

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2013

Hana Stejskalová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B 5349

Hana Stejskalová

Studijní obor: Porodní asistentka 5341R007

Pohlavně přenosné choroby a těhotenství

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Jana Horová

PLZEŇ 2013

Prohlášení:

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

V Plzni dne 27. 3. 2013

.....
Hana Stejskalová

Děkuji své vedoucí práce Mgr. Janě Horové za odborné vedení práce, pečlivost, trpělivost a zajímavé podněty. Dále děkuji pracovníkům Domu světla, kteří mi pomohli najít respondentku pro rozhovor. A dále děkuji doc. MUDr. Sedláčkovi a Bc. Nechutné za umožnění praxe na Infekční klinice ve FN Plzeň. Velmi děkuji Bc. Daně Polívková, která se věnovala na praxi v ambulanci pro poruchy imunity.

Anotace

Příjmení a jméno: Hana Stejskalová

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Pohlavně přenosné choroby a těhotenství

Vedoucí práce: Mgr. Jana Horová

Počet stran: číslované 67, nečíslované 19

Počet příloh: 12

Počet titulů použité literatury: 39

Klíčová slova: HIV- AIDS - těhotenství - prevence- sexuálně přenosné choroby

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá sexuálně přenosnými chorobami a zaměřuje se na těhotenství se sexuálně přenosnou chorobou. Teoretická část je zaměřena na příznaky, diagnostiku a léčbu těchto onemocnění v těhotenství i mimo graviditu. Zde jsou popsány rizika pro matku a pro plod při onemocnění STD. V kapitole prevence se zabývám edukací reprodukčního zdraví.

Praktická část práce se zabývá kvalitativním výzkumem. V první rozhovoru se snažím popsat průběh těhotenství, porodu a šestinedělí u ženy nakažené HIV. V druhém rozhovoru je popsána motivace otěhotnět s HIV nákazou. Rozhovor je tvořený polostandardizovanými otázkami. Hlavním cílem je zjistit, jak ovlivní závažné onemocnění HIV infekcí prožívání mateřství a rozhodnutí mít dítě.

Annotation

Surname and name: Hana Stejskalová

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Sexual transmitted disease and pregnancy

Consultant: Mgr. Jana Horová

Number of pages: numbered 67, unnumbered 19

Number of appendices: 12

Number of literature items used: 39

Key words: HIV- AIDS – pregnancy- prevention - sexual transmitted disease

Summary:

This thesis deals with sexual transmitted diseases and focuses on pregnancy with a sexual transmitted disease. The theoretical part focuses on symptoms, diagnostics and treatment of these diseases both in pregnancy and outside of pregnancy. The theoretical part also describes what risks sexually transmitted diseases pose to the mother and the fetus. The chapter on prevention includes education of reproductive health.

The practical part of this thesis is focused on qualitative research and includes two interviews consisting of half-standardized questions. In the first interview, I will try to describe the course of pregnancy, the childbirth and the puerperium of an HIV-positive woman. In the second interview, I will attempt to describe pregnancy intentions of HIV-positive women. The main aim of this thesis is to find out what impacts the HIV infection has on experiencing motherhood and the decision to have a baby.

OBSAH

TEORETICKÁ ČÁST	10
ÚVOD.....	10
1. SEXUÁLNĚ PŘENOSNÉ CHOROBY	11
1.1. PŘENOSNÉ VÝHRADNĚ POHLAVNÍM STYKEM	12
1.1.1. Příjice (<i>Syphilis</i>).....	12
1.1.2. Kapavka (<i>Gonorrhoea</i>)	14
1.1.3. Měkký vřed (<i>Ulcus molle</i>).....	15
1.1.4. Čtvrtá pohlavní nemoc (<i>Granuloma inguinale</i>)	15
1.1.5. Pátá pohlavní nemoc (<i>Lymphogranulona venerum</i>)	16
1.2. PŘENOSNÉ PŘEVÁŽNĚ POHLAVNÍ STYKEM	16
1.2.1. Chlamydiové infekce	16
1.2.2. <i>Trichomonas vaginalis</i>	18
1.2.3. <i>Herpes simplex</i>	18
1.2.4. Lidský papiloma virus	19
1.2.5. Virus infekční hepatitidy B	20
2. HIV	21
2.1 EPIDEMIOLOGIE	22
2.2 KLINICKÝ OBRAZ	23
2.3 LÉČBA	24
2.4 DIAGNOSTIKA.....	25
3. SPECIFIKA POHLAVNÍCH NEMOCÍ V TĚHOTENSTVÍ.....	25
3.1 SYFILIS	25
3.2 HIV POZITIVITA.....	26
3.3 HERPES GENITALIS	29
3.4 KAPAVKA	30
3.5 CHLAMYDIE.....	31
3.6 PŘEDČASNÝ POROD A PŘEDČASNÝ ODTOK VP	32
3.7 HEPATITIDA B	32
3.8 OSTATNÍ STD.....	33
4. POVINNOST HLÁŠENÍ A LEGISLATIVA	34
5. DISPENZARIZACE	34
6. PREVENCE	35
7. EDUKACE A ROLE PORODNÍ ASISTENTKY	36
PRAKTICKÁ ČÁST	37
8. FORMULACE PROBLÉMU.....	37

9.	HLAVNÍ PROBLÉM	37
10.	CÍL A ÚKOL	38
11.	METODIKA VÝZKUMU	38
12.	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	38
13.	VZOREK RESPONDENTŮ	38
14.	DISKUZE	61
15.	VÝSTUP DO PRAXE	66
	ZÁVĚR	67
	CITACE	68
	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	72
	SEZNAM PŘÍLOH	74
	PŘÍLOHA 1	75
	PŘÍLOHA 2	76
	PŘÍLOHA 3	77
	PŘÍLOHA 4	78
	PŘÍLOHA 5	79
	PŘÍLOHA 6	80
	PŘÍLOHA 7	81
	PŘÍLOHA 8	82
	PŘÍLOHA 9	83
	PŘÍLOHA 10	84
	PŘÍLOHA 11	85
	PŘÍLOHA 12	86

TEORETICKÁ ČÁST

Úvod

Téma bakalářské práce Pohlavně přenosné choroby a těhotenství jsem si vybrala, protože jsem žádnou podobnou práci neobjevila. Také jsem se setkala s nevhodným chováním vůči pacientkám nakaženým pohlavní chorobou ze stran zdravotníků. Každý pacient za svoji nákazu nemůže a třeba měl pouze nevěrného partnera. Problematika sexuálně pohlavních chorob ve spojitosti s těhotenstvím mě velmi zajímala.

V teoretické části se věnuji příznaky pohlavních nemocí, diagnostiku a léčbu. Pohlavní choroby jsou rozděleny na tzv. klasické pohlavní choroby podléhající epidemiologickému hlášení a na pohlavní choroby nepodléhající tomuto hlášení. Dále v kapitole Specifika pohlavních nemocí v graviditě popisují rozdílnosti u těhotných žen v klinickém obraze, v léčbě během těhotenství s STD a vliv na plod. Protože téma sexuálně pohlavních choroby je příliš rozsáhlé, v teoretické části se zaměřuji hlavně na ty nejčastější onemocnění. V praktické části práce se zaměřuji se na HIV nákazu, proto je v samostatné kapitole v teoretické části.

Byla velmi složitá spolupráce se zdravotnickými zařízeními, aby mi bylo umožněno pracovat na své bakalářské práci. Narážela jsem často na neochotu se mnou i mluvit. Měla jsem to štěstí, že jsem oslovila Dům světla, kde mi velmi pomohli a posléze jsem poznala jednu matku HIV pozitivní. Moje práce se proto zaměřuje na HIV nákazu a poté na HIV pozitivní matky. V své praktické části jsem použila rozhovory dvou HIV pozitivních žen, které jsou v odlišných životních situacích. První respondentka touží po dítěti a uvažuje i o asistované reprodukci. Naše setkání proběhlo v ambulanci pro poruchy imunity doc. MUDr. Sedláčka, CSc. , kde byla na běžné kontrole jako HIV pozitivní pacientka. Byla jsem zde na praxi, kde jsem mohla poznat, jací jsou HIV pozitivní pacienti a jak k nim přistupovat. Druhá respondentka je maminkou dvou dětí a zprávu o své HIV pozitivitě se dozvěděla v prvním těhotenství, která v tu dobu bydlela v Domě světla. Zajímala jsem se o jejich sociální status, zdravotní problémy spojené s HIV infekcí, motivaci k těhotenství a na plány do budoucna.

1. Sexuálně přenosné choroby

Staré označení „nemoci pohlavní“ dnes nepoužíváme, protože nepostihují pouze pohlavní orgány, ale také např. ústa, konečník, oči a jiné orgány. Začalo se používat mezinárodní označení „sexually transmitted diseases“ - STD, nebo také „sexually transmitted infections“ - STI. Šíření je umožněno převážně nebo výhradně pohlavním stykem, ale i krví, přenosem z matky na plod v těhotenství a při porodu, event. transfuzí, poraněním (např. u zdravotníků). (Uzel, 2010)

STD infekce jsou dnes velmi častým a rozšířeným zdravotním problémem. Postihují daleko více mladých a sexuálně aktivních lidí. S věkem jejich výskyt klesá. Incidence těchto infekcí je častější u mužů než u žen. (Slezáková, 2011)

Výskytu vždy přispěl hospodářský a sociální pokles společnosti. Po druhé světové válce se naše země naštěstí vyhnula explozivnímu růstu těchto infekcí, přestože větší výskyt byl pro naše předky po válečném období běžným jevem. Velmi také pomohl pokrokový československý zákon z roku 1921 o potírání pohlavních nemocí. K tomu nepochybně přispěl Alexandr Fleming svým objevem penicilinu (v léčení příjice již poprvé použit už v roce 1943) a dalších antibiotik. V neposlední řadě také přispěl růst životní úrovně a zdravotního uvědomění obyvatelstva, proto byl snížen v padesátých letech výskyt STD na minimum. Obrat nastal v průběhu let šedesátých a dokonce v 80. letech, kdy vzrostl v evropských zemích počet nákazy kapavkou třikrát a příjicí (syfilidou) dokonce pětkrát.

Díky rozvoji v 60. letech přišly nové moderní diagnostické metody a k tomu přibýly dvě desítky dalších sexuálně přenosných nákaz. V minulosti byly zaměňovány často sexuálně přenosné nemoci s jinými onemocněními. Třeba ve středověku byla považována za stejnou nemoc příjice a malomocenství nebo kapavka a příjice se od sebe začaly oddělovat až koncem 18. století. V tomto období už lidé velmi dobře tušili, že se nákaza přenáší pohlavním stykem.

Postoj moderní společnosti k boji proti STD je jiný než u našich předků. Snažíme se zamezit výskytu pohlavních chorob prevencí a to správnou hygienou, očkováním a zdravým způsobem sexuálního života. Chráněný pohlavní styk, zdravý sexuální partner a

zachovávání párové sexuální věrnosti jsou neúčinnější zásady v prevenci proti STD. Ovšem apely odborníků jsou často bez odezvy. V posledních letech byl zaznamenáván prudký vzrůst počtu povinně hlášených pohlavních chorob, za který v současnosti může podcenění prevence. Preventivní programy s rizikovými skupinami se vyplatí. U těhotných narkomanek se vyskytuje lues v 28%, ostatní STD 24% oproti běžné populaci (2%). Nakažení může mít i trvalé následky jako infertilitu, PID, snížení rizika předčasného porodu a odtoku vody plodové, odvrácení poškození plodu či jeho úmrtí. U těhotných jsou zavedeny povinné screeningové metody, které nákazu odhalí. (Roztočil, 2008, Kuklová, 2011, Uzel, 2010)

Dermatovenerologie je vědní obor, který se zabývá dvěma vědními disciplínami – dermatologie a venerologie. Dermatologie se specializuje na choroby kůže. Venerologie se zaměřuje na pohlavní choroby především na jejich prevenci, diagnostiku, léčbu, evidenci a kontrolu. (Nováková, 2011)

1.1.Přenosné výhradně pohlavním stykem

Jedná se o tzv. klasické pohlavní choroby. Při potvrzení těchto chorob je nemocný poučen, potvrzuje zákaz pohlavního styku do kultivačního vyšetření, je samozřejmě provedena depistáž možných kontaktů a posléze odesláno povinné hlášení pohlavní choroby. Je nutné zahájit léčbu všech sexuálních partnerů.

Z povinně hlášených pohlavních nemocí se od roku 1990 vyskytuje v ČR pouze syfilis a kapavka. Naopak roste počet HIV pozitivních osob a také počet chlamydiových infekcí. (Slezáková, 2011)

1.1.1. Příjice (Syphilis)

Toto onemocnění postihuje různé orgány např. oči, kůže, CNS a muskuloskeletální systém. Někdy se široká škála příznaků nazývá „opice nemocí“ - *simia morborum*. *Syphilis insontium* – syfilis nevinných je název, který se používá při nakažení porodní asistentky a lékaře při výkonu jejich profese.

Mikrob *Treponema pallidum* způsobující příjici může do těla vstupovat nejen při normálním pohlavním styku, ale i při styku análním a orálním. Přenos je možný i

transplacentárně, proto dělíme syfilis na formu získanou (*aquisita*) a syfilis vrozenou (*connata*). (Uzel, 2010, Resl, 1994)

Získaná syfilis (aquisita)

Primární syfilis neboli 1. stadium je typické nebolestivým tzv. tvrdým vředem - *ulcus durum*, který se objeví v místě vniknutí infekce. U ženy tedy postihuje cervix a pochvu, proto výskyt vředu nemusí pacientka zaregistrovat. U mužů je vřed lokalizován především na penisu či v perianální oblasti. Posléze se vřed vyhojí, vytvoří se jizva a za 6 týdnů se objeví po infekci zduření regionálních uzlin (u žen v malé pánvi či tříslech). Onemocnění je vysoce nakažlivé v tomto stádiu. Ovšem sérologické testy na syfilis jsou pozitivní až za 1-4 týdny po nákaze.

Sekundární syfilis se objevuje 6 týdnů až 6 měsíců po nákaze jako exantém, což je vyrážka (často velmi nevýrazná) na dlaních a ploskách nohou. Exantém během několika týdnů zmizí a může se opakovat. Objevuje se také zduření lymfatických uzlin a zvýšená teplota, což svědčí o rozšíření spirochét v organismu. Vytvářejí se ploché bradavčité vyrůstky - *condylomata lata*. Z kožních lézí se volně uvolňují spirochety, proto je sekundární stadium vysoce infekční. V 80% případů se objevuje i postižení sliznic a to i v ústní dutině, kde se tvoří bílé plošky, též infekční - syfilitická angína. Může i manifestovat v alopecii, periostitidou či jiné postižení orgánů. Bez léčby spontánně kožní léze vymizí za 2-4 týdny, tudíž nastává časná latentní syfilis.

Pokud nedojde k léčbě, nastává 3. stadium za 5 až 30 roků po infekci, poté *Treponema pallidum* začíná pronikat do celého organismu a mluvíme tak o orgánové syfilidě. Vznikají aortální aneurysmata a postižení nervového systému. Na vulvě a pochvě se tvoří specifická nekrotická ložiska - *granuloma gummata*, při jejich rozpadání se uvolňuje sekret. (Mašata, Jedličková, 2006, Slezáková, 2011)

Ve třetím stádiu může docházet k psychiatrickým projevům, jako jsou poruchy řeči, bludy, demence, ústící do obrazu tzv. progresivní paralýzy s celkovým rozpadem osobnosti. V dnešní době se syfilis zachytí a následně léčí již v prvních dvou stádiích, a proto se orgánová poškození stala vzácností. (Uzel, 2010)

Mikroskopickým vyšetřením nativního preparátu v zástinu lze prokázat *Treponema pallidum* po vyhodnocení projevů prvního a druhého stádia u dospělých a u vrozené syfilis. Sérologické testy rozdělujeme na netreponemované a treponemované. Netreponemovanými reakcemi zjišťujeme protilátky proti fosfolipidům, které budou pozitivní kolem 5-6 týdnů po infekci. Patří mezi ně klasická BWR (Bordetova – Wassermannova reakce), RRR (rychlá reaginová reakce) a VDRL (venereal disease research laboratory test). Testy patří do třídy IgG. Treponemové reakce jsou se specifickým antigenem např. reakce TPHA (*Treponema Pallidum Hematoglutination Assay*). Rutinně používáme test ELISA (přímý průkaz antitreponemových protilátek). Lze použít i PCR (polymerázová řetězová reakce), což je metoda molekulární biologie, kdy se provede zmnožení malého fragmentu DNA a následně analýzu. (Roztočil, 2008, Štork, 2008)

V léčbě příjice se podává penicilin ve vysokých dávkách. *Treponema pallidum* zůstává na penicilin stále ještě dostatečně citlivá, na rozdíl od jiných mikrobů, které se naučily odolávat vůči antibiotikům. Pouze při alergii zvolíme alternativu erytromycinu. (Mašata, 2006)

1.1.2. Kapavka (Gonorrhoea)

Kapavka – gonorrhoea je více než desetkrát častější než příjice. Dle WHO se ročně objeví 25 miliónů nových případů. Její původce je gonokok - *Neisseria gonorrhoeae*. Vytvoří se hnisavý zánět sliznic močového a pohlavního ústrojí, ale často postihuje i sliznici konečníku a oční spojivku. Muži mají první příznak za 3 až 5 dní po pohlavním styku, který se projevuje pálením a řezáním při močení společně s hnisavým výtokem z močové roury a zarudnutím jejího zevního ústí. U ženy se příznaky nákazy objeví často za delší dobu (průměrně za 5 až 7 dní) jako výtok a obtíže při močení, které jsou však podstatně mírnější než u muže. Polovina kapavčitých nákaz u ženy unikne pozornosti. Žena je v té době pochopitelně přenašeč a o své nemoci se často dozví, až když nakazí dalšího muže.

Infekce se dále šíří ascendentní cestou. Při pokročilé neléčené nákaze vzniká i postižení jiných orgánů, kloubů, sliznice úst, nosu a hltanu. Onemocnění může až dospět do kapavčité sepse. Akutní stádia můžou někdy přejít do chronického a v takovém případě

vymizí bolestivé příznaky. Infekce *N. gonorrhoe* se může také projevit jako bartolinitida nebo až hluboký pánevní zánět s následným poškozením plodnosti. Gonokok má afinitu k cylindrickému a přechodnému epitelu urogenitálnímu traktu, rekta orofaryngu a očních spojivek, proto se provádějí stěry z uretry, cervixu a rekta. Kapavka je často spojená s jinými pohlavními chorobami.

Po vyléčení kapavky se provádí nutná kontrolní vyšetření, až poté se může prohlásit pacienta nebo pacientku za zcela vyléčené a zdravé. (Uzel, 2010)

Součástí odběru je i nátěr materiálu na podložní sklo. V mikroskopu vidět velký počet leukocytů s grampozitivními diplokoky, které mají tvar kávového zrna a jsou uloženy extracelulárně i intracelulárně. Takto popsany klinický obraz je velmi vzácný.

Terapie antibiotiky se stává v léčbě gonokokové infekce méně efektivní pro postupně se rozvíjející rezistenci. Získaná odolnost gonokoka vůči penicilinu se řeší často kombinací jiných antibiotik. Proti kapavčité infekci neexistuje imunita, a proto se onemocnění může opakovat. (Citterbart, 2001)

1.1.3. Měkký vřed (Ulcus molle)

Původcem této pohlavní vředové choroby je *Haemophilus ducreyi*. Postihuje pětikrát častěji muže. Největší výskyt je v Africe, a proto je u nás výskyt vzácný. V místě infekce tedy na genitálu se vytvoří malá papula, která se změní ve vřed. Objevit se může solitární vřed nebo více vředů. Spádová uzlina pro dané umístění vředu zduří později.

Diagnostikujeme pomocí mikroskopického vyšetření hnisu odebraného z okrajů vředu. Léčba spočívá v aplikaci antibiotik (azitromycin, erytromycin, cefalosporiny). Pokud se pacient nepodrobí léčbě, dochází k destrukci genitálu. (Jirásková, 2003, Pizinger, 2012)

1.1.4. Čtvrtá pohlavní nemoc (Granuloma inguinale)

Jedna z dalších u nás vzácnějších infekcí je to měkký vřed způsobený *Calymmatobakterium granulomatis* (Donovanovo tělísko). Typický výskyt je v subtropích a tropech. U mužů se objevuje častěji, protože ženy jsou přenašečkami. Vytvoří se splývající drobné papule, které později ulcerují v plošný vřed. Lokalizace je nejčastěji na

glans a předkožce u mužů. Onemocnění u žen postihuje oblast vulvy a inguin a typický je zapáchající výtok. Často je onemocnění doprovázeno zduřením lymfatických uzlin.

Bakterie prokážeme mikroskopicky. Terapie spočívá v podávání antibiotik alespoň 3 týdny. Lékem první volby jsou tetracykliny (erythromycin, doxycyklin aj). (Mašata, 2006, Pizinger, 2012)

1.1.5. Pátá pohlavní nemoc (Lymphogranulona venerum)

Toto onemocnění je sexuálně přenosné, které způsobuje Chlamydia trachomatis sérotypy L1, L2 a L3. Vysokou prevalenci má v subtropických a tropických oblastech. Akutní formy onemocnění se často objevují u mužů, protože ženy mají spíše asymptomatický průběh. Častými nosiči jsou homosexuální muži. Onemocnění probíhá ve třech fázích. První se objeví léze v místě infekce. Ve druhém stádiu dochází ke zduření regionálních uzlin v místě primární infekce. Pokud se pacient neléčí, dospěje onemocnění do třetího stádia. Dochází k anogenitálnímu syndromu, což je destrukce genitálu a konečníku zánětem a následně dochází ke zjizvení.

Objevují se i systémové komplikace. Léčba spočívá v dlouhodobé antibiotické terapii s individuální odezvou. (Mašata, 2006)

1.2. Přenosné převážně pohlavní stykem

Tyto onemocnění jsou přenosná pohlavním stykem ale i jinými způsoby. Nepatří do tzv. pěti klasických pohlavních chorob.

1.2.1. Chlamydiové infekce

Urogenitální chlamydiová infekce je nejčastější sexuálně přenosná bakteriální agens ve vyspělých zemích, dokonce se objevuje častěji než gonokokové infekce. Dle WHO každý rok vznikne okolo 500 miliónů nových případů STD a z toho počtu 90 miliónů tvoří chlamydiové infekce. V dnešní době je centrem zájmu mnoha odborníků. Nejvyšší prevalence je u mladých a sexuálně aktivních lidí kolem 20 let a představují zhruba 50% všech urogenitálních nákaz. Chlamydiové infekce jsou považovány za nejzávažnější globální zdravotnický problém. Infekce způsobuje závažné následky (PID, neplodnost u mužů i žen, chronická pánevní bolest a GEU).

Rod Chlamydia klasifikuje čtyři druhy: Chlamydia trachomatis, Ch. pneumoniae, Ch. psittaci a Ch. pecorum. Jen Ch. trachomatis způsobuje urogenitální infekci. Chlamydie trachomatis se dá rozdělit do 18 sérotypů podle typově specifických antigenů na povrchu elementárních tělísek. Pro běžnou praxi se toto rozdělení nepoužívá. Dále se rozděluje na 3 biotypy (biovary): trachom, LGV a původce pneumonitidy u myší.

Přenáší se vaginálním, orálním a análním stykem. Inkubační doba je přibližně 1-3 den. Ch. trachomatis může infikovat sliznici uretry, endocervix, endometrium, vejcovody, anorektální oblast, respirační trakt a spojivky. Označení Reiterův syndrom se používá pro postižení oka, uretry i kloubů. Tato triáda příznaků je spíše vzácná. Primárně infekce probíhá v jednovrstevném cylindrickém epitelu a v parauretrální žláze, později může přecházet na endometrium, vejcovody a do dutiny břišní. Často infekce probíhá ve formě tzv. postgonokokového zánětu. Při rozšíření infekce do dutiny břišní způsobí Fitzův-Hughův-Curtisův syndrom, který je charakteristický adhezí v malé pánvi a následnou sterilitou. V současnosti je cervikální chlamydiová infekce považována za rizikový faktor pro vznik karcinomu děložního hrdla ze skvamózních buněk. Tato infekce usnadňuje šíření HIV, jelikož má pacient větší vnímavost pro tento retrovirus. Riziko je i během porodu.

Onemocnění může být zcela asymptomatické v až 70 % nebo jsou příznaky pouze minimální. Objevují se příznaky jako purulentní či mukopurulentní výtok z edematózního hrdla, které může kontaktně krváčet. U žen se mohou objevit menstruační potíže, bolest v podbříšku a při styku. Vaginální sekret má velké množství granulocytů a lymfocytů. Krevní obraz má normální počet leukocytů se zvýšenou FW.

U nás neexistuje žádný screeningový program. Ve většině zemí se doporučuje provádět screening u asymptomatických žen do 25 let a u těhotných do 25 let. Diagnostikovat můžeme pomocí přímé vizualizace pomocí zbarvení, průkazem protilátek, izolací bakterie z tkáně pacienta či vyhledání genů a antigenů chlamydií. Důležité pro diagnostiku je také správný odběr vzorku a dále jeho skladování a transport v médiích. Při odběru materiálu z cervikálního kanálu se provede nejprve stěr hleny, pak se nabere vzorek sterilním tampónem či kartáčkem na abrazi epitelálních buněk. Před odběrem moče musí pacientka minimálně hodinu nemočit. Odebírá se první porce spontánního močení. Vzorek se ihned transportuje nebo se zamrazí.

Léčba všech sexuálních partnerů je nutná. Lékem první volby je doxycyklin nebo jednorázově azithromycin. (Mašata, 2006, Heřman, 2005, Janečková, 2006)

1.2.2. Trichomonas vaginalis

Onemocnění trichomoniasis vyvolává prvok *Trichomonas vaginalis* (bičenka poševní). Tato infekce je považována za jednu z nejčastějších v celosvětovém měřítku společně s kandidózou. Vzácně při ní může dojít i k nákaze novorozence při porodu. Dále je vzácností kontaminace prádlem nebo vodou. Prvok dokáže přežít ve vlhkém prostředí 90 minut. U žen se lépe prokazuje než u mužů, protože u žen neztrácí svojí typickou morfologii. Ženu trápí bolest vulvy, dysurie, pálení a zapáchající, zpeněný a žlutobílý výtok, což jsou typické příznaky pro akutní formu. Onemocnění se velmi často projevuje jako chronická vulvovaginitida. Po vyšetření nebo po drobném traumatu sliznice snadno krvácí. Infekce může přetrvávat i několik let asymptomaticky (15-20 % případů). U mužů proběhne nákaza jako nevýrazná uretritida, která spontánně ustupuje.

Trichomoniasis diagnostikujeme pomocí nativního preparátu, kdy v mikroskopu pozorujeme pohyb prvoka. Lze původce obtížně prokázat i kultivací, přímou imunofluorescencí nebo ELISA metodou. Odběry jsou provedeny z vaginální klenby, cervixu i moči.

Léčba je v tomto případě nutná obou sexuálních partnerů metronidazolem. (Leifer, 1998, Resl, 2002)

1.2.3. Herpes simplex

Herpetické onemocnění jsou u člověka nejrozšířenější virové onemocnění pro svou dobrou adaptaci na lidského hostitele. V USA je herpes simplex nejčastější pohlavně přenosné onemocnění. HSV patří mezi DNA viry. Tento virus se dělí na dva podtypy – HSV 1 a HSV 2. Dříve byl názor, že HSV 1 napadá pouze sliznici dutiny ústní a oka a naopak HSV 2 osidluje pouze oblast genitálu. Dnes je toto tvrzení vyvráceno.

V evropské populaci je obecně větší prevalence HSV 2 (5-10%) a stejné výsledky jsou v České republice. Velké riziko nastává, pokud dojde k primoinfekci HSV 2 během gravidity. Přenáší se především infikovanými sekrety při pohlavním styku. Mašata

(2006) upozorňuje, že dokonalou ochranou není kondom, protože pouze snižuje riziko přenosu.

Primární infekce se vyskytne u lidí po první setkání s HSV (nemají protilátky proti HSV-1 ani HSV-2). Reaktivace onemocnění se nazývá rekurentní forma, tudíž pacient má už protilátky v séru.

Formy jsou lokalizované nebo generalizované:

U lokalizované formy se prodromy přicházejí 48 hod před klinickými projevy. Pak se tedy objeví pálení, svědění, pocit napětí v oblasti genitálu, erytém vulvy, vagíny a eventuelně cervixu. Objevuje se zapáchající výtok, bolestivé vezikuly, ulcerace na kůži a sliznicích, zduřelí lymfatické žlázy v tříslech, dysurie či retence moči. Reaktivace příznaků způsobí opalování, jiná infekce, stres nebo horečka.

U generalizované formy jsou typické slizniční projevy a změny na CNS. Onemocnění HSV 1 i 2 může způsobit hepatitis s velmi těžkým průběhem. (Mašata, 2006, Adamcová a kol., 2007)

1.2.4. Lidský papiloma virus

Human papiloma virus (HPV) je DNA virus, který napadá lidské buňky. Nákaza HPV je poměrně časté sexuálně přenosné onemocnění. Papilomaviry se podílejí na vzniku prekanceróz a nádoru děložního čípku, protože vir napadá metaplastický epitel transformační zóny cervixu. Přenáší se pohlavním stykem či kožními a slizničními mikrotraumaty. Je možný i vertikální přenos z matky na dítě intrapartálně. Jako rizikové faktory je považováno rizikové sexuální chování (př. koitarché, promiskuita), imunosupresivní léčba, kouření a těhotenství. Překvapujícím rizikovým faktorem je také hormonální antikoncepce, protože zvětšuje metaplazii na cervixu, kterou vir napadá. Nejvyšší prevalence je u mladých žen, kterou jsou sexuálně aktivní v rozmezí 20 až 25 let.

Existuje přes sto typů papilomavirů. Dělí se na benigní HPV a onkogenní viry. Benigní viry způsobují proliferaci a vznik kondylomat v oblasti genitálu. Existují různé formy jako špičaté, obří, ploché a papilózní. Kondylomata se mohou vytvořit na vulvě, perineu, v pochvě i na cervixu. U dětí do 14 let se často vyskytuje u laryngální

papilomatóza. Incidence tohoto onemocnění je nízká. Je zde možný i vertikální přenos při porodu. Nutné je vyloučit zda nejde o kondylomata lata vyskytující se u syfilis, výsev genitálního oparu, molluscum contagiosum či jiné onemocnění.

Onkogenní viry jsou hlavním faktorem pro vznik karcinomu děložního čípku a v dnešním diskutovaném problému. Onkogenní viry se včleňují do genomu buňky na rozdíl od benigních virů, které jsou přítomny mimo chromozomy. Dle schopnosti začlenit se do genomu buňky tzv. onkogeního potenciálu se dělí na skupinu virů s nízkým rizikem (low risk – 6, 11, 42, 43, 44,..) a skupinu virů s vysokým rizikem (high risk – 16, 18, 45, 46, 31, 33, 35, 39, 51, ..). Podílejí se na procesu zhoubného bujení buněk nazývaného karcinogeneze, kdy napadená buňka ztrácí obranu schopnost apoptózy . Papilomavírová infekce může probíhat latentně i subklinicky. Při latentní infekci jsme schopni pouze zjistit přítomnost papilomavirů bez změn na kolposkopickém a cytologickém nálezu.

Léčba je závislá na rozsahu léze, ale žádná metoda není zcela efektivní. Je možná lokální aplikace podophyllinu. Bi- či trichlorová kyselina je možnou alternativou. Dalším způsobem lokální aplikace je 5- fluoracil, který se používá i při systémové léčbě karcinomů. Pro větší léze je vhodné použít chirurgické metody odstranění nebo destrukce elektrodiakautem, kryokautem nebo laser-vaporizací. Elektrochirurgické ošetření jehlou nebo kličkou a studeným nožem je nyní preferováno.

Důležitá je opět prevence. Vyvarovat se častému střídání partnerů. Používání bariérové antikoncepce ve formě kondomu není bohužel efektivní metoda před HPV infekcí, přestože je takto kondom propagován. Od roku 2007 v ČR je dostupná vakcinace, která není ochranou proti všem 20-ti onkogenním papilomavirům. Na trhu jsou dostupné vakcíny, které mají odlišný spektrum účinku. Kvadrivalentní vakcína Silgard je proti HPV 6,11,16 a 18 a lze jí použít u dívek od 9 let a chlapců od 9 do 15 let. Její další výhodou je, že zabraňuje výsevu genitálních bradavic. Bivalentní vakcína Cervarix je proti HPV 16 a 18, které je vhodná pro pacientky od 10 let. (Šůlová, 2011, Mašata, 2006)

1.2.5. Virus infekční hepatitidy B

Virové zánětlivé onemocnění jater způsobuje vir hepatitis B. Ostatní druhy hepatitis (A, C, D, E) se přenášejí asexuální cestou. U hepatitidy B je možný přenos parenterální

(krví, krevními deriváty), vertikální (z matky na plod) i pohlavním stykem. Vyšší incidence se objevuje u intravenózních uživatelů drog, homosexuálů, prostitutek a u imigrantů z endemických oblastí (jižní a východní Asie). Většinou má protrahovaný a těžký průběh a 10 % případů přechází do chronicity s rizikem jaterní cirhózy. Vakcinací proti hepatitis B získáme i imunitu proti hepatitis D. Klinické příznaky se neliší od jiných forem infekčních hepatitid. Inkubační doba od 6 týdnů do 6 měsíců. Virus se množí v hepatocytech.

Diagnostika spočívá v krevních testech markerů hepatitidy. Jedním z hlavních testů je HBsAg (hepatitis B surface antigen), který je pozitivní až po ododeznění onemocnění. Dále se vyšetřuje funkce jater (ALT, AST, bilirubin atd.).

Nutná je izolace na infekčním oddělení a klid na lůžku. Dále pacient musí dodržovat dietní opatření a podávají se hepatoprotektiva. U sexuálních partnerů a nosičů virové nákazy jsou sledovány sérologické hladiny a někdy je nutné i profylakticky zajistit vakcinací. Od roku 2001 je v ČR zavedeno celoplošné očkování nově narozených dětí a ve věku 12 let. Všichni osoby HBsAg pozitivní se musí chránit při pohlavním styku kondomem. (Hájek, 2004, Weiss, 2010, Roztočil, 2008, Resl, 1994)

2. HIV

Toto onemocnění nepatří mezi povinně hlášené pohlavní choroby, ale má svůj vlastní formulář, který se odesílá do Národní referenční laboratoře. Zde se shromažďují veškerá data o progresi HIV nákazy na území ČR.

Onemocnění má poměrně krátkou historii. Poprvé se HIV objevilo v USA jako neznámý buněčný imunodeficit. Poprvé v roce 1980 byl použit název AIDS (= Acquired immunodeficiency syndrome) jako syndrom získaného selhání imunity, které se šíří do celého světa. Později bylo zjištěno, že se jedná o poslední fázi HIV infekce.

Odhady UNAIDS (Společný program OSN pro AIDS) s virem HIV žije více než 30 miliónů osob. Každý rok vzroste počet nakažených o 4 milióny a necelé 3 milióny onemocnění podlehnou. Denně se nakazí podle odhadů 1500 osob na celém světě. Největší incidence je v Africe. Za posledních deset let je zaznamenaný nárůst počtu osob s HIV ve východní Evropě především země jako Ukrajina, Rusko, Estonsko. Zde hraje velkou roli

přenos HIV mezi uživateli injekčních drog. V těchto zemích jsou odhadované počty nakažených osob mnohem vyšší než čísla uvedené ve statistice. Zejména střední Evropa je nejméně postižená, protože zde existuje včasná evidence nových případů. Na počátku byla pandemie hlavně mezi homosexuály, hemofiliky a toxikomany. Evropské centrum pro kontrolu nemocí odhaduje, že třetina HIV pozitivních neví o své nákaze. Včasné zjištění nákazy u pacientů má zásadní dopad na epidemiologický stav.

V ČR první diagnostikovaný HIV pozitivní pacient byl v roce 1985. Obecně má ČR nízký počet HIV pozitivních osob, ale z posledních 5 let se objevil prudký nárůst postižených. Z posledních údajů k 31. 10. 2012 se nakazilo u nás se přibližně 60,2% osob nakazilo homosexuálním stykem, 27,2% heterosexuálním stykem a 4,3% se nakazilo při injekčním užíváním drog. Největší prevalence je v Praze, Středočeském a Karlovarském kraji. Průměrný věk při zjištění HIV je 32 let v ČR. Onemocnění postihuje především mladou generaci. Přestože je v České republice dostupná protivirová léčba, která je plně hrazená pojišťovnou, přibývá pacientů s AIDS. (Machala, Černý, 2007, Němeček, Malý, 2012)

2.1 Epidemiologie

Virus HIV patří do skupiny retrovirů. Dělí se dále na dva typy HIV 1 a HIV 2, které rozliší většina testů. HIV 1 je epidemiologicky více významný. Dělí se do několika typů a kmenů, které mají odlišnou infekční a klinickou závažnost. Virus je citlivý na vnější prostředí - na vyschnutí, dezinfekční prostředky a ničící teplota nad 60°C. Naopak je odolný vůči gama a ionizujícímu záření. Virus má schopnost napadnout lymfocyty nesoucí znak CD4+, což jsou T4 nebo pomocné lymfocyty.

Inkubace je až několik týdnů. Přenos je možný krví a krevními deriváty, sexuálním stykem a z matky na dítě transplacentárně i během porodu. Virus se nachází i v mateřském mléce, a proto matky HIV pozitivní mají kontraindikováno kojit. Běžný kontakt s nakaženou osobou nepředstavuje pro okolí žádné riziko. Virus je obsažený v tělních tekutinách v různých koncentracích. Nejrizikovější tělesné tekutiny s vysokým obsahem viru jsou krev, ejakulát, poševní sekret, mozkomíšní mok a mateřské mléko. Nízké koncentrace viru se nachází ve slinách, slzách a moči, které nepředstavují reálné riziko nákazy. Nejnebezpečnější je krev, kterou se můžete nakazit z transfúze a píchnutí

nakaženou jehlou. Proto je důležité testování dárců, používání jednorázových jehel ve zdravotnictví a používání ochranných pomůcek při odběru krve. U toxikomanů je důležité spíše podporovat neinjekční podávání drogy, nebo aby injekční uživatelé používali čistou jehlu, kterou nepohodí na ulici či na dětském hřišti.

Ženy mají dvakrát až čtyřikrát větší biologickou zranitelnost při nechráněném vaginálním pohlavním styku než muži. Žena se může nakazit už po jednom nechráněném styku s partnerem, protože vlastní velkou slizniční plochu (vagina, cervix) vystavenou nákaze. Ejakulát může obsahovat více množství viru než sekrety ženských pohlavních orgánů. U žen po hysterektomii se ve vaginálních sekretech může stále nacházet RNA HIV viru, ale nemusí to být pravidlo. Po menopauze se ztenčí vaginální sliznice a tím se také tkáň stává vnímavější. Různé oděrky, trhlinky či léze na pochvě, které vzniknou během znásilnění nebo drsných sexuálních praktik, mohou výrazně zvyšovat riziko nákazy. (Šůlová, 2011, Štok, 2008, Mašata, Jedličková, 2006)

2.2 Klinický obraz

Krátce po nákaze se objeví tzv. akutní HIV infekce, kdy tělo reaguje na vysoké hodnoty virové nálože. První příznaky jsou stejné jako chřipkové onemocnění. Tyto příznaky odezní a přichází latentní fáze bez obtíží u některých nakažených. Naopak u některých nakažených se objeví perzistentní generalizovaná lymfadenopatie (PGR) nebo komplex příznaků (ARC = Aid Related Complex) jako je únava, úbytek váhy, průjemy, horečky, noční poty, zvětšení sleziny, anémie, lymfopenie, trombopenie, snížení počty T-pomocných lymfocytů, zvýšená hladina imunoglobulinů aj. U pacientů HIV pozitivních se objevují současně i jiná infekční onemocnění (např. mimogenitální tuberkulóza), či jiné pohlavně přenosné onemocnění (např. syfilis, kapavka, chlamydie, ureoplasmata, mykoplasmata). U intravenózních narkomanů se vyskytuje HIV s kombinací hepatitidy typu C a D.

U žen HIV pozitivních pozorujeme vyšší výskyt některých onemocnění. Ženy mají častěji orofaryngeální kandidózy, bakteriální pneumonii nebo progresivní multifaktoriální leukoencefalopatii. Naopak mají nižší výskyt Kaposiho sarkomu a postižení virem Epstein-Barrové. Dále se objevují u žen menstruační poruchy (amenorea, oligomenorea, spotting), které jsou způsobené poruchou hormonální regulace spojené s poruchami výživy,

nadměrné hubnutí nebo užívání psychoaktivních látek. Objevuje se také u pacientek opakovaně některá infekční onemocnění (např. kandidové a mykotické kolpity a vulvitidy, HSV 1 a 2, HPV 6, 11, 42). Více pacientkám hrozí zánětlivé onemocnění malé pánve (pelvic inflammatory disease – PID). Kolposkopické a onkocytologické vyšetření by se mělo provádět u těchto pacientek každých šest měsíců, protože mají vyšší výskyt cervikální intraepiteální neoplazie (CIN) i častější tendence k recidivě CIN. Ve stádiu AIDS se ve vagíně a vulvě vznikají ulcerace, které mohou vést až ke vzniku fistulí mezi rektum a vagínou. U třetiny žen se vyskytují ulcerace i v dutině ústní. U některých autorů je uvedeno, že ženy s ve stádiu AIDS přežívají kratší dobu než muži.

Po několika letech bez klinických příznaků přichází AIDS, které je konečným a smrtelným stádiem infekce. Projevuje se jako snížení buněčné imunity s častými oportunními infekcemi jako kandidózy, toxoplazmóza, améboza, kryptokóza, herpetické infekce, histoplazmóza, plicní postižení podmíněné pneumocystis carini, atypické mykobakterie. Kromě infekcí se mohou objevit nádory (Kaposiho sarkom, nádory lymfatické tkáně) a různé kožní onemocnění (condylomata accuminata, purpury, plísňové, hnisavé a kvasinkové onemocnění). Typické je zvýšení virové nálože a snížení počtu CD4+ buněk v séru. (Šůlová, 2011, Štok, 2008, Mašata, Jedličková, 2006)

2.3 Léčba

Protivirová léčba se používá u pacientů od poloviny 90. let. U nakažených osob dokážeme zlepšit imunitu, tudíž jim prodloužíme život. Vyvarujeme se toho, že pacienti nemusí umírat na hluboký deficit imunity. Většinou se používá kombinace tří léků s různým protivirovým účinkem. Důležité je také spolupráce pacienta, aby léky pravidelně a poctivě užíval. Vynechání tří dávek v měsíci zvyšuje riziko rezistence léku. Pokud dojde třeba k poranění o infikovanou jehlu zdravotnickým personálem nebo při selhání kondomu s HIV pozitivním partnerem provádí se tzv. postexpoziční profylaxe. Nutné je podat žádost do AIDS centra příslušné infekční kliniky a podat léčbu nejlépe do 24 – 72 hodin. Užívání léků po vystavení infekci není definitivně vyloučeno. Vedlejší účinky protivirové léčby jsou časté. Po šesti měsících se provede kontrola krevního séra od doby eventuální nákazy.

Antiretrovirová léčba má schopnost potlačovat virovou replikaci, a tím ovlivňuje pozitivně průběh HIV infekce. Léčba se nasazuje podle virové nálože mezi 5000-10 000

kopii/ml a to bez ohledu počet CD4+ lymfocytů a klinických příznaků. Nasazení léčby je také nutné při poklesu CD4+ lymfocytů pod 350 nebo při klinické fázi AIDS. Léky, které se používají, se rozdělují do 5 skupin podle účinku na replikaci viru. (Šulová, 2011, Štok, 2008, Mašata, Jedličková, 2006)

2.4 Diagnostika

Diagnostika HIV infekce spočívá v laboratorní detekci protilátek imunofluorescencí, aglutinací nebo metodou ELISA. Protilátky viru lze prokázat v krvi za 3 až 6 měsíců v krvi po expozici. Menší specifitu mají tzv. rychlé testy, u kterých máme výsledek za 3-4 minuty. Tyto testy jsou prováděny vždy zdravotníkem. Dále můžeme prokázat virus metodou PCR v období séronegativity. U pacientů sledujeme hladinu antigenu p 24, protože při jejich nárůstu klesají naopak protilátky. Dále zjišťujeme počet CD 4 + buněk a počet trombocytů. (Vosmík, 1999)

3. Specifika pohlavních nemocí v těhotenství

3.1 Syfilis

Syfilis vrozená (connata) – přenos infekce z matky se děje nejčastěji intrauterinním způsobem. Označení syfilis hereditaria a congenita není správné, protože nejde o geneticky determinované dědičné onemocnění. Průběh onemocnění způsobené *Spirochetou pallidou* není těhotenstvím výrazně ovlivněn. Čím později se těhotná infikovala, tím mírnější jsou následky infekce pro plod. (Čech, 2006, Duchková, 2007)

Protože se krevní oběh zárodku v těle těhotné matky vytváří až ve 4. - 5. měsíci těhotenství, plod se nakazí diaplacentárně až v této nebo pozdější době. Čím je matčina syfilis čerstvější, tím je více treponemat v jejím oběhu, tím vážněji je plod ohrožen.

Pokud se matka nakazí dříve, než došlo k početí, narodí se dítě živé někdy i předčasně. Dítě má projevy sekundárního stádia syfilis: vyrážky na kůži těla, často na chodidlech, někdy se tvoří puchýře. Postiženy bývají hlasivky, nosní sliznice a kosti. Často zjišťujeme bezvládné končetiny.

Když se matka nakazila kolem doby oplození, je plod ve 4. - 5. měsíci těhotenství masivně zaplaven spirochétou a odumírá. Potrat nebo porod mrtvého plodu po tomto datu je často syfilitického původu. Potraty do 3 měsíce těhotenství mají většinou jinou příčinu.

Matka s pozdní bezpříznakovou syfilidou v těhotenství může se porodit dítě zdravě vypadající, u něhož se po více letech projeví příznaky třetího stadia: soudkovité řezáky, poruchy vidění a slyšení, deformity lebky, sedlovitý nos, gotické patro, šavlovité holenní kosti. Označení Hutchinsonova triáda symptomů zahrnuje postižení zubů, keratitis parenchymatosa a vestibulární hluchotu. Velká část takto syfiliticky postižených dětí může být až do smrti bez příznaků a tedy zdánlivě zdravá. Určité procento nemocných se již v první generaci může dožít vysokého věku bez zjevných projevů své celoživotní infekce.

V případě, že syfilitická infekce vznikla několik týdnů před porodem, může se narodit zdravé dítě. Dítě se ale v průběhu porodu může infikovat syfilitickými projevy v okolí genitálu. V tom případě vznikne u novorozence získaná syfilida, často na očních víčkách.

Změny placenty jsou zjevné od 7. měsíce těhotenství. Při lues connata je možno vyvolavatele prokázat v placentě, v plodu a v pupečnickové šňůře. Při echografickém vyšetření plodu může na vrozenou syfilis upozornit ztlustělá placenta. (Duchková, 2007)

Screeningový program u těhotných žen obsahuje i sérologické vyšetření na protilátky syfilis v 3. - 4. měsíci a může se opakovat v 7. – 8. měsíci gravidity. (Hájek, 2004)

3.2 HIV pozitivita

U všech těhotných žen se v 11. -13. týdnu provádí sérologické vyšetření na HIV. Objevují se i případy, kdy se v tomto období ženě prokáže poprvé HIV nákaza. Většina HIV pozitivních matek interrupci odmítá. Není to nijak zvláštní, protože většinou se jedná o mladé ženy, které touží po rodině. Umělé přerušování těhotenství u žen HIV pozitivních je téma, kterého se dotýkají další společenské problémy. Důležité je u těhotné pacientky objasnit a zhodnotit komplexně situaci. V prvé řadě je potřeba respektovat rozhodnutí pacientky o osudu budoucího těhotenství. Pro gravidní pacientku je riziko zhoršení zdravotního stavu, který může akcelarovat až do rozvoje klinických příznaků AIDS. Dále je zde možnost vertikálního přenosu na dítě, kdy budoucí vyhlídky na kvalitu a délku

života nakaženého novorozence jsou velmi smutné. Matka, která má takto závažné onemocnění, nebude schopná pečovat sama o své dítě. Dále pak situaci komplikuje, když otec dítěte je neznámý či je také HIV pozitivní. Ženy, které odmítnou UPT, mají většinou velkou touhu po dítěti a víru v medicínský pokrok v oblasti antivirové léčbě. (Nehasilová, Marková, 2012)

Vertikální přenos z matky na plod lze ovlivnit při vyvarování se invazivním vyšetřením v těhotenství (např. AMC, CVS). Pravděpodobnost přenosu z HIV pozitivní matky na plod se liší v různých geografických oblastech (v Evropě 15-20 %, v USA 16-30 %, v subsaharské Africe 30-45 %). Vyšší pravděpodobnost je přenosu na virus HIV 1 než HIV 2. Vertikální přenos rozdělit do tří skupin způsoby: intrauterinně, intrapartálně, postpartálně. **Intrauterinně** lze přenést HIV virus transplacentárně mezi 9. a 11. týdnem gravidity nebo infikováním plodové vody od 15. týdne. **Intrapartálně** se může plod infikovat opět transplacentárně, krví matky, vodou plodovou, cervikální a vaginálním sekretem. Svou roli zde hraje i kontrakční činnost a průchod plodu měkkými porodnickými cestami. U dvojčat při vaginálním i při operativním porodu císařským řezem hrozí větší riziko nákazy prvnímú narozenému dítěti. **Postpartálně** je pro plod rizikové kojení mateřským mlékem i kolostrem. Většina autorů se přiklání k názoru, že přenos se nejčastěji uskuteční v posledních týdnech trvání gravidity. (Velemínský, 2005)

Žena během těhotenství dochází do AIDS centra a sem i podle potřeb dochází gynekolog. Absolvuje běžná vyšetření, k tomu nejméně dvakrát se kontroluje virová nálož a každý měsíc se provádí kontrolní krevní obraz a biochemie. Riziko nákazy i s léčbou je 20-30% při vaginálním porodu. Z toho důvodu je porod veden operativně císařským řezem. Studie potvrdily efektivitu císařského řezu jako redukce vertikálního přenosu na plod v době, než se zavedla vysoce aktivní antiretrovirové terapie u těhotných žen. Hajek (2004) uvádí, že v současné době nevíme, zda primární řez při nedetekované virové náloži v krvi přináší výhody pro plod. V informacích pro člověka infikovaného virem lidského imunodeficitu (viz. příloha 8) se uvádí, riziko přenosu na novorozence 8-10%. Postpartální nákaze se snažíme zabránit tím, že matka dítě nekojí. I v mléce jsou přítomny HIV viry, proto je zástava laktace nutná. V rozvojových zemích se laktace nezastavuje, protože matka nemá možnost umělé výživy.

Antivirová léčba v těhotenství má za cíl prevenci vertikálního přenosu HIV infekce na plod a nezhoršení zdravotního stavu matky. Profylaxí ke konci těhotenství, u porodu a podávání léku i novorozenci rapidně sníží riziko přenosu. Nejčastěji se používá Zidovudin a dítě dostává lék ve formě sirupu do 6-8 hodin po porodu. Riziko přenosu snižuje, ale je přitom nutné zvážit rizika pro plod a vznik rezistence viru. Současný názor je takový, že se léčba má v těhotenství nasadit vždy a nejlépe už při prokázání gravidity nebo HIV infekce v graviditě. Stále se ještě doporučuje optimálně zahájit léčbu ve druhém trimestru. U neléčených HIV pozitivních žen nebyl potvrzen větší výskyt komplikací během těhotenství a při porodu.

Infekce HIV neovlivňuje graviditu, pokud není hodnota CD4 T lymfocytů nižší než $200/\text{mm}^2$ a nejsou přítomny klinické příznaky AIDS. V průběhu gravidity fyziologicky klesá počet CD4 T lymfocytů v těle matky, které se vrací k původním hodnotám až několik měsíců po porodu. V některých případech asymptomatického stádia onemocnění se objevila zvýšená tendence k předčasnému porodu, k abrupci a hlavně k poporodní endometritidě. Ve stádiu AIDS byly pozorovány histologické změny na placentě, které jsou přisuzovány HIV infekci. (Mašata, 2007, Nehasilová, Marková, 2012)

Při spontánním porodu je doporučováno oddálit dirupci vaku blan a provést výplach dezinfekcí porodnických cest. Větší ohrožení je při vícečetném těhotenství a u předčasného porodu. Porod je primárně vedený císařským řezem ve specializovaném pracovišti v Nemocnici na Bulovce – Praha.

Předoperační příprava spočívá v podání Retroviru 200g v infuzi G5% 500ml, která se aplikuje i během porodu. Během operace se dbá na zvýšenou ochranu ošetřujícího personálu, proto se používají zdvojené empíry, dvoje rukavice, ochranné brýle či štít a speciální rouškování. Provádí se navíc odběry z pupečníku na zjištění výšky virové nálože u matky a u plodu. Práce s dekontaminací nástrojů je stejná jako u infekčních operací. Placenta se ukládá do dvojbalu a odesílá se do AIDS centra do laboratoře. HIV pozitivní pacienti mají sníženou imunitu, tudíž u operace se dbá na sterilitu výkonu.

Po porodu dítě dostává první dávku protivirové léčby ve formě sirupu, kterou užívá až 6 týdnů. Pak dochází na kontroly jednou měsíčně a později dochází společně pouze s očkováním. Asi u 80 % dětí bez léčby se projeví HIV do 1. V ČR bylo provedeno 108

porodů a narodilo se 111 dětí k datu 17. 5. 2010. Třikrát se narodila dvojčata. Pouze čtyři děti jsou HIV pozitivní. V průměru vychází, že se odvede 10 porodů ročně u HIV pozitivních matek v ČR. (Nehasilová, Marková, 2012, Havlíčková, 2012)

Nezachytíme pouze čerstvou nákazu vzniklou během gravidity po testování. U nakažených během těhotenství se sledují symptomy spojené s HIV infekcí (horečka, průjem, váhový úbytek, ztráta chuti, nauzea atd.). Ovšem u těchto těhotných se mohou vyskytnout i komplikace související ze špatných sociálních podmínek, špatné výživy a chronického stresu. Při návštěvách prenatalní poradny můžeme lépe identifikovat tyto problémy. Ženám je doporučováno se vyvarovat místům s velkým počtem lidí, nehygienickému prostředí a kontaktu s infikovanými osobami. (Leifer, 1998)

3.3 Herpes genitalis

U většiny těhotných se vyskytuje spíše rekurentní forma než primární. Je potřeba provádět řádné a opakované léčení primoinfekce. Pokud se počáteční infekce objeví do 20. týdne gravidity, může těhotenství skončit spontánním potratem, IURG nebo předčasným porodem.

Výsev herpes genitalis v I. trimestru může být příčinou malformace plodu, proto zvážíme léčení nebo lze provést UPT na žádost gravidní ženy. Při primoinfekci HSV 2 ve třetím trimestru se obáváme o život novorozence. U matky se objeví typické puchýřky a vaginitida. Pokud není výtok, lze zaměnit i s mykotickým onemocněním. Postižen může být i cervix, ze kterého odebereme stěr. Recidivující forma má pro novorozence menší riziko, ale záleží na závažnosti.

Nebezpečné je také inaparentní onemocnění, které se vyskytuje téměř u 70% postiženým rodiček. Přibližně 5% novorozenců se nakazí in utero, z toho 90% novorozenců se infikuje během porodu a 5% dětí se nakazí v poporodním období. U matky, která se nakazí až během těhotenství, je větší riziko vertikálního přenosu, protože nevlastní žádné protilátky. Pokud po předčasném odtoku VP se neprovede císařský řez do 4-6 hodin, je riziko přenosu na plod 97%. Riziko přenosu se zvyšuje i s rostoucí graviditou (40 g. h. až 60 %). Riziko vertikálního přenosu se snižuje u žen s rekurentní herpetickou infekcí, které má v krvi přítomné potřebné protilátky.

Management léčby herpes genitalis v graviditě je doporučován následující: Provádí se pátrání v osobní anamnéze těhotné po výskytu herpes genitalis. Pokud se objeví primární výsev v III. trimestru, bude porod proveden císařským řezem pro vysoké riziko přenosu infekce na novorozence. Nutné je informovat pediatry a následná léčba novorozence po porodu. U rekurentní formy bez klinických příznaků není SC indikováno. Od 36. týdne gravidity se podává supresivní terapie acyklovirem nebo valcyklovirem až do porodu u žen s rekurentní formou HG. Snahou je snížit riziko výsevu v období termínu porodu. Není jasně prokázán protektivní efekt na plod při porodu SC, který je provedený do 4 hodin po spontánním odtoku vody plodové. (Zahejský, 2008, Záhumenský, 2010)

Přestože kongenitální formy jsou vzácné, herpes neonatorum je život ohrožující infekce. Vyskytuje se u 1- 4 jedinců na 10 000 porodů. V 80% se jedná o infekci HSV 2. Onemocnění se může rozdělovat na postižení lokalizované, nebo diseminované (generalizované). Lokalizovaná forma je typická pro postižení kůže, oka a orofaryngu. U plodu se onemocnění projevuje tzv. herpetickou fetopatií s kožními výsevy (vesikuly a následně se vytvoří jizvy). Diseminovaná viscerální forma napadá vnitřní orgány a má vysokou mortalitu. U zachráněných dětí se objevují neurologické poruchy.

Včasná diagnóza s rychlou léčbou virostatiky napomáhá ke snížení morbidity a mortality. Nutná je samozřejmě hospitalizace novorozence pro sledování celkového stavu a dále podávání parenterálně antibiotik, antimykotik nebo prostatic. Izolace matky a plodu je nutná pouze u případů, kde se nelze vyvarovat přímému kontaktu s lézemi. Kojení je možné u matek, které nemají herpetické léze i na prsou. (Leifer, 1998, Mašata, 2006, Adamcová a kol. , 2007)

3.4 Kapavka

Kapavka v graviditě se prakticky neodlišuje od popisované infekce (viz. výše). Onemocnění způsobuje významné komplikace jako předčasnou rupturu plodových blan, předčasný porod, chorioamnionitis a septický abort.

Pokud bylo těhotenství ukončeno v 1. trimestru, a nebo byl proveden odběr choriových klků, je u těchto matek zvýšené riziko vzniku endometritidy. Obecně je gonokoková infekce rizikovým faktorem pro poporodní endometritidu.

Udává se 30-40% riziko vertikálního přenosu na novorozence, proto se v České republice provádí tzv. kredeizace Ophtalmo - Septonexem u každého novorozence po porodu jako prevence novorozenecké konjunktivitidy. Jako vzácnost se může objevit i sepse u novorozence.

Bez jakékoliv léčby vzniká u novorozenců nebezpečí ophthalmia neonatorum a orofaryngeální infekce. Rutině se neprovádí u každé těhotné vyšetření na kapavku. (Hájek, 2004, Kojanová, 2007)

3.5 Chlamydie

U těhotné se nákaza projeví jako cervicitida s hlenohnisavým výtokem. Pouze vzácně se infekce ascendentně přenesou. Matka nakažená urogenitální infekcí může v 60-70 % případů nakazit novorozence během porodu hlavně kontaktem s infikovanými sekrety.

U dětí se může vyvinout konjunktivitida (50%), pneumonie (20%) méně často otitis, bronchitis, gastroenteritis a nebo IMC. Nejčastějším projevem nakažení je konjunktivitida a především jednostranná. Inkubační doba je 3-5 dní, po které se objeví vodnatá sekrece ze spojivkového vaku (brzy se mění na purulentní) a otok víček se zarudnutím spojivky. Zde nemusí být účinná kredeizace spojivkového vaku po porodu. Pneumonie manifestuje mezi 4. - 11. dnem. Bez léčby se onemocnění projevuje jako neprospívání a pokašlávání. Většinou onemocnění není závažné a akutní, které ustupuje za 4-10 dní. Děti narozené přirozeně se nakazí v 25-60%, naopak děti narozené císařským řezem při neodteklé vodě plodové je nákaza vzácná. U novorozenců je v 10-20% zjištěna Ch. trachomatis z výtěrů z pochvy. Chlamydiová infekce u novorozence je závažný medicínský problém, ale děti není nutné nějak izolovat. Důležité je myslet na dodržování hygieny, protože sekrety z dýchacích cest a stolice jsou infekční.

Nákaza hraje roli i při předčasném porodu, které není zcela objasněna. Různé výzkumy uvádějí rozdílné výsledky. Bylo zjištěno, že ženy nakažené Ch. trachomatis mají dvojnásobně až trojnásobně vyšší riziko předčasného porodu a vyšší riziko předčasné děložní činnosti. Předčasně narozené děti od těchto matek mají vyšší perinatální úmrtnost a těžší poporodní adaptaci.

V těhotenství je léčba problematická, protože se může zahájit až po skončení I. trimestru. V této situaci je lékem první volby makrolidová antibiotika (erytromycin, azithromycin). Definitivní léčba se provede po skončení gravidity a při kojení. U novorozence se konjunktivitida může léčit lokálně (mastě, kapky) i celkově antibiotiky – tetracyklin, erytromycin. U novorozenecké sepse se aplikuje ampicilin s aminoglosidy. Při neúčinnosti této léčby se používá amoxicilin. (Velemínský, 2005, Heřman, 2005, Janečková, 2006)

3.6 Předčasný porod a předčasný odtok VP

Předčasný porod se definuje jako ukončení těhotenství před 37. týdnem gravidity. Jedna z hlavních příčin předčasného jsou infekce. Zdravá vaginální flóra je důležitým předpokladem pro zdravý průběh těhotenství. Promítá se zde hladina estrogenů, pH pochvy, hladina glykogenu a prokrvení poševních stěn. Bakteriální infekce (N. gonorrhoe, GBS, *Gardnella vaginalis*) mají větší schopnost adherence na poševní stěny než *Lactobacillus*. Normální bakteriální flóra se vyskytuje pouze u 50% žen v běžné populaci. Uvádí se, že nejvíce se na vzniku infekce vedoucí k předčasnému odtoku plodové vody uplatňují *Gardenella vaginalis*, *Ureaplasma urealyticum*, *U. bacteroides* a mykoplazmata. Obecně se nejčastější původci intrauterinní infekce shrnují pod zkratku STORCH - S-syfilis, T-toxoplazmóza, O-ostatní (*streptococcus agalactie*, mykoplazmata, chlamydie, listerióza), R-rubeola, C-cytomegalovirus, H-hepatitida B a C, HIV, HSV, Human parvovirus 19. Ascendentní cestou se mikroorganismy dostávají až do plodového vejce. Jako první projev jinak bezpříznakové infekce je předčasný odtok vody plodové, klinické známky chorioamnionitidy a předčasný porod. (Hájek, 2004, Roztočil, 2008, Štork, 2008, Mašata, 2006)

3.7 Hepatitida B

Přenesení viru je krví, transplacentárně, mateřským mlékem či vaginálními sekrety při porodu. Matkám žijících ve vyspělých zemích nehrozí velké komplikace v těhotenství. Důvodem je pravděpodobně lepší výživa. Jediné riziko je hypotrofizace plodu a dále se diskutuje o teratogenním účinku na plod.

V prenatalních poradnách se provádí screeningové vyšetření na Hepatitidu B v prvním trimestru (HBsAg) a u rizikových skupin se může opakovat ve třetím trimestru. Po zvážení prospěchu a rizika u těhotné a podobně i v případě kojení, lze očkovat ženu proti hepatitidě typu B. Zpravidla se doporučuje toto očkování neprovádět v I. trimestru.

Stanovením hodnot HBsAg a HBeAg – antigenu nám upřesní pravděpodobnost vertikálního přenosu (v I. a II. trimestru zhruba 10%, ve III. trimestru 76%). Postižení plod dokáže pasivně přenesený virus eliminovat, nebo se virová infekce manifestuje jako neonatální hepatitida v 50%, která má dobrou prognózu. Postižení novorozenci mají vyšší riziko vzniku jaterní cirhózy nebo hepatocelulárního karcinomu v dospělosti.

Porod je možné vést spontánně. Děti, které jsou HBsAg negativní, se očkují plnohodnotnou vakcínou v novorozeneckém věku a nejlépe po prvním koupání. U očkovanych dětí mohou matky pokračovat v kojení. (Petráček, 2010, Leifer, 1998, Roztočil, 2004, Resl, 1994)

3.8 Ostatní STD

HPV

V těhotenství jsou některé léčebné postupy kontraindikovány (podophylin, kyselina bichlorová a trichlorová, 5- fluoracil), a proto se léčba kondylamat odsouvá třeba až po porodu. Některé cervikální dysplázie způsobené HPV se dokážou spontánně zhojit po porodu. Přenos na plod je vzácný. U novorozených dětí se manifestuje jako laryngální papylomatóza. Císařský řez se primárně neprovádí, protože není považován za vhodný preventivní postup. (Mašata, Jedličková, 2006)

Trichomonas vaginalis

Prvok nepřestupuje placentou. Novorozenec prodělává po porodu krátkodobou infekci, která má spojitost s předčasným odtokem vody plodové a postpartální infekcí matky. Léčení těhotné se odkládá do ukončení prvního trimestru, protože užívaný metronidazol má škodlivý účinek na plod. V prvním trimestru se užívá pro zmírnění svědění klotrimazol. (Leifer, 1998)

4. Povinnost hlášení a legislativa

Povinností každého lékaře kožního nebo venerologického je hlásit dle předepsaného tiskopisu sexuálně přenosné onemocnění, podezření na STD, úmrtí na STD a porušení předpisů ze strany nemocného (zejména porušení léčby a kontrol). Nemocnému je poskytována dispensární péče, přičemž je povinen nahlásit změnu bydliště ošetřujícímu lékaři. Lékař je povinný poučit pacienta o nakažlivé povaze onemocnění. Úmyslné nakažení jiné osoby je hodnoceno jako trestný čin. Nutná je léčba s pravidelnými kontrolami. Depistáž je velmi důležitou úlohou, která spočívá ve vyhledávání zdrojů nákazy a hledání ohrožených osob. Někdy je nutná spolupráce policie. Je potřeba vyšetřit všechny sexuální partnery nakaženého. Vše je pod přísným lékařským tajemstvím.

Nejdůležitější povinností dermatovenerologického oddělení je evidence pohlavních nemocí a vedení statistiky výskytu, kterou vede depistážní sestra. Dokumentace je vždy uložena na dermatovenerologickém oddělení, nikdy není uložena v centrální kartotéce. Přístup k dokumentaci má pouze zdravotnický personál.

Povinností nemocného jsou podrobení se vyšetření i pravidelným kontrolám a dodržování veškerých pokynů lékaře a zdravotnického personálu. (Jirásková, 1993)

Legislativa

Česká republika úspěšně bojuje proti pohlavním nemocem od roku 1922, kdy přijala první zákonnou normu. K pohlavním chorobám se vztahuje zákon č. 258/2000 o ochraně veřejného zdraví. Dále se na STD vztahuje vyhláška MZ ČR č. 195/2005 Sb., která stanovuje podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění. Podmínky předcházení pohlavním nemocem je zaneseno do směrnice č. 30/1968 Věstníku MZ. V části 10 Věstníku MZ ČR z prosince 1997 nalezneme standarty vyšetřovacích postupů STD. Vyhláška MZ ČR č. 225/1996 stanovuje způsob hlášení STD. (Weiss, 2010, Macháčková, 2012)

5. Dispensarizace

Dispensární péče má hlavní úkol vysoce specializovanou péči o osoby nakažené STD. Pro HIV pozitivní pacienty zajišťují specializovaná centra v Praze, Plzni, Brně, Ostravě,

Ústí nad Labem, Hradci Králové a Českých Budějovicích. Nadřazeným a řídicím centrem je AIDS centrum FN Bulovka v Praze, které zajišťuje specializovanou péči pro HIV pozitivní těhotné ženy. Zde po porodu zůstává dítě v péči do 18 měsíců věku pro potvrzení diagnózy či vyvrácení přenosu.

Pacienti s kapavkou jsou vedeni v evidenci po dobu léčby a kontrol 3-4 měsíce. Povinné kontroly jsou za 24 – 48 hodin po léčbě a za týden (u mužů po provokaci, u gravidních žen bez provokace, negravidní ženy ještě navíc 2x po sobě během menstruace). Před léčbou a 3 měsíce po léčbě se provádí sérologická test na syfilis a HIV. Pacientovi je doporučen pohlavní styk pouze s jedním partnerem s použitím kondomu. Odběry u sexuálních partnerů jsou každý půl rok a mimosexuálních kontaktů každý rok.

Pacienti se získanou nebo kongenitální syfilis jsou kontrolováni třikrát během 6 měsíců, pak se intervaly prodlužují až na jednou za 5 let. Při negativitě klasický i specifických testů, klinických vyšetřeních a likvoru je pacient vyřazený po dvou letech z evidence. Pokud nesplní podmínky v dispenzární péči je do 65 let a vyřazení nastane úmrtím pacienta. (Resl, 1994, Jirásková, Resl, 2002)

6. Prevence

Prevence má za cíl předcházet přenosu a rozšíření sexuálně pohlavních chorob v populaci. Nejúčinnější formou je úprava sexuálního chování, která spočívá v sexuální věrnosti se zdravým partnerem. Proto je důležité se vyvarovat rizikovému chování, mezi které patří nahodilý sex či pohlavní styk po krátké známosti. V rozšiřování sexuální chorob přispívá také užívání drog a alkoholu. U mladistvých se objevuje předčasné zahájení pohlavního života, kdy ještě jejich pohlavní soustava není dozrálá. Tato nezralost se projevuje větší zranitelností sliznic zvláště u dívek. Poučení o důležitosti se chránit bariérovou antikoncepcí je také součástí prevence. Používání kondomu je nejspolehlivější metodou k ochraně proti STD. Jeho funkčnost je závislá na osobní zkušenosti (pravděpodobnost selhání u pravidelných uživatelů 1%, občasný uživatelé riziko 10%). Doporučován je především u nahodilých sexuálních partnerů.

V hlavní roli příčin výskytu hraje promiskuita. V dnešní době jsou u nás potlačeny inhibiční faktory, což podporuje lehkomyšlné navazování sexuálních kontaktů. Může zato

HAK, postkoitální antikoncepce, možnost UTP a moderní léčba STD. Obecně více případů se objevuje v homosexuální menšině. U mládeže se projevuje pokles výchovného vlivu a úpadek náboženství. A především jedinec se dříve stává pohlavně dospělým. Dále je příliš v médiích propagovaný sex ve filmech, časopisech a reklamách. Otevření hranic a příchod cizinců k nám za prací zapříčiňuje také nárůst STD v populaci. Ženy placené za sexuální služby patří mezi nejvíce ohrožené, jejich nemocnost je o 50 až 100 % vyšší než v běžné populaci. Dalším důležitým prvkem v prevenci je sexuální výchova, která nás má vést k udržování si sexuálního zdraví, k sebeovládání a k zodpovědnosti v navazování nových vztahů. Každý z nás by si měl uvědomit, že při nevěře ohrožujeme sebe i svého současného životního partnera sexuální chorobou. (Resl, 2002, Tůmová, 2012)

7. Edukace a role porodní asistentky

Důležitou roli v prevenci hraje určitě edukace o hygieně pohlavního života, o pohlavních chorobách a principu přenosu těchto onemocnění. Formou sexuální výchovy by měl být edukován každý jedinec ve škole, či rodině. Osvěta ve společnosti přispívá k tomu, že se dokážeme vyvarovat rizikovému sexuálnímu chování. Školy nevědí, jestli není lepší tuto edukaci o pohlavním životě nechat raději na rodině. V některých rodinách je ovšem sex tabuizované téma, o kterém nemluví. Porodní asistentky mají určitě nezastupitelnou úlohu v edukaci v oblasti sexuálního zdraví. Ovšem i ony naráží většinou na problém časové tísně během preventivních vyšetření, tudíž nemají dostatečný časový prostor, aby pacientku edukovaly.

Edukace PAS se spíše zaměřuje na ženy, které pohlavní život už zahájily, méně často pak na dívky, které ještě nezačaly pohlavně žít. Nemělo by chybět poučení o hygieně. Ženě by měla vysvětlit, že je špatná nadměrná i nedostatečná hygiena. Proto výplachy pochvy jsou přežitkem a nejsou účinnou metodou pro prevenci STD. Naopak zvyšují pravděpodobnost vaginální infekce o 40%, protože zde dochází k narušení přirozené bariéry v pochvě. Stejně tak to není antikoncepční metoda. Důležité je důkladné omytí velkých a malých stydkých pysků, klitorisu a poševního vchodu po i před pohlavním stykem. A zdůraznit očistné pohyby po vyprázdnění vždy směrem zepředu dozadu. Neměla by chybět ani edukace o vhodné antikoncepční metodě a vyvarování se rizikového chování. (Kosová, 2012)

PRAKTICKÁ ČÁST

8. Formulace problému

Sexuálně přenosné pohlavní choroby jsou obecně stigmatizované onemocnění. Často se taková onemocnění spojují s prostitucí, promiskuitou či homosexualitou především u mužů. Onemocnění STD má určitě i svoje nevinné pacienty. Zaměřuji se nejvíce na HIV. Nákaza tímto virem se může stát smrtelná a to pravděpodobně každého děsí. Většinou se nakazí lidé na začátku reprodukčního období. Tito mladí lidé především ženy mají úplně stejnou touhu založit rodinu jako ostatní. Lidé nevědí, že ženy HIV pozitivní mohou otěhotnět a porodit zdravé dítě. Považují to za vyloučené a nevědí, že přenosu lze zabránit antivirovou léčbou. Předpokládám, že ženy HIV pozitivní budou přikládat těhotenství větší důležitost a více se bojí o zdraví dítěte. V lidech vzbuzuje HIV respekt, a proto se bojí HIV pozitivních pacientů. Jejich obavy pramení z nedostatečných informací o způsobech přenosu. Vyrovnání se s diagnózou a zpracování vlastních předsudků je pro nového HIV pacienta nejtěžší období a je často zapotřebí v těchto chvílích i pomoc psychologa. Často pacienti, poté zvládnou prvotní šok ze zjištění diagnózy, potýkají se studem a tají zdravotní stav třeba v zaměstnání. Tito pacienti se potýkají i se sociálními problémy. Problematické navazování nových vztahů, udržení zaměstnání s chatrným zdravím a s tím spojené finanční problémy vedou ještě k zhoršování psychiky. Kombinace zdravotních a sociálních obtíží narušuje prožívání těhotenství. HIV pozitivním matkám je zastavována laktace a porod je vedený císařským řezem, což také ovlivňuje pocity z mateřství. U takových matek je zapotřebí posilovat vazbu matka dítě, která podle mého názoru není příliš podporovaná ani u zdravých matek. Cílem výzkumu je popsat motivaci ženy HIV pozitivní stát se matkou a prožívání těhotenství s HIV. U zdravotníků se předsudky vůči těmto pacientům prohlubují, protože často jsou vystaveni možnosti poranění během invazivních vyšetření. Strach při jejich ošetřování má v nějakém stupni každý zdravotník. Především je to neobvyklé se setkat s takovým pacientem a možná zdravotníci nevědí, jak se k němu mají chovat.

9. Hlavní problém

Onemocnění HIV infekcí negativně ovlivňuje životní roli matky.

10. Cíl a úkol

Cíl 1: zjistit, jak přijímá HIV pozitivní žena svou diagnózu

Cíl 2: Analýza motivace stát se matkou i se svou nemocí

Cíl 3: Analýza pocitů ženy s HIV nákazou z prožívání těhotenství, porodu a šestinedělí z pohledu uspokojování základních potřeb (láska, jistota, bezpečí, sociální podpora)

Cíl 4: Zjistit zda se pacientka setkala s diskriminací svého onemocnění

Cíl 5: Zpracovat informační manuál podpory a přístupu k HIV + těhotné ženě pro potřeby porodnické praxe

11. Metodika výzkumu

Do své bakalářské práce jsem použila kvalitativní metodu výzkumu. Pomůže mi hlouběji proniknout do problematiky. Zvolila jsem si rozhovor s polostandardizovanými otázkami.

12. Výzkumné otázky

- Jak se dokázala pacientka vyrovnat se zjištěním svého onemocnění?
- Jak probíhal proces rozhodování stát se matkou s HIV diagnózou?
- Jakým způsobem zasáhla pohlavní nemoc do jejího těhotenství?
- Jakou má zkušenost s chováním ošetrovatelského personálu k ní nebo změnou chování přátel a okolí při zjištění její diagnózy?

13. Vzorek respondentů

Rozhovor byl proveden u žen, které jsou HIV pozitivní. První respondentka je žena, která teprve se snaží otěhotnět. Přemýšlí o metodě umělého oplodnění. Otázky jsou kladeny na období zjištění diagnózy, na motivaci stát se matkou a plánování budoucnosti.

Setkaly jsme se v ambulanci pro poruchy imunity doc. Sedláčka, kde byla oslovena, zda je ochotná se mnou si promluvit. Rozhovor jsem si zaznamenávala na záznamový arch. Druhá respondentka je už maminkou dvou dětí. Ptala jsem se stejně jako u první respondentky na období zjištění diagnózy, na motivaci stát se matkou a plánování budoucnosti. Navíc se dotazuji na průběh těhotenství, porodu a šestinedělí. Rozhovory byla individuálně připravené pro každou respondentku, protože se nacházejí obě v odlišných životních situacích. Druhou respondentku jsem našla v Domě světla v Praze, kde v tu dobu bydlela. Nyní změnila bydliště, a proto byl rozhovor zaslán emailem. Později jsem některé otázky doplňovala telefonicky. Obě souhlasily s rozhovorem a vědí, že rozhovor bude použit na účely mé bakalářské práce. Po dohodě s respondentkami jsem zaměnila všechna křestní jména a neuvádím ani bližší informace (př. bydliště), protože si to takto přály.

ROZHOVOR č. 1

Jméno: Lucie

Věk: 26 let

Stav: vdaná

Vzdělání: střední bez maturity

Sociální zázemí: bydlí v bytě se svým manželem a dvěma syny
nyní na mateřské dovolené

Anamnéza:

prodělala běžná dětská onem.

choroby pozdější: od roku 2008 HIV pozitivní

operace/úrazy: v 6 letech operace krčních mandlí

gynekologická anamnéza: 0, porodnická anamnéza: II/II

P1: 11/2008 syn, 3100 g/ 49 cm, plánovaný S.C. pro HIV+ matky, rána se hojila per primam, šestinedělí afeb., nekojila - KI laktace, zdravý, Bulovka - Praha

P2: 6/2010 syn, 3850 g/ 50 cm plánovaný S.C. pro HIV+ matky, rána se hojila per primam, šestinedělí afeb., nekojila - KI laktace, zdravý, Bulovka- Praha

OBDOBÍ PŘED ONEMOCNĚNÍM A ZJIŠTĚNÍ DIAGNÓZY

„Zkuste zhodnotit Váš život, než jste zjistila zprávu o své HIV +?“

„Bylo mi 21 let. Byla jsem strašně zamilovaná do svého přítele. Škola mě prostě nebavila. Horko těžko jsem se vyučila kuchařkou a po škole jsem začala hned pracovat. Měla jsem problémy doma. Rodiče se mi rozvedli, když jsem byla malá. Často jsme se s mámou stěhovali a s tátou jsme se moc nescházeli. Nebyla jsem nijak vzorný dítě a v pubertě to pokračovalo. Pak jsem potkala svou první lásku, mého současného manžela.

Důvěřovala jsem mu a byla jsem s ním šťastná. S mámou jsem měla neshody a tak jsem většinu času trávila s Petrem.“

„Kdo Vám oznámil zprávu o Vaší diagnóze? A jak to probíhalo?“

„Asi po půl roce chození jsem zjistila, že jsem těhotná. Udělala jsem si těhotenský test. Byla to pecka, ale tak co. Petra jsem měla ráda, práci měl a mohla jsem mu věřit. Šla jsem na gynekologii a tam mi to potvrdili. Potom mi brali krev na testy. Ani jsem nevěděla, že v tom jsou i testy na HIV. Pak mi volala doktorka, že se k ní musím dostavit a že mi tu zprávu nemůže říct po telefonu. V ordinaci mi sdělila, že mi vyšel test na HIV pozitivní. Poslala mě na infekční kliniku na Bulovku, kde ještě zopakovali další testy. Udělali test i Petrovi. Nevěděli jsme, co se děje. Byl to hrozný šok. Týden jsem probřečela. Bylo to hrozně těžký, ale byla jsem na to dva. To, že jsem HIV +, mohlo být jen kvůli jedný rvačce. Byli jsme jeden večer v hospodě a jeden kluk se porval s Petrem. Ten kluk jel určitě v drogách. Petr měl otevřený zranění a pár dalších ranek po těle. Nemůže za to, že se nakazil. Pak nakazil mě. Občas mu to vyčtu, co mi udělal, ale to je tak všechno.“

„Jaké byly Vaše první pocity při zjištění diagnózy?“

„Jak jsem říkala. Byl to šok. Půl roku jsme se z toho oba dostávali. Byla to velká rána. Do tý rvačky se Petr dostal náhodou. Ten kluk ho prostě napadl. Jen se bránil a takhle to dopadlo. Tenkrát jsem měla o něj strach, aby mu něco nezlomil. A nakonec se stalo tohle. „

„Pozorovala jste na sobě podezření, že došlo k nákaze?“

„Vůbec ne. Nevšimla jsem si ničeho zvláštního. Připadala jsem si jen unavená z práce, jinak nic divného. Patřila jsem k těm pacientům, kterým se neobjevily první příznaky.“

„Jaká byla reakce partnera, když jste zjistila svojí nákazu?“

„Bylo to hrozný. Protože jsem předtím užívala vždycky kondom a s ním ne, věděla jsem, že to musí být od něho. Najednou jsme měli mít dítě a zjistili jsme, že jsem HIV

pozitivní. Nechtěl, o tom moc mluvit. Dával si to za vinu. Hodně nám pomohla jeho rodina. Naše dítě nás spojilo. Když se malej narodil, byli jsme strašně šťastný. Bylo to pro Petra určitě horší než pro mě.“

„Jaká byla reakce Vašeho okolí? Komu jste se svěřila?“

„V tu dobu jsme bydleli u mámy Petra. Hrozně nám oběma pomohla, i když na začátku taky chtěla, abychom si dítěte nekazili budoucnost. Chápala do jisté míry, že jsme do toho spadli nechtěně. Moje máma nechtěla, aby si to nechala. S mojí mámou nejsem vůbec v kontaktu. Nesouhlasila s tím, abych s Petrem chodila. Vrcholem pro ni bylo, že jsem těhotná a natož že jsme HIV pozitivní. Prostě jsem z toho svoji rodinu vypustila. Moc lidí to neví, protože jsme zažili to, že se někteří lidé s námi přestali bavit. Ještě pár přátel to vědí, na které se můžeme spolehnout.“

„Plánovala jste mít dvě děti, když jste třeba byla malá holka a představovala si svoji rodinu?“

„Nevím. Asi jako malá holka jsem si třeba představovala mít děti, a pak jsem to viděla spíš na jedno. Myslela jsem si, že když jsem z rozvrácené rodiny, takže svoji mít nikdy nebudu.“

Souhrn:

Lucie působí jako žena plná optimismu. Ve složitých životních situacích si dokázala najít světlý bod, ke kterému směřovala. Lucie se stala matkou v 21 letech. Nemohlo to být jednoduché odejít z domova od matky, která nesouhlasila se vztahem s Petrem. Otěhotnění pro ni byla dobrá zpráva, ale pro její mámu nebylo. Radostná zpráva o čekávání potomka se proměnila v přemlouvání, aby šla na potrat od matky, a později přišla zpráva o HIV pozitivitě. Neměla to vůbec jednoduché. Musela za svoje miminko bojovat. Zpráva, že je HIV pozitivní, její rozhodnutí neovlivnilo. Byl to pro ni do nějaké míry smysl života, proč to s Petrem nemohli vzdát. Celou dobu zpráva o HIV pozitivitě více zraňovala Petra. Je to pochopitelné, protože on nakazil Lucii a vystavil v ohrožení i svoje dítě. Pomoc našla u přátel a u Petrovy matky, u které bydleli. Způsob nakažení je neobvyklý. Neměli nijak rizikové chování, a přesto jsou HIV pozitivní.

TĚHOTENSTVÍ

„Plánovala jste těhotenství s partnerem?“

„Tak trochu se to povedlo nechtěně. Ale hned jsme se rozhodli, že si ho necháme. Potřebovala jsem někam patřit. Dítě mi pomohlo dospět a být zodpovědná. Petr je o rok a půl starší. Ani jeden z nás neviděl problém v tom, že si najdeme bydlení a budeme spolu mít dítě. Chvilku jsme i svůj byt měli, ale měli jsme problémy s penězi. Po čase jsme se vrátili zpět k Petrově mámě.“

„Bylo pro Vás jasné rozhodnutí, že si těhotenství ponecháte?“

„No úplně nebylo to jasné. Máma na mě tlačila. I Petrova máma se ptala, jestli nám to nepřipadá brzo. Už v tu dobu jsem to měla doma divný, hodně jsme se hádali. Prostě to byla poslední kapka, abych se odstěhovala. Petr mi řekl, že mu nevadí, když si to necháme. Rozhodla jsem se spíš sama, že chci já. Petr mě v tom podpořil.“

„Bylo Vám nabízeno ukončení těhotenství?“

„Bylo mi to nabídnuto. Ale od začátku jsem byla rozhodnutá, že to dítě chci. Tím jak se to rozebíralo doma a tchýně do toho, takže jsem měla jasno. Zabejčila jsem se a chtěla jsem ho. „

„Věděla jsem o možných rizicích pro plod?“

„O nějakých rizicích jsem nepřemýšlela. Na Bulovce mi nasadili nějakou kombinaci léků, abych nenakazila dítě. Důvěřovala jsem doktorce a moje testy z krve byly prozatím dobré. Vůbec jsem se nebála, spíš jen trochu.“

„Rozhodovala jste se společně s partnerem, že si ponecháte dítě s Vaším onemocněním?“

„Ano. Řekli jsme si, že zvládneme. Chtěla jsem být dobrou mámou. Nechtěli jsme se podruhá rozhodovat. Už jsem odešla od svojí mámy a byli jsme rozhodnutí, že si ho necháme. Prostě jsem si taky uvědomila, že nemusím umřít. HIV neznamená u nás, že do 8

let budu mít AIDS. Zabojovala jsem a vyplatilo se. Pomohl mi k tomu můj gynekolog, který mi vysvětlil, co umí dnešní medicína. Když budu brát léky pravidelně, snížím riziko přenosu infekce na moje dítě. Začala jsem být na všechno strašně opatrná. Na všechno si беру gumové rukavice.“

**„Popište mi: Jak jste prožívala těhotenství? Těšila jste se na dítě?
Jak jste se připravovala na příchod potomka?“**

„No bylo to náročné. Podporovali mě přátelé, kteří vědí o tom, že jsme HIV pozitivní. Taky Petrova máma nám pomohla tím, že jsme u ní bydleli. Měřím 174 cm a normálně jsem vážila 90 kilo. Během těhotenství mi bylo často zle. Těhotenské nevolnosti a vedlejší účinky z léčby u mě udělaly to, že jsem zhubla během těhotenství na 64 kilo. Bála jsem se o miminko, když mi bylo zle. Napsali mi neschopenku a skoro celý těhotenství jsem byla doma. Byla jsem i tak dost unavená.“

**„Navázala jste kontakt nějakým způsobem kontakt s dítětem
během těhotenství? (Povídala jste si s ním, zpívala mu ..)“**

„Jo. Často jsem si hladila břicho. Petr se začal těšit čím dál víc na miminko a povídal si s ním. Takových chviliek jsme si nejvíc užívali. „

**„Bála jste se o dítě, že může nakazit od Vás? Ve které období jste
se nejvíce bála?“**

„Když mi začalo být zle a měnili mi léky. Hubla jsem a hubla. Měla jsem jen to břicho. Strašně jsem se bála, že to moje tělo nevydrží. Klesly mi i hodnoty lymfocytů. Vysvětlovali mi, že je to v těhotenství normální, že se to po porodu upraví. Opravdu jsem se bála, že to nebude dobrý.“

**„Důvěřovala jste plně lékařům, že dělají pro Vás vše a nejlépe,
jak umí?“**

„Hrozně mě povzbudily ty videa na internetu maminek HIV+ a taky to, že v Čechách jsou asi jen tři dětičky, které jsou HIV + a jejich matky nebraly léky. Nemůžu říct, že by se ke mně chovali špatně.“

„ Kdy jste nastoupila k hospitalizaci do nemocnice před plánovaným císařským řezem? (v jakém týdnu, proběhlo vše plánovaně)“

„Ležela jsem delší dobu už v nemocnici před porodem. Vše bylo plánované. Týden si nepamatuji. Už jsem se těšila, že se narodí. Poslední týdny jsem už nemohla spát. Otékaly mi nohy a už to bylo náročné.“

POROD

„Pokuste se popsat, jak probíhal porod?“

„Bylo to naplánovaný. Společně s doktorkou jsme vybrali datum. Už jsem v tý nemocnici ležela, jak jsem hubla dlouho. Sestřičky mě znaly z oddělení, takže to bylo celkem i příjemný tam být. V dalším těhotenství si mě pamatovaly sestřičky. Ráno mě odvedl sanitář na sál a malej se narodil v půl desátý odpoledne. Noc předtím jsem vůbec nespala, jak jsem se bála operace.“

„Měla jste během hospitalizace pocit maximální péče?“

„Nemohla jsem si stěžovat. Chovali se ke mně slušně.“

„Nemrzelo Vás, že porod musí být veden císařským řezem?“

„Na konci těhotenství už jsem se nedovedla představit, že bych rodila normálně. Sil jsem opravdu neměla nazbyt. Bylo mi vysvětlený, že nemůžu родit normálně už od začátku. Tak se mi trošku ulevilo, ale stejně jsem se bála té operace i toho, jestli bude malej zdravěj.“

„Měla jste možnost vyslovit svoje přání k porodu a následnému péči o dítě po porodu?“

„Neměla jsem nějaký extra přání. Během řezu jsem nebyla uspaná celá, ale jen mi dělali anestezii do páteře. Takže když se malej Martínek narodil a slyšela jsem hned, jak pláče.“

PO PORODU:

„Kdy jste poprvé viděla svoje dítě a měla ho ve své náruči?“

„Ukázali mi ho na už na sále. Pak mi ho přinesla na večer sestřička pochovat a druhý nebo třetí den jsem ho měla na pokoji. Ale poprvé jsem se úplně bála toho drobečka chytnout.“

„Matkám s HIV nákazou je kontraindikováno kojit. Jak jste vnímala zástavu laktace a že nemůžete kojit své dítě?“

„No říkala jsem si, že by mě to kojení asi ani nebavilo. Měla jsem, co dělat s přebalování, v noci nespál a pořád měl prdíky. Lahvičky byly pro mě jednodušší. Jako trošku mě to mrzelo, že tenhle pocit nezažiju, ale bylo to pro dobrou věc.“

„Jak probíhalo období šestinedělí?“

„Neměla jsem větší obtíže. Po operaci jsem se hojila dobře. Bylo spíš náročný, aby se zvládla postarat o dítě. Musela jsem se rychle zmátožit.“

„Bylo Vám vysvětleno, jak se bude postupovat v péči o dítě (zjišťování jeho eventuální nákazy)?“

„Navštěvovali jsme i s Petrem Bulovku celou dobu v těhotenství, takže mi už na začátku řekli, jak to bude s miminkem. První výsledky byla po porodu v pořádku. Hrozně mě to uklidnilo a ty ostatní jsem si říkala, že dělají jenom pro jistotu. Martínkovi dávali léky v sirupu po porodu.“

Souhrn:

Rozhodování o osudu těhotenství pro ni bylo jasné. Chtěla dítě proti vůli své matky a podruhé se rozhodovat nechtěla, když zjistila, že je HIV pozitivní. Těhotenství pro ni nebylo světlým bodem po celou dobu jeho trvání. Vedlejší účinek léčby a těhotenské obtíže Lucii trápily natolik, že zhubla ze svých 90 kilo na 64 kg. Bála se o svoje miminko, aby se nenakazilo, protože sama byla na pokraji sil. Přesto by se dalo říct, že kontakt

s dítětem navázal zcela normálně během těhotenství. Partner se na dítě těšil nejvíce v závěru těhotenství a jeho depresivní nálady se zlepšovaly. Cítil potřebu být oporou Lucii. Na péči v nemocnici si nijak nestěžuje. Ale vazba matka dítě nebyla tolik podporovaná, jak by se dalo čekat. Bonding neproběhl do dvou hodin po porodu, kdy je to nejideálnější období pro vytvoření vazby matka dítě. Tato vazba je špatně podporovaná ještě tím, že pacientka nesměla kojit. Chlapec se narodil zdravý a do jednoho roku mu byly prováděny odběry, které to potvrzovaly. Na nějaký krátký čas bydleli Lucie s Petrem samy v bytě, ale pro nedostatek peněz se opět vrátili k Petrově mámě.

DRUHÉ TĚHOTENSTVÍ

„Vím, že druhé těhotenství úplně plánované nebylo. Jak jste zjistila druhé těhotenství?“

„Prasknul nám kondom při milování. Nemohla bych jít na potrat. Po porodu jsem to měla celkem pravidelně, ale nějak jsem to vypustila. Najednou jsem byla v 11 týdnu a byla jsem taková celá naměkko, že bychom mohli bejt čtyři. Petrovi jsem to řekla až za tři dny, co mi to potvrdil doktor. Nejdřív nic neříkal. Báł se o mě, abych na tom nebyla stejně jako s Martinem. Tajili jsme to před Petrovo matkou. Už jsme s ní začali mít neshody. Uvažovali jsme, že se odstěhujeme, ale neměli jsme peníze. Pak už to na mně bylo vidět a museli jsme s pravdou ven. Nebyla ráda.“

„Jaká byla reakce partnera, že budete mít dvě děti?“

„Petr si přál holčičku, aby jí mohl Martínek chránit. Říkali jsme si, že kdyby se cokoliv stalo, bude mít naše děti na světě sebe navzájem a že si pomůžou. Přišlo mu to trochu i brzo. Martínkovi nebyly ani dva roky.“

„Prožívala jste druhé těhotenství jinak? Měla jste větší jistotu, že těhotenství může dopadnout dobře a dítě se narodí zdravé?“

„Určitě jsem se tolik nebála. Martínek mi dělal radost a byl pro mě úžasná motivace, že už jednou jsem to zvládla.“

„Měla jste nějaké komplikace se zdravotním stavem během těhotenství?“

„Oproti prvnímu těhotenství to druhý bylo lepší. Měla jsem jinou kombinaci léků a lepší jsem se v tom naučila chodit. Byla jsem unavená, ale neprojevovalo se to tolik. Kamarádka mi třeba pohlídla a zatím jsem mohla uklidit a ještě si na hodčku zdřímnout.“

„Navázala jste dříve kontakt s dítětem než v předchozím těhotenství?“

„Určitě. Bylo to klidnější všechno. Jak jsem si to neužila předtím, tak druhý těhotenství bylo pohodovější. Martínek se ptal, jestli si budou spolu hrát a tak. Těšili jsme se na miminko.“

DRUHÝ POROD

„Pokuste se popsat, jak probíhal porod?“

„Nic zvláštního. Opět jsem přišla do nemocnice. Tentokrát se mnou byl manžel předtím, než jsem šla na sál. Dva měsíce před porodem jsme se vzali, aby se náš další syn jmenoval po tátovi. Nechtěli jsme zase řešit na matrice otcovství. Zase mi ukázali Radečka po porodu. Jméno vybral manžel. Chtěl Radku a tak máme Radka. Když syna odnášeli ze sálu, pochoval si ho a vyfotil si ho manžel.“

„Měla jste během hospitalizace pocit maximální péče?“

„Nemůžu si stěžovat. Jako u prvního kluka jsem měla všechno zjištěný. Chtěla jsem být dobrá máma. Nic zvláštního bych ani nechtěla. Stačili mi obyčejný věci a nic extra.“

„Byly Vám nabízeny nějaké možnosti, jak bude císařský řez probíhat?“

„Nikdo se mě neptal, jestli mám nějaký přání. Myslela jsem si, že jsem tak komplikovaná pacientka, že jim nebudu přidělovat starosti. Bylo fajn, že se mnou mohl být

Petr předtím, než jsem jela na sál. Má určité zážitky z toho, když Radečka nesli ze sálu. Říkal, že sotva mě odvezli, tak sestřička už Radečka nesla po chodbě.“

„Kdy jste poprvé viděla dítě?“

„Ukázali mi na sále. Petr si ho pochoval jen na chvíli. A pak mi ho přinesl až druhý den. Furt jsem na něho čekala. Sestřičky říkaly, ať si odpočinu. Ale mně se tak stýskalo. Bylo mi líto, že jsem si ho pořádně nepohlídla na sále.“

„Měla jste nějaké obtíže během šestinedělí? Probíhalo bez komplikací?“

„Druhý den po porodu mě kontrolovala sestřička a přišla na to, že mám špatně staženou dělohu. Nedocházely mi očistky. Tak mi je lékařka vyndala a uvolnila to tam, aby odcházely. Dali mi nějakou kapačku. Nevím, co to bylo. Moc si to nepamatuju, Ani si moc nepamatuju den porodu. Byla jsem hrozně slabá a oblblá po tý operaci. Ale brzo se to zlepšilo a hodně mě hlídali. Tak jako se mi zhoupli hodnoty lymfocytů v prvním těhotenství, v druhém těhotenství to bylo míň. Určitě to bylo téma léky, že jsem měla jiný. Po porodu je každá trochu mimo. Byla jsem dost přecitlivělá. Na mně se navalily starosti o dvě děti a Petrova máma nám to neulehčovala. Bylo těžký. Měli jsme jeden pokoj, kde jsme spali všichni. V noci jsem se stěhovala do obýváku, aby se vyspal Petr. No a když nespal ani Radeček ani Martínek, tak nespal nikdo v bytě. Tchyňi se to nelíbilo a přidávalo to na našich hádkách.“

„Jak jste zvládala po návratu domů péči o dvě děti?“

„Už to nebylo tak jednoduchý. Na hlídání sehnat někoho pro dva kluky a takhle malý. Jedno dítě nejsou žádný starosti, ale dvě jsou opravdu rozdíl. A přišly problémy s tchyňí. Už se to nedalo. Petr měl problémy v práci a tak ho propustili. Nebylo to kvůli tomu, že by byl HIV. Museli jsme si najít jiný bydlení a neměli jsme peníze. Takhle jsme se dostali do Domu světla.“

Souhrn:

Druhé dítě nebylo sice plánované, ale opět chtěné. Rodiče si představují, že nyní jejich děti mají na světě jeden druhého. Druhé těhotenství nebylo pro Lucii tak těžké jako předchozí. Opět jí to spíše komplikovaly události kolem tchyně, bydlení a peněz. Popisuje, že druhé těhotenství si užila. Obtíže po porodu neměla. Kontakt s dítětem měla až druhý den po porodu. Přepokládám, že to bylo způsobeno digitálním vybavením lochií z dělohy a pravděpodobně druhý císařský řez nebyl tolik bezproblémový, jako tvrdí respondentka. Mnoho si toho nepamatuje ze dne porodu. Museli o ni více sestry pečovat, a proto jí raději doporučovali odpočívat. Ovšem po porodu byl proveden bonding u otce. Petr i mohl doprovázet Lucii na porodní sál a být jí oporou. Druhý syn se opět narodil zdravý. S Petrem se vzali, aby jejich dítě mělo jméno automaticky po otci. Péče o dvě děti je složitější než o jedno. Lucie špatně sháněla hlídání pro oba kluky. V noci často ani jeden nespal. Naráželi na špatné bytové podmínky. Situace s tchyní se přioštrovala, a proto opustili její byt a nastěhovali se do Domu světla. Jejich špatná finanční situace jim nedovolila si pronajmout byt, protože Petr přišel bohužel o práci.

NYNÍ

„Popište mi dnes svojí životní situaci. (partner, děti, rodina, kamarádi, sociální situace, bydlení atd.)“

„Po víc než dvou letech jsme se odstěhovali z Domu světla. Bylo to určitě hrozný, ale náš vztah i s dětmi jsme to vydrželi. Dům světla nám pomohl. Nebylo to určitě jen o tom, že nám nabídli bydlení. Později jsme našli si tam přátelé. Děti tam byly rády a všichni byli strejdové a tety. Psychicky jsme se srovnali já i Petr. Jak Petr přišel o práci a všechno okolo bylo špatný, stáhlo ho to strašně dolů. Snažila jsem se alespoň fungovat já. Bydlíme teď mimo Prahu v panelovém domě. Petr tu sehnal práci. Martínkovi je 5 let. Nebyl to takový problém pro něho tu sehnat školku než v Praze. S Radečkem mi končí mateřská a právě si hledám práci. Nemám moc představu, co budu dělat. Nemůžu si moc vybírat.“

„Setkala jste se s odsouzením vašeho rozhodnutí – mít dvě děti s HIV+?“

„To se hlavně nelíbilo tchyni a kvůli ní jsme vlastně museli být v Praze. Moc lidí to neví, že jsme HIV pozitivní. Někteří nám závidí kluky a říkají, že jsou prima.“

„Děti ví, že maminka a tatínek jsou nemocní? A jak to vnímají?“

„No úplně nevědí. Nemají z toho tolik rozum. Vědí, že bereme léky, že chodíme k doktorovi kvůli tomu. Ví, co mají dělat, když by nám tekla krev. Moje největší štěstí jsou děti, které si nenechám vzít. Opravdu jsem ráda, že je mám.“

„Jaká jste pacientka? Bez problémů dodržujete léčebný režim a chodíte pravidelně na prohlídky?“

„Opravdu se snažím kvůli dětem. Petr měl takový chvíle, že se léky brát nebude a že nic nemá smysl. Pak když jsme se dostali do Domu světla, zlepšilo se to. Vlastně já musela brát léky od začátku už v těhotenství. Petr nemusel. Pak začal mít častý bolesti břicha a další problémy. Věděla jsem, že máme děti a že si to Petr taky uvědomí. Všechny ty depky byly pryč, když nám chválili kluky v Domě světla. Najednou jsme v těch problémech nebyli sami a ty lidi byli na tom stejně.“

„Jaký je Váš zdravotní stav?“

„Nemám žádný výrazný problémy. Nemůžu říct, že se cítím zdravá. Pořád na to myslím, že jsem nemocná. Děti jsou motory pro mě, kvůli kterým musím fungovat.“

„Máte promyšlenou nějak budoucnost nebo řešíte spíše, co je aktuálně?“

„Chci si najít práci. Je to ale těžší o to, že mám dvě malé děti. Martin půjde brzo do školy a někdo ho bude muset vyzvedávat ze školy a odvádět do školy. Radek taky bude potřebovat do školky. Věřím, že to zvládneme. Neplánuji věci příliš. Plánovat se nemá, protože když se to pokazí, jsme zklamaní.“

Souhrn:

Lucie se ve svém poměrně mladém věku stala dvojnásobnou matkou, musela se vyrovnat se svou diagnózou a potýkat se s finančními problémy. V Domě světla našli s Petrem a dětmi nejen střechu nad hlavou, ale i přátele. Pomohlo jim to vyřešit jejich psychické problémy zvláště u Petra. Jejich děti jsou pro ně nejdůležitější věcí na světě. Páru se podařilo se odstěhovat z Domu světla a nyní bydlí mimo Prahu v pronajatém bytě. Lucie si bude hledat práci. Určitě je starostlivá matka a neustále se udržuje pozitivní myšlení. Snaží se být vzorná pacientka a dodržuje všechny zásady, aby eventuelně při poranění nikoho nenakazila. Děti jsou poučené, co mají při poranění dělat. Nevědí, jak jsou jejich rodiče nemocní. Jejich finanční situace se zlepšila. Rozhodně se snaží přemýšlet dopředu, ale výrazné plány do budoucna nemá.

ROZHOVOR č. 2

Jméno: Karolína

Věk: 35 let

Stav: svobodná

Vzdělání: střední s maturitou

Sociální anamnéza: bydlí sama s přítelem v rodinném domě
pracuje jako administrativní pracovnice
nekouří, drogy neguje

Anamnéza:

prodělala běžné dětské onemocnění

Operace: 0, úrazy: ve 12 letech zlomenina LHK

Gyn. operace: 0, porodnická anamnéza: nullipara, UTP:0, spont. abort:0

Pozdější onem.: od 9/2007 první výsev a dále opakované ataky herpes
zoster

6/2009 test HIV pozitivní

OBDOBÍ PŘED ONEMOCNĚNÍM A ZJIŠTĚNÍ DIAGNÓZY

„Zhodnoťte Váš život, než jste zjistila zprávu o své HIV +?“

„Měla jsem konečně skvělého přítele, se kterým jsem už bydlela, a všechno klapalo. Byla jsem s ním maximálně šťastná. Před tím jsem měla partnera o 13 let staršího. O jeho minulost jsem se nezajímala. A to byla chyba. Já jsem mu byla věrná. On mě pravděpodobně nebyl věrný. Náš vztah po sedmi letech moc nefungoval a zjistili jsme, že máme jiné cíle v životě. Během našeho vztahu jsem chodila dávat krev, a tudíž vím, že jsem byla negativní. Bylo to asi dva roky před naším rozchodem. Nikdy jsem nemyslela, že se to mně může stát. Je mi 35 let a nikdy jsem moc nestrídala partnery. Za celý můj život jsem měla 5 partnerů. Myslím si, že to není moc. Když jsem chodila ven na diskotéku třeba, říkali o mně, že jsem ta svatá. Zatímco holky odcházely s někým, koho vůbec neznaly, já šla domů sama.“

„Pozorovala jste na sobě podezření, že došlo k nákaze?“

„První příznaky jsem nepociťovala. Nepřišlo mi, že děje se něco divného. Opakovaně se mi vracel pásový opar. Bylo to jednou za půl roku a pak za dva či za jeden měsíc. Období návratu pásového oparu se zkracovaly. Bylo to nepříjemné. Nemohla jsem nosit kalhoty, švy mě dráždily. Nosila jsem pouze sukně. Pak se mě zeptala lékařka, jestli mi může udělat testy na HIV. Řekla jsem, že klidně, ale že je to nesmysl. Ať si to odfajfkuje na tom papíře.“

„Kdo Vám oznámil zprávu o Vaší diagnóze? A jak to probíhalo?“

„Odjela jsem na dovolenou. Opakovaně mi volalo neznámé číslo, nezvedala jsem to. Člověk nad ničím moc nepřemýšlí, když je na dovolené. Říkala jsem si, že to vyřídím, až přijedu domů. Pak jsem volala na to neznámé číslo a řekli mi, že se mám dostavit k mojí lékařce pro výsledky testů. A tehdy mi sdělili, že jsem HIV pozitivní. Už je to tři roky, co to vím. Ovšem nakažená si myslím, že jsem pět let. Detailně si pamatuju ten den oznámení výsledků, co jsem dělala a co jsem viděla. Bylo to hrozný. Testy jsem si raději nechala udělat ještě jednou, ale výsledek byl stejný.“

„Jaké byly Vaše první pocity při zjištění diagnózy?“

„Byl to obrovský šok. Od té doby rozděluju období před a po zjištění, že jsem HIV pozitivní. Nabízeli mi psychologa, ale odmítla jsem. Chtěla jsem se s tím poprat sama. Nedokázala bych o tom příliš s někým mluvit. Potřebovala jsem si to vyřešit v sobě. Teď si myslím, že je to lepší. Ale každé ráno se budím s tím, že si řeknu: Ano, jsem HIV pozitivní. Sama jsem bojovala s pocitem, že se tohle může týkat jen promiskuitních lidí a homosexuálů. Slušný lidi tohle prostě nemají. A proto to nikde neříkám. Nechci, aby mě lidi odsoudili. Dnešní lidé takhle prostě uvažují. Bylo těžké se s tím vyrovnat nějak a začít fungovat normálně.“

„Obávala jste se nákazy svého okolí?“

„Vysvětlili mi toho hodně na Bulovce. Přečetla jsem si toho hodně na internetu a zjistila jsem, že když se dodržují jisté zásady, nejsem pro své okolí nebezpečná. Bylo dobře,

že u mě se něco zlomilo. Řekla jsem si, že se s tím dokážu žít. Předtím jsem si myslela, že nebudu smět spoustu věcí. Hodně mě to uklidnilo.“

„Jaká byla reakce partnera, když jste zjistila svojí nákazu?“

„Nevěděli jsme, kdo z nás dvou je zdroj. Šel tedy na testy a byly negativní. Nevěděla jsem předtím, že spíše nákazu dostane žena od muže než opačně. Bála jsem se, že bude taky HIV pozitivní můj přítel. Měla jsem strach, že jsem ho nakazila nebo on mě nakazil. To období než jsme věděli výsledky, podezřívali jsme se navzájem i z nevěry. Nevěděla jsem, co se to s námi děje. Test mého současného partnera byl negativní. Proto předpokládám, že jsem se nakazila od předešlého partnera. Náš vztah jsem ukončila. Nechtěla jsem, aby trpěl nebo abych ho také nakazila. Prostě to bylo pro mě těžké období a raději jsem ho odehnala od sebe. Po třech měsících od rozchodu jsme byli zase spolu. Rozmluvil mi to. Všechno jsme si vyjasnili. Kdybych ho nakazila, už bychom asi nezjistili, který z nás to měl první. Byla by to určitě horší situace.“

„Jaká byla reakce Vašeho okolí? Komu jste se svěřila? Kdo Vám v této chvíli nejvíce pomohl?“

„Nejvíc mně pomohla sestra. Povídala si se mnou a našla mi nějaký ty informace. Rodičům jsem to nechtěla říct. Tlačili na mě, kdy bude svatba a miminko. Pak jsem se jim svěřila, vzali to celkem v pohodě. Věděli, že jsem partnery nestřídala a že jsem spíše v tom nevinně. Máma se o mě bojí hodně. Znají mě velmi dobře a poznali na mně, že se něco děje. Musela jsem jim to říct, nevydržela bych to. Zranilo je to hodně, ale když vidí, jak to zvládám bez větších obtíží, uklidňuje je to. Jinak už nikdo o mně neví. V práci ví, že jezdím každé tři měsíce na imunologii. Pracuju v kanceláři. Nikdy bych to neřekla v práci nikomu. Lepší práci bych nesehnala. Pak jsem měla období, kdy jsem ujížděla na blogech pro HIV pozitivní. Četla jsem si různé příspěvky a tak různě. Seznámila jsem se s klukem, který si se mnou píše do dneška. Nyní se mu narodilo dítě. Hrozně mi to pomohlo tenkrát, že v tom nejsem sama. Dneska na blogy nechodím, protože bych se složila. Ty příběhy mě strašně dostávají a moc je prožívám.“

Souhrn:

Karolína je milá, vlídná a inteligentní. Rozhovor probíhal v ordinaci, kde zároveň s námi byla sestřička z ambulance pro poruchy imunity. Na začátku našeho setkání byla šokovaná, že se nachází někdo cizí v ordinaci. Ovšem s rozhovorem se mnou okamžitě souhlasila a byla informována, že rozhovor bude použit pro účely mé bakalářské práce. Měla jsem z ní celou dobu pocit, že tohle skutečně nemá komu říct. Mluvila naprosto sama a otevřeně. Pro Karolínu nebylo jednoduché zjistit, že je HIV pozitivní. Narušilo to její vztah s partnerem takovým způsobem, že se s ním i rozešla. Vrátili se k sobě po třech měsících. Bylo pro ně těžké vyrovnat se s takovým problémem, ale společně tuto krizi překonali. Tvrdí, že nejvíce jí pomohla sestra. Ovšem myslím si, že velkou oporu našla i u svého kamaráda přes blog. Zjistila, že má někdo podobné problémy. Prvotní šok ze zjištění diagnózy se u ní změnil v pocit, že se s tím dá žít. Je na ní vidět, že má pocit nespravedlnosti a že si to nezasloužila. Na druhou stranu mluví o tom, že se to může nevině stát každému. Odbornou pomoc psychologa nepotřebovala. Byl jí nabízen psycholog, ale odmítla jej. Svoji nemoc popisuje, že se s tím dá dobře žít. Vypadá, ale že není se svojí nemocí plně vyrovnaná. Asi je to způsobem, jak se nakazila. Velmi ji tíží, že to musí skrývat. Během našeho rozhovoru jí zvonil budík na léky, které měla v krabičce od vitamínů. Necítí se přirozeně, protože to chce tajit. Z rozhovoru mám pocit, že se také bojí o ztrátu zaměstnání nebo negativní reakce kolegů, pokud by se to v práci dozvěděli.

TĚHOTENSTVÍ

„Plánovala jste těhotenství s partnerem?“

„Ani ne. S předešlým partnerem jsme se rozešli, protože jsem ještě děti mít nechtěla a on ano. Říkala jsem si, že děti chci, ale až se na to budu cítit. Nikdy jsem nebyla takový ten typ, že bych šišlala na děti. Mně přišli roztomilý psi a kočky. Byla jsem spíš taková chlapská. Pro mě i pro mého partnera je důležitá práce a rádi cestujeme. Během cestování by nás dítě brzdilo. Děti přece pořád brečí. Moji sestře se narodila holčička. Ze začátku mě moc nezajímala, ale teď když vidím její smích, bere mě to. Nikdy se mi to nestalo. Občas pláču, když vidím nějaký dojemný film. Nikdy jsem tohle neměla. S návrhem přišel partner, že bychom to zkusili. Snažíme se tři čtvrtě roku. Díky tomu, že beru léky a mám

nízké hodnoty virové nálože, můžeme se snažit o dítě přirozenou cestou. Bojím se, abych ho nenakazila. Vím, že beru léky správně a můj zdravotní stav je na tom dobře. Nechci si říkat, že jsem se o to nepokusila. Dovedeme si představit i život bez dítěte. Cítím, že mi tikají biologické hodiny a že nemám času nazbyt. Je mi pětatřicet. Všichni moji vrstevníci mají děti a tak mi je to líto. Oni se mě ptají, kdy bude svatba a dítě. Tlačí na mě, ale oni nevědí všechno. Občas někam jdeme a většinou si jen něčeho usrknu. Moji kamarádi si ale řeknou, jestli nejsme těhotná. Můj důvod, proč nepiju, je jiný. V kombinaci s léky, co užívám, mi bývá zle.

„Víte, jak probíhá porod HIV pozitivní matky?“

„Ano, vím. Bude to císařským řezem na Bulovce a nesmím dítě kojít. Musím dodržovat léčbu a to riziko bude sníženo na minimum. Protože jsem byla nespokojená s léčbou na Bulovce, raději navštěvuji pana docenta v Plzni. Nasadili mi špatnou léčbu a po ní jsem měla alergii. Neudělali mi testy na alergie. Byl tam takový mladý lékař. Už dva a půl roku jezdím sem. Ale tohle zvládnou. Za to mi to stojí.“

„Víte o nějakých rizicích pro dítě? Přibližně 3-8 % je riziko nákazy pro dítě, ale v různých výzkumech se výsledek liší.“

„Samozřejmě, že vím o možnostech nákazy. To je hodně vysoká pravděpodobnost 3-8 %. Hmm. Vím, že jeho výsledky jsou jasné úplně až v 1 roce. Bylo mi řečeno, že předběžné výsledky jsou velmi brzo po porodu. Berou ty děti nějaké léky? Nebudou muset dítěti něco píchat?“

Já: „Ano, v sirupu už po porodu. Ale v průzkumech vychází, že přibližně tři děti od maminek HIV pozitivních v ČR jsou taky HIV pozitivní. Tyhle děti měly tu smůlu, že matky nežívaly léčbu.“

„Chudinka takhle malý a bude brát léky. To jsem nevěděla jaká pravděpodobnost, že by se dítě nakazilo. Pořád vlastně řeším, jak otěhotnět. Nějak jsem se nad tímhle nezamýšlela.“

Souhrn:

Přestože nikdy zvlášť netoužila po dítěti, nyní se o něj s partnerem snaží přirozeně. Žena má nízkou virovou nálož, a proto jí bylo dovoleno pokoušet se počít přirozenou cestou. Byl to nápad partnera a sama cítí, že jí tikají biologické hodiny. I když je Karolína poučena, že riziko přenosu HIV na partnera je malé, má strach. Řekla bych, že nad tím velmi přemýšlí. Kombinace toho, že jí nezbyvá mnoho času a že může nakazit partnera, v ní nedodá dost klidu. Svoji budoucnost vidí v tom, že se o dítě chtějí alespoň pokusit. Dovede si ale představit, že by byli bezdětný pár. Nemá také příliš mnoho informací o poporodní péči o dítě. Nevěděla výši rizika přenosu na plod. Tyto informace můžou změnit její rozhodnutí vstoupit do takového rizika. Nabízely se zde další otázky, ale pacientka se mi zdála být na ně psychicky nepřipravena. Předtím si vůbec neuvědomila, že dítě může být nakaženo. Doporučila jsem se zeptat podrobně lékaře a dále jsem jí odkázala na videa dostupná na internetu, kde jsou natočeny příběhy HIV pozitivních maminek. Působí na ni tlak okolí a také partner. Právě on přišel i s návrhem pokusit se o dítě. Sama pacientka řekla, že po dítěti začala toužit víc až od té doby, co se jí narodila neteř. Až narozením neteře se v ní probudily mateřské instinkty.

SOUČASNOST

„ Co se u Vás změnilo od té doby, co jste HIV pozitivní? “

„Jak jsem řekla. Od té doby dělím období před a potom, co jsem se to dozvěděla. Mám to v sobě. Něco skrývám a připadám si nepřirozeně. Neumím, totiž lhát. Mám jiný pohled na život. Říkám si, kdybych si třeba dávala pozor a šla s předešlým partnerem na testy, mohlo by to být všechno jinak. Myslím tím v období, kdy jsme se rozcházelí a scházeli, se on nakazil. Už předtím mi byl nevěrný a odpustila jsem mu. Třeba jsem byla moc důvěřivá až hloupá. Ale třeba bychom šli spolu na testy, které by byly v pořádku. Za dva za tři měsíce by mi byl nevěrný a všechny testy by byly k ničemu. Ze začátku vztahu každý snad používá kondom, a pak si řeknou: Ano, věříme si. Po čase každý ztratí zábrany a odhodí ho. Moje setra byla v podobné situaci. Měla staršího hodně bohatého přítele. Ona byla prozíravá a šla s ním na testy, které byly negativní. Později mu přišla na ty jeho nevěry. Celé testy byly k ničemu. Prostě tohle se může stát každému. “

„Máte promyšlenou nějak budoucnost?“

„Moje budoucnost je nejistá, třeba proto jsem zrušila důchodové pojištění. Nemůžu vědět, že se důchodu dožiju. Ukládám si peníze raději na jiný účet, abych je mohla použít kdykoliv. Chceme se o dítě pokusit nejdříve sami, ale už jsme přemýšleli o asistované reprodukci. Jak jsem mluvila o mém kamarádovi z blogu, on má se svou partnerkou (HIV negativní) miminko umělým oplodněním. Měli hrozný problém sehnat centrum, ve kterém by jim udělali to. Odmítli je, protože je on HIV pozitivní. Byli v Praze, v Brně, ale nakonec se jim to podařilo v Hradci. Bojím se, že mě také odmítnou. Ještě to všechno chci projednat s lékařem dneska. Mám právě kontakt do toho Hradce. Ale mám ještě časté bolesti v podbřišku. Nevím, čím to může být. Možná se příliš přejím na obědě a pak sedím v práci. Zítra jdu na gynekologii, a když nenajdou tam příčinu, pošlou mě na kolonoskopii. Doufám, že to nic není. To je další věc, která mě brzdí. Jsem v takové fázi, že nevím, co bude. Nevím, jestli otěhotním. S partnerem jsem ani nemluvili o tom, jak dlouho se o dítě budeme snažit.“

„Jaký je Váš zdravotní stav?“

„Špatně reaguji na léky. Mám už několikátou kombinaci léků. Nevím, ale připadám si divně. Když jsem mluvila o tom s ostatními, nemají obtíže a hned první léčba jim sedla. Otékám na ruku a v obličeji. Dělají se mi suché flíčky. Nikdy jsem neměla problém s pleť. Pro moje okolí je to podezřelý, že tak najednou se mi změnila pleť. Ráno se třeba probudím s jedním oteklým okem. Otok mi vydrží i tři dny. To se blbě vysvětluje. Třeba mě posílají ke své známé lékařce, že mi pomůže.“

„Jaká jste pacientka? Bez problémů dodržujete léčebný režim a chodíte pravidelně na prohlídky?“

„Jsem pečlivá. Vždycky jsem byla. Pomáhá mi to. Dodržuji prohlídky, všechno si hlídám a předem si připravím. Ty prohlídky a další testy mi můžou potvrdit, že je všechno v pořádku, nebo odhalit problémy dříve. Jsem velmi spokojená.“

„Setkala jste se někdy s odtažitým chováním vůči sobě ze strany zdravotníků?“

„Vzhledem k tomu, že výrazné zdravotní problémy nemám, tak jsem nenavštívila mnoho lékařů. Takže nesetkala. Třeba u podnikového lékaře nemám uvedeno, že jsem HIV pozitivní. Často takového lékaře firmy mění a stejně mě tenhle lékař nijak neléčí. Tím se vyvaruju toho, že se to dozví zaměstnavatel. Jinak ti důležití lékaři jako gynekolog a zubní doktor to vědí o mně.“

Souhrn:

Alespoň se pokusit o dítě, je pro Karolínu důležité. Nechce si říkat, že to vzdala. Začali proto uvažovat o asistované reprodukci. Nyní ale naráží na problém, že taková centra nejsou uzpůsobena na oplození HIV pozitivních pacientů. Možná že mají strach o ně pečovat a ohrožit i personál, že se nakazí. Dalším důvodem mohou být obavy, jak na takovou zátěž, jako je těhotenství, bude pacientka reagovat. Kolik lékařů má zkušenosti s takovým zákrokem u HIV pozitivní pacientky? Budoucnost nijak neplánuje. Vidí se na rozcestí. Musí se vyřešit její bolesti břicha. Pokud nalezne reprodukční centru, podstoupí umělé oplodnění. Přece nakonec přiznává, že nějaké obtíže má. Léčba ji nesedí a způsobuje jí naštěstí jen estetické obtíže na kůži a otoky. Je to pečlivá pacientka. Na prohlídky chodí pravidelně. Výsledky z krevních testů si zapisuje na papír včetně dalších doporučení od lékaře. Tvrdí, že se nesetkala s odtažitým chováním ze stran zdravotníků. Karolína je HIV pozitivní jen tři roky a neměla zdravotní problémy, proto nemá příliš zkušeností s chováním zdravotníků vůči její diagnóze. Otázka, zda se setkala s negativní reakcí vůči svému onemocnění ve svém okolí, byla zbytečná. Nikomu to až na rodinu neprozradila.

14. DISKUZE

Téma jsem si vybrala, protože mě velmi zajímalo a mnoho bakalářských prací se na podobné téma neobjevuje. Celý výzkum bylo velmi těžké realizovat. Trvalo dlouho, než jsem našla respondentky. Použila jsem kvalitativní metodu výzkumu, protože zkoumá nejlépe do hloubky dané příběhy žen. Cílem výzkumu je popsat motivaci ženy HIV pozitivní stát se matkou a prožívání těhotenství s HIV.

Obě respondentky jsou v naprosto odlišných situacích, a tudíž hůře porovnatelné. Lucie je matka dvou dětí a žije s manželem, který je také HIV pozitivní. Společně se potýkají s finančními problémy. Karolína se nakazila od minulého partnera a její současný partner je HIV negativní. Opravdu má spokojený život a na nedostatek peněz si skutečně nemusí stěžovat. O dítě teprve usiluje a rozhoduje se, zda podstoupí umělé oplodnění.

V prvním cíli jsem se zabývala, jak přijímá HIV pozitivní žena svou diagnózu. Pro pacienta je zjištění diagnózy nejhorším obdobím. Fáze šoku se mění v pocity nespravedlivosti obzvlášť u pacientů, kteří neměli rizikové chování, a přesto se nakazili. Nevinnou obětí se stali třeba i v trvalém vztahu. Použité rozhovory jsou výpovědi žen, které se nakazily-v trvalém vztahu a neměly rizikové chování. Lucie se nakazila pohlavním stykem se svým přítelem. Její přítel Petr se byl napaden neznámým narkomanem a vážně se zranil, což byl pravděpodobně okamžik jeho nákazy. Lucii neupozorňovaly na nákazu žádné první příznaky. Když se dozvěděla, že je těhotná, musela řešit svou budoucnost. Hádala s matkou a rozhodovala se, jestli půjde na potrat. Dítě si však prosadila a odstěhovala se od matky, která jí nutila na potrat. Čekalo jí náročné období a do tohoto okamžiku přišla zpráva o HIV pozitivitě. Partner Petr to celé prožíval velmi bolestně. Byl zdrojem nákazy a cítil vinu. Lucie pouze naznačuje, že se u něj dostávají občasné depresivní nálady. Lucie se dle mého názoru k tomu postavila jako bojovník. Dítě se pro ni stalo motivací, aby to zvládla.

Druhá respondentka se dozvěděla zprávu o své HIV infekci za úplně jiné situace. Myslím si, že Karolína se hůře vyrovnávala se sdělením o své HIV pozitivitě než Lucie. Nakazila se od předešlého partnera, který jí byl nevěrný. Současného partnera našťastí nenakazila. V první chvíli netušili, zda Karolínin současný partner není zdrojem. Se současným přítelem se na nějaký čas rozešla, aby ho ochránila před sebou. Vrátili se

k sobě a našla v něm velkou oporu. Další oporou pro ni byl kamarád přes blog. Zjistila, že existují lidé se stejnými problémy. Myslím, že si uvědomila, že s tímto onemocněním může žít. Karolína velmi úzkostlivě tají před okolím svojí diagnózu. Tohle tajemství jí, ale velmi tíží a má problém to skrývat.

Psychické obtíže se u pacientů objevují velmi často. Podle průzkumu Kvalita života HIV pozitivních osob (2010) se zjistilo, že přibližně 60% HIV+ osob zažilo alespoň jednu epizodu klinické deprese, prevalence deprese je 38% mezi HIV pozitivními osobami, což je třikrát více než u HIV negativních osob. Suicidní tendence se objevují u 20 % HIV pozitivních pacientů. Ani jedna ze zkoumaných pacientek otevřeně nepopisují deprese ani suicidní chování. Partner Lucie měl psychické obtíže a střídají se u něho občasné depresivní nálady.

Ve druhém cíli analyzuji motivaci stát se matkou s HIV infekcí. Lucie otěhotněla náhodou v poměrně mladém věku. Dítě pro ni bylo prostředkem, jak by mohla dospět. Na rozdíl od Karolíny Lucie nevstupovala do prvního těhotenství s rizikem, že se jí může narodit HIV pozitivní dítě, protože byla monogamní a do té doby zdravá. Druhé otěhotnění byla spíše náhoda, ale pár si vytvořil představu, že si jejich děti budou vždy pomáhat. Když otěhotněla Lucie podruhé, měla mnohem větší jistotu, že se dítě může narodit zcela zdravé. Především dobrá zkušenost z minulého těhotenství jí hodně pomohla. HIV pozitivní pár Lucie a Petr si určitě uvědomuje, že se musí snažit pro své děti. Musejí se o sebe pečovat, brát léky a vydělávat peníze. Když se zaměřím na sociální zázemí, Lucie má výrazné finanční obtíže oproti Karolíně. Stala se poměrně brzo matkou bez předem připraveného zázemí. Její start do role matky byl také ovlivněn nedostatkem peněz. Společné bydlení se tchýní jí na začátku pomohlo, ale po narození druhého syna se zkomplikovaly vztahy. Časté hádky se tchýní v situaci, kdy se Petr stal nezaměstnaný, dopomohly k odstěhování se ze společného bytu. Našli nový domov a přátele v Domě světla. Zařadili se do komunity HIV pozitivních lidí. Lucie žila více jak dva roky s partnerem a syny v Praze v Domě světla. Nyní se Lucii podařilo s partnerem najít si byt a Petr sehnal práci mimo Prahu.

Z Karolíny jsem měla pocit, že o dítě tolik neusiluje jako její partner. Myslím si, že tento bezdětný pár se nachází v krizi středního věku. Karolína se svým partnerem hledají smysl života a vlastní přesah. Nátlak okolí s otázkami na svatbu a dítě je přinutilo podle mého názoru, aby se začali snažit o dítě. Bez dítěte si však život představit dovedou. Mají

spoustu koníčků a zájmů, při kterých by jim eventuelně i dítě překáželo. Karolína působí jako člověk., který je zvyklý na vyšší životní standard. Snaží se o dítě s partnerem přirozenou cestou, ale je to pro ni i pro partnera velmi stresující, protože se obávají nákazy. Přestože je ujistil lékař, že se nakažení nemusí obávat, Karolína nad tím přemýšlí. Tři čtvrtě roku se už snaží otěhotnět a tak zvažují umělé oplodnění. Karolína od svého HIV + kamaráda ví, že reprodukční centra v jejich případě odmítly pracovat s HIV pozitivním pacientem. Není to jednoduchá situace pro ni a bojí se odmítnutí z reprodukčního centra. Tvrdí, že se chce o dítě alespoň pokusit. Z našeho rozhovoru ale vyplynulo, že vůbec nemá dané hranice, kdy se už o dítě s partnerem snažit přestane. Domnívám se, že je to důležité si vytyčit cíle. Její 35 let a sama to pořád opakuje. Myslím si, že v životě nad dítětem moc neuvažovala. Nebyla ani dostatečně seznámena s pravděpodobností, že se dítě může nakazit i při užívání antivirotik. Byla překvapená, když jsem jí sdělila možná rizika nákazy dítěte. Karolína nebyla vhodně nebo snad vůbec poučena o rizicích nákazy pro plod svým lékařem.

Karolína má spokojený život. Na finanční ani sociální problémy si nestěžuje. Je podstatně starší než Lucie a měla možnost si vytvořit vhodné podmínky pro spokojený život. O své nákaze se dozvěděla ve 32 letech, což je období na vrcholu kariéry. Má skutečně finančně vhodné podmínky, proto aby měli s partnerem dítě. Karolína udává, že je v životě spokojená. Určitě na to má vliv její současný dobrý zdravotní stav. Má velmi dobrou práci, což je jedním z klíčových faktorů ovlivňující kvalitu života. Svého budoucího potomka je schopná finančně zajistit a vytvořit mu ideální domov. Má s partnerem rodinný domek.

Ve třetím cíli hodnotím pocity ženy s HIV nákazou z prožívání těhotenství, porodu a šestinedělí. Pro Lucii bylo první těhotenství velmi náročné. Zhoršil se její zdravotní stav a poměrně hodně zhubla. Přiznává, že v některých chvílích byla na pokraji sil. Její partner prožíval velmi silně zjištění diagnózy. Jeho pocity se změnily až v závěru těhotenství, kdy se začal těšit na potomka. Domnívám se, že celou dobu těhotenství Lucii pomáhala pouze tchyně. Petr si uvědomil přibližně na přelomu druhého a třetího trimestru těhotenství, že musí fungovat jako otec a pomoci Lucii. Vazbu na dítě říká Lucie, že navázala normálně. Porod popisuje jako normální. S nadšením sdělila, že syna slyšela ihned plakat po narození. Malého Martina viděla už na sále. Bonding nebyl uskutečněn do dvou hodin po

porodu. Až večer jí syna přinesly sestry. Podle mého názoru, personál nepokládal za důležité podporovat kontakt matky s dítětem, když se matce musela zastavovat laktace. Ve druhém těhotenství byla podle mého názoru Lucie mnohem šťastnější. K porodu jí doprovázel manžel, který po porodu si mohl syna pochovat. Byl tím nahrazen bonding alespoň částečně u otce. Matka opět chlapce viděla na sále. Po porodu se u matky vyskytly nějaké zdravotní komplikace, takže Lucie měla své dítě poprvé v náručí až druhý den. Personál jí raději doporučoval, aby odpočívala. Zástavu laktace nevnímala výrazně negativně. Chápala to je jako nutnost, jak musela ochránit své děti před nákazou. Zpráva o HIV negativitě jejich dětí byla jistě pro rodiče tou nejlepší zprávou na světě. Když se Lucie stala matkou dvou dětí, bylo to pro ni dost náročné a situaci jí nezlepšovaly spory s Petrovou matkou.

V cíli č. 4 jsem zjišťovala, zda se pacientka setkala s diskriminací svého onemocnění. Ani jedna respondentka netvrdí, že by setkala s nevhodným chováním ze strany zdravotníků vůči nim jako HIV pozitivním pacientkám. Lucie byla hospitalizovaná při porodech svých dětí v Nemocnici Na Bulovce, kde se koncentrují porody HIV pozitivních matek, a tudíž má personál zkušenosti v komunikaci s HIV pozitivním pacientem. Nestěžuje si na nevhodné chování a lékařům vždy mohla důvěřovat. Přiznala, ale že zbytečné přání nechtěla vyslovovat, protože si už tak připadala jako dost komplikovaná pacientka. Karolína nemá skoro žádné zkušenosti s reakcemi zdravotníků. Hospitalizovaná nebyla a obtíže se u ní neobjevily. A především je kratší dobu HIV pozitivní než Karolína.

Lucie se nsvěřila vůbec své rodině. Svěřila se přátelům a také o některé přišla. Jejich vrstevníci vůbec nemuseli chápat jejich starostmi s dětmi. Petrova matka přijala zprávu o jejich HIV infekci celkem dobře a výrazně Lucii pomohla na začátku. Karolína úzkostlivě tají svoji HIV pozitivitu a cítí se nepřírozeně. Tvrdí, že neumí lhát a myslí si, že to je na ní hrozně vidět. Svěřila se rodičům po častých otázkách na dítě a svatbu. Zprávu přijali, ale samozřejmě mají o Karolínu strach. Nejvíce jí pomohla sestra, která jí velmi podpořila po rozchodu s přítelem.

Pracovní omezení HIV + pacient nemá žádné. Jedině ve zdravotnictví by se dalo uvažovat, že není vhodné. Svému zaměstnavateli však nemusí sdělovat, že je HIV pozitivní. Vyvaruje se tak odsouzením své nemoci ze strany zaměstnavatele i kolegů. HIV

pozitivní osoby podle mé zkušenosti z ambulance na Infekční klinice FN Plzeň často řeší, jestli mají informovat zaměstnavatele. Strach z diskriminace negativně ovlivňuje kvalitu života podle výzkumu Olgy Shivairové a kol. (2010). Ve Francii byl proveden výzkum (Dray-Spirová, 2007), ve kterém se prokázalo, že 12,1% HIV pozitivních osob se setkalo s nějakou formou diskriminace na pracovišti po sdělení své diagnózy. U nás je v současné době také prováděn výzkum na diskriminaci HIV pozitivních v oblasti zaměstnanosti. Tento výzkum je prováděn v rámci projektu "Inovace a akcelerace aktivit pro odstraňování bariér při zaměstnávání osob infikovaných HIV", který je financovaný z Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost. Lucie je po celou dobu od zprávy o své HIV pozitivitě na mateřské dovolené. Její manžel Petr přišel o práci, ale důvodem nebylo odhalení jeho diagnózy. Karolína se obává z diskriminace a sama řekla, že by to nikdy nikomu v zaměstnání nesdělila.

Pro ženu je HIV více zraňující než pro muže. Ovlivňuje to určitě její roli ženy a potenciálně matky. Do těhotenství bude vstupovat s 2-4% rizikem, že by se i přes léčbu mohlo dítě nakazit. Vliv genderu není příliš znám ani prozkoumán. Některé výzkumy dokazují nižší kvalitu života u žen než u mužů. Podle výzkumu Préar (2007) své zdraví nejlépe hodnotily ženy, které žijí ve spokojeném partnerském vztahu. Tento jev se objevuje u Petra s Lucií. Petr se ke všemu cítil jako viník celé situace. Když přišel o práci, myslím si, že ho to muselo hrozně zlomit. Nemohl tím pádem svojí rodinu uživit.

Faktory ovlivňující kvalitu života HIV pozitivních osob podle několika výzkumů uvádí Olga Shivairová a kol. (2010), že jsou hodnoty hladiny virové nálože, hladina CD4+ lymfocytů, zaměstnanost a sociální opora. Antivirová léčba zajistí HIV pozitivním osobám dlouhý život, ovšem projevy vedlejších účinků léčby snižují kvalitu života. Objevuje se zde pozitivní stránka léčby i negativní. Od roku 1996 začalo být vnímáno HIV/AIDS méně jako smrtelná choroba. HIV se proměnilo v očích veřejnosti v chronickou infekci, se kterou se dá relativně dobře žít. Obě respondentky pocítily negativa i pozitiva antivirové léčby. Karolína tvrdí, že jí způsobují sice jen vyrážky a otoky. Nejvíce ji trápí, že se jí na to ptají lidé z jejího okolí. Lucie výrazně zhubla v prvním těhotenství, možná vlivem léčby. U Lucie se objevovaly pocity beznaděje na konci těhotenství, protože jí bylo pořád zle a bála se o dítě. Domnívám, se že v tom hrál i pokles hodnot lymfocytů.

15. Výstup do praxe

Jelikož se domnívám, že pro zdravotníka je setkání s HIV pozitivním pacientem neobvyklé, vytvořila jsem leták. Informace jsou určeny zdravotníkům pro porodnickou praxi. Obsahuje základní informace o těhotenství a porodu HIV pozitivní matky. Leták jsem vytvořila na základě toho, že právě v těhotenství může žena zjistit zprávu o své HIV pozitivitě z povinného screeningu na HIV nebo se HIV pozitivní pacientka dostane v akutní situaci mimo zařízení Nemocnice Bulovka. (viz. v deskách)

ZÁVĚR

Když jsem si vybírala toto téma, nenapadlo mě, jak hodně je HIV spojeno se sociálními problémy. Udržet si práci s HIV není vůbec jednoduché. Pacienti se obávají prozrazení jejich onemocnění v práci a zároveň jsou často nemocní. Mají problém to vysvětlovat v práci. Obavy s diskriminace jsou tak velké, že svoje tajemství raději nikomu neříkají. Všimla jsem si, že HIV pacienti nefungují příliš jako komunita lidí, kteří by si navzájem pomáhali. Existují blogy, na kterých si můžou psát pod přezdívkou. Myslím si, že to je neosobní. Dům světla v Praze funguje jako ubytovna pro lidi HIV. Přijde mi škoda, že pro ně nefunguje nějaká instituce, která by je sdružovala více. HIV je obecně tabu. Ve společnosti chybí znalosti o HIV a jak se chovat k HIV + pacientům. HIV budí v lidech strach a nevědí, jak se k takovým pacientům chovat. Bojí se podat ruku HIV pozitivnímu. Třeba je to také tím, že takových lidí potkáte v životě málo, nebo je nepotkáte vůbec. Narůstá počet nových případů HIV i ostatních STD, protože neexistuje prakticky žádná prevence. Podle mého názoru se zapomíná i na 1. prosinec, kdy je na Mezinárodní den boje proti AIDS, a potom třetí neděle v květnu, vzpomínkový den na oběti AIDS. V podle mé zkušenosti základních školách se sice sexuální výchova vyučuje, ale nemá dostatečný efekt. Na středních školách se už se žádné preventivní opatření příliš nevyskytují, protože už mají vyučující pocit, že vše důležité už bylo řečeno. I zdravotníci mají strach z takových pacientů a budí v nich HIV respekt. Zdravotník se také mnohokrát nesetká s HIV pozitivním pacientem. Věřím, že by s HIV pozitivním pacientem jednali všichni slušně. Je důležité, aby se chovali profesionálně a neudělali žádnou chybu, při které by se mohli poranit. Samozřejmě, že to nepřináší nikomu příliš klidu. Z rozhovoru s Lucií vyplynulo, že nebyla ani u jednoho porodu podporovaná vazba matka dítě. Matka HIV pozitivní má vedený porod císařským řezem, což ovlivní negativně prožitek z porodu. Kojení je považováno za nejlepší způsob posilování vazby mezi matkou a dítětem, ale u těchto matek je laktace zastavována. Tento způsob podporování vazby je znemožněn. Dále ani po jednom z porodů neproběhl bonding. Na tom je skutečně potřeba zapracovat a vhodně edukovat ošetřovatelský personál.

CITACE

1. HÁJEK, Zdeněk et al. *Rizikové a patologické těhotenství*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0418-8.
2. MAŠATA, Jaromír et al. *Infekce v gynekologii*. Praha: Maxdorf, ©2006. Farmakoterapie pro praxi, sv. 19. Jessenius. ISBN 80-7345-107-7
3. MAŠATA, Jaromír et al. *Infekce v gynekologii a porodnictví a základy jejich antiinfekční léčby*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, ©2004. ISBN 80-7345-038-0.
4. RESL, Vladimír et al. *Učební texty pro bakalářské studium dermatovenerologie: skripta jsou určena pro různé směry bakalářského studia a k rozšíření znalostí zdravotních sester v oboru dermatovenerologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-395-4.
5. ROZTOČIL, Aleš et al. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1941-2.
6. SLEZÁKOVÁ, Lenka et al. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 269 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3373-9.
7. ŠTORK, Jiří et al. *Dermatovenerologie*. 1. vyd. Praha: Galén, ©2008. 441 s. ISBN 978-80-7262-371-6.
8. VELEMÍNSKÝ, Miloš et al. *Infekce plodu a novorozence*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-614-7
9. ČECH, Evžen, HÁJEK, Zdeněk, MARŠÁL, Karel, SRP, Bedřich a kol. *Porodnictví*. Praha: Grada, 2006. 2.dopl.vyd. ISBN: 978-80-247-1303-8.
10. KOJANOVÁ, Martina. *Kapavka (gonorrhoea)*, © 2007. Stránky LEVRET s.r.o. pro porodní asistentky / sestry, [online]. *Moderní babičtví*. [cit. 5.6.2012]. <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2007-13/?pdf=36>
11. DUCHKOVÁ, H. *Syfilis*, © 2007. Stránky LEVRET s.r.o. pro porodní asistentky / sestry, [online]. *Moderní babičtví*. [cit. 4.6. 2012]. Dostupné z: <http://levret.cz/publikace/casopisy/mb/2007-14/?pdf=27>
12. UZEL, Radim. *Sexuálně přenosné choroby*, © 2010. Portál Společnosti pro plánování rodiny a sexuální výchovu, [online]. [cit. 12.5.2012]. Dostupné z: <http://www.planovanirodiny.cz/clanky/sexualne-prenosne-choroby>.

13. HEŘMAN, Hynek. *Chlamydiové infekce v gynekologii a porodnictví*, ©2005. Stránky LEVRET s.r.o. pro porodní asistentky / sestry, [online]. Moderní babičtví. [cit. 2. 8. 2012]
Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2005-6/?pdf=112>
14. ZÁHEJSKÝ, Jiří. Poznámky k aktuální venerologické problematice v rámci oboru dermatovenerologie 2008, ©2008, [online]. *Dermatovenerologie pro praxi*. [15.2. 2012]. Dostupné z: <http://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2008/02/01.pdf>
15. ZÁHUMENSKÝ, Jozef, MAŠATA, Jaromír. *Doporučený postup pro management herpes genitalis v graviditě*, [online]. *Moderní babičtví*, ©2010. [cit. 29.5. 2012]
Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2010-19/?pdf=108>
16. JANEČKOVÁ, Ljuba. *Chlamydiové infekce v kostce*, ©2006. [online]. Státní zdravotní ústav. [cit.25.1.2012.] Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/prevence/chlamydieve-infekce-v-kostce>
17. CITTERBART, Karel et al. *Gynekologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. ISBN:80-7262-094-0.
18. JIRÁSKOVÁ, Milena. *Dermatovenerologie- učení texty pro bakaláře*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2003. Str. 215. ISBN:80-246-0636-4.
19. PIZINGER, Karel. *Dermatovenerologie..* Plzeň: Euroverlag, 2012, str.92. ISBN: 978-80-7177-985-8 .
20. MACHALA, Ladislav, ČERNÝ, Rudolf. *Neurologické komplikace HIV/AIDS 2007*. 1vyd. Praha:Karolinum, 2012. ISBN: 978-80-7177-985-8.
21. PROCHÁZKA, Ivo. HIV infekce a ostatní přenosné choroby. In: ŠŮLOVÁ, Lenka, FAIT, Tomáš, WEISS, Petr a kol. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf, 2011, Str. 246-255. ISBN: 978-80-7345-238-4.
22. ŠTORK, Jiří. *Dermatovenerologie*. Praha: Galén, 2008. 455 s. ISBN: 978-80-7262-371-6.
23. LEIFER, Gloria. *Thompson's introduction to maternity and pediatric nursing*. 3rd Edition. USA: Elsevier Health Sciences, 1998. ISBN: 0721680186.
24. RESL, Vladimír a kol. *Dermatovenerologie - učební texty pro bakalářské studium*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2002. ISBN: 80-246-0456-6 .
25. RESL, Vladimír, VOLTR, Jiří, PIZINGER, Karel. *Venerologie: Sexuálně přenosné infekce. Nevenerické choroby genitálu. Diferenciální diagnostika*. Praha: Karolinum, 1993. ISBN: 80-7066-828-8.

26. WEISS, Petr a kol. *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010. 605 s. ISBN: 978-80-247-2492-8.
27. ADAMCOVÁ, Hana, ČAPKOVÁ, Štěpánka, FANTA, Michal, HAVLÍČKOVÁ, Michaela JIRÁSKOVÁ, Milena a kol. *Dermatovenerologie, dětská dermatovenerologie a korektivní dermatologie 2006/2007*. Praha: Triton 2006. ISBN 80-7254-8555-7.
28. KOBILKOVÁ, Jitka at al. *Základy gynekologie a porodnictví*. Praha: Galén, 2005. ISBN: 80-7262-315-X.
29. NEHASILOVÁ, Jindřiška, MARKOVÁ, Taťána. *Gravidita a porod s HIV*. In: Florence - odborný časopis pro ošetřovatelství a ostatní zdravotnické profese. 2012, roč.12, 27-28 s. ISSN: 1801-464X .
30. PETRÁŠ, Marek. *Očkování proti virové hepatitidě typu B*. Manuál očkování 2010. ©2010. Poslední změna 28. 1. 2013. [cit. 18. 2. 2013] Dostupné z: http://www.vakciny.net/PORADNA/Temata/P_HBV.htm
31. KUKLOVÁ, Ivana. *Aktuální pohled na problematiku sexuálně přenosných infekcí*, © 2013. Dermatologiepraxi. [online]. [cit. 23.2. 2013]. Dostupné z: <http://www.dermatologiepraxi.cz/pdfs/der/2011/01/05.pdf>
32. BECKMANN, Charles R.B., LING, Frank W., BARZANSKY, Barbara M., HERBERT, William N.P., LAUBE, Douglas W., SMITH, Robert P. *Danforth's Obstetric and gynecology* . 9. Vyd. USA, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2003. books.google.cz/books?id=0flWgd3OJLEC&pg=PA165&dq=infectious+disease+in+pregnancy&hl=cs&sa=X&ei=BzUiUbD3Mab64QS6xYDgAQ&ved=0CD4Q6AEwAw#v=onepage&q=infectious+disease+in+pregnancy&f=false
33. NOVÁKOVÁ, Iva. *Ošetřovatelství ve vybraných oborech – dermatovenerologie, oftalmologie, ORL, stomatologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN: 978-80-247-3422-4 http://books.google.cz/books?id=U_BkvBRwN10C&pg=PA16&dq=dermatovenerologie&hl=cs&sa=X&ei=aVEiUbOaMMap4AT364HADQ&ved=0CFEQ6AEwBg#v=onepage&q=std&f=false
34. TŮMOVÁ, Petra, 2012. *Ochrana studentů ZSF Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích před pohlavně přenosnými nemocemi*. České Budějovice. Diplomová práce. Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Květoslava KOTRBOVÁ.

35. KOSOVÁ, Eva, 2012. *Informovanost žen v produktivním věku o nebezpečí a prevenci sexuálně přenosných chorob v okrese Jindřichův Hradec*. České Budějovice. Bakalářská práce. Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích. Fakulta zdravotně sociální. Vedoucí práce Drahomíra FILAUSOVÁ.
36. NĚMEČEK, Vratislav, MALÝ, Marek. *Dlouhodobé trendy ve vývoji epidemiologické situace HIV/AIDS v ČR*, [online]. Web-stránky Státního zdravotního ústavu autora Kolektiv pracovníků SZÚ, ©2012. [cit. 1. 12. 2012] Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/CeM/HIV_AIDS/rocnizpravy/2012/trendy_HIVAIDS_CR.pdf
37. VOŠMÍK, František. *Dermatovenerologie*. Praha: Karolinum, 1999. ISBN: 80-7184-633-3.
38. HAVLÍČKOVÁ, Martina, 2012. *HIV pozitivita v porodnictví*. Olomouc. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Fakulta zdravotnických věd. Vedoucí práce Marie DLABAČOVÁ.
39. SHIVAIROVÁ, Olga, ASTER, Viktor, KÖNIG, Jaroslav, MACHALA, Ladislav, BRAUN, Richard, STAŇKOVÁ, Marie. *Kvalita života HIV pozitivních osob*, [online]. *E-psychologie-elektornický časopis ČMPS*, © 2007-2013. [cit. 20. 10. 2012] Dostupné z: <http://e-psycholog.eu/pdf/shivairova-et-al.pdf>

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AIDS - Acquired immunodeficiency syndrome, syndrom získaného selhání imunity

ALT - alanin transamináza

AMC - amniocentéza

ARC - Aid Related Complex, komplex příznaků

AST- aspartátaminotransferáza

ATB – antibiotika

BWR - Bordetova – Wassermannova reakce

CIN - cervikální intravitální neoplazie

CNS - centrální nervová soustava

CVS - Chorionic villus sampling, odběr choriových klků

ČR- Česká republika

DNA - deoxyribonukleová kyselina

ELISA - Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay, přímý průkaz protilátek

FW - sedimentace erytrocytů dle Fahraeusa a Westergrena

G 5% - glukóza

GBS - Group B Streptococcus, Streptococcus agalactiae

GEU - gravidita extrauterina

HAK - hormonální antikoncepce

HBe Ag - secretory , ukazuje na aktivní replikaci viru v jaterní buňce

HBs Ag - hepatitis B surface antigen

HBV - hepatitidy B virus

HCD - horní cesty dýchací

HIV - Human Immunodeficiency Virus, virus lidské imunitní nedostatečnosti

HPV - human papiloma virus

HSV - Herpes simplex virus

i.v. - intravenózní

IgM - imunoglobulin M

IMC- infekce močových cest

IURG - Intrauterine growth restriction, intrauterinní růstová retardace

LGV- lymfogranuloma venerum

MZ ČR - Ministerstvo zdravotnictví České republiky

OSN - Organizace spojených národů

PAS - porodní asistentka

PCR - Polymerase Chain Reaction, polymerázová řetězová reakce

PGR - perzistentní generalizovaná lymfadenopatie

pH - vodíkový exponent

PID - Pelvic inflammatory disease, hluboký pánevní zánět

RNA - ribonukleonová kyselina

RRR - rychlá reaginová reakce

STD - sexual transmised diseases, sexuálně přenosné choroby

STI - sexual transmised infections, sexuálně přenosné infekce

UNAIDS - Světový program OSN proti AIDS

USA - United States of America, Spojené státy americké

UPT - umělé přerušení těhotenství

VDRL-venereael disease research laboratory test, netreponemovaný sérologické test na syfilis

VP - voda plodová

WHO - World Health Organisation, Světová zdravotnická organizace

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Odhad prevalence HIV/ AIDS 2011

Příloha 2: HIV / AIDS v České republice

Příloha 3: Správný postup nasazování kondomu dle UNAIDS

Příloha 4: Letáček Domu světla

Příloha 5: Hlášení nového případu HIV

Příloha 6: Hlášení klinického případu AIDS

Příloha 7: Hlášení o úmrtí na HIV/ AIDS

Příloha 8: Informace pro člověka infikovaného virem lidského imunodeficitu (1. část)

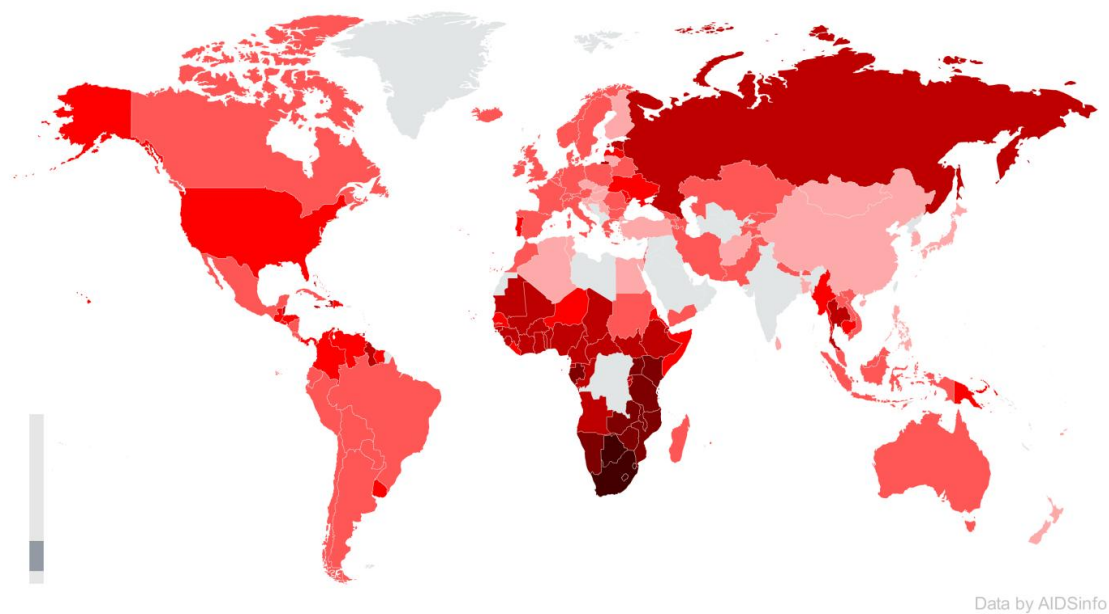
Příloha 9: Informace pro člověka infikovaného virem lidského imunodeficitu (2. část)

Příloha 10: Montrealský kognitivní test pro HIV pacienty

Příloha 11: Hlášení pohlavní nemoci

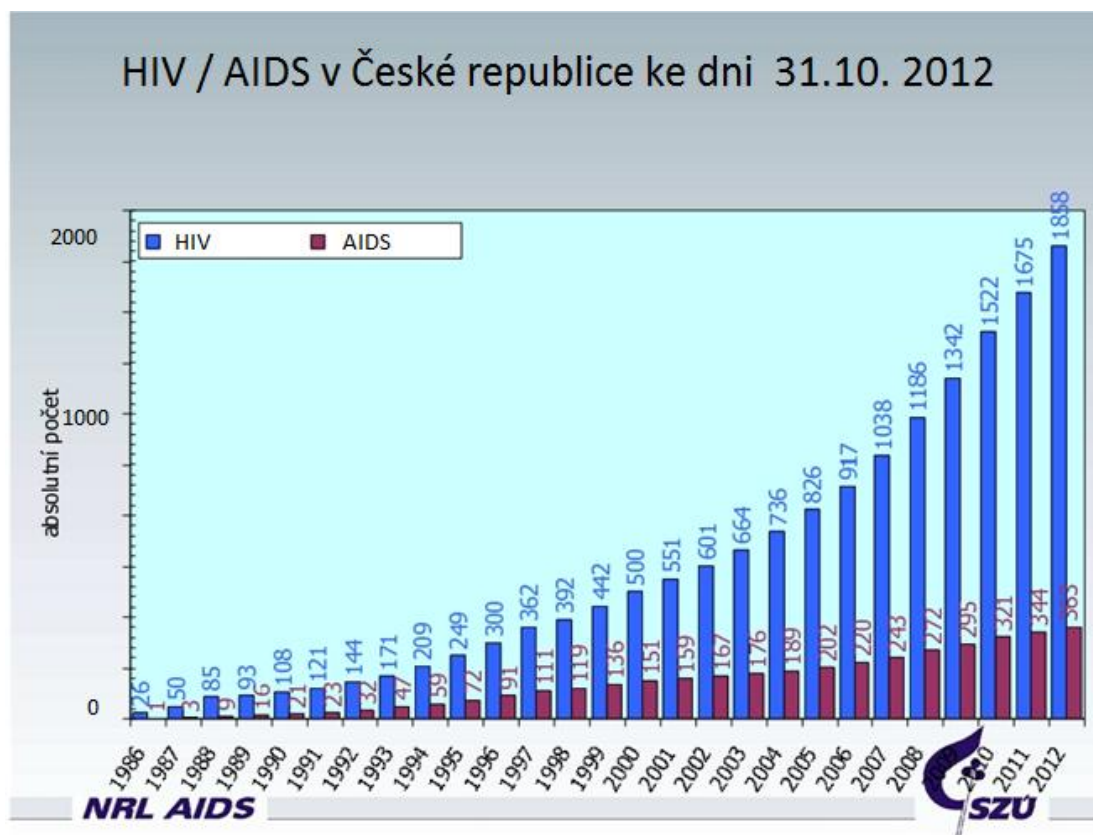
Příloha 12: Depistážní šetření pohlavní nemoci

Příloha 1



Zdroj: <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/aidsinfo/>

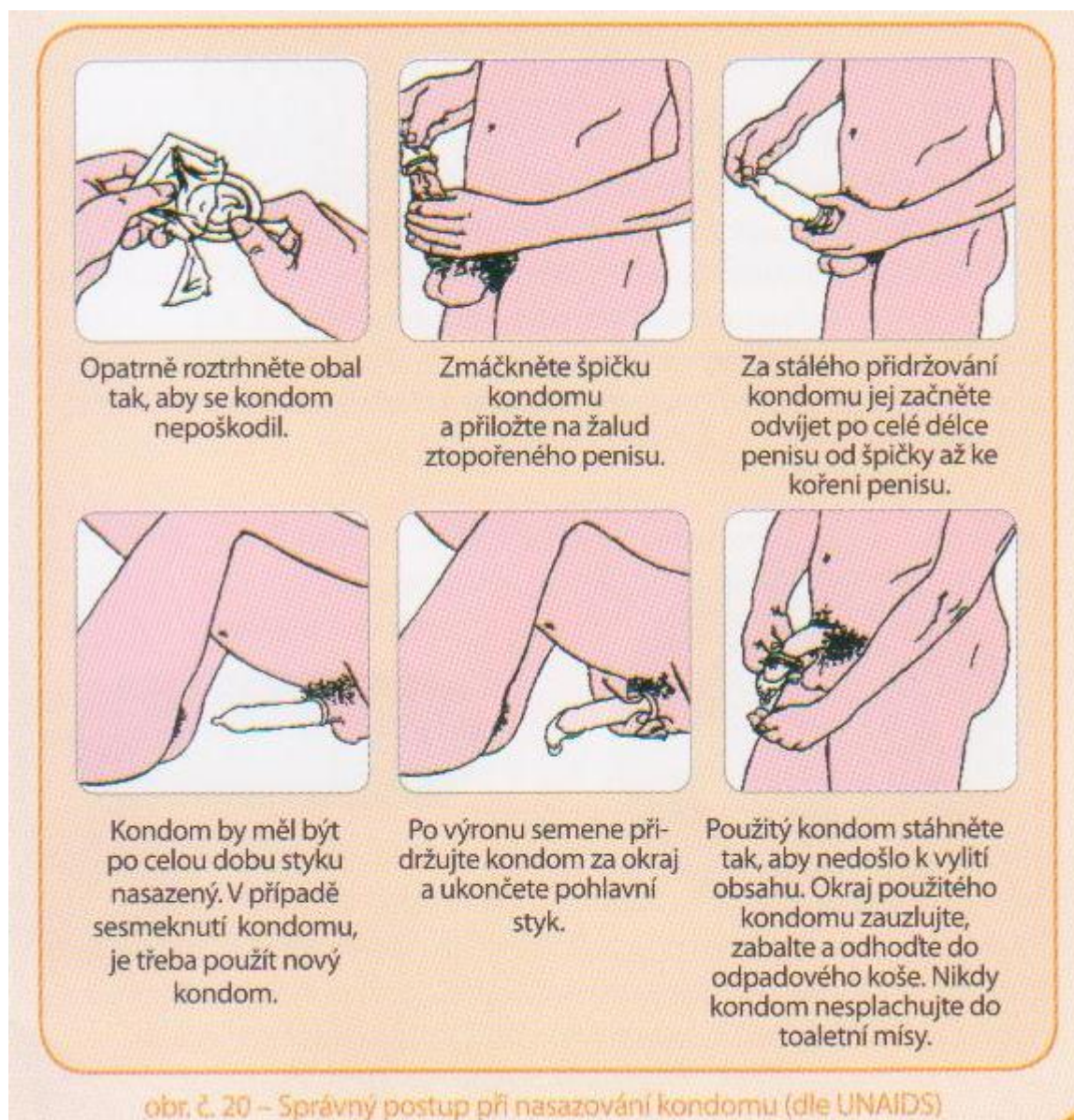
Příloha 2



Zdroj:

http://www.szu.cz/uploads/documents/CeM/HIV_AIDS/rocní_zpravy/2012/trendy_HIVAI_DS_CR.pdf

Příloha 3



Zdroj: JEDLIČKA, Jaroslav, STUPKA, Jiří, KUBÁTOVÁ, Anna. Krátký odborný návod dostatečně odpovědným milencům. Státní zdravotní ústav, Praha. 2007

Příloha 4

Pražský "Dům světla" Welcom to Prague "Lighthouse"



*Centrum pro lidi, kteří čelí problémům HIV / AIDS
A centre for people living with HIV / AIDS*



*více informací na internetové stránce ČSAP - <http://web.telecom.cz/AIDS-pomoc>
internet ČSAP - <http://web.telecom.cz/AIDS-pomoc>*

Zdroj: Česká společnost AIDS pomoc (leták).

Příloha 5

HLÁŠENÍ NOVÉHO PŘÍPADU HIV POZITIVITY	
(Odesílá se ve dvou obálcích, vnitřní obálka označená <u>Přísně důvěrné</u> , na adresu Referenční laboratoř pro AIDS, Státní zdravotní ústav, Šrobárova 48, 100 42 Praha 10)	
Datum hlášení: _____	
Příjmení (ev. kód u anonymních): _____	
Jméno: _____	
Rodné číslo (ev. věk u anonymních): <input type="text"/>	
Bydliště (region u anonymních, u cizinců stát): _____	
<p style="text-align: center;">Muž Žena</p> <p>Pohlaví: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Datum: lab. dg. HIV pozit.: _____</p> <p style="text-align: center;">HIV 1 HIV 2</p> <p>Typ HIV: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Způsob přenosu HIV infekce:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 1 homo/bisex. muž<input type="checkbox"/> 2 injekční uživatel drog<input type="checkbox"/> 3 homo/bisex. muž a injekční uživatel drog<input type="checkbox"/> 4 hemofilik/pacient s poruchou krevní srážlivosti<input type="checkbox"/> 5 příjemce krve/krevních derivátů, tkání<input type="checkbox"/> 6 heterosexuální styk<input type="checkbox"/> 7 z matky na dítě<input type="checkbox"/> 8 nozokomiální<input type="checkbox"/> 9 jiný/neudaný <p>Přenos heterosexuálním stykem:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 1 osoba pochází (žije) ve státě, kde heterosex. přenos je častý<input type="checkbox"/> 2 s bisexuálním mužem<input type="checkbox"/> 3 s injekčním uživatelem drog<input type="checkbox"/> 4 s hemofilikem<input type="checkbox"/> 5 s příjemcem krve/krevních derivátů, tkání<input type="checkbox"/> 6 se sex. partnerem pocházejícím se/žijícím v/státu, kde heterosex. přenos je častý<input type="checkbox"/> 7 s promiskuitním sex. partnerem ev. s prostitujícím sex. partnerem<input type="checkbox"/> 8 se známou HIV pozit. osobou nespádající do žádné z výše uvedených skupin<input type="checkbox"/> 9 neudaný <p>Přenos z matky na dítě: (způsob přenosu infekce u matky)</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 1 injekční uživatelka drog<input type="checkbox"/> 2 matka pochází (žije) ve státě, kde heterosex. přenos je častý<input type="checkbox"/> 3 infikovaná heterosex. stykem<input type="checkbox"/> 4 příjemce krve/krevních derivátů, tkání<input type="checkbox"/> 5 jiný, nespádající d žádné z výše uvedených skupin<input type="checkbox"/> 9 neudaný	<p style="text-align: center;">Klinické příznaky v době diagnózy HIV positivity</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 1 akutní infekce HIV<input type="checkbox"/> 2 asymptomatická infekce<input type="checkbox"/> 3 symptomatická infekce – NON AIDS<input type="checkbox"/> 4 NON AIDS – blíže neurčeno<input type="checkbox"/> 5 AIDS (v případě dg AIDS nutno ještě vyplnit dotazník „Hlášení klinického případu AIDS“)<input type="checkbox"/> 6 neznámo <p style="text-align: center;">Další důležité informace:</p>

Zdroj: SZU-Národní referenční laboratoř.

Příloha 6

HLÁŠENÍ KLINICKÉHO PŘÍPADU AIDS	
(Odesílá se ve dvou obálkách, vnitřní obálka označená Přísně důvěrné na adresu Referenční laboratoř pro AIDS, Státní zdravotní ústav, Šrobárova 48, 100 42 Praha 10)	
Datum hlášení: _____	
Příjmení (ev. kód u anonymních): _____	
Jméno: _____	
Rodné číslo (ev. věk u anonymních): <input type="text"/>	
Bydliště (region u anonymních, u cizinců stát): _____	
<p style="text-align: center;">Muž Žena</p> <p>Pohlaví: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Datum: lab. dg. HIV pozit.: _____</p> <p style="text-align: center;">HIV1 HIV2</p> <p>Typ HIV: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Způsob přenosu HIV infekce:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 1 homo/bisex. muž<input type="checkbox"/> 2 injekční uživatel drog<input type="checkbox"/> 3 homo/bisex. muž a injekční uživatel drog<input type="checkbox"/> 4 hemofilik<input type="checkbox"/> 5 příjemce krve/krevních derivátů, tkání<input type="checkbox"/> 6 heterosexuální styk<input type="checkbox"/> 7 z matky na dítě<input type="checkbox"/> 8 nozokomiální<input type="checkbox"/> 9 jiný/neudaný <p>Přenos heterosexuálním stykem:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 1 osoba pochází (žije) ve státě, kde heterosex. přenos je častý<input type="checkbox"/> 2 s bisexuálním mužem<input type="checkbox"/> 3 s injekčním uživatelem drog<input type="checkbox"/> 4 s hemofilikem<input type="checkbox"/> 5 s příjemcem krve/krevních derivátů, tkání<input type="checkbox"/> 6 se sex. partnerem pocházejícím ze/žijícím v/státu, kde heterosex. přenos je častý<input type="checkbox"/> 7 s promiskuitním sex. partnerem ev. s prostitující sex. partnerem<input type="checkbox"/> 8 se známou HIV pozit. osobou nespádající do žádné z výše uvedených skupin<input type="checkbox"/> 9 neudaný <p>Přenos z matky na dítě: (způsob přenosu infekce u matky)</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 1 injekční uživatelka drog<input type="checkbox"/> 2 matka pochází (žije) ve státě, kde heterosex. přenos je častý<input type="checkbox"/> 3 infikovaná heterosex. stykem<input type="checkbox"/> 4 příjemce krve/krevních derivátů, tkání<input type="checkbox"/> 5 jiný, nespádající do žádné z výše uvedených skupin<input type="checkbox"/> 6 neudaný <p>Datum dg. AIDS: _____ (podle klin. klasif. SZO-EURO, 1993)</p>	<p style="text-align: center;">Indikativní nemoci pro stanovení diagnózy AIDS Evropská definice AIDS pro AIDS surveillanos, 1993</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 1 bakteriální inf. časté ev. rekurentní u dětí <13 let věku<input type="checkbox"/> 2 kandidóza bronchů, průdušnice, plic<input type="checkbox"/> 3 kandidóza jícnu<input type="checkbox"/> 4 kokcidioidomykóza disemin., ev. extrapulmonální<input type="checkbox"/> 5 kryptokokóza extrapulmonální<input type="checkbox"/> 6 kryptosporidióza střev s průjmy (trvajících >1 měsíc)<input type="checkbox"/> 7 cytomegalovirová infekce (kromě jater, sleziny ev. lymf. uzlin >1 r. věku)<input type="checkbox"/> 8 cytomegalovirová retinitida (se ztrátou vidění)<input type="checkbox"/> 9 herpes simplex virová infekce (chron. ulcerace trvajících >1 měsíc, ev. bronchitída, pneumonie ev. zánět jícnu u pacienta >1 měsíce věku)<input type="checkbox"/> 10 histoplazmóza disemin. ev. extrapulm.<input type="checkbox"/> 11 izosporóza střev a průjmy (trvajících >1 měsíc)<input type="checkbox"/> 12 mykobakteriózy (M. avium, M. kansasii) disemin. ev. extrapulmonální<input type="checkbox"/> 13 tuberkulóza plic (M. tuberculosis)<input type="checkbox"/> 14 tuberkulóza extrapulm. (M. tuberculosis)<input type="checkbox"/> 15 mykobakteriózy ostat. ev. neidentifik. diseminované ev. extrapulmonální<input type="checkbox"/> 16 pneumonie Pneumocystis carinii<input type="checkbox"/> 17 pneumonie rekurentní<input type="checkbox"/> 18 progresivní multifokální leukoencefalopatie<input type="checkbox"/> 19 salmonelová septikemie rekurentní (netyfozní)<input type="checkbox"/> 20 toxoplazmóza mozku u pac. >1 roku věku<input type="checkbox"/> 21 karcinom děložního čípku, invazní<input type="checkbox"/> 22 HIV encefalopatie<input type="checkbox"/> 23 Kaposiho sarkom<input type="checkbox"/> 24 lymfoidní intersticiální pneumonie u dětí >13 let věku<input type="checkbox"/> 25 lymfom Burkittův<input type="checkbox"/> 26 lymfom imunoblastický<input type="checkbox"/> 27 primární lymfom mozku<input type="checkbox"/> 28 „HIV wasting syndrome“<input type="checkbox"/> 29 oportunní infekce, nespecifikované<input type="checkbox"/> 30 lymfom, nespecifikovaný <p>Imunologické vyšetření: Abs. počet CD4 _____</p> <p>Doplnění symptomů v dalším průběhu onemocnění ev. další důležité informace:</p>

Zdroj: SZU-Národní referenční laboratoř.

Příloha 7

HLÁŠENÍ O ÚMRTÍ NA HIV/AIDS <small>(Odesílá se ve dvou obálkách, vnitřní obálka označená Příloha 7 dává adresy referenčních laboratorů pro AIDS, Státní zdravotní ústav, Šrobárova 48, 100 42 Praha 10)</small>	
<p>Příjmení: _____</p> <p>Jméno: _____</p> <p>Rodné číslo: _____</p> <p>Bydliště (u cizinců stát): _____</p> <p style="text-align: right;">Datum hlášení: _____</p>	<p>Datum úmrtí: _____</p> <p>Příčina smrti (podle Mezinárodní klasifikace nemocí): I.a. Bezprostřední příčina (vypsat) _____ kód dg. _____</p> <p>b. Předcházející příčina (chor. stav vedoucí k I.a.) (vypsat) _____ kód dg. _____</p> <p>c. Prvotní příčina (základní nemoc.) (vypsat) _____ kód dg. _____</p> <p>II. Jiné závažné chorobné stavy: (spolupodmiňující smrt, které nebyly v příčině souvislosti s nemocí I.a.) kód dg. _____</p> <p>Přítva: <input type="checkbox"/> ano Jestli ano, závěrečná diagnóza <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> neuvedeno</p>
<p>Důležité informace:</p>	

Zdroj: SZÚ - Národní referenční laboratoř.

Příloha 8

Příloha č. 6

Informace pro člověka infikovaného virem lidského imunodeficitu

Bylo zjištěno, že jste infikován/a virem, který může za určitých okolností vyvolat závažnou poruchu Vaší obranyschopnosti zvanou AIDS. Přítomnost viru v organismu však v žádném případě ještě onemocnění neznamená, protože víme, že se toto onemocnění vyvíjí v průměru asi u 70% nakažených lidí do 10 let od infekce. Nakažený člověk může žít mnoho let bez jakýchkoliv projevů nemoci, to znamená může být zcela zdravý, ale přitom může při pohlavním styku nakazit svého partnera, může svou krví virus přenést na druhého člověka, je-li jeho krev ve styku s otevřeným poraněním druhého člověka, daruje-li krev nebo jde-li o matku, může v průběhu těhotenství nebo porodu nakazit své dítě.

Ve vlastním zájmu, abyste současně nezhoršil/a průběh onemocnění sám/sama u sebe, nebo nenakazil/a někoho dalšího, měl/a byste dodržovat níže uvedené zásady:

1. Při jakýchkoliv zdravotních obtížích, i když zdánlivě bezvýznamných, jako jsou např. opakovaná onemocnění dýchacích cest, především déle trávající kašel, dále při hubnutí, při zduření mízních uzlin, jakékoliv vyrážce apod. se ihned obraťte na mne nebo jiného odborníka v problematice AIDS, kterého si vyberete: budete zván na pravidelné kontroly Vašeho zdravotního stavu, které umožní, aby Vám byla případně včas nasazena potřebná léčba, kterou často zahajujeme již v době, kdy dojde k určitým změnám při imunologickém vyšetření, které se ještě nemusí ani projevit zdravotními potížemi. Základní zdravotní péči Vám může poskytovat Váš ošetřující lékař nebo pediatr. V současné době tuto infekci ještě neumíme vyléčit, ale umíme ji léčit, zabránit různým komplikacím a tak Vám umožnit kvalitní plnohodnotný život, jaký vedou ostatní lidé. Od chvíle stanovení diagnózy nesete pouze větší odpovědnost vůči sobě i vůči druhým lidem.
2. Nemůžete se stát dárce krve, spermatu, mateřského mléka, orgánů a tkání.
3. Doma, na pracovišti i kdekoliv jinde je třeba, abyste přísně dodržoval pravidla osobní hygieny, měl vlastní kartáček na zuby, holicí strojek, ručník atd., které nesmíte nikomu půjčovat. V případě, že dojde k potřísnění předmětů Vaší krví, např. při poranění, musíte zajistit buď likvidaci těchto předmětů, např. spálením, nebo jejich vyvaření či dezinfekci /nejlépe 2% roztokem Chloraminu/.
4. Měl byste se snažit vybudovat si trvalý partnerský vztah a nestřídat sexuální partnery. Při všech formách pohlavního styku, tj. při styku do pochvy, do konečnicku i do dutiny ústní, musíte používat prezervativ. Přičemž ke zvýšení jeho kluzkosti nelze používat látky na tukovém základu /vazelíny./, ale látky na vodním základu /gel/. Je třeba se vyvarovat všech krvavých sexuálních praktik. Libání není riskantní, není-li spojeno s pokousáním nebo s intenzivním sáním. Je třeba si uvědomit, že prezervativ musíte používat i tehdy, je-li Váš partner /partnerka/ rovněž HIV pozitivní, protože každá další infekční dávka viru zhoršuje průběh onemocnění. Při náhodném pohlavním styku s neznámou osobou nikdy nemůžete vyloučit, že i ona, i když to sama třeba neví, může být infikována tímto virem.
5. Měl byste přesvědčit svého sexuálního partnera, partnerku /partner/, aby se rovněž podrobil vyšetření na přítomnost viru působícího AIDS. Umožní jim to nejen chránit sebe, ale i druhé, dáte jim i šanci na včasné zahájení léčby, která průběh onemocnění podstatně zpomalí a umožní jim dožít se v dobrém zdravotním stavu takové účinné léčby, která Vás i je v budoucnu infekce zbaví. Současné vědecké výsledky svědčí pro to, že to je otázkou brzké budoucnosti. Nechcete-li informovat o své HIV pozitivitě svého partnera sám/sama, můžete požádat lékaře svého AIDS centra, aby to učinil za Vás.
6. Je Vaší morální povinností informovat svého sexuálního partnera /partner/ o svém postižení a dodržovat při styku s nimi zásady bezpečnějšího sexu tak, aby nedošlo k jeho/jejich nákaze. Stále platí, že „jedinou vakcinou proti AIDS“ při pohlavním styku je prezervativ. Všechny ostatní praktiky /např. pferušovana soulož aj./ jsou nebezpečné.
7. Jste-li závislý/á na drogách aplikovaných do žíly, musíte zásadně používat jehly i stříkačky // na jedno použití a vlastní roztok drogy. Jednou použitou jehlu nebo stříkačku nesmíte dát k použití nikomu dalšímu. Jsou popsány infekce i tehdy, byla-li vyměněna jehla, ale použita stejná stříkačka. Použití injekční stříkačky a jehly můžete bezplatně vyměnit za nové v kontaktních centrech.
8. Ženy, u kterých byla zjištěna HIV pozitivita na začátku gravidity nebo HIV pozitivní ženy, které otěhotněly, i když jim byl znám jejich HIV status, se mohou rozhodnout, buď pro umělé ukončení těhotenství nebo – v případě zachování těhotenství – jsou zařazeny do speciálního léčebného programu se zvýšeným dohledem lékaře příslušného AIDS centra i porodníka. Tím se výrazně snižuje pravděpodobnost přenosu HIV infekce z matky na novorozence (riziko 8-10%).

Příloha 9

9. Velmi mnoho můžete udělat sám i pro to, aby se Váš zdravotní stav nezhoršil a abyste zůstal co nejdéle, případně i trvale, bez jakýchkoliv příznaků nemoci způsobených tímto virem. Především tedy musíte docházet na pravidelné kontroly ke svému lékaři, a to i tehdy, cítíte-li se zdravý. Dále byste měl dodržovat zásady správné výživy, zejména pokud jde o biologicky hodnotnou stravu, obsahující především mléčné produkty, libové maso a dostatečné množství ovoce a zeleniny. Doporučuje se vyloučit ze stravy syrové nebo špatně propečené maso /zdroj různých mikroorganismů, které mohou vést k vážným komplikacím u lidí infikovaných virem AIDS/, dále používání nadměrného množství návykových léků, zejména drog. Neměl byste se fyzicky přetěžovat, např. při vrcholovém sportu, naopak pravidelné cvičení a udržování dobré fyzické kondice a dostatek spánku jsou velmi prospěšné /dostatečný spánek zlepšuje funkci imunitního systému u každého člověka/. Měl byste se vyhýbat prudkému slunění a pobytu v prostředí s vysokou teplotou a vlhkostí, stejně tak jako ostatním velkým stresovým situacím, a to i duševním. Protože jste ohrožen následky jakékoliv infekce, měl byste se sám aktivně chránit před úzkým stykem s lidmi s takovou infekcí. Prostě je třeba se naučit s infekcí virem HIV žít a nepodléhat smutným náladám a depresím, které zhoršují průběh onemocnění.

Pokud budete shora zmíněné zásady dodržovat, je riziko přenosu nákazy na další osoby jak ve Vaší domácnosti, tak i na Vašem pracovišti a i ve společnosti vyloučené. Proto můžete vykonávat prakticky jakékoliv zaměstnání, samozřejmě pokud to dovoluje Váš zdravotní stav. Zdravotníci pracovníci jsou pochopitelně povinni zachovávat o Vašem zdravotním stavu povinnou mlčenlivost a jsou samozřejmě povinni Vám poskytnout kdykoliv zdravotní péči.

Vaše právní povinnosti stanovuje zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů podle § 53 je nosič viru HIV povinen (citace):

- podrobit se lékařskému dohledu, potřebnému laboratornímu vyšetření, léčbě a dalším epidemiologickým opatřením,
- dodržovat poučení lékaře o ochraně jiných fyzických osob před přenosem infekčního onemocnění, jehož jsou nosiči.
- nevykonávat činnosti, při nichž by vzhledem ke svému nosičství ohrožovaly zdraví jiných fyzických osob.
- 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,
- sdělit své nosičství při přijetí do zařízení sociální péče,
- oznamovat praktickému lékaři, který jej registruje osobní údaje (jméno, příjmení, datum narození, místo trvalého a přechodného pobytu), údaje o zaměstnání a změny v těchto údajích.

Ten kdo byl z nedbalosti způsobí či zvýší nebezpečí rozšíření nakažlivé choroby, v tomto případě HIV/AIDS, může naplnit skutkovou podstatu trestného činu a v souvislosti s tím může být potrestán.

Vzal jsem poučení na vědomí a zavazuji se jím řídit.

Rozhodl jsem se pro dispenzarizaci a péči v AIDS centru **PLZEŇ** (doplňte)

Jméno a příjmení klienta, datum narození

Podpis klienta

Datum

V případě, že se na plánovanou prohlídku (do 6 měs. od poslední návštěvy) nedostavíte, může být podán orgánům ochrany veřejného zdraví podnět na další postup podle zákona.

V případě potřeby se můžete obrátit i na lékaře ostatních AIDS center uvedených níže:

1. AIDS Centrum FN Bulovka, Infekční klinika, Budínova 2, Praha 8, tel.: 26608 2628 – 9 nebo 26608 2715
2. AIDS Centrum České Budějovice, Nemocnice, B.Němcové 54, České Budějovice, tel.: 38787 4600 nebo 38787 4465.
3. AIDS Centrum Plzeň, Infekční klinika FN, Dr. Beneše 13, Plzeň, tel.: 377 402 264.
4. AIDS Centrum Ústí n.L., Masarykova nemocnice, Ústí n.L., tel.: 475 682 600 nebo 475 682 603.
5. AIDS Centrum Hradec Králové, Infekční klinika FN, Hradec Králové, tel.: 495 832 220 nebo 495 833 773
6. AIDS Centrum, Brno, FN Bohunice, Jihlavská 20, Brno, tel.: 547 192 276 nebo 547 192 265.
7. AIDS Centrum Ostrava, FN sP Ostrava, 17 listopadu 1790, Ostrava-Poruba, tel.: 596 984 252 nebo 596 984 480.

Příloha 10

Schering-Plough	40týdenní, dvojité zaslepené, dvojité maskované prodloužené klinické hodnocení fáze 3 s aktivní kontrolou pro přípravek preladenant u pacientů s mírnou až závažnou Parkinsonovou nemocí (Fáze 3, protokol č. P06153)										Protokol P06153		
	Datum vyhodnocení					Čas vyhodnocení (24hodinový formát)					Iniciály hodnotícího		
D D M M M R R R R R					H H : M M								
ID návštěvy (Screeningová, Výchozí, Týden č., Předčasné ukonč., Neplánovaná)										Číslo pacienta		MoCA	

MONTREALSKÝ KOGNITIVNÍ TEST (Nasreddinův test) JMÉNO: _____ Datum narození: _____
 Vzdělání: _____ Pohlaví: _____ DATUM: _____

Prostorová orientace / zručnost 		Okopírujte krychli Namalujte ciferník a označte 11 hodin 10 minut (3 body)		BODY _____/5				
Pojmenování zvířete 		kontura [] číslice [] ručičky []			_____/3			
Paměť Přečtete řadu slov. Testovaný je musí opakovat. Zopakujte je ještě jednou. Po 3 minutách požádejte o opakování slov.		TVÁŘ 1.pokus [] 2.pokus []	SAMET []	KOSTEL []	KOPRETINA []	ČERVENÁ []	žádný bod	
Pozornost Přečtete řadu čísel (1 za vteřinu). Testovaný je má zopakovat, jak šla za sebou. Testovaný je má zopakovat pozpátku.		[] 2 1 8 5 4 [] 7 4 2		_____/2				
Čtete řadu písmen. Testovaný musí klepnout prstem pokaždé, když uslyší A. Při 2 a více chybách nedostane žádný bod.		[] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOF AAB		_____/1				
Množina odečtů 7 od 100.		[] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65		4-5 správných odečtů = 3 body / 2-3 správné = 2 body / 1 správný = 1 bod / 0 správný = 0 bod		_____/3		
Řeč Opakujte po mně: Pouze vím, že je to Jan, kdo má dnes pomáhat. [] Když jsou v místnosti psi, kočka se vždy schová pod gauč. []		[]		_____/2				
Vybavování slov: Řekněte co nejvíce slov, která začínají písmenem K, během 1 minuty.		[] _____ (N > 11 slov)		_____/1				
Abstrakce Podobnost mezi např. banán-pomeranč = ovoce.		[] vlak - bicykl [] hodinky - pravítka		_____/2				
Pozdější vybavení slov		Vybavení slov BEZ NÁPOVĚDY	TVÁŘ []	SAMET []	KOSTEL []	KOPRETINA []	ČERVENÁ []	Body se udělí pouze BEZ NÁPOVĚDY
Nápovině Jedna nápojeví Více nápojeví								
Orientace [] datum [] měsíc [] rok [] den [] místo [] město						_____/6		
© Z.Nasreddine MD www.mocatest.org		NORMA ≥ 26 / 30		CELKEM Přidej 1 bod všem, kteří nemají 12 leté školní vzdělání		_____/30		
Podpis hodnotícího: _____						Strana 1 z 1 SCH002_P06153_MoCA HEADER_CZ_FINAL_2011_Jan_28.doc		

Zdroj: Ambulance pro poruchy imunity, Infekční klinika - FN Plzeň.

Příloha 11

DŮVĚRNÉ

HLÁŠENÍ POHLAVNÍ NEMOCI

A

IČO/PČZ odd. rodné číslo č. obce byd.

Zdravotnické zařízení
 Adresa bydliště Okres

(Pozn.: V následující části dotazníku vždy zakroužkujte odpovídající možnost)

Ekonomická aktivita 01. dítě 02. žák, student 03. v domácnosti 04. voják základní služby 05. voják profesionál 06. zaměstnanec MV 07. ostatní zaměstnanec 08. důchodce invalidní 09. důchodce starobní 10. nezaměstnaný 11. jiná 12. neudána	Vzdělání 1. základní neukončené 2. základní ukončené 3. střední odborné 4. úplné střední odborné 5. úplné střední všeobecné 6. bakalářské 7. vysokoškolské 8. dítě předškolního věku 9. nezjištěno	Sexuální zaměření 1. heterosexuál 2. homosexuál 3. bisexuál 4. jiné 5. nezjištěno	Sexuální a ostatní rizika (zakroužkujte i kombinaci uvedených možností) 1. styk s cizincem 2. nechráněný styk 3. alkoholik 4. i. v. uživatel drog 5. vazba 6. vězeň 7. bezdomovec 8. jiná 9. nezjištěna	Výskyt onemocnění 1. poprvé v životě 2. poprvé ve sled. roce 3. reinfekce
Etnikum 1. Čech 2. Rom 3. cizinec <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Stav 1. nezjištěn 2. svobodný(á) 3. ženatý(á) 4. rozvedený(á) 5. ovdovělý(á) 6. druh / družka	Sexuální chování (zakroužkujte i kombinaci uvedených možností) 1. prostituce 2. promiskuita 3. náhodný styk 4. jiné 5. nezjištěno	Vyšetření HIV 1. pozitivní 2. negativní 3. nezjištěno	Onemocnění zjištěno 1. náhodně 2. pro typické potíže 3. pro atypické potíže 4. depistáží 5. při porodu 6. při úmrtí
Datum 1. návštěvy: den <input type="text"/> <input type="text"/> měsíc <input type="text"/> <input type="text"/> rok <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Datum vyšetření: den <input type="text"/> <input type="text"/> měsíc <input type="text"/> <input type="text"/> rok <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Datum zahájení léčby: den <input type="text"/> <input type="text"/> měsíc <input type="text"/> <input type="text"/> rok <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Datum vyšetření HIV: den <input type="text"/> <input type="text"/> měsíc <input type="text"/> <input type="text"/> rok <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Diagnóza potvrzena (zakroužkujte i kombinaci uvedených možností) 01. kultivačně 02. serologicky 03. mikroskopicky 04. LCR, GEN-PROBE 05. v zástínu 06. netreponem. testy (RRR, VDRL) 07. anti syfilis EIA 08. anti syfilis IgM EIA 09. TPI test 10. TPHA 11. 19 S IgM SPHA 12. FTA-ABS 13. pitva 14. jinak	Léčení 1. ambulantně 2. při hospitalizaci 3. neléčení	Kombinace s jinými sexuálními přenosnými nemocemi (s A49.3, A56, A59, A60, A63, A64, B20.8, B37.3, B37.4, B65, B66, N34.1) 1. ano 2. ne DG1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DG2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DG3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Gravidita / týden 1. ano <input type="text"/> <input type="text"/> 2. ne <input type="text"/> <input type="text"/>
Diagnóza potvrzena (zakroužkujte i kombinaci uvedených možností) 01. kultivačně 02. serologicky 03. mikroskopicky 04. LCR, GEN-PROBE 05. v zástínu 06. netreponem. testy (RRR, VDRL) 07. anti syfilis EIA 08. anti syfilis IgM EIA 09. TPI test 10. TPHA 11. 19 S IgM SPHA 12. FTA-ABS 13. pitva 14. jinak	ATB/druh 01. Amoxicilin 02. Azithromycin 03. Benzathin-Penicilin 04. Benzyl-Penicilin 05. Ceftriaxon 06. Doxycyklin 07. Erythromycin 08. Ofloxacin, Ciprofloxacin 09. Spectinomycin 10. Tetracyklin 11. jiná ATB	Zdroj 1. znám 2. neznám	Kontakty 1. ano 2. ne	Gravidita / týden 1. ano <input type="text"/> <input type="text"/> 2. ne <input type="text"/> <input type="text"/>

B Diagnózy dle podrobného seznamu MKN - 10

A 50 VROZENÁ SYFILIS: .0 - časná s příznaky (do 2 let od narození) .1 - časná latentní (bez klin. projevů s poz. serolog. reakcí a neg. testem v likvoru) .2 - časná vrozená syfilis, NS .3 - pozdní vrozená syfil. okulopatie .4 - pozdní vrozená neurosyfilis (juvenilní neurosyfilis) .5 - jiná pozdní s příznaky (2 a více let po narození) .6 - pozdní, latentní (bez klin. projevů, s poz. serolog. reakcí a neg. testem v likvoru) .7 - pozdní vrozená syfilis, NS .9 - vrozená syfilis NS	A 51 ČASNÁ SYFILIS: .0 - primární genitální syfilis .1 - primární řitní syfilis .2 - primární syfilis jiných lokalizací .3 - sekundární syfilis kůže a sliznic .4 - jiná sekundární syfilis .5 - časná syfilis, latentní (získaná bez klin. projevů s poz. serolog. reakcí a neg. testem v likvoru do 2 let po infekci) .9 - časná syfilis, NS	A 52 POZDNÍ SYFILIS: .0 - kardiovaskulární syfilis .1 - neurosyfilis s příznaky .2 - asymptomatická neurosyfilis .3 - neurosyfilis, NS .7 - jiná pozdní syfilis s příznaky .8 - pozdní syfilis, latentní .9 - pozdní syfilis, NS	A 53 JINÁ A NEURČENÁ SYFILIS: .0 - latentní - neurč. jako časná nebo pozdní .9 - syfilis, NS
A 55 LYMPHOGRANULOMA VENEREUM (CHLAMYDIOVÝ): .0 - dolního pohl. a moč. ústrojí bez abscesu periuretrálních a přídát. žláz .1 - dolního pohl. a moč. ústrojí s abscesem periuretrálních a přídát. žláz .2 - pelvipertonitida a jiné gonokokové infekce pohl. a moč. ústrojí .3 - oka .4 - svalové a kosterní soustavy .5 - gonokoková faryngitida .6 - řiti a rektu .8 - jiné gonokokové infekce .9 - gonokokové infekce, NS	A 57 CHANCROID - ULCUS MOLLE:	A 52 POZDNÍ SYFILIS: .0 - kardiovaskulární syfilis .1 - neurosyfilis s příznaky .2 - asymptomatická neurosyfilis .3 - neurosyfilis, NS .7 - jiná pozdní syfilis s příznaky .8 - pozdní syfilis, latentní .9 - pozdní syfilis, NS	A 53 JINÁ A NEURČENÁ SYFILIS: .0 - latentní - neurč. jako časná nebo pozdní .9 - syfilis, NS

Datum hlášení den měsíc rok Razítko a podpis lékaře

Zdroj: SZU-Národní referenční laboratoř.

Příloha 12

DEPISTÁŽNÍ ŠETŘENÍ pohlavní nemoci

DŮVĚRNÉ

Jméno nemocného: Rozený / á: R. Č.:

Adresa bydliště:

Zaměstnání: Pracoviště:

Hospitalizace/Zdrav. zařízení:

od den měsíc rok do den měsíc rok

Dispenzarizace/Zdrav. zařízení:

den měsíc rok

ZDROJ NÁKAZY:

Příjmení			
Jméno			
Věk			
Adresa bydliště			
Okres			
Rodinný stav			
Pracoviště			
Zaměstnání			
Popis osoby			
Datum a místo koitu			
Jiné údaje			
Vyšetření u:			
Léčen u:			
DG			
Depistáž odeslána datum, kým			
Předán adresa zdrav. zařízení			
Poznámka			

KONTAKTY A DALŠÍ OHROŽENÉ OSOBY (manžel/ka, živ. partner/ka, děti, rodiče, sourozenci, atd.)

Příjmení			
Jméno			
Věk			
Adresa bydliště			
Okres			
Rodinný stav			
Pracoviště			
Zaměstnání			
Popis osoby			
Datum a místo koitu			
Jiné údaje			
Vyšetření u:			
Léčen u:			
DG			
Depistáž odeslána datum, kým			
Předán adresa zdrav. zařízení			
Poznámka			

SEVY 93 012.3
NZIS 0172

Vyplnil:

Razítko a podpis lékaře:

Datum den měsíc rok

Zdroj: SZU-Národní referenční laboratoř.