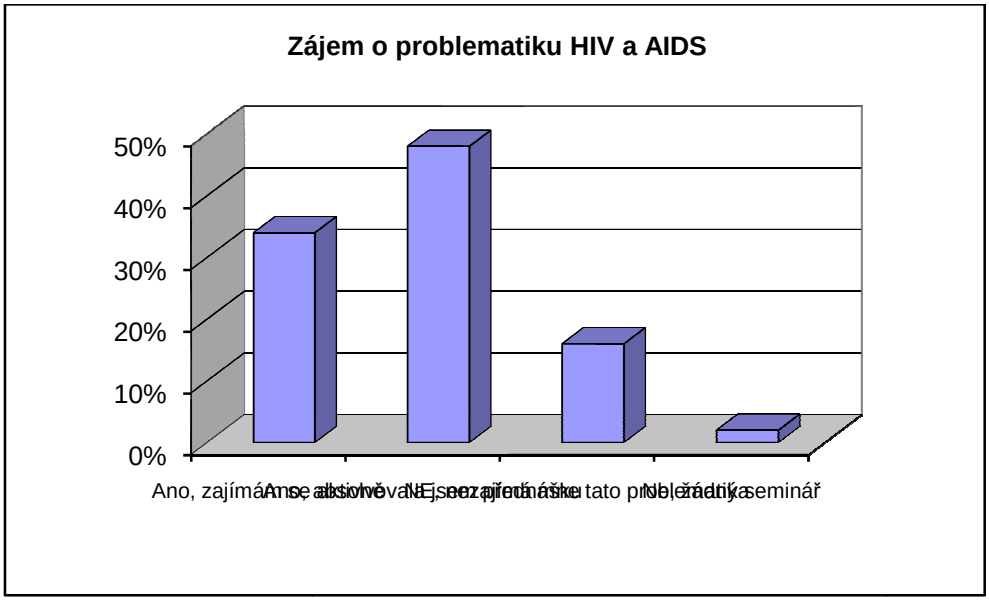
Z celkového počtu 100 (100%) dotazovaných odpovědělo 73 (73%), že mají na svém oddělení dostatek ochranných pomůcek, 27 (27%) má pocit, že tomu je naopak.

Vyhodnocení otázky č. 8. Zabýváte se problematikou HIV a AIDS?

Tab. 8 Zájem o HIV/AIDS

Odpověď	**Zabýváte se problematikou HIV a AIDS? Absolvovala jste někdy seminář či přednášku na toto téma mimo součástí přednášek při studiu?**	
	absolutní četnost	relativní četnost
Ano, zajímám se aktivně	34	34%
Ano, absolvovala jsem přednášku	48	48%
NE, nezajímá mne tato problematika	16	16%
Ne, žádný seminář	2	2%
Celkem	100	100%

Graf 8 Zájem o HIV/AIDS



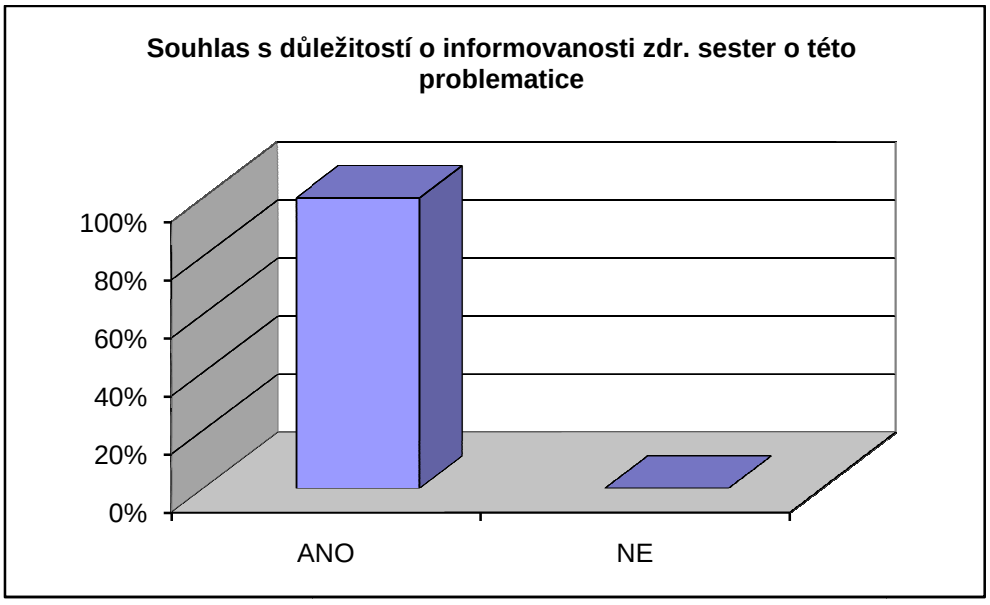
34 (34%) z dotazovaných se o problematiku HIV/AIDS zabývá aktivně, 48 (48%) jich absolvovalo nějakou přednášku či seminář, 16 (16%) sester se k tomuto tématu staví s negativním zájmem a 2 (2%) dokonce nikdy neabsolvovaly žádné školení

Vyhodnocení otázky č. 9. Myslíte si, že je důležité, aby sestry o této problematice byly více informovány?

Tab. 9 Důležitost informovanosti

Odpověď	**Myslíte si, že je důležité, aby zdravotní sestry byly více informovány o této problematice? O vývoji nemoci, péči o pacienta HIV pozitivního, o možnostech nákazy apod.**	
	absolutní četnost	relativní četnost
ANO	100	100%
NE	0	0%
Celkem	100	100%

Graf 9 Důležitost informovanosti



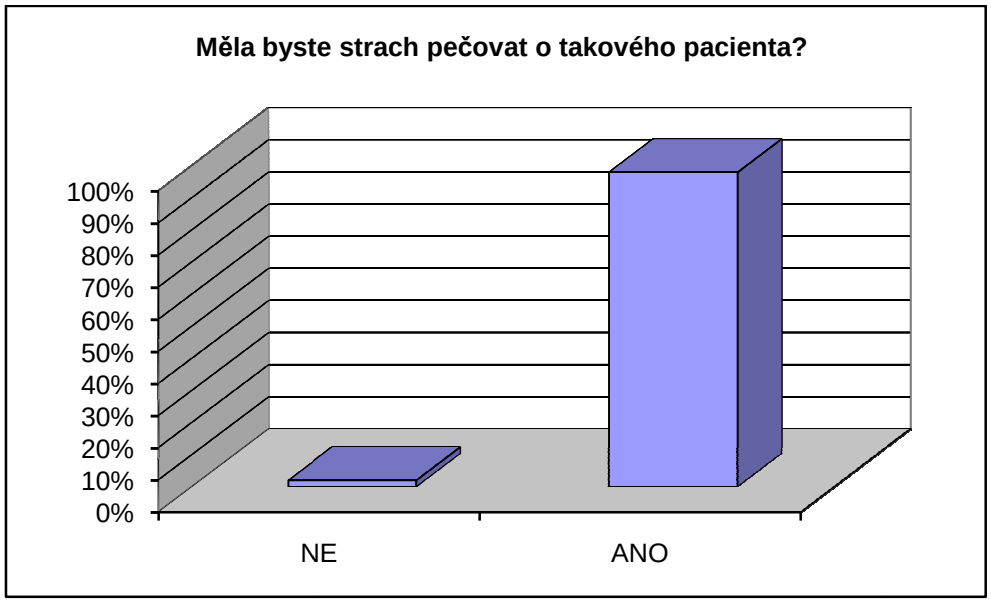
Všichni respondenti 100 (100%) si myslí, že by zdravotní sestry měly být o této problematice více informovány.

Vyhodnocení otázky č. 10. Měla by jste strach, pečovat o takovéhoto pacienta?

Tab. 10 Strach z poskytnutí péče

Odpověď	**Měla byste strach pečovat o takového pacienta?**	
	absolutní četnost	relativní četnost
NE	2	2%
ANO	98	98%
Celkem	100	100%

Graf. 10 Strach z poskytnutí péče



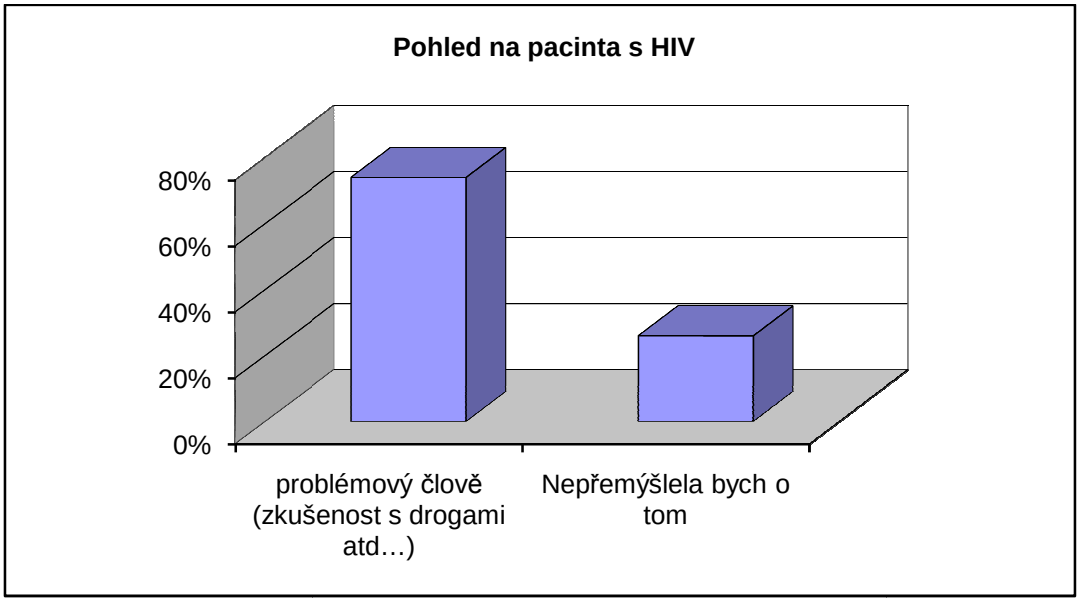
98 (98%) z celkového počtu 100 (100%) dotazovaných přiznalo strach z péče o pacienta s HIV, zbylé 2 (2%) z tohoto strach nemají.

Vyhodnocení otázky č. 11. Jak se díváte na pacienta s HIV?

Tab. 11 Pohled na pacienta s HIV

Odpověď	**Jak se díváte na pacienty s HIV? (Kdyby jste se dozvěděli, že budete na Vašem oddělení přijímat pacienta s HIV, co by jste si jako první pomysleli, než by jste ho vůbec uviděli?)**	
	absolutní četnost	relativní četnost
problémový člověk (zkušenost s drogami atd…)	74	74%
Nepřemýšlela bych o tom	26	26%
Celkem	100	100%

Graf č. 11 Pohled na pacienta s HIV



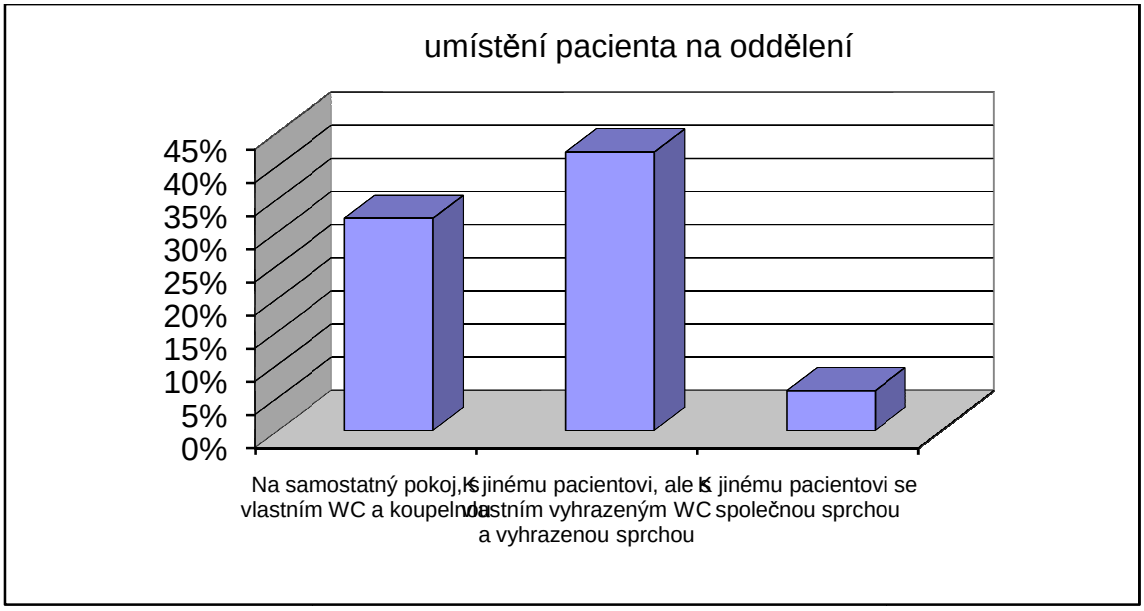
74 (74%) ze 100 (100%) dotazovaných sester zařazuje pacienty s HIV do skupiny problémových lidí se sklony k závislosti na drogách a promiskuitního chování, zbylých 6 (6%) se snaží nemít předsudky a pohlížet na pacienty objektivně.

Vyhodnocení otázky č. 12. Na jaký pokoj by jste pacienta na Vašem oddělení umístila?

Tab. 12 Umístění na pokoj

Odpověď	**Na jaký pokoj by jste pacienta s HIV na vašem oddělení uložila?**	
	absolutní četnost	relativní četnost
Na samostatný pokoj, s vlastním WC a koupelnou	32	32%
K jinému pacientovi, ale s vlastním vyhrazeným WC a vyhrazenou sprchou	42	42%
K jinému pacientovi se společnou sprchou	6	6%
Celkem	100	100%

Graf 12 Umístění na pokoj



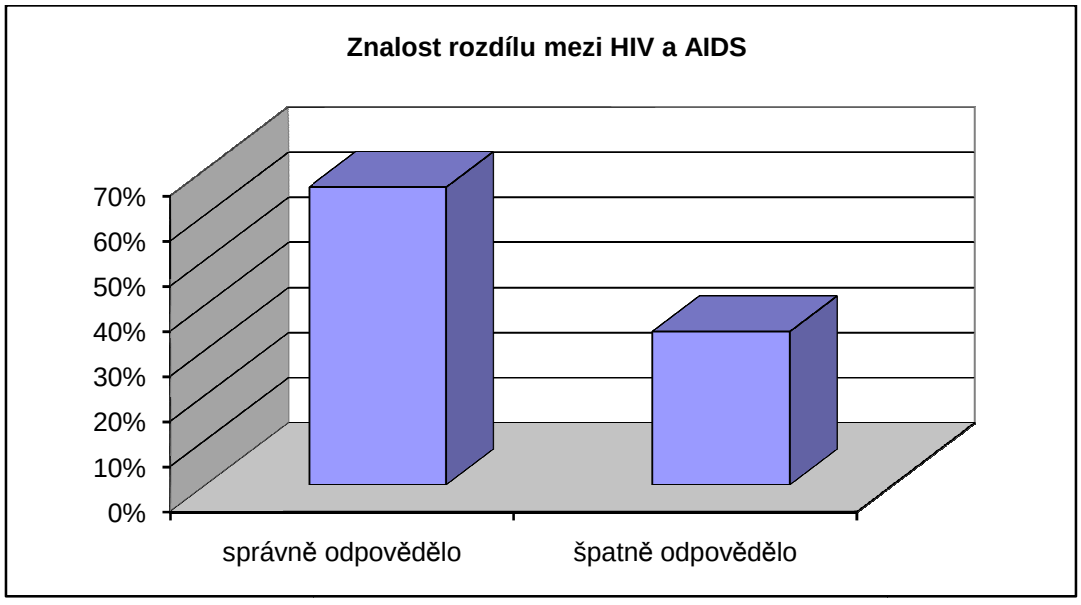
32 (32%) dotazovaných by pacienta s HIV umístilo na samostatný pokoj, 42 (42%) by ho umístila k dalšímu pacientovi, ale se samostatným sociálním zařízením a zbylých 6 (6%) by pacienta nechala na pokoji s dalšími, se společnou koupelnou i WC.

Vyhodnocení otázky č. 13. Vysvětlete rozdíl mezi HIV a AIDS.

Tab. 13 Rozdíl mezi HIV/AIDS

Odpověď	**Znalost rozdílu mezi HIV a AIDS**	
	absolutní četnost	relativní četnost
správně odpovědělo	66	66%
špatně odpovědělo	34	34%
Celkem	100	100%

Graf 13 Rozdíl mezi HIV/AIDS



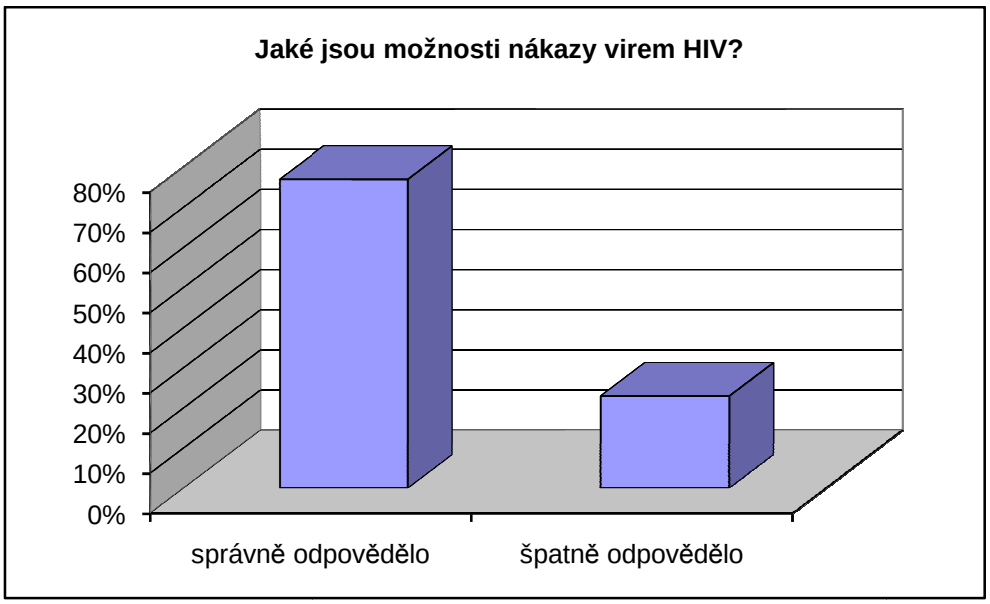
Z celkového počtu 100 (100%) dotazovaných odpovědělo na tuto otázku správně 66 (66%) a zbylých 34 (34%) sester nedokázalo na tuto otázku odpovědět nebo byly jejich odpovědi chybné.

Vyhodnocení otázky č. 14. Jaké jsou možnosti nákazy virem HIV?

Tab. 14 Možnosti nákazy

Odpověď	**Jaké jsou možnosti nákazy virem HIV**	
	absolutní četnost	relativní četnost
správně odpovědělo	77	77%
špatně odpovědělo	23	23%
Celkem	100	100%

Graf 14 Možnosti nákazy



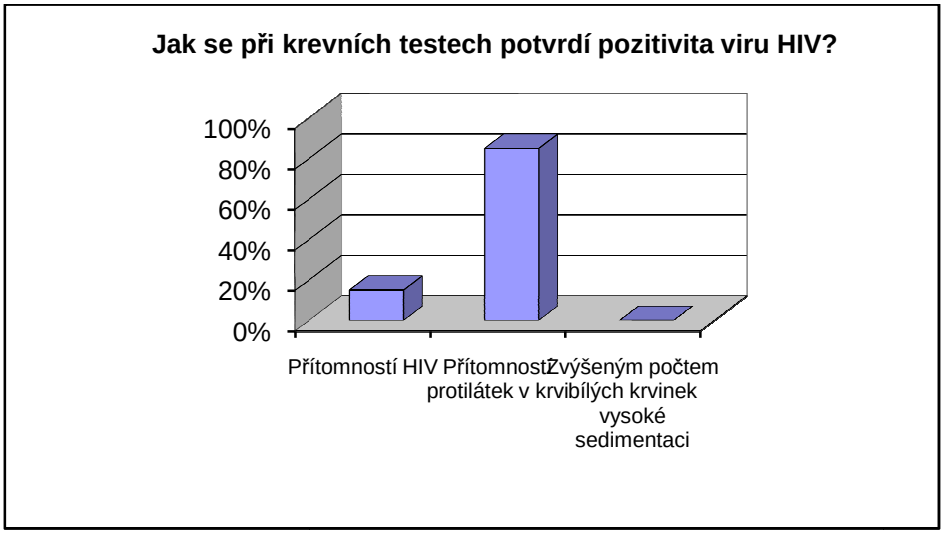
Správně odpovědělo 77 (77%) dotazovaných, u 23 (23%) byly odpovědi nesprávné.

Vyhodnocení otázky č. 15. Jak se při krevních testech potvrdí pozitivita HIV viru?

Tab. 15 Potvrzení pozitivity

Odpověď	**Jak se při krevních testech potvrdí pozitivita HIV?**	
	absolutní četnost	relativní četnost
Přítomností HIV	15	15%
Přítomností protilátek v krvi	85	85%
Zvýšeným počtem bílých krvinek vysoké sedimentaci	0	0%
Celkem	100	100%

Graf 15 Potvrzení pozitivity



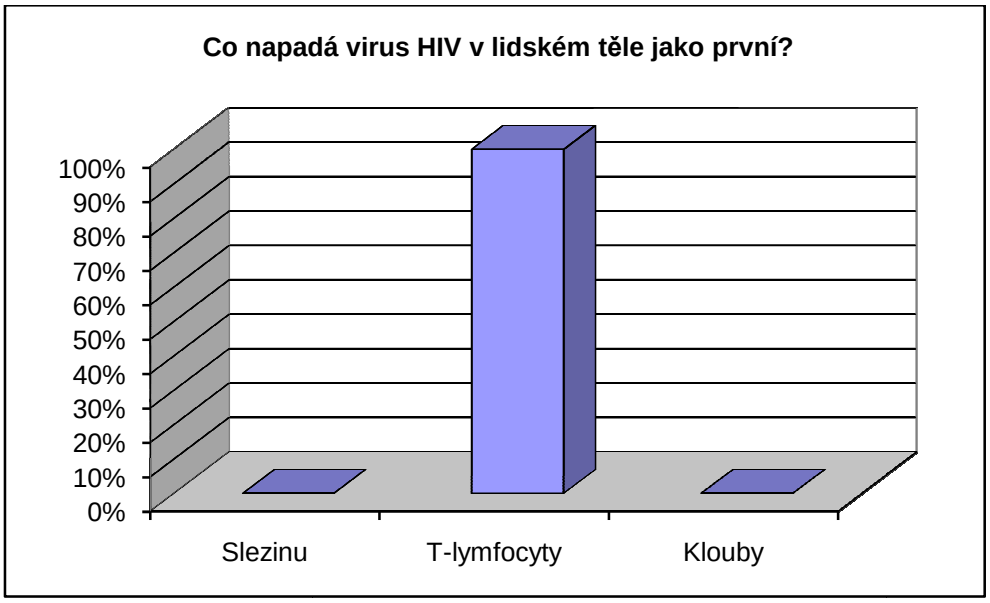
Správně odpovědělo 85 (85%) dotazovaných.

Vyhodnocení otázky č. 16. Co napadá virus HIV v lidském těle jako první?

Tab. 16 První dopady

Odpověď	**Co napadá virus HIV v lidském těle jako první?**	
	absolutní četnost	relativní četnost
Slezinu	0	0%
T-lymfocyty	100	100%
Klouby	0	0%
Celkem	100	100%

Graf 16 První dopady



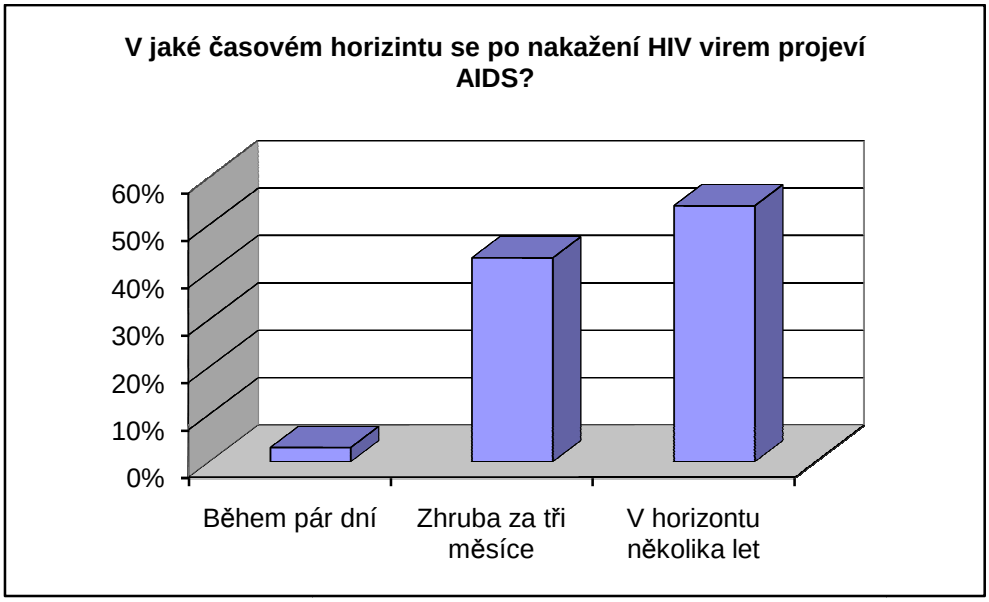
Správná odpověď byla zaznamenána u všech 100 (100%) dotazovaných.

Vyhodnocení otázky č. 17. V jakém časovém horizontu se po nakažení virem HIV objeví stadium AIDS?

Tab. 17 Projevení AIDS

Odpověď	**V jakém časové horizontu se po nakažení HIV virem HIV projeví AIDS?**	
	absolutní četnost	relativní četnost
Během pár dní	3	3%
Zhruba za tři měsíce	43	43%
V horizontu několika let	54	54%
Celkem	100	100%

Graf 17 Projevení AIDS



Největší procento dotazovaných 54 (54%) odpovědělo správně a myslí si, že stadium AIDS se u nakažených virem HIV projeví až po několika letech, 43 (43%) si zřejmě

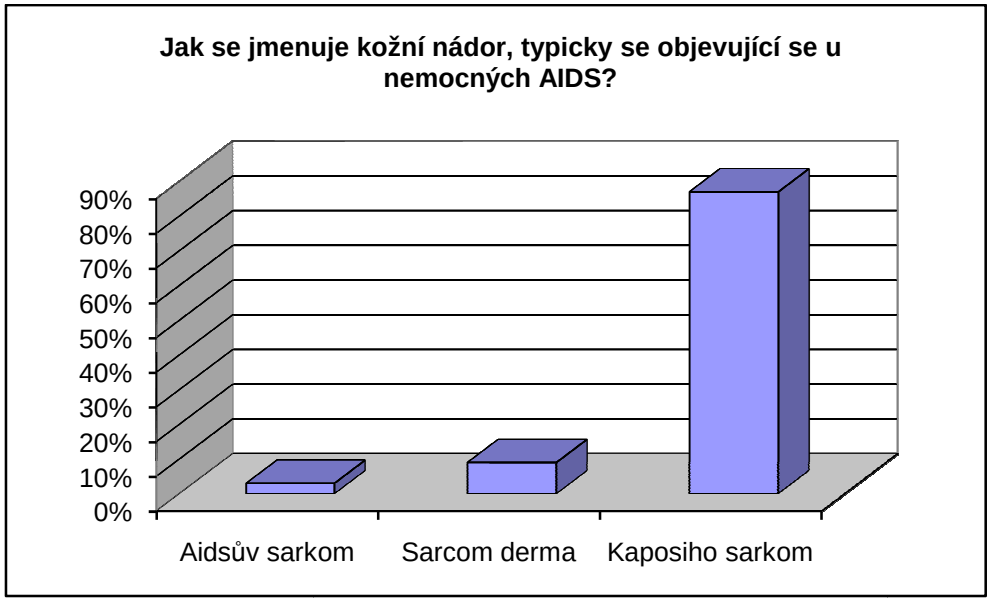
špatně přečetli otázku a odpověděly nesprávně, že se toto stadium projeví již po 3 měsíců, stejně tak jako 3 (3%) respondentů, kteří odpověděli, že již po pár dnech.

Vyhodnocení otázky č. 18. Jak se jmenuje kožní nádor, typicky se objevující u nemocných AIDS?

Tab. 18 Kožní nádor

Odpověď	**Jak se jmenuje kožní nádor, typicky se objevující u nemocných AIDS?**	
	absolutní četnost	relativní četnost
Aidsův sarkom	4	3%
Sarcom derma	9	9%
Kaposiho sarkom	87	87%
Celkem	100	100%

Graf 18 Kožní nádor



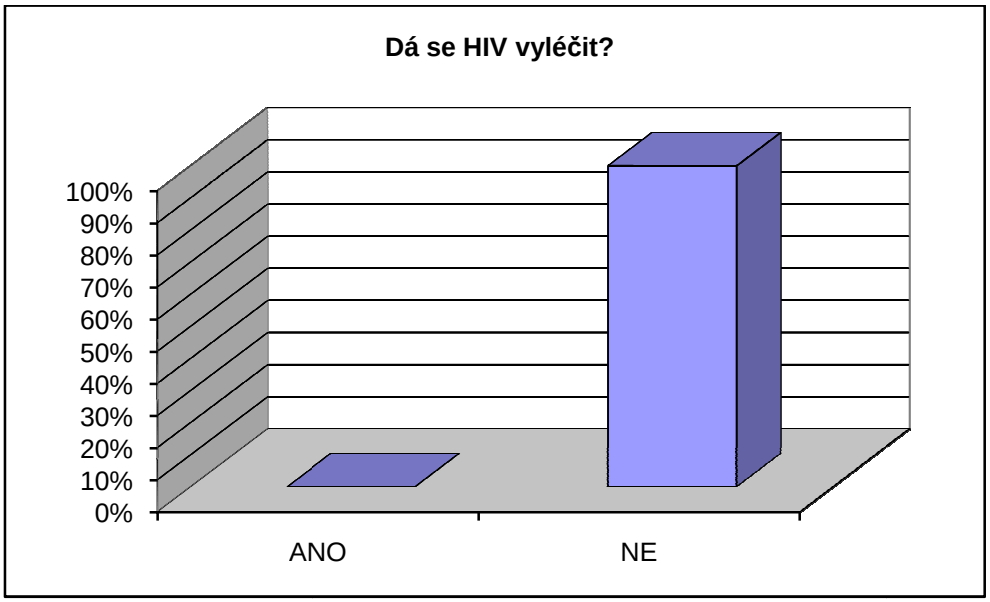
Na tuto otázku odpovědělo správně pouze 87 (87%) dotazovaných, zbytek 13 (13%) se ve svém tvrzení mýlil.

Vyhodnocení otázky č. 19. Dá se HIV vyléčit?

Tab. 19 Léčba

Odpověď	**Dá se HIV vyléčit?**	
	absolutní četnost	relativní četnost
ANO	0	0%
NE	100	100%
Celkem	100	100%

Graf 19 Léčba



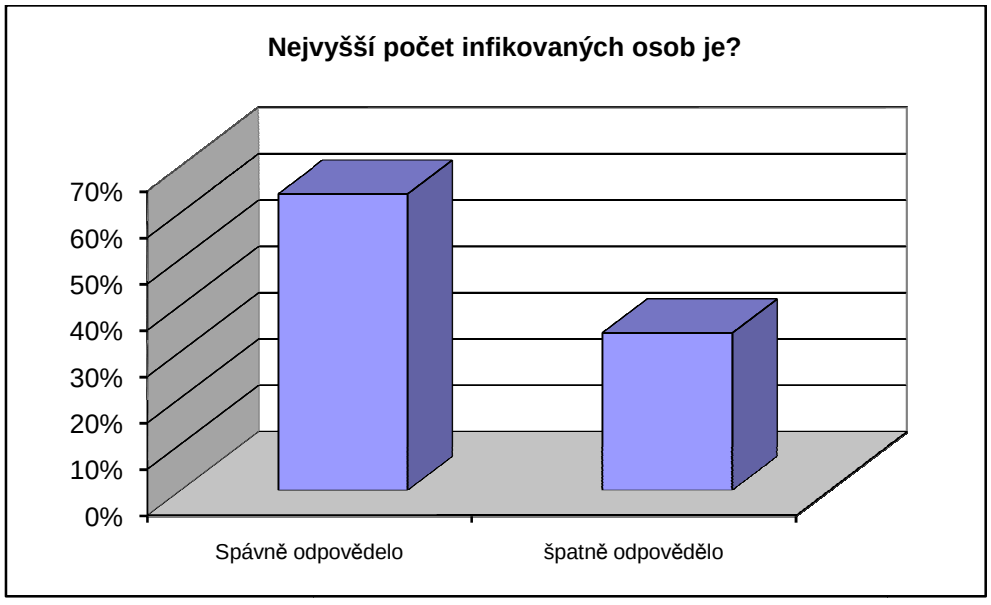
Všem dotazovaným sestřičkám 100 (100%) je dobře známo, že infekce HIV v dnešní době ještě není vyléčitelná.

Vyhodnocení otázky č. 20. Nejvyšší počet infikovaných osob je?

Tab. 20 Nejvíc zamořená oblast

Odpověď	**Nejvyšší počet infikovaných osob je?**	
	absolutní četnost	relativní četnost
Správně odpovědělo	64	64%
špatně odpovědělo	34	34%
Celkem	100	100%

Graf č. 20 Nejvíc zamořená oblast



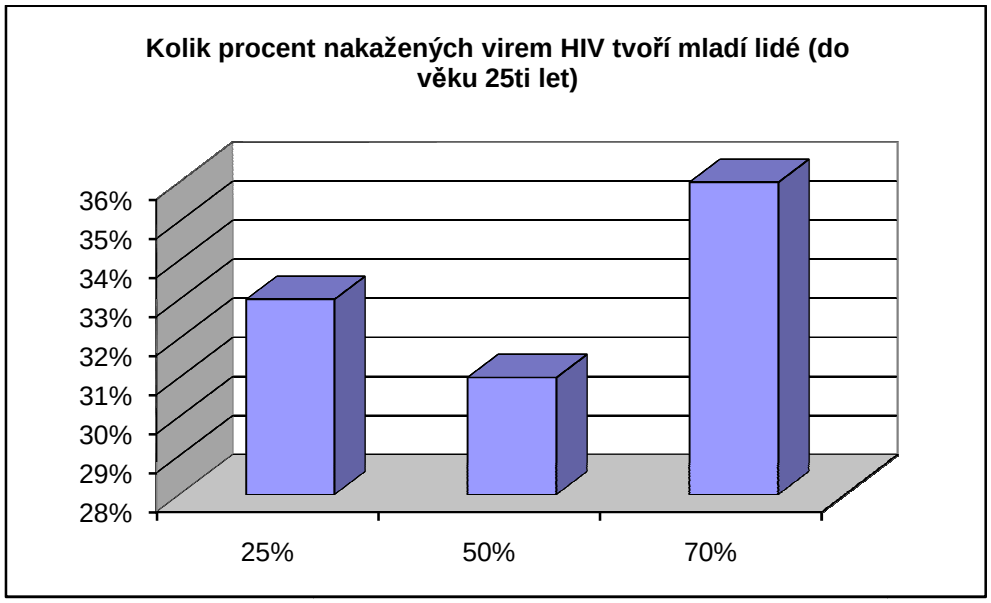
Ze 100 (100%) dotazovaných na tuto otázku správně odpovědělo 64 (64%), zbylých 36 (36%) zvolily odpověď nesprávnou.

Vyhodnocení otázky č. 21. Kolik procent nakažených virem HIV tvoří mladí lidé (do věku 25 let)

Tab. 21 Procento mladých nakažených

Odpověď	**Kolik procent procent nakažených virem HIV tvoří mladí lidé (do věku 25 let)**	
	absolutní četnost	relativní četnost
25%	33	33%
50%	31	31%
70%	36	36%
Celkem	100	100%

Graf 21 Procento mladých nakažených



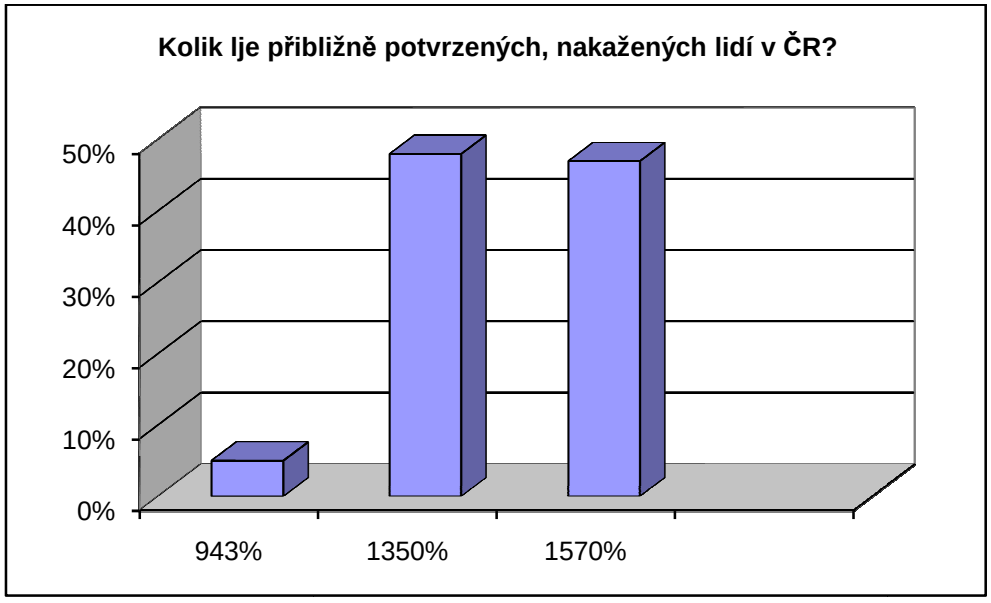
33 (33%) ze 100 (100%) dotazovaných si myslí, že podíl lidí nakažených virem HIV mladší 25 let tvoří 25%, 31 (31%) že 50% a 36 (36%) že 70%.

Vyhodnocení otázky č. 22. Kolik je přibližně potvrzených, nakažených lidí v ČR?

Tab. 22 Nakažení v ČR

Odpověď	**Kolik procent je přibližně potvrzených, nakažených lidí je v ČR?**	
	absolutní četnost	relativní četnost
943%	5	5%
1350%	48	48%
1570%	47	47%
Celkem	100	100%

Graf 22 Nakažení v ČR



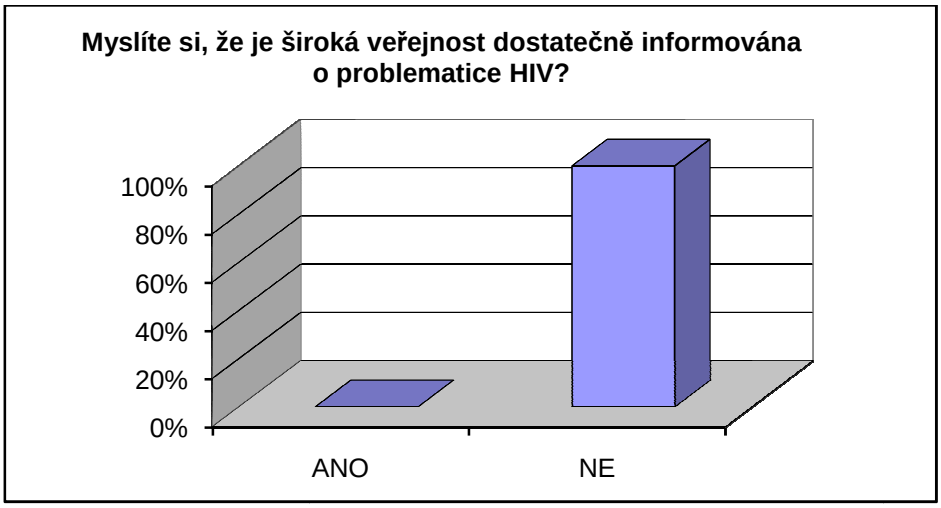
Z celkového počtu 100 (100%) mělo v této otázce dobrý odhad pouze 47 (47%) dotazovaných. Neboť nakažených virem HIV v ČR opravdu přesáhla hranice 1 500.

Vyhodnocení otázky č. 23. Myslíte si, že je široká veřejnost dostatečně informována o problematice HIV (možnostech nákazy, prevence, léčby, apod.)?

Tab. 23 Důležitost informovanosti veřejnosti

Odpověď	**Myslíte si, že je široká veřejnost dostatečně informována o problematice HIV?**	
	absolutní četnost	relativní četnost
ANO	0	0%
NE	100	100%
Celkem	100	100%

Graf č. 23 Důležitost informovanosti veřejnosti



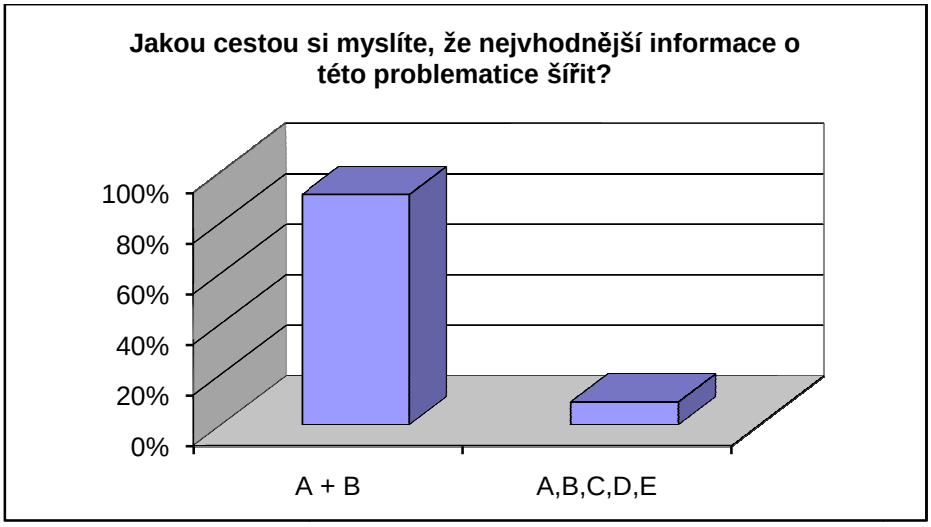
100 (100%) ze 100 (100%) dotazovaných si myslí, že je široká veřejnost o této problematice informována nedostatečně.

Vyhodnocení otázky č. 24. Jakou cestou si myslíte, že je nejvhodnější informace o této problematice šířit?

Tab. 24 Šíření informací

Odpověď	**Jakou cestou si myslíte, že je nejvhodnější informace o této problematice šířit?**	
	absolutní četnost	relativní četnost
A - Přednášky na škole, B - Média(TV rozhlas Internet), C Vývěsky, informační letáky, brožury, D - Veřejné diskuze, E - jiné		
A + B	91	91%
A, B, C, D, E	9	9%
Celkem	100	100%

Graf 24 Šíření informací



91 (91%) ze 100 (100%) dotazovaných si myslí, že nejlepším způsobem, jak o HIV problematice informovat jsou přednášky ve školách a média, zbylých 9 (9%) zakroužkovalo všechny možnosti.

17 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

V této kapitole se zaobíráme prezentací a interpretací získaných a zpracovaných údajů z dotazníkového šetření a porovnání výsledků předem stanovených hypotéz. Cílem práce bylo zjistit postoj zdravotních sester k pacientům s HIV. Jak se k těmto pacientům staví a jaké mají informace a znalosti o HIV problematice. Dalším bodem bylo poukázat na nedostatečnou sebeochranu sester při vykonávání rutinních výkonů.

K daným cílům se vztahují celkem 4 hypotézy, jejichž objektivnost byla ověřována formou otázek v rozdaných dotaznících.

Hypotéza č. 1. Předpokládám, že více než 50% dotazovaných sester nebude mít o problematice HIV dostatečné informace. Tato hypotéza byla ověřována otázkami č. 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 a 22.

Provedeným průzkumem otázky č. 13 v dotazníku bylo zjištěno, že 77 (77%) dotazovaných sester zná správné definice zkratek HIV a AIDS a byly schopny tyto zkratky svými slovy správně popsat a vysvětlit, ačkoliv je jasné, že se na standardním oddělení s těmito termíny setkávají jen zřídka. Ostatní 23 (23%) sester tyto pojmy nevysvětlily dostatečně, či vůbec.

Provedeným průzkumem otázky č. 14 v dotazníku bylo zjištěno, že celých 82 (82%) dotazovaných byly schopné správně a bez jediné chyby určit možnosti nákazy virem HIV, oproti 18 (18%) zbylých dotazovaných, které buď nevěděly všechny možnosti, a nebo zaškrtly nějakou, která se mezi tyto cesty nákazy neřadí.

Provedeným průzkumem otázky č. 15 v dotazníku bylo zjištěno, že 85 (85%) sester je obeznámeno s diagnostikováním HIV pozitivity pomocí krevních testů, 15 (15%) z dotazovaných nemá informace o tom, že HIV pozitivita se projevuje přítomností protilátek na tento vir v krvi.

Provedeným průzkumem otázky č. 16 v dotazníku bylo zjištěno, že všech 100 (100%) dotazovaných sester ví, že virus HIV prvotní v lidském těle napadá imunitní systém, tedy bílé krvinky, T-lymfocyty.

Provedeným průzkumem otázky č. 17 v dotazníku bylo zjištěno, že 97 (97%) sester odpovědělo správně, že stadium AIDS se u infikovaných HIV virem projeví až za několik let, 3 (3%) z dotazovaných si dost možně špatně přečetli otázku a odpovídaly, že AIDS se projeví již po třech měsících, což je právě ta správná doba na odhalení tvorby protilátek.

Provedeným průzkumem otázky č. 18 v dotazníku bylo zjištěno, že 93 (93%) sester ví, jak se jmenuje typický kožní nádor u onemocnění AIDS, zbylých 7 (7%) typovalo tuto odpověď špatně.

Provedeným průzkumem otázky č. 19 v dotazníku bylo zjištěno, že 100 (100%) sester si je plně vědomo a má dostatečné informace o tom, že HIV se nedá zcela vyléčit.

Provedeným průzkumem otázky č. 20 v dotazníku bylo zjištěno, že 79 (79%) dotazovaných ví, ve kterých zemích je nejvíc HIV epidemie rozšířena, zbylých 21 (21%) však typovalo tuto otázku špatně.

Provedeným průzkumem otázky č. 21 v dotazníku bylo zjištěno, že co se týče věkového rozhraní nakažených touto nákazou dělalo většině sester problém, v dotazníku správně odpovědělo jen 33%, zbylých 67% odpověď na tuto otázku neznalo.

Provedeným průzkumem otázky č. 22 v dotazníku bylo zjištěno, že ani polovina respondentek na tuto otázku neodpověděla správně, celkem jich tedy se správnou odpovědí bylo jen 47 (47%), zbytek 43 (43%) neodpovědělo správně.

Na základě shrnutí těchto otázek a porovnání, kdy sestry převážně věděli jejich odpovědi. Hypotéza č. 1 byla vyvrácena.

Hypotéza č. 2. Předpokládám, že více než 50% dotazovaných sester bude mít o pacientech s HIV špatné mínění (odsuzování k závislosti na drogy, promiskuitě).

Tuto hypotézu jsem ověřovala otázkami č. 10, 11, 12.

Provedeným průzkumem otázky č. 10 v dotazníku bylo zjištěno, že 74 (74%) sester má vůči pacientům s HIV negativní předsudky a přítomnosti drogové závislosti či

promiskuitního chování. 26 (26%) sester naopak nad takovýmito situacemi nepřemýšlí a vnímá pacienta s HIV jako kteréhokoliv jiného.

Provedeným průzkumem otázky č. 12 v dotazníku bylo zjištěno, že 42 (42%) sester by pacienta s HIV uložili na pokoj k dalším pacientům, ale vyhradily by mu vlastní koupelnu a WC. 32 (32%) sester by pacienta umístili samostatně, opět s vyhrazenou koupelnou a WC a zbylých 6 (6%) by umístili pacienta k jinému se společným sociálním zařízením.

Hypotéza č. 2 by la na základě shrnutí odpovědí potvrzena.

Hypotéza č. 3 Předpokládám, že více než 70% dotazovaných sester bude mít zájem o větší informovanost této problematiky. Tuto hypotézu jsem ověřovala otázkami č. 8, 9.

Provedeným průzkumem otázky č. 8 v dotazníku bylo zjištěno, že 34 (34%) sester se o HIV problematiku zajímá aktivně, 48 (48%) absolvovala v minulosti seminář či přednášku, 16 (16%) je toto téma cizí a 2 (2%) nikdy nebyly na žádné přednášce o této problematice.

Provedeným průzkumem otázky č. 9 v dotazníku bylo zjištěno, že si 100 (100%) dotazovaných myslí, že by sestry v rámci vzdělávání měly být o této problematice informovány ve větší míře.

Hypotéza byla potvrzena.

Hypotéza č. 4 Předpokládám, že více než 50% dotazovaných sester si při odběrech krve nebere rukavice u každého pacienta. Tuto poslední hypotézu jsem ověřovala po mocí otázek č. 5. 6, 7.

Provedeným průzkumem otázky č. 5 v dotazníku bylo zjištěno, že 43 (43%) dotazovaných při odběrech krve standardně nepoužívá ochranných jednorázových rukavic, 34 (34%) sester si vezme rukavice jen v případech, kdy jim to přijde důležité, ale stále jejich ochrana není ve 100 % případů. U 23 (23%) sester je jejich konání chvályhodné, neboť ty si rukavice berou při každém odběru a u každého pacienta.

Provedeným průzkumem otázky č. 6 v dotazníku bylo zjištěno, že u 82 (82%) sester jsou nejpoužívanější ochrannou pomůckou rukavice, u 12 (12%) jsou to rukavice v kombinaci s igelitovou jednorázovou zástěrou, zbylých 6 (6%) k těmto dvěma pomůckám používá k ochraně ještě ústní roušku. Nikdo z dotazovaných však nezná štít, kterým je možné chránit oči.

Provedeným průzkumem otázky č. 7 v dotazníku bylo zjištěno, že 73 (73%) sester má pocit, že na svém pracovišti nemají dostatečné množství ochranných pomůcek, 27 (27%) sester je pak naopak s tímto bodem spokojena.

Po seznámení se s výsledky daných otázek, které byly určeny pro hypotézu č.4 je patrné, že hypotéza byla potvrzena.

18 DISKUZE

Při stanovení hypotéz pro svou bakalářskou práci jsem předpokládala, že sestry pracující na standardním oddělení nebudou mít dostatečné znalosti a zkušenosti s péčí o pacienta s HIV. Vzhledem k zodpovězeným otázkám v dotaznících, které byly přímo mířené na každou z hypotéz, se mi 3 ze tří hypotéz potvrdily a jedna se na základě získaných údajů vyvrátila.

Hypotéza č. 1 zněla: Předpokládám, že více než 50% dotazovaných sester nebude mít o problematice HIV dostatečné informace. (Tab. 13, Graf 13, Tab. 14, Graf 14, Tab. 15, Graf 15, Tab. 16, Graf 16, Tab. 17, Graf 17, Tab. 18, Graf 18, Tab. 19, Graf 19, Tab. 20, Graf 20, Tab. 21, Graf 21, Tab. 22, Graf 22)

Hypotéza č. 2 zněla: Předpokládám, že více než 50% dotazovaných sester bude mít o pacientech s HIV špatné mínění (odsuzování k závislosti na drogy, promiskuitě). (Tab. 10, Graf 10, Tab. 11, Graf 11, Tab. 12, Graf12)

Hypotéza č. 3 zněla: Předpokládám, že více než 70% dotazovaných sester bude mít zájem o větší informovanosti této problematiky. (Tab. 8, Graf 8, Tab. 9, Graf 9)

Hypotéza č. 4 zněla: Předpokládám, že více než 50% dotazovaných sester si při odběrech krve nebere rukavice u každého pacienta. (Tab. 5, Graf 5, Tab. 6, Graf 6, Tab. 7, Graf 7)

Dotazníkové šetření jsem prováděla na standardních odděleních jako je chirurgie a interna s celkovým počtem 100 dotazníků, z nichž se mi nazpět pod osobním dohledem navrátil 100% počet.

19 ZÁVĚR

Úkolem sestry v souvislosti s pacientem HIV pozitivním není jen péče o jeho zdraví, ale sestra je tak, jako je tomu i v jiných případech péče o pacienty, jakým si stožárem, který na sobě nese břímě psychické a morální podpory.

Je více než jasné, že sestra pracující na standardním oddělení bude mít o dost méně zkušeností a nejspíše i znalostí v oblasti problematiky HIV a péčí o pacienty infikované touto nemocí. Pokud se o tuto problematiku sama nezajímá. Toto je dané specifikou každého oddělení a požadavky, které každé odvětví zdravotní praxe po sestrách požaduje. Ale vzhledem k horšící se situaci výskytu této nákazy je více než jasné, že do budoucna je potřeba, aby měly sestry na těchto standardních odděleních, příjmových a kontrolních ambulancích, nemluvě o operačních sálech a náběrových laboratořích, dostatečné vědomosti a znalosti, aby byly schopné o takovéto pacienty pečovat.

Vše je o znalostech, které nelze pochytit jen z praxe, ale důležité je se o tuto problematiku začít zajímat, neboť stěžejní informace by měl mít v podvědomí každý.

Velmi důležitý je samozřejmě i osobitý, individuální přístup každé sestry, která se na péči o pacienty podílí. O jejím vnitřním přesvědčení, morálních hodnotách, schopnosti empatie, tolerance a vstřícném nápomocném chování.

Sama jsem se v praxi setkala s několika typy sester, jakožto zdravotního personálu a snažila se vnímat, to jakým způsobem fungují v pozici sestra, osoba která je tu od toho, aby pomáhala, oproti pacientovi, který je psychicky rozladěn ze svého narušeného zdravotního stavu, čekající na podporu, rady, péči a pochopení zdravotních sestřiček, které ne vždy jsou tomuto správně nakloněny.

Celý výzkum mé bakalářské práce byl zaměřen, aby právě na toto poukázal. K překvapení a velké radosti mi díky výsledkům v dotazníku byla vyvrácena jedna z hypotéz, kde jsem předpokládala, že sestry nebudou mít dostatečné teoretické znalosti o problematice HIV. K mé radosti tomu tak nebylo a výzkum ukázal, že sestry na standardních odděleních tyto znalosti mají. Proto je pozitivní informací, že do budoucna je na čem stavět a k teoretickým znalostem se mohou přidat i praktické dovednosti a

vnitřní nastavení o tom, že pokud se budeme jakožto zdravotní pracovníci poctivě chránit, nehrozí nám žádné riziko.