



ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE

Fakulta biomedicínského inženýrství

Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

Akutní ošetrovatelská péče u HIV pozitivního klienta

Acute nursing care of HIV-positive client

Bakalářská práce

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Zdravotnický záchranář

Vedoucí práce: Ing. Lucie Lidická

2017/2018

Karolína Šimsová

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci s názvem Akutní ošetrovatelská péče u HIV pozitivního klienta vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů, které uvádím v seznamu bibliografických odkazů.

Nemám závažný důvod proti užití tohoto školního díla ve smyslu § 60 zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů.

V Kladně dne

Karolína Šimsová

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucí mé práce, paní inženýrce Lucii Lidické, bez níž bych tuto práci dost pravděpodobně nedokončila. Dopomohla mi k napsání práce svou ochotou, trpělivostí a cennými radami. Děkuji jí za čas, který byla ochotna mi věnovat, a za to, že mi byla nápomocna rovněž při hledání respondentů, které nebylo jednoduché najít. Dále bych chtěla poděkovat respondentům jako takovým, kteří si i přes svůj vytížený pracovní život našli prostor k tomu, aby mi svými odpověďmi poskytli data k napsání této práce.

Abstrakt

V této práci jsem se zaměřila na akutní ošetrovatelskou péči u HIV pozitivních pacientů, na její specifika, na infekci HIV jako takovou, její historii, cesty přenosu, kvalitu života HIV pozitivního člověka, rizika přenosu na ošetrovatelský personál a zejména na postavení HIV pozitivního pacienta v českém zdravotnictví právě z pohledu akutní ošetrovatelské péče.

V praktické části bakalářské práce jsem využila metody kvalitativní, a to formou polostrukturovaného rozhovoru. Pomocí pěti rozhovorů s ošetrovatelským personálem pracujícím v akutní péči se mi podařilo vytvořit obrázek o vzdělanosti těchto zdravotnických pracovníků a o jejich názorech a přístupu ke klientům nakažených infekcí HIV. Na základě zjištěných údajů je možno usoudit, že v rámci akutní péče je postavení takových klientů na poměrně dobré úrovni a předsudky v této části českého zdravotnického systému nemají své místo.

Za přínos této práce považuji to, že komplexně shrnuje informace spojené s daným onemocněním a poskytuje vhled do přístupu zdravotnického pracovníka k HIV pozitivnímu pacientovi. Tato problematika bývá hodnocena zejména z pohledu klienta. Myslím si, že tato bakalářská práce může poskytnout cenné informace jak pacientovi, který se snaží pochopit jednání zdravotnického personálu, tak i zdravotníkům jako takovým, jelikož zde najdou všechny důležité informace spojené právě s touto problematikou a mohou se inspirovat přístupem jiných lidí, kteří mi svůj názor na danou věc poskytnou.

Klíčová slova

HIV; ošetrovatelská péče; pacient; klient; infekce; onemocnění; ošetřující personál

Abstract

In this work I focused on acute nursing care of HIV-positive patients, its specifics, the HIV infection as such, its history, transmission routes, the quality of life of an HIV-positive person, the risks of transmission to nursing staff, and in particular the status of an HIV-positive patient in Czech health care exactly from the point of view of acute nursing care.

In the practical part of the Bachelor thesis I used qualitative methods in the form of a semi-structured interview. Through five interviews with the nursing staff working in acute care, I managed to create a picture of the education of these healthcare workers and their views and approach to HIV infected clients. On the basis of the data discovered, it can be concluded that in the context of acute care the status of such clients is relatively good and there is not room for prejudice in this part of the Czech healthcare system.

I consider this work beneficial because it comprehensively summarizes the information associated with the given disease and gives insight into the approach of a healthcare worker to an HIV-positive patient. This issue is mostly evaluated from the perspective of the client. I think that this Bachelor thesis can provide valuable information to both the patient who is trying to understand the behaviour of the healthcare staff, as well as to the healthcare professionals as such, as they will find here all the important information related to this issue and they may be inspired by the approach of other people who provided me with their opinion on the given matter.

Key Words

HIV; nursing care; patient; client; infection; disease; nursing staff

Obsah

1. Úvod	7
2. Současný stav	8
2.1 HIV infekce	8
2.2 Klinické příznaky	10
2.3 Přenos HIV	12
2.3.1 Přenos na zdravotnický personál	14
2.4 Život s HIV	16
2.5 Léčba HIV	17
2.6 Ošetrovatelská péče o HIV pozitivní klienty	18
2.7 Postavení HIV pozitivního klienta v českém zdravotnictví.....	21
3. Cíle práce.....	23
4. Metodika.....	24
5. Výsledky.....	26
5.1 Jednotlivé rozhovory	26
5.1.1 Rozhovor č. 1.....	26
5.1.2 Rozhovor č. 2.....	28
5.1.3 Rozhovor č. 3.....	30
5.1.4 Rozhovor č. 4.....	31
5.1.5 Rozhovor č. 5.....	32
6. Diskuze	34
7. Závěr.....	41
8. Seznam použitých zkratk	42
9. Seznam použité literatury	43

1. Úvod

V této bakalářské práci se budu věnovat akutní ošetrovatelské péči u klientů, kteří jsou HIV pozitivní. Budu se zabývat základními ošetrovatelskými postupy, bariérovou péčí a vztahem ošetrovatelského personálu k pacientům, kteří trpí syndromem získaného selhání imunity. Toto téma jsem si vybrala, jelikož mě toto onemocnění zajímá. Mám ve svém okolí známé, kteří jím trpí a zprostředkovali mi několik zkušeností s tím, jak k nim bylo ve zdravotnictví přistupováno. Tyto zkušenosti nebyly vždy kladné, a proto jsem se zaměřila na opačnou stránku problému. Pomocí této práce bych ráda zjistila, jaký je názor na tyto klienty a přístup k těmto lidem z pohledu zdravotnického personálu. Zaměřím se na péči akutní, jelikož mým oborem je zdravotnický záchranář a akutní péče je mi tím pádem blízká.

Cílem práce je tedy celkové zhodnocení péče o tyto pacienty a zjištění jejich postavení v českém zdravotnickém systému z pohledu ošetrovatelského personálu. Myslím si, že tato práce může být prospěšná pro obě strany. Ať už z pohledu pacienta, který si po jejím přečtení může uvědomit případná rizika a důvody, proč k němu ve zdravotnictví někdy není přistupováno stejně jako k jiným klientům. Ale především z pohledu profesionálů, kteří se s touto problematikou setkávají. Budu se snažit podat komplexní informace o tomto onemocnění, o péči o tyto pacienty a pomocí předaných informací tuto nemoc alespoň částečně destigmatizovat.

2. Současný stav

2.1 HIV infekce

Množství lidí nakažených HIV každým rokem stoupá. Přestože se objevují pokusy o edukaci veřejnosti a prevenci přenosu této zákeřné nemoci, dosahují tato čísla stále vyšších hodnot. Česká republika se řadí mezi země, ve kterých je výskyt nemoci poměrně nízký v porovnání se zbytkem Evropy a zeměmi celého světa. Dle dat sesbíraných Státním zdravotním ústavem bylo ke konci roku 2016 na území ČR evidováno celkem 2 906 HIV pozitivních obyvatel, z nichž 541 v minulém roce prošlo rozvojem onemocnění AIDS. Fatalitu této nemoci znázorňují čísla, která se zabývají mortalitou – v roce 2016 zemřelo z již evidovaných osob s AIDS celkem 262 lidí, což celkem tvoří 48,4 % z těch, u kterých již došlo k rozvinutí nemoci. Dalších 111 HIV pozitivních zemřelo z jiné příčiny, než je samotný AIDS. Veronika Kulířová ve své publikaci uvádí, že tato nemoc za uplynulých 30 let postihla přibližně 60 milionů osob, z toho pro téměř 50 % z nich bylo toto onemocnění smrtelné. V těchto číslech se však hovoří pouze o lidech, kteří o tom věděli a byli registrovaní. Na naší planetě žije mimo tyto statistiky mnoho osob, jež o nemoci kvůli jejím plíživým příznakům a její jednoduché zaměnitelnosti za jiná onemocnění vůbec nevědí.

První zaznamenané zprávy o AIDS se datují k roku 1981. V Atlantě se sešlo pět pacientů s vzácným typem pneumocystové pneumonie. Jednalo se o homosexuály ve věku 29–36 let, kteří se navzájem neznali a předtím, než se u nich tyto příznaky objevily, byli poměrně zdraví. Americký lékař Michael Gottlieb tyto případy popsal pro Centrum pro kontrolu a prevenci nemocí (CDC) v Atlantě a požádal doktora Jamese Currana o recenzi svého článku. Currana a jeho kolegu Harolda Jaffa však toto onemocnění velice zaujalo a začali se o ně zajímat. Byli první, kdo vyslovil tvrzení, že se jedná o onemocnění přenosné pohlavním stykem. Na semináři v San Francisku se dozvěděli o dalších homosexuálních mužích trpících neobvyklými chorobami. V CDC byl proto vytvořen tým, který takovéto pacienty vyhledával. Zaměřili se především na Kalifornii, jelikož je mladými homosexuály velmi oblíbená. Nalezli asi 26 dalších gayů trpících zvláštními onemocněními, občas doprovázenými Kaposiho sarkomem (nádorové onemocnění kůže). U všech z nich byla prokázána těžká imunodeficience.

„S ohledem na nakažené z gay komunity získala neznámá porucha imunity zpočátku označení GRID (*gay-related immune deficiency*).“ (Jilich, 2014)

První infikovaný člověk, jinými slovy *Pacient Zero*, byl pravděpodobně Gaetan Dugas, dodnes však toto tvrzení nebylo potvrzeno. Jednalo se o velmi promiskuitního zaměstnance kanadské letecké společnosti, který měl Kaposiho sarkom. Vzhledem k jeho promiskuitě a tomu, že vyhledával k sexuálnímu poměru temná místa, aby sarkom nebyl vidět, je hlavním podezřelým. Za svůj život měl údajně sexuální styk asi s 2 500 partnery. V roce 1984 byl přímo spojen se 40 případy infikovaných homosexuálů, ve stejném roce zemřel.

Nově objevenou skupinou, u které se HIV virus projevil, byli přistěhovalci z Haiti. Popírali homosexuální praktiky a mezi infikovanými se nacházely i ženy. Šlo o zásadní obrat v pohledu na AIDS jako takový. Zanedlouho po tom se mezi nakaženými prokazatelně objevila skupina injekčních uživatelů drog z New Yorku a u této skupiny se také potvrdil přenos infekce z matky na dítě. A také se zjistil možný přenos pomocí krevní transfuze. Toto onemocnění se v populaci začalo nazývat 5H, jelikož se týkalo především pěti skupin osob: homosexuálů, heroinistů, Hait'anů, hemofiliků (častí příjemci krevních transfuzí) a heterosexuálních partnerů ostatních skupin. Virus se začal rychle šířit v USA a vzrůstala nesnášenlivost vůči homosexuálům. Přicházely zprávy, že virus se vyskytuje v Africe již několik let.

Retrovirus lidské imunodeficiencie získal název HIV (*human immunodeficiency virus*) a úřady přijaly pro toto onemocnění název AIDS (*acquired immunodeficiency syndrome*).

U nás se první zmínka o HIV objevila okolo roku 1982, kdy byl virus poprvé zmíněn v médiích. A v roce 1984 byly laboratorně diagnostikovány první dva případy nakažených občanů ČR.

HIV je RNA virus, který v organismu napadá CD4+ T lymfocyty, v nichž se namnoží, poté je zničí a snižuje tak jejich počet v těle hostitele. T lymfocyty jsou skupinou bílých krvinek, která je velmi důležitá pro obranyschopnost organismu, a proto pokles jejich množství vede k selhávání imunity a rozvoji AIDS. Někdy i 10 až 15 let po expozici virem HIV může trvat tzv. bezpříznakové období, kdy nakažený nemá žádné zdravotní potíže, ale může virus šířit dál. Délku bezpříznakového období ovlivňuje životní styl postiženého, zvládání stresových situací a také možná reinfekce,

kteřá k rozvoji AIDS výrazně napomáhá. Obvyklá doba inkubace od nákazy do propuknutí HIV infekce je 2–6 týdnů. Samotná infekce se podle Centra pro kontrolu a prevenci nemoci (CDC) dá dělit na 3 klinické kategorie – A, B, C, a to podle množství CD4+ T lymfocytů a podle příznaků nemoci. Úbytek CD4+ T lymfocytů se spouští velmi záhy poté, co je osoba infikována. Po letech klesá jejich množství na velmi kritickou hodnotu a ve chvíli, kdy jejich koncentrace v periferní krvi klesne pod 200/μl, se rozvíjí významná porucha specifické buněčné imunity. Tento deficit vede k tomu, že organismus je podstatně náchylnější k různým infekcím a poruchám jednotlivých orgánových systémů, může vést i k rozvoji nádorových onemocnění. Přidružená onemocnění poté velmi komplikují léčbu samotného HIV. Eliminace viru z těla hostitele je téměř nemožná, jelikož tento druh viru je schopen přepisovat své RNA pomocí reverzní transkriptázy, která je jeho enzymem a RNA proměňuje na provirové DNA. Při tomto procesu dochází velmi často k různým mutacím genu a jeho eliminace se tedy stává téměř nemožnou, jelikož by protilátka musela fungovat i na tyto mutované viry. Tyto mutace vedou k vzniku lékové rezistence, při jednom replikačním cyklu zpravidla dochází k 1 až 10 chybám v každém genomu. [1,2,3]

2.2 Klinické příznaky

Klinický obraz průběhu HIV infekce je poměrně těžko definovatelný, jelikož je velmi různorodý. Odvíjí se od fáze infekce a příznaky jsou poměrně nespecifické. Existují však určitá přidružená onemocnění, která jsou pro jednotlivé fáze infekce příznačná. Infekce se dá dělit do tří fází – primo infekce, asymptomatická fáze a fáze symptomatická. První z nich, tedy tzv. primo infekce, netrvá dlouho a její příznaky rychle ustupují fázi druhé, kdy pacient neprojevuje vůbec žádné klinické známky onemocnění. V této fázi mnohdy dochází k nevědomému šíření infekce dál. Po období bez příznaků nastupuje fáze nejdelsí, a tou je symptomatická fáze. Závažnost a typ potíží, které se u pacienta objevují, záleží na míře imunodeficiencie. Pacienty trpící HIV lze podle klinického průběhu dělit pomocí dvou klasifikací – WHO a CDC. CDC je používanější a v rámci klasifikací dominuje, takže použijí tuto. Jedná se o klasifikaci dle Centra pro kontrolu a prevenci nemocí. Stadium nemoci je podle ní označováno písmenem A, B nebo C. Stadium A je období asymptomatické, B je znakem pro charakteristickou skupinu přidružených onemocnění, která se objevují při mírné nebo

střední imunodeficienci. Stadium C znamená AIDS, který s sebou nese poměrně velké množství přidružených onemocnění, která jsou mnohdy velmi závažná. Jsou to onemocnění nádorová či různé oportunní infekce. Mimo písmene A, B nebo C je dále pacientovi přiřazeno číslo od jedné do tří; tato čísla značí množství CD4+ T lymfocytů/ μl . Číslo jedna značí množství větší než 500, dva je znakem pro rozmezí od 200 do 500 a číslo tři je označením pro pacienty, u nichž je toto množství nižší než 200. Pacientovi je klasifikace přiřazována podle jeho dosud nejzávažnějšího stavu. Vzniká 9 možných kombinací, které definují pacientův stav.

Stadium A zahrnuje asymptomatickou HIV infekci, případně i akutní HIV infekci, a perzistující generalizovanou lymfadenopatii. Klinické příznaky jsou v této fázi onemocnění velmi nespecifické a trvají poměrně krátkou dobu. Může se objevit horečka, bolesti v krku, zduření lymfatických uzlin a jiné příznaky připomínající například tonzilitidu. Vzhledem k tomu, že klinický obraz tohoto stadia je takto neurčitý, mnohdy není infekce odhalena. Pacient je v této době velmi nakažlivý a nevědomky šíří onemocnění dál. Následující asymptomatické období může trvat od přibližně dvou do osmi let. Jeho délka je velmi individuální. V průběhu této fáze nemoci dochází k pomalému prohlubování deficitu buněčné imunity.

Ve stadiu B už se klinických příznaků objevuje podstatně více. Jedná se o střední a mírnou imunodeficienci, kdy se množství CD4+ T lymfocytů pohybuje v rozmezí cca od 300 do 500/ μl . Mohou se objevovat různé kandidózy, soor, herpes zoster, horečka a průjem trvající déle než měsíc, listerióza atd. I toto období však u některých pacientů může být bezpříznakové a onemocnění je tedy odhaleno až ve formě AIDS.

U osob, u kterých není HIV odhaleno nebo není adekvátně léčeno, proběhnou přibližně za 8–10 let od vstupu infektu do organismu první známky onemocnění. AIDS neboli Acquired Immune Deficiency Syndrome je terminálním stádiem HIV infekce. Dochází k postupnému rozvratu a vyčerpání imunitního systému. Pacientova imunita už je natolik oslabena, že jeho tělo podléhá nejrůznějším infekcím a případně i nádorovým onemocněním. Velmi častá je u postižených osob pneumocystová pneumonie, mozková toxoplazmóza, Kaposiho sarkom nebo postižení různými mykobakteriemi. V této fázi je poměrně velké riziko úmrtí postiženého, pokud není onemocnění včas a dobře zaléčeno. Není jisté, jestli všichni HIV pozitivní postupně

dospějí do fáze AIDS, ale věstník MZ 8/2003 uvádí, že do deseti let po vstupu infekce do těla dojde k rozvoji AIDS u cca 70 % pacientů. [2,4]

2.3 Přenos HIV

HIV virus je přenášen třemi možnými cestami – sexuální, krví a vertikálně (z matky na dítě). Dle Veroniky Kulířové je možným rizikem i přenos pomocí mozkomíšního moku, výpotků či plodovou vodou, ale tyto sekrety nejsou v přenosu HIV těmi zásadními. Hlavními nosiči viru HIV jsou krev, vaginální sekret a mužské sperma. Vzhledem ke stigmatizaci tohoto onemocnění považují za důležité zmínit, že HIV není přenosné dotykem, kapénkami a je téměř nemožné být infikován v případě, že nemocnému podáme ruku, dotkneme se ho nebo se vystavíme jinému kontaktu, kdy nedojde k přenosu těchto tří zmíněných sekretů. Mnozí lidé kvůli své nevědomosti odmítají veškerý kontakt s postiženou osobou, odmítají užívání společného sociálního zřízení a obávají se například přenosu onemocnění v případě, že je štípne stejný hmyz jako infikovaného člověka.

Nejčastější cestou přenosu je sexuální styk. Kulířová uvádí, že v ČR bylo touto cestou nakaženo asi 90 % nemocných. V minulosti převládalo mínění, že se jedná o nemoc homosexuálů. V dnešní době již ale víme, že je přenos možný i mezi páry heterosexuálními. Nejrizikovější sexuální praktikou je sex anální, naopak orální sex je podstatně bezpečnější, nedojde-li k ejakulaci spermatu. Opakované sexuální akty s HIV pozitivní osobou pravděpodobnost přenosu zvyšují, stejně jako promiskuita obecně. Existují ale i případy, kdy byl zdravý člověk nakažen po prvním styku s nemocným. Dalšími rizikovými faktory, které zvyšují riziko přenosu, jsou jiné pohlavní choroby, jako je například kapavka. HIV pozitivita však nutně nemusí znamenat naprostou sexuální abstinenci, i když i ta je řazena mezi jednu z možností prevence. Hlavním nástrojem prevence přenosu HIV sexuální cestou je kondom, který je doporučován i v případě praktikování análního a orálního sexu. K nakažení totiž není nutné, aby se osoba dostala do kontaktu s ejakulátem jako takovým, protože HIV virus se nachází i v preejakulátu. To samé platí i pro partnery, kteří jsou pozitivní oba dva. Jestliže toto preventivní opatření ignorují, může dojít k rozvoji tzv. superinfekce, ke které dochází, je-li pacient nakažen dalším druhem viru HIV. V případě zjištění, že se člověk dostal do

kontaktem s některým ze sekretů HIV pozitivního pacienta a hrozí u něj tedy onemocnění, je možné vyhledat nejbližší HIV centrum a požádat o postexpozici profylaxi.

Na druhém místě se v České republice řadí přenos viru HIV krví. V minulosti dominovali v počtu nakažených osob hemofilici a jiní příjemci krevních transfuzí. Ty jsou však v dnešní době kontrolovány a k přenosu by v současných podmínkách nemělo dojít. Nahradili je injekční uživatelé drog, kteří vzhledem k omezené hygieně, sdílení injekčních jehel a vysoké promiskuitě šíří virus mezi sebou. V současné době funguje poměrně velké množství kontaktních center pro závislé lidi a do míst s větší koncentrací narkomanů jsou vysílány terénní týmy, které se zabývají prevencí přenosu v těchto uzavřených skupinách s velkou pravděpodobností nakažení. Narkomani dostávají čisté jehly, desinfekční čtverečky, destilovanou vodu na ředění drog, a to vše výměnou za již použitou injekční stříkačku/jehlu, která je poté povolnými pracovníky znehodnocena. Nemůže tak dojít k dalšímu přenosu souvisejících onemocnění, případně ani k náhodnému nakažení osoby, která by se o volně pohozenou stříkačku mohla poranit.

K vertikálnímu přenosu HIV z matky na dítě může dojít několika způsoby. Dítě může být nakaženo během těhotenství, při porodu, ale i při následném kojení. V dnešní době je ve vyspělých zemích toto riziko poměrně nízké. Veronika Kulířová ve své publikaci uvádí, že v České republice se riziko pohybuje v rozmezí 0,5 až 3 %, což je oproti rozvojovým zemím přibližně o třicet procent méně. Při těhotenství HIV pozitivní ženy se sleduje zejména virová nálož a buněčná imunita, podle kterých jí je anebo není těhotenství doporučeno. V dnešní době je umožněno otěhotnění i párům, ve kterých jeden z partnerů je pozitivní, aniž by se druhý z partnerů vystavil riziku přenosu viru. Jestliže je postižen muž, je jeho ejakulát odebrán a spermie jsou očištěny od semenné tekutiny. Semenná tekutina virus obsahuje a spermie většinou ne, pro jistotu jsou spermie ještě testovány na přítomnost viru. Je-li vše v pořádku, jsou poté využity k oplodnění vajíčka mimo ženu, tzv. in vitro, a to je poté umístěno do dělohy partnerky. V případě, že je v páru pozitivní žena, je mužů sperma odebráno a následně je aplikováno do ženské pochvy. Může se tak dít ve specializovaném gynekologickém pracovišti nebo se žena může tímto způsobem „oplodit sama“. Těhotenství jako takové je u pozitivní ženy pečlivě sledováno a provádí se různá opatření, která mají zabránit přenosu viru HIV na potomka. Těhotná je během gravidity léčena antiretrovirovými a stejně tak je i dítě nuceno užívat antiretrovirovou suspenzi. Automaticky je indikován

sectio caesarea, v 38. týdnu těhotenství, jelikož nejvyšší riziko vertikálního přenosu je při komplikacích u vaginálního porodu. Dalším opatřením je výživa dítěte umělou stravou místo mateřského mléka. V dnešní době je riziko přenosu na dítě díky schopnostem zdravotníků a vědců velmi nízké. A v případě dodržení všech doporučených postupů je velká šance, že i dvěma HIV pozitivním partnerům se může narodit naprosto zdravé dítě.

Další z možností přenosu tohoto virového onemocnění je nozokomiální nákaza. Jedná se o přenos infekce na pacienta po dobu pobytu v nemocničním zařízení. Co se týče HIV, je v Evropské unii tato cesta v dnešní době již naprosto minimální hrozbou. Jak jsem již zmiňovala, v minulosti bylo poměrně velké množství lidí nakaženo kvůli transfuzím s HIV pozitivní krví. V současnosti jsou však dodržována přísná opatření, aby se něco takového již neopakovalo. Mimo transfuzí je dalším rizikem kontaminace zdravotnickým materiálem, který se dostal s virem do kontaktu. Z důvodu omezení rizika přenosu infekčních onemocnění je velké množství zdravotnického materiálu na jedno použití a u toho, který není, je nutno zajistit důslednou dekontaminaci. Ve zdravotnických zařízeních dohlíží na dekontaminaci a desinfekci hygienik. Každý kontaminovaný nástroj prochází nejdříve desinfekcí, poté mechanickým očištěním a poté je sterilizován. Dále existují opatření v případě kontaminace ložního prádla, které je následně označeno jako infekční a podle toho je s ním dále nakládáno. Tyto postupy by měly být dodržovány v rámci celé ČR. Bohužel jsou i země, kde takováto opatření neexistují nebo nejsou dodržována a dochází tam k nakažení pacientů například z toho důvodu, že je pro všechny pacienty využívána jedna injekční stříkačka. [2]

2.3.1 Přenos na zdravotnický personál

Jedná se o přenos, kdy byl zdravotnický pracovník nakažen v rámci výkonu svého povolání. Veronika Kulířová ve své publikaci z roku 2014 uvádí, že v ČR v minulosti nikdy nebyl zdravotník touto cestou nakažen. Toto riziko samozřejmě existuje, ale není zas příliš vysoké a při dodržení všech doporučených postupů je téměř minimální. Tyto postupy se však netýkají pouze HIV, ale i jiných infekčních onemocnění. Mnozí HIV pozitivní pacienti se ze strany zdravotnického personálu setkali kvůli své nemoci s odmítavým přístupem, který většinou pramení právě z obavy, že by se ošetřující personál mohl nakazit. Je to jeden z důvodů, který mě motivoval k napsání práce, jelikož právě od zdravotníků nemocní lidé vzhledem ke svému

zdravotnímu stavu očekávají podporu. Dle mého názoru tento odmítavý přístup pramení především z nevědomosti personálu. Někteří lidé jsou i v dnešní době přesvědčeni, že v případě dotyku s HIV pozitivním člověkem jim hrozí nakažení.

„Je také potřeba dodat, že nakažení hepatitidou B a C je daleko pravděpodobnější než HIV infekce.“ (Kulířová, 2014)

Největším rizikem přenosu HIV ve zdravotnickém zařízení je píchnutí se o jehlu infikovaného pacienta. Ale i toto riziko není nijak závratné; v publikaci HIV/AIDS v chirurgických oborech se udává, že v 1 000 případech expozice jehlou dojde přibližně ke třem nakažením. K infikování personálu může dojít i v případě kontaktu s biologickým materiálem, kontaminovanou stříkačkou, chirurgickými pomůckami atd. Pacient, který je pozitivní, je dle zákona č. 258/2000 Sb. povinen informovat ošetřující personál o své nemoci. Vzhledem k této informaci je na zdravotníkovi, aby si při práci dával pozor a postupoval podle doporučených postupů. Jinou hrozbou jsou však klienti, kteří o své pozitivitě nevědí a nemohou tak zdravotníky varovat. Těchto lidí i v dnešní době existuje relativně mnoho.

„Pro zdravotníky platí obecné pravidlo přistupovat ke všem pacientům, jako by byli HIV pozitivní.“ (Kulířová, 2014)

Jak jsem již zmiňovala v předchozí kapitole, největší riziko přenosu s sebou nese kontakt s krví, spermatem, mateřským mlékem a vaginálními sekrety nakažených. Menší riziko je u mozkomíšního moku, výpotků a plodové vody. Při manipulaci s biologickým materiálem typu stolice, moči a zvratků je hrozba minimální. Dále se riziko nákazy dá rozdělit podle expozice, kdy nejvyšší hrozbou je hluboké krvavé poranění infikovaným nástrojem. Při kontaminaci neporušené kůže je pravděpodobnost přenosu infekce téměř nulová. V roce 2003 vydalo ministerstvo zdravotnictví věstník, který obsahuje návod k řešení problematiky HIV/AIDS v ČR, který obsahuje tento návod, dojde-li k poranění zdravotnického pracovníka:

„Dojde-li k poranění zdravotnického personálu při ošetřování, či léčení kteréhokoliv pacienta nebo při zpracování biologického materiálu a dojde-li při tom ke kontaminaci rány tímto materiálem, je třeba nechat ránu několik minut krváčet, pak asi 10 minut důkladně vymývat mýdlem a dezinfikovat 0,2% Persterilem nebo 70% etylalkoholem; v případě drobných poranění, která prakticky nekrvácejí, začít s

vymýváním ihned nebo krvácení vyvolat. O každém případě zranění zdravotnického personálu se učiní v souladu s příslušnými bezpečnostními předpisy záznam.

V případě, že dojde ke kontaminaci rány biologickým materiálem od HIV pozitivní osoby, zraněnému se doporučí, aby se nechal vyšetřit na HIV; první vyšetření se provede co nejdříve po zranění, další za 3, 6 a 12 měsíců po zranění. Jedná-li se o poranění při ošetření HIV pozitivní osoby, doporučuje se nabídnout profylaktické podání antiretrovirové profylaxe u příslušného specialisty AIDS centra. Případ se ohlásí AIDS centru FN Bulovka.“ [2,4,5,6]

2.4 Život s HIV

Testování na přítomnost viru HIV v organismu se provádí pouze na žádost pacienta, ošetřující lékař může jedinci testování pouze doporučit. Provedení testu se doporučuje především promiskuitním osobám, lidem s abusem drog či jiného rizikového chování. Lékař, který provádí odběr nebo jej indikuje, je v případě pozitivního výsledku povinen o infekci pacienta informovat a zároveň ho obeznámit s jeho povinnostmi, které vyplývají z § 53 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví. Dále musí lékař pacienta informovat o stanovení lékařského dohledu, potřebných vyšetřeních a dalších protiepidemických opatřeních a seznámit jej s jeho právy, která jsou zahrnuta v antidiskriminačním zákoně. Povinnosti člověka nakaženého HIV spočívají v tom, že dotyčný je povinen dodržovat protiepidemická opatření. Nesmí svým konáním ohrožovat další fyzické osoby a musí informovat zdravotnický personál, který o něj pečuje, o své pozitivitě. Dále by měl upozornit své bývalé sexuální partnery, aby nedocházelo k dalšímu nevědomému šíření viru. Nemocný tedy nese trestní odpovědnost za svou nemoc a její šíření. V ustanovení 152 trestního zákoníku stojí:

„Kdo úmyslně způsobí nebo zvýší nebezpečí zavlečení nebo rozšíření nakažlivé nemoci u lidí, bude potrestán odnětím svobody na šest měsíců až tři léta, zákazem činnosti nebo propadnutím věci nebo jiné majetkové hodnoty.“

Život s HIV s sebou nese velkou psychickou zátěž. Zejména co se týče první reakce na sdělení informace o pozitivitě. V tuto chvíli se okamžitě rozvíjí akutní reakce na stres, kdy pacient přestává vnímat, je úzkostný, dělá mu problém se soustředit

na informace, které mu lékař předává. Podle Procházky primární smíření s diagnózou většinou trvá cca jeden měsíc, po kterém bychom měli usoudit, zda je pacient schopen se svou nemocí žít. V opačném případě je vhodné zvážit případnou antidepresivní medikaci. Ve chvíli, kdy se pacient tuto informaci dozvídá, je pod velikým psychickým tlakem. Bojí se odhalení své nemoci a toho, jak na ni bude reagovat jeho okolí. Vzhledem k šíření infekce pohlavní cestou je nutné, aby HIV pozitivní pacient informoval všechny osoby, se kterými měl v poslední době pohlavní styk, aby nedošlo k dalšímu nevědomému šíření nemoci. To s sebou nese také poměrně velké množství nepříjemností, jelikož není-li pacient sám se svou diagnózou smířen, těžko se bude přiznávat svým bývalým milenkám či milencům. Pro tyto případy existuje i možnost anonymního informování osob ohrožených virem HIV. I přesto se mnohdy pacienti musejí doznat k nevěře, homosexualitě či užívání drog, což jejich psychické stránce také nepřidává. Další nepříjemností je to, že i v dnešní době jsou HIV pozitivní jedinci vystavováni diskriminaci a stigmatizaci; jejich stresová reakce a mnohdy přidružené psychologické obtíže jsou tedy přirozenou reakcí.

V dnešní době jsme však schopni zajistit HIV pozitivním lidem poměrně kvalitní život. Léčba velmi pokročila a obtíže spojené s infekcí jsou při zajištění správné léčby minimální. I skutečnost, že po celé republice fungují HIV centra, která poskytují svým klientům komplexní péči, kvalitu jejich života pozitivně ovlivňuje. Jedním ze základních problémů spojených s tímto onemocněním je tedy lidská společnost a předsudky vůči HIV pozitivním lidem. [2,7]

2.5 Léčba HIV

Jak bylo zmíněno v předchozích kapitolách, úplné vyléčení pacienta nakaženého virem HIV je nemožné. Co je však možné, je zlepšení jeho zdravotního stavu, zmírnění příznaků nemoci a prodloužení života nemocného. Dříve bylo toto onemocnění bráno jako fatální. V poslední době jsme však schopni pacientův život prodloužit a zmírnit následky HIV viru natolik, že se jedná spíše o nemoc chronickou, která pacienta ohrožuje na životě podstatně méně, než tomu bylo v minulosti.

K léčbě jsou používána antiretrovirotika, která zabraňují virovému množení. Některá z nich účinkují proti jednotlivým virovým enzymům, jako je reverzní transkriptáza, proteáza nebo integráza, další brání vstupu viru do cílové buňky. Dělí se

do několika skupin právě podle toho, jakým způsobem na virus účinkují. První skupinou jsou nukleosidové inhibitory reverzní transkriptázy. Jedná se o léky nejstarší, které s sebou nesou také poměrně velké množství nežádoucích účinků. Dalšími skupinami jsou nenukleosidové inhibitory reverzní transkriptázy, proteázové inhibitory, inhibitory fúze, integrázy a vstupu. Poslední dvě zmíněné skupiny jsou ty nejnovější a nesou s sebou také nejmenší riziko vedlejších účinků.

Pokud léčba náležitě působí, jsou léky schopny zastavit další snižování buněčné imunity, a naopak může být obnovována její reparace. U některých jedinců, u kterých byla léčba zahájena včas a je dobře tolerována, je možné dosáhnout imunity srovnatelné se zdravým člověkem. Využívá se léčba kombinovaná, kdy jsou užívány léky z různých lékových skupin. Antivirová terapie je doporučena pouze u některých pacientů a její zahájení má několik kritérií. Mezi tato kritéria se řadí množství CD4+ T lymfocytů, velikost replikační aktivity viru nebo záměr zabránění přenosu HIV vertikální cestou (z matky na plod).

Virová rezistence společně s nežádoucími účinky je jednou z hlavních komplikací při léčbě HIV. Díky mutacím genů jsou viry schopny se replikovat i za přítomnosti antiretrovirotika. Rezistence se dělí na primární a sekundární. O té primární hovoříme v případě, že je virus rezistentní už ve chvíli, kdy je přenesen na postiženého. Sekundární vzniká až při následné replikaci virů v těle. K rozvoji virové rezistence přispívá i nedůslednost v pravidelném užívání léků. [2]

2.6 Ošetrovatelská péče o HIV pozitivní klienty

Jak vyplývá z předchozích kapitol, ošetrovatelská péče o HIV pozitivní klienty má svá specifika. Ať už z důvodu zabránění přenosu infekce na zdravotnický personál, ale i znemožnění nozokomiálního přenosu na ostatní pacienty léčené ve zdravotnickém zařízení a zabránění ohrožení HIV pozitivního přenosem jiných infekčních onemocnění, která ho mohou ohrozit. Dříve se péče o HIV pozitivní klienty týkala především HIV center. Vzhledem k tomu, že množství nakažených neustále stoupá, a vzhledem k časovému odstupu od počátku epidemie HIV se tito pacienti stále častěji dostávají i do běžných zdravotnických zařízení, ať už kvůli některým přidruženým chronickým onemocněním, ale též kvůli onkologickým onemocněním, která tuto nemoc mnohdy

provázejí. Obavy běžného zdravotnického personálu při péči o nakaženého plynou z pudu sebezáchovy a strachu z nakažení, jakož i ze specifické zdravotnické péče, kterou tato infekce vyžaduje. Dle zákona č.198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (antidiskriminační zákon) má však osoba nakažená virem HIV plné právo k přístupu ke zdravotní péči a jejímu poskytování. Všechna HIV centra v ČR jsou kdykoliv připravena zodpovědět otázky a konzultovat jednotlivé případy péče o HIV pozitivní pacienty s běžným zdravotnickým personálem. Při dodržení veškerých doporučených postupů může být HIV pozitivní pacient ošetřován v jakémkoliv zdravotnickém zařízení.

Dle věstníků ministerstva zdravotnictví (zejména 8/2003 a 02/2008) je nutno při ošetrovatelské péči o tyto klienty dodržovat některé zásady. Tyto zásady jsou velmi blízké těm, které je nutno dodržovat při péči o pacienta nakaženého hepatitidou. Dle věstníku č. 02/2008, který se zabývá právě hepatitidou, je základem péče o uvedeného pacienta dodržování hygienicko-epidemiologického režimu. Tento režim se týká zejména bezpečné manipulace s biologickým materiálem, s nímž by se však i v normálních případech mělo manipulovat tak, jako by obsahoval HIV. Dále užívání ochranných pomůcek jako rukavice, ústenky, plášť či jiný ochranný oděv, a v některých případech i užívání obličejového štítu či brýlí v rámci zamezení vniknutí biologického materiálu na sliznici oka. Další ze zásad je bezpečná manipulace se zdravotnickými pomůckami, které jsou kontaminované infekčním biologickým materiálem. Jedná se o chirurgický materiál, obvazy, stříkačky atd. Všechny tyto pomůcky musí být po užití bezpečně zabaleny a označeny jako infekční, ať už jsou určeny k likvidaci, nebo sterilizaci. Je důležité, aby byly přísně dodržovány dekontaminační, desinfekční a sterilizační postupy podle vyhlášky MZ ČR č. 440/2000 Sb., kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče, a aby k desinfekci byly využívány virucidní prostředky. Dále je na místech, kde je s biologickým materiálem manipulováno, zakázáno jídlo, pití, kouření a návštěvy. Pro pacienty, kteří jsou infekční, je přednostně využíván materiál na jedno použití. Ostrý materiál určený k likvidaci je nutno ihned po použití uložit do nádoby s pevnou stěnou, které se bez další manipulace s jejím obsahem celé spalují. Pro pracovníky manipulující s biologickým materiálem je důležité dodržovat platné zásady a nedotýkat se očí, nosu,

sliznic nebo kůže rukama, obzvláště v rukavicích. Potřísněné rukavice je nutné po výkonu ihned vyhodit mezi spalitelný odpad, provést desinfekci rukou a poté je umýt mýdlem. K dialyzaci či jiné zdravotnické technice, která je přímo napojena na krevní oběh pacienta, mají být užívány přístroje a materiál, jenž možné lehce dekontaminovat. Dodržování hygienicko-epidemiologických postupů by měl mít na starost místní hygienik, který se stará i o průběžné proškolení personálu v rámci prevence přenosu infekčních onemocnění, jako je právě HIV či hepatitidy. Mimo jiné je u těchto pacientů zakázáno provádět umělé dýchání z úst do úst.

Dále je důležité u těchto pacientů dodržovat povinnou mlčenlivost. Jejich diagnóza je lékařským tajemstvím a může být sdělována pouze tomu, koho si pacient sám určí. Onemocnění samotné je velikým náparem na psychiku postiženého. Jeho obavy o zdraví, případně o porušení mlčenlivosti a vyzrazení jeho diagnózy v rámci hospitalizace mu po této stránce také nepřidávají. Je proto nutné sledovat psychický stav nemocného a v případě významnějšího zhoršení informovat psychologa.

V případě, že se u HIV pozitivního pacienta provádí operační zákrok, ať už ambulantní, nebo plánovaný, opatření se od normálních operací moc neliší, jelikož i za normálních okolností je personál chráněn před infekcemi a jsou pečlivě dodržovány ochranné postupy. Zdravotníci jsou chráněni ochrannými oděvy a celé operační pole je zajištěno tak, aby prevence přenosu infekčních onemocnění včetně HIV byla co nejvyšší. U HIV pozitivních pacientů se tato opatření pouze trochu zvyšují. Lékaři například operují ve dvou vrstvách rukavic a personál by měl mít nepropustný oděv, aby nedošlo k prosáknutí biologického materiálu skrz oděv. Dále je například při šití jehla uchopena nástrojem a chirurg si nepomáhá rukou, aby nedošlo k poranění infikovanou jehlou. Jestliže hrozí zasažení oka například vystřikujícím biologickým materiálem, je doporučeno používání obličejového ochranného štítu či brýlí, aby nedošlo k zasažení oční sliznice. V případě, že by došlo ke krvavému poranění některého ze zaměstnanců, je potřeba konzultace se specialistou a může být poraněnému doporučena postexpoziční profylaxe.

Ošetrovatelská péče o těhotnou HIV pozitivní ženu má také svá specifika. Jak jsem již zmiňovala v kapitole o přenosu HIV, celé těhotenství je u takové pacientky poměrně specifické a musí být pečlivě sledováno. Těhotná pacientka je hospitalizována den před termínem, na který je porod císařským řezem naplánován.

Bývá to ve 38. týdnu těhotenství. U této ženy probíhá normální předoperační příprava jako u každé jiné pacientky. Před porodem a během něj jsou ženě podávány i.v. antiretrovirové léky. U rodiček bývá s výhodou používána svodná anestezie. Při vedení anestezie i samotného porodu je nutné, aby dítě nebylo kontaminováno krví matky, proto je nutno dbát zvýšené opatrnosti. Po porodu je o matku a dítě pečováno stejně jako o normální rodičky s novorozenci, s výjimkou toho, že matka nekojí a dítěti jsou po porodu podávány antiretrovirové suspenze. Po propuštění domů, které většinou bývá po 7 až 8 dnech hospitalizace, musí matka s dítětem povinně docházet na vyšetření, kde jsou screeningově sledovány jeho anti-HIV protilátky. Toto vyšetření má být provedeno v 1., 3., 6., 12. a 18. měsíci jeho života. Pokud je test v 18. měsíci života negativní, je dítě považováno za HIV negativní a je vyřazeno z dat HIV centra. [2,5,8,9]

2.7 Postavení HIV pozitivního klienta v českém zdravotnictví

Vzhledem k tomu, že se v praktické části této práce chci zaměřit na postavení HIV pozitivního klienta v českém zdravotnictví z pohledu ošetrovatelského personálu v akutní péči, zaměřím se v této kapitole na stranu druhou. Pohled klientů samotných je jeden z důvodů, který mě přivedl k napsání této práce, a jejich zkušenosti nejsou vždy pozitivní. V roce 2016 Benedikt Straňák provedl pro Českou společnost AIDS pomoc průzkum, do kterého se zapojilo 127 HIV pozitivních lidí, kteří žijí v ČR. Vzhledem ke statistikám z roku 2016, zveřejněným Státním zdravotním ústavem, se jedná o přibližně o 5,2 % osob, které u nás žijí a jsou si své positivity vědomy. Z dotazovaných tvořili 97,6 % muži a polovina z nich byla ve věku 35–44 let. Výzkum byl zaměřen z velké části i na HIV centra, především na centrum v nemocnici Na Bulovce. Co se týče HIV center, byly reakce vesměs pozitivní. Jediným problémem se jeví obavy z šíření citlivých informací a nedostatečná anonymita nakažených. Tato práce je však zaměřena na běžnou ošetrovatelskou péči, kdy se pacienti nedostanou pouze do rukou profesionálů, kteří vědí jak s takovým člověkem zacházet. Mimo HIV centra byli respondenti dotazováni především na zkušenosti s praktickými lékaři, stomatology a venerology. Tyto výsledky už zas tak pozitivní nejsou. Nejhůře dopadli stomatologové, u kterých se s odmítnutím péče nebo jinou negativní zkušeností setkala téměř 43 % tázaných. Lépe dopadli praktičtí lékaři, kdy můžeme hovořit „pouze“ o patnácti procentech. Nejlépe dopadli venerologové, u kterých se jedná o 9,4 %, 115

z dotázaných se u nich s žádnou špatnou zkušeností nesetkalo. V jiných zdravotnických zařízeních než v těch výše zmíněných se setkalo s odmítnutím nebo negativní reakcí přibližně padesát procent dotázaných. Z odpovědí respondentů plyne, že se jedná o různá místa po celé ČR; byly zmíněny i velké nemocnice, jako je FN Motol, FN Královské Vinohrady, nemocnice Na Bulovce a další místa, ve kterých je mimo jiné poskytována i akutní ošetrovatelská péče. Nejedná se tedy pouze o malé zákroky, kosmetické úpravy atd., ale také o situace, kdy mohlo být ohroženo klientovo zdraví. Mimo jiné jsou zmíněny události, kdy byla ohrožena anonymita postiženého pacienta a bylo tak zanedbáno právo pacienta na rozhodování o tom, jak bude s informací o své pozitivitě nakládat. [11]

3. Cíle práce

Hlavním cílem mé práce je zjistit současný stav postavení HIV pozitivního pacienta v rámci akutní ošetrovatelské péče v českém zdravotnictví. Na základě výzkumné metody interpretovat názory ošetrovatelských pracovníků zaměstnaných v akutní ošetrovatelské péči na přístup k HIV pozitivním osobám, na využití bariérových metod a na jejich zkušenosti s takovými klienty a vzájemně je porovnat.

Aby mohlo být dosaženo tohoto hlavního cíle práce, byly stanoveny dílčí cíle:

- Prozkoumání dostatečného množství zdrojů a shromáždění poznatků využitelných v rámci teoretické části bakalářské práce;
- Zpracování základních otázek a okruhů, které budou využity v rámci polostrukturovaných rozhovorů s dotazovanými;
- Shromáždění dostatečného množství respondentů ;
- Provedení rozhovorů;
- Vyhodnocení dat a informací získaných na základě rozhovorů, vyvození závěrů a případně navržení doporučení, které by současnou situaci mohlo změnit.

4. Metodika

V rámci praktické části své bakalářské práce jsem zvolila metodu polostrukturovaných rozhovorů. Jelikož se mé téma zabývá zejména akutní ošetrovatelskou péčí, rozhovory jsou vedeny s ošetrovatelským personálem pracujícím v akutní péči, tedy na jednotkách intenzivní péče. Kontakty na osoby ochotné věnovat mi čas a být součástí mé bakalářské práce jsem sháněla dvěma způsoby – buď prostřednictvím sociálních sítí, jelikož jsem členem skupiny, která sdružuje zdravotnické pracovníky, anebo prostřednictvím vedoucí mé bakalářské práce, která sama v intenzivní péči pracuje a poskytla mi kontakt na několik svých kolegů, kteří mi mé dotazy zodpověděli.

S každým ze svých respondentů jsem se osobně sešla a vedli jsme spolu rozhovor. Dohromady jsem se sešla s šesti lidmi, jeden rozhovor jsem bohužel musela vyřadit, protože se mi nepodařilo pořídit srozumitelný záznam. Dotazovaný byl velmi tichý a stručný, takže i případná data získaná z tohoto dialogu neměla požadovanou výpovědní hodnotu. Rozhovory nemají pevně dané otázky, ale pracovala jsem s osnovou, podle které jsem se dotazovala, a podle odpovědí respondentů jsem otázky upravovala, abych z našeho hovoru získala co nejvíce cenných informací. S každým z dotazovaných jsem strávila přibližně půl hodiny, rozsah jednotlivých rozhovorů byl ovlivněn především sdílností jednotlivých respondentů a ochotou se o daných tématech rozmluvit. Rozhovorům jako takovým předcházelo představení mé práce, zjištění základních informací o dotazovaných – jak dlouho daný člověk pracuje v akutní ošetrovatelské péči, jak dlouho pracuje ve zdravotnictví a zda se jedná o sestru nebo zdravotnického záchranáře. Scházeli jsme se především na pracovištích respondentů, takže jsem navštívila nemocnici Na Bulovce, ON Kladno a FN Motol. Jeden rozhovor proběhl v neutrálním prostředí jedné pražské kavárny, jelikož dotazovaná je momentálně na mateřské dovolené. Dialogy jsem nahrála na diktafon a později přepsala do elektronické podoby.

Volba kvalitativní metody vychází z charakteru mé práce a také charakteru informací, které se snažím získat. Osobní kontakt s dotazovanými byl pro mne výhodou, jelikož problematika, na kterou se zaměřuji, může sahat až na hranici etiky a některé

názory reflektované dotazovanými s sebou nesly i určitou emocionální odezvu, z níž lze vyvodit určité závěry.

Rozhovory jsem pořizovala na základě této osnovy:

- Zkušenost s HIV pozitivním pacientem
- Bariérová péče
- Informovanost nelékařských zdravotnických pracovníků o dané problematice
- Přenos HIV na zdravotnický personál
- Odmítnutí poskytnutí péče
- Postavení HIV pozitivního klienta v českém zdravotnictví

Pomocí této práce se snažím zjistit, jaký je přístup k HIV pozitivním pacientům v českém zdravotnictví, a rozhovory s ošetřujícím personálem mi poskytují náhled na jejich vztah k takovým pacientům a zkušenosti, které s nimi mají. Snažím se zjistit subjektivní pohled jednotlivých nelékařských pracovníků a poté z celku informací, které získám, utvořit celistvý závěr. Jsem si vědoma, že každý má na tyto věci svůj názor a že pomocí pár rozhovorů nelze vytvořit práci aplikovatelnou na celé zdravotnictví, ale myslím si, že minimálně takováto malá sonda může být přínosná.

„Výběr vzorku respondentů je v kvalitativním výzkumu proveden se zaměřením na zkoumaný problém, nikoliv na šíři a reprezentativnost, jako je tomu ve výzkumu kvantitativním.“ (Švaříček, Šed'ová, 2007).

5. Výsledky

V této kapitole se budu věnovat především datům, která jsem získala z rozhovorů, které jsme vedli. Rozhovory rozeberu jednotlivě a zanalyzuji informace a názory získané od jednotlivých respondentů.

5.1 Jednotlivé rozhovory

5.1.1 Rozhovor č. 1

Mou první respondentkou byla žena, zdravotní sestra, pracující v intenzivní péči osm let, která je celkově v praxi po dobu 25 let. Pracuje na koronární JIP. Rozhovor probíhal v ON Kladno a trval přibližně půl hodiny.

Dotazovaná uvedla, že se během své praxe v rámci akutní péče setkala přibližně se dvěma až třemi HIV pozitivními klienty, zdůraznila však, že se jednalo pouze o pacienty, kteří o svém onemocnění věděli. Připouští tedy, že takových pacientů mohlo být více, ale o jejich pozitivitě se nevědělo. Na žádost přibližnějšího popsání případů uvedla, že ve dvou z nich se stoprocentně jednalo o klienty, kteří měli za sebou zkušenost s injekčním užíváním drog. Přesto se prý chovali stejně jako všichni jiní pacienti, takže pro ošetřující personál jediná změna byla v informaci o jejich HIV pozitivitě. Co se týče změn v přístupu ošetřujícího personálu, se jednalo pouze o uvědomění si rizika přenosu tohoto onemocnění a přísnějšího dodržování bariérových postupů. Respondentka dodala, že si je vědoma, že by to tak být nemělo a že by se ke všem pacientům mělo přistupovat tak, jako by byli HIV pozitivní.

Následovala otázka týkající se bariérové péče jako takové, jaké jsou její základy. Dotazovaná odpověděla takto: „Tak určitě ochranný pomůcky osobní, to znamená rukavice, v případě, že jdete teda provádět nějakou invazivní činnost, tak klidně i dvoje, zástěra, brýle, pakliže čekám, že bude někde nějaký aerosol vznikat, nebo obličejovej štít. Samozřejmě desinfekční prostředky před a po, a to je asi takovej ten základ.“ Tím prokázala dobrou znalost těchto postupů. Co se týče informovanosti nelékařského zdravotnického personálu, ptala jsem se, zda má pocit, že v rámci svého studia byla dostatečně informována o infekčních onemocněních tohoto typu. Odpověď zněla: „Já

musím říct, že když já jsem studovala, což je asi pětadvacet let, tak ten pojem o těhletých chorobách sice samozřejmě už byl, člověk věděl, že si má dávat pozor, ale tím to asi tak skončilo.“ Připustila tak, že jí informace poskytnuté v rámci studia přišly nedostatečné.

Má další otázka směřovala k přenosu HIV na zdravotnický personál. Ptala jsem se, jaká je podle respondentky pravděpodobnost přenosu HIV na ošetrovatelský personál. Dotazovaná uvedla, že v případě dodržování doporučených postupů, které jsou zakotveny v metodických pokynech jednotlivých zdravotnických zařízení, je pravděpodobnost přenosu velmi nízká.

Dále jsem se věnovala případům odmítnutí péče, ptala jsem se, zda respondentka někdy odmítla péči o takového pacienta nebo zda byla svědkem odmítnutí nějakým jiným zdravotníkem. Uvedla, že sama péči nikdy neodmítla. Připustila však, že v případě ošetřování takového klienta byla za její přítomnosti v rámci ošetrovacího plánu z péče vyčleněna jedna ze sester, která byla těhotná. Důvodem ale nebylo to, že by ošetřující tým měl pocit, že by u těhotné ženy pravděpodobnost byla vyšší, ale to, že se těhotné sestry obecně staví trochu stranou, jelikož v případě nějakého nedopatření mohou následky zasáhnout sestru i dítě. Nejednalo se však o negativní postoj k HIV pozitivitě jako takový, jelikož se toto opatření na oddělení aplikuje i u jiných pacientů.

Další otázkou bylo, zda si dotazovaná dokáže představit nějakou situaci, ve které by byla schopna péči o HIV pozitivního odmítnout. Jako jediný možný případ uvedla to, kdyby jí HIV pozitivní osoba vědomě a přímo ohrožovala infikovaným materiálem nebo nějakým jiným způsobem. Na dotaz, zda někdy slyšela o nakažení ošetrovatelského personálu, se mi dostalo negativní odpovědi. Co se týče postavení HIV pozitivního klienta v českém zdravotnictví, uvedla respondentka toto: „No, já bych hrozně ráda řekla, že se žádný rozdíly nedělají, ale obávám se, že se rozdíly dělají. A možná to ani není způsobený tou chorobou jako takovou, jako tou představou, jak k té chorobě došlo. To znamená, že toho člověka, který je HIV pozitivní, tak máme zařazeného jako nějakého narkomana nebo člověka promiskuitního, kterej se prostě pohybuje na nějaký spodině společnosti, a jako v důsledku toho se k němu nepřistupuje dobře, než že by byl HIV pozitivní. Člověk s béčkem (hepatitida B) je úplně stejně nebezpečnej nebo minimálně stejně. A přistupuje se k němu úplně normálně a vůbec se nepředpokládá, že by měl za sebou takovou minulost. Ale to je úplně špatně, protože

tyhlety lidi často to maj za sebou ještě horší, než ty lidi s HIV. Takže ráda bych řekla, že jsou na tom dobře, ale obávám se, že ne.“

Poslední otázka se zaměřovala na cesty přenosu HIV, zařadila jsem ji zejména proto, že stigma spojené s HIV velmi často plyne právě z neznalosti cest přenosu a i v dnešní době se setkáváme s názorem, že HIV lze přenést i pomocí doteku. Sestra, se kterou jsem tento rozhovor vedla, však správně vyjmenovala krev, poševní sekret a ejakulát. Dále jako možnost jmenovala i sliny, ale sama uznala, že pravděpodobnost je tak malá, že tuto cestu ani nemusí zmiňovat.

Tento rozhovor mi ukázal, že v současném zdravotnictví jsou pracovníci informovaní a že mé obavy ze stigmatu rozšířeného mezi zdravotnickým personálem možná zrovna v akutní péči nejsou úplně na místě. K tomu, abych si mohla vytvořit nějaký obrázek, jeden rozhovor nestačí, ale i přesto pro mě byla tato zkušenost velmi příjemná. Dotazovaná sestra pracující v intenzivní péči prokázala velmi dobré znalosti, ať už co se bariérových opatření týče, tak i cest přenosu. Z jejích odpovědí vyplynulo, že sama k HIV pozitivním pacientům předsudky nemá. Bohužel uznala, že i v dnešní době se takový pacient setkává s odmítavým přístupem, plynoucím zejména z jeho předpokládaného rizikového chování, které je mnohdy s přenosem infekce HIV spojeno.

5.1.2 Rozhovor č. 2

Mou další respondentkou byla také žena, momentálně je na mateřské dovolené. Předtím než na ni nastoupila, pracovala dva roky na chirurgické JIP. Jedná se o jedinou sestru, se kterou jsem rozhovor nevedla na jejím pracovišti, ale na neutrálním místě, tedy v kavárně. Rozhovor trval cca 20 minut.

Na první otázku, která se týkala osobní zkušenosti s HIV pozitivním pacientem, mi odpověděla, že se za svou poměrně krátkou praxi v akutní péči setkala s jedním HIV pozitivním pacientem. Tuto zkušenost nehodnotila jako nepříjemnou vzhledem k pozitivitě pacienta, ale spíše kvůli tomu, že lékařka, které měla předávání pacienta na starost, se při předávání informací o jeho pozitivitě nezmínila. Sestry si tuto informaci samy našly ve zdravotnické dokumentaci. Dotazovaná to považuje za pochybení.

Co se týče odmítnutí péče o takového pacienta, dotazovaná uvedla, že se s tím nikdy nesetkala a že s pozitivními pacienty nemá žádný problém. Jako jediný případ, kdy by uvažovala o odmítnutí péče, jmenovala případnou nedostupnost pomůcek pro osobní ochranu. Při dotazu na základy bariérové péče uvedla toto: „Tak vzhledem k tomu, že se HIV virus přenáší jenom tělesnými tekutinami, krví nebo v nějaký větší míře třeba spermatem nebo dalšími takovým tekutinami, tak roušku bych si určitě nebrala, možná třeba jenom, kdybych pracovala na zubním, kde je riziko, že mi něco vystříkne do obličeje, ale jinak hlavně rukavice.“ Tímto prokázala lehkou neznalost základů bariérové péče a možné podcenění situace při práci s infikovaným pacientem, jelikož například rouška je jednou ze základních součástí těchto opatření.

Další dotaz se týkal rizika přenosu HIV na ošetrovatelský personál v akutní péči.

Respondentka řekla, že v rámci studia na 3. LF UK byla přítomna na celodenní přednášce v HIV centru v nemocnici Na Bulovce, kde bylo studentům panem primářem řečeno, že například hepatitidy jsou v tomto ohledu mnohem rizikovější, a bála by se jich tedy více. HIV v tomto srovnání považuje za poměrně neškodné. „Při dodržování nějakých zásad, i třeba při poranění jehlou, když tam potom nastoupí ta antivirotická léčba, tak to, že bych skutečně onemocněla, mi přijde opravdu jako minimální riziko.“

Co se týče informovanosti, má tato sestřička pocit, že v rámci studia byla o infekčních onemocněních a bariérové péči informována dostatečně. Na otázku, zda někdy o případu nakažení zdravotnického personálu slyšela, odpověděla: „Ne, neslyšela, naopak dokonce jsem slyšela o tom, že se sestry v tom jejich HIV centru na Bulovce několikrát píchly a přes opakované kontroly a tu antivirotickou léčbu nikdo z nich nakonec nebyl HIV pozitivní.“

Dalším z bodů bylo zjistit, jaký je názor daného nelékařského pracovníka se zkušenostmi s akutní ošetrovatelskou péčí na případný negativní postoj k HIV pozitivním klientům v rámci českého zdravotnictví. Dotyčná odpověděla, že si myslí, že by mělo být postihnutelné nenahlášení infekce HIV pozitivním pacientem. Pokud je tak učiněno, je personálu umožněno přijmout opatření a dávat si pozor, takže jí případné odmítnutí nebo negativní postoj k nakaženým v pořádku nepřipadá.

Druhý rozhovor byl pro mě také poměrně příjemnou zkušeností. Dotazovaná prokázala minimální předsudky vůči HIV pozitivním klientům a poměrně dobrou znalost daného onemocnění. Jediné, co mi připadá ne úplně v pořádku, je její

neznalost bariérové péče, ze které sice vyplývá, že jsou pro ni takoví pacienti na úrovni všech ostatních, ale hrozí podcenění situace. Dle mého názoru se však jedná o následek informací získaných z HIV centra, kdy se dotyčná zmínila o případech, kdy sestra, která se píchla o infikovanou jehlu i přesto nakažená nebyla.

5.1.3 Rozhovor č. 3

Třetí respondentkou byla také žena. Jedná se o zdravotní sestru, která v akutní péči pracuje po celou dobu své praxe, což znamená čtrnáct let. Rozhovor probíhal na jejím pracovišti v ON Kladno a trval 25 minut.

Na dotaz, zda se během své praxe v akutní péči setkala s HIV pozitivním pacientem, vypověděla, že přímo na jednotce intenzivní péče ne. Mimo JIP teď však dva roky pracovala i na urgentním příjmu, kde se setkala se dvěma takovými pacienty. Dále jsem se ptala na cesty přenosu HIV a základy bariérové péče. Mezi cesty přenosu tato sestra zařadila tělní tekutiny, jmenovitě krev, sliny, výpotky, a dále dodala ještě otevřené rány.

Co se týče základů bariérové péče, uvedla toto: „No, ty jsou prakticky stejný jako na jednotce intenzivní péče, takže je to určitě ochrana, rukavice, to je prostě gro toho všeho. Dále ústenka, čepice popřípadě, pokud je to jo hodně špatnej pacient, tak samozřejmě i plášť ochrannej, nějaký brýle.“ V části, kde jsem se dotazovala na informovanost v rámci studia, dotazovaná uvedla, že si myslí, že během svých studentských let byla určitě informována dostatečně.

Pravděpodobnost přenosu HIV na ošetřující personál považuje za minimální v případě, že jsou dodržována všechna bariérová opatření. Poté jsme se věnovaly problematice odmítnutí ošetřovatelské péče u HIV pozitivních pacientů. Respondentka uvedla, že péči nikdy neodmítla a nedokáže si představit situaci, která by ji k tomu mohla vést. O odmítavém přístupu některých jiných zdravotnických pracovníků a negativních zkušenostech HIV pozitivních pacientů uvedla toto: „Tak je to asi člověk od člověka, myslím si, že dneska už je to braný jako další infekční onemocnění, který prostě musíme brát na vědomí, takže z mého pohledu asi i v rámci tý etiky dobře není.“

Poslední dotaz se zaměřoval na postavení HIV pozitivního klienta v českém zdravotnictví. Tato sestra je toho názoru, že záleží, kde je pacient ošetřován. Myslí si, že

ve velkých městech a na specializovaných pracovištích, jako ne například HIV centrum v nemocnici Na Bulovce, je brán úplně normálně. V menších zdravotnických zařízeních a malých okrscích se může objevovat mnoho předsudků, a proto je tam dle jejího názoru postavení takového pacienta ne úplně dobré.

Tato zdravotní sestra prokázala minimální předsudky vůči HIV pozitivním pacientům a dobré znalosti bariérové péče. I přesto, že si myslí, že je její informovanost na dobré úrovni, v případě cest přenosu však její znalosti lehce pokulhávají a uvedená data nejsou přesná.

5.1.4 Rozhovor č. 4

Předposlední respondentkou byla také žena. Tato zdravotní sestra pracuje ve zdravotnictví již patnáct let a z toho deset let na jednotce intenzivní péče. Rozhovor proběhl opět v ON Kladno.

Uvedla, že se během své praxe v akutní péči setkala se dvěma HIV pozitivními pacienty. U jednoho z nich nebyla pozitivita stoprocentně potvrzena, ale i přesto se k němu jako k HIV pozitivnímu přistupovalo, druhý byl prokazatelně pozitivní.

Dále jsme se zabývaly její informovaností v rámci studia. Dotazovaná uvedla, že na to, aby to dokázala posoudit, je to už moc dávno, avšak v rámci své praxe si připadá dostatečně informovaná, především díky standardům nastaveným na odděleních, na kterých pracovala. Co se týče přenosu onemocnění na ošetřující personál, bylo mi odpovědí, že při nedodržování základů bariérové péče považuje toto riziko za poměrně velké. Například pokud se ošetřující personál píchne o infikovanou jehlu.

Tato sestra prokázala poměrně dobrou znalost těchto postupů. Uvedla: „Určitě přístup jedině v rukavicích, měly by to být nějaké zesílené rukavice, ústenka, ochranná plášť, případně brýle či ochranný štít.“ Dotazovaná si nedokáže představit situaci, která by ji vedla k odmítnutí péče o takového pacienta, ale uvedla, že v některých extrémních případech, kdy pacient přijde úplně zanedbaný a má velmi špatnou anamnézu, docela rozumí tomu, že některé její kolegyně ztrácejí chuť se o takového pacienta starat, ale u ní nic takového nehrozí. O případu nakažení zdravotnického personálu v rámci ošetrovatelské péče respondentka nikdy neslyšela.

Postavení HIV pozitivního pacienta je dle jejího názoru „docela dobrý“.

Tento rozhovor byl také jedním z těch příjemných. Dotazovaná prokázala velmi dobré znalosti jak v rámci ochrany zdravotnického personálu, tak i cest přenosu HIV. Z jejích odpovědí vyplynulo, že žádnými předsudky netrpí, a dokonce kladně hodnotí postavení HIV pozitivního klienta v českém zdravotnictví.

5.1.5 Rozhovor č. 5

Posledním respondentem byl muž, zdravotní bratr, který pracuje ve zdravotnictví 25 let, z toho 15 let na jednotce intenzivní péče. Rozhovor proběhl v nemocnici Na Bulovce.

V rámci intenzivní péče se setkal se třemi HIV pozitivními pacienty. Na otázku, jaká to pro něj byla zkušenost, uvedl: „Zkušenost to nebyla nijak výjimečná, přijali jsme potřebný opatření a o pacienta jsme se starali stejně, jako bysme se starali o každého jiného. Některý kolegyně z toho měly trochu respekt, ale mě to bylo v podstatě jedno.“

Co se týče informovanosti v rámci svého studia, nebyl schopen posoudit, zda byl informován dostatečně, jelikož od té doby uplynula už spousta let, avšak vzhledem k standardům, se kterými se setkal v rámci své praxe, si myslí, že toho v současné době o HIV a bariérové péči ví dost. Pravděpodobnost přenosu infekce HIV na ošetřující zdravotnický personál je podle něj minimální, téměř nulová, jestliže se dodržují všechna potřebná opatření. Mezi tato opatření však uvedl pouze rukavice.

Péči o pozitivního pacienta nikdy neodmítl a na dotaz, zda si dokáže představit situaci, kdy by tomu tak mohlo být, odpověděl: „Nemám důvod tu péči odmítnout, je to pacient jako každý jinej, tak se k němu chovám jako ke každému jinému, je jedno, co má za nemoc. Je to naše práce se o něj postarat.“ Když jsme se dostali k odmítání péče na některých pracovištích a negativnímu postoji k těmto pacientům, přisoudil toto jednání především předsudkům, které ve společnosti stále panují. Nemá však pocit, že by se jednalo o věc, která se dá pojmout plošně. Dle jeho názoru se jedná spíše o různost názorů a postojů jednotlivých lidí, kteří pracují ve zdravotnictví. Vzhledem k tomu, jaké množství osob ve zdravotnictví pracuje, je podle něj poměrně velký prostor pro to, aby některé z nich takový postoj k HIV pozitivním pacientům měly a péči případně odmítly. Respondent nikdy neslyšel o případu nakažení zdravotnického personálu.

Další dotaz se týkal cest přenosu HIV. „No, tak nás se týká především krev, dále je tam pohlavní styk a přenos na dítě, ale to se tý ošetřovatelský péče moc netýká. Taky se říká, že sliny a nějaký další tělní tekutiny, ale ty rizika jsou tam podle mě tak malý, že to ani nemá cenu zmiňovat se o tom.“

V posledním bodě jsme se zaměřili na postavení HIV pozitivního klienta v českém zdravotnictví. V této části dotyčný prohlásil: „Tak já si myslím, že je to těžký říct takhle obecně. Někde jsou lidi informovaný víc, někde míň. Ale myslím si, že ve velkejch nemocnicích, jako je právě například Bulovka a Motol a tak, už to povědomí o těch nemocích je dobrý, a hlavně v akutní péči se snad těch negativních postojů už tolik neobjevuje. Horší to může bejt v rámci jiný péče. Třeba u zubařů a tak, kde ty lidi toho o tom moc nevědí. Takže podle mě to postavení není ještě úplně dobrý, ale řekl bych, že se časem zlepšuje a někdy v budoucnu by to stigma kolem toho snad mohlo i zmizet.“

Tento respondent byl pro mě další milou zkušeností, u mnohých témat téměř reflektoval mé názory a ukázal, že jeho postoj k HIV pozitivním pacientům je téměř stejný jako k pacientům, kteří HIV nemají. Jeho znalost cest přenosu je v podstatě nejlepší ze všech respondentů. Jediné u čeho byl poměrně stručný, jsou bariérové pomůcky, kde uvedl pouze rukavice.

6. Diskuze

V této části bakalářské práce zanalyzuji data, která jsem získala pomocí kvalitativní metody výzkumu, a vytvořím z nich přehled, podle kterého se dá vytvořit konečný obrázek o výsledcích mého výzkumu. Hodnocení bude následovat v chronologickém pořadí jako body osnova. Skrze pět rozhovorů, které jsem vedla s ošetrovatelským personálem v intenzivní péči, jsem získala poměrně velké množství dat, jež zde porovnam s informacemi získanými v části práce, která se nazývá Současný stav a obsahuje data získaná průzkumem literatury související s danu problematikou. Jednotlivé otázky zhodnotím pomocí daných informací zmíněných právě v části Současný stav a porovnam je s odpověďmi respondentů.

V rámci zkušeností s HIV pozitivními pacienty každý z dotazovaných uvedl, že nějakou zkušenost s HIV pozitivním pacientem má. Minimální počet setkání se s HIV pozitivním klientem v rámci akutní ošetrovatelské péče uvedla respondentka v rozhovoru č. 2, která se setkala pouze s jedním takovým pacientem. S největším množstvím HIV pozitivních pacientů se setkal pátý dotazovaný, u kterého toto číslo bylo tři. V rozhovoru č. 3 jsem se setkala se sestrou, která HIV pozitivního pacienta nepotkala v rámci práce na jednotce intenzivní péče, ale během práce na urgentním příjmu se setkala se dvěma takovými klienty. Nikdo ze zdravotnických pracovníků v akutní péči tuto zkušenost nehodnotil jako negativní. Jediný náznak se objevil u rozhovoru č. 2, kdy zdravotní sestra považuje za pochybení ošetřující lékařky to, že ošetřující sestry o pozitivitě pacienta neinformovala.

Z dialogů dále vyplynulo, že informace o HIV pozitivitě neměla zásadní dopad na ošetrovatelskou péči, která byla pacientovi poskytnuta. Jako jedinou změnu většina dotazovaných označila to, že byla trochu zvýšena bezpečnostní opatření v rámci bariérové péče. V posledním rozhovoru se dokonce ukázalo, že pro dotyčného změna nebyla téměř žádná. „Zkušenost to nebyla nijak výjimečná, přijali jsme potřebný opatření a o pacienta jsme se starali stejně, jako bysme se starali o každého jiného. Některý kolegyně z toho měly trochu respekt, ale mě to bylo v podstatě jedno.“

Dle dat získaných Státním zdravotním ústavem se v roce 2016 na území ČR pohybovalo 2 906 lidí infikovaných HIV, kteří znali svoji diagnózu. Vzhledem k tomu, že jsem komunikovala zejména se zdravotníky z Prahy a jejího okolí, připadá mi malé

množství kontaktů dotazovaných s HIV pozitivními pacienty poměrně logické. V dané oblasti se nachází velké množství nemocnic a jsou zde funkční HIV centra, kam pacienti přednostně směřují. Pravděpodobnost, že se takový pacient dostane zrovna na oddělení, na kterém pracuje jeden z mých respondentů, je tedy malá. Co se týče změny přístupu k takovému pacientovi, v podstatě by neměla nastat.

Jak uvedla Kulířová ve své publikaci: *„Pro zdravotníky platí obecné pravidlo přistupovat ke všem pacientům, jako by byli HIV pozitivní.“* (Kulířová, 2014)

Jestliže dojde ke změně přístupu u HIV pozitivního pacienta, vyplývá z toho, že zdravotnický personál se tohoto obecného pravidla v normálním případě nedrží. Toto chování může být i u ostatních pacientů nebezpečné a personál se tak vystavuje zbytečnému riziku. Ne každý HIV pozitivní o své pozitivitě ví a navíc HIV není jedinou infekční nemocí, která může být na ošetřující personál přenesena. Z odpovědí mých respondentů však vyplynulo, že většina z nich je o této problematice dostatečně informovaná a že i u ostatních pacientů dodržuje tato bezpečnostní opatření.

Co se týče bariérové péče, ukázala se znalost a informovanost pracovníků odpovídajících na mé otázky poměrně nekomplexní. U dvou z nich, a to u rozhovoru č. 1 a 3, byly znalosti na poměrně dobré úrovni. Oba uvedli přibližně pět různých pomůcek a postupů, které se při bariérové péči využívají. U ostatních byla však tato odpověď velmi stručná a někteří jako pomůcky osobní ochrany dokonce uvedli pouze rukavice. Přestože většina z nich s tímto pojmem v rámci hovorů poměrně často pracovala, ať už v rámci otázek na změnu přístupu k HIV pozitivnímu pacientovi, nebo na přenos infekce na zdravotnický personál, jejich informovanost rozhodně není na vysoké úrovni a už vůbec není stoprocentní. V rámci bariérové péče se mluví o pomůckách osobní ochrany, jako jsou rukavice, ústenky, plášť, návleky, ochranný štít či brýle nebo jiné oděvy, které ošetřující personál ochrání před vniknutím infikovaného materiálu na sliznice či před jiným způsobem kontaminace. Alespoň nějakou z těchto pomůcek jmenoval každý. Dále sem patří bezpečná manipulace s biologickým materiálem a kontaminovanými pomůckami. O tom se nikdo z dotazovaných nezmínil. Dalším základem je dodržování dekontaminačních, desinfekčních a sterilizačních postupů, které zmínila pouze první dotazovaná. Tyto postupy vyplývají z věstníku č. 02/2008, vydaného ministerstvem zdravotnictví. Mimo tento dokument se jedná o

informace, které by měly být obsaženy ve standardech jednotlivých oddělení, a na dodržování hygienicko-epidemiologických opatření by měl dohlížet místní hygienik.

V rámci informovanosti nelékařských zdravotnických pracovníků o dané problematice jsem se nejdříve zaměřila na jejich subjektivní pocit o informacích, kterých se jim dostalo během jejich studia. Otázka tedy velmi často zněla: „Máte pocit, že jste v rámci svého studia byl/a dostatečně informován/a o infekčních onemocněních typu HIV?“ Tato otázka se zaměřovala především na informovanost v rámci prevence přenosu, na výše zmíněnou bariérovou péči a na to, co jsou tato onemocnění vůbec zač. Jedna z respondentek uvedla, že jí nepřipadá, že by v rámci studia byla dostatečně informovaná. Doslova uvedla toto: „, Já musím říct, že když já jsem studovala, což je asi pětadvacet let, tak ten pojem o těch letech chorobách sice samozřejmě už byl, člověk věděl, že si má dávat pozor, a tím to asi tak skončilo.“ Přesto tato sestra prokázala poměrně kvalitní informovanost o cestách přenosu HIV a v rámci předchozího odstavce i o bariérových pomůckách. Další dvě dotazované mají pocit, že v rámci studia byly informovány dostatečně. Respondentka v rozhovoru č. 3 zmínila celodenní přednášku v HIV centru na Bulovce v rámci studia na 3. LF UK, prokázala i znalost případné antivirotické léčby a co se týče cest přenosu, byla také znalá. Poslední dva dotazovaní uvedli, že jsou ze školy už tak dlouho, že nejsou schopni posoudit, zda byli informováni dostatečně. Avšak oba se zmínili o standardech a metodických plánech jednotlivých oddělení, díky kterým si myslí, že jsou v současné době informováni dobře.

Zdravotní sestra, jejímuž rozhovoru bylo přiřazeno číslo 3, sice uvedla, že byla informována kvalitně, ale při dotazu na cesty přenosu viru HIV vyjmenovala krev, sliny, výpotky a rány, což dle mého názoru nelze považovat za správnou odpověď. Jak jsem zmiňovala v kapitole, která se věnuje přenosu HIV, nejčastější cestou přenosu je pohlavní styk, dále krev a vertikální cesta z matky na dítě. Minimální riziko podle Kulířové hrozí u mozkomíšního moku, výpotků a plodové vody. U sekretů, jako jsou sliny, stolice, zvratky či jiný biologický materiál, toto riziko skoro není. Vzhledem k tomu, že Jilich ve své publikaci uvedl, že v České republice se objevily první zmínky o HIV okolo roku 1982 a že ve stejný rok se objevila první zmínka o HIV v médiích, myslím si, že případná neinformovanost některých dotazovaných v rámci studia může plynout z toho, že toto onemocnění bylo v té době ještě „novinkou“. Respondentka, která zmiňovala návštěvu HIV centra v nemocnici Na Bulovce, byla také respondentkou nejmladší, tudíž v době jejího studia už tato nemoc byla v povědomí.

Další část rozhovoru se věnovala přenosu viru HIV na zdravotnický personál. Ani jeden z dotazovaných se s tím během své práce nesetkal a nikdo z nich o ničem takovém ani nikdy neslyšel. Kulířová v publikaci z roku 2014 uvádí, že na území ČR nikdy v historii k nakažení zdravotnického personálu nedošlo, takže pravděpodobnost, že by o tom některý z mých respondentů slyšel je naprosto minimální.

Když jsem se ptala na to, jaké je dle jejich názoru riziko přenosu v rámci vykonávání akutní ošetrovatelské péče u HIV pozitivního pacienta, od čtyř z pěti respondentů se mi dostalo odpovědi, že v případě dodržení všech doporučených postupů je toto riziko naprosto minimální. Jedna sestřička odpověděla, že v případě nedodržení těchto postupů, vidí toto riziko jako poměrně velké. Například v případě, že dojde k píchnutí ošetroujícího personálu o infikovanou jehlu. Jedna z dotazovaných sester naopak uvedla, že i v tomto případě je podle ní riziko přenosu velmi nízké, jestliže je po kontaktu s infikovaným materiálem nasazena antivirotická léčba. Jak jsem uváděla v kapitole věnující se přenosu HIV na zdravotnický personál, píchnutí se o infikovanou jehlu je jednou z nejpravděpodobnějších možností přenosu HIV na zdravotnický personál. V publikaci HIV/AIDS v chirurgických oborech se však udává, že v 1 000 případech expozice jehlou dojde přibližně ke třem nakažením. Jedná se ale o případy, kdy jsou po kontaktu s infekčním materiálem dodrženy správné postupy.

V rámci otázek týkajících se přenosu HIV jsme s několika respondenty zavítali i k tématu hepatitidy B, u které správně uvedli, že je u ní riziko přenosu minimálně stejné, spíše větší než u HIV.

Dalším z bodů osnovy bylo odmítnutí ošetrovatelské péče. Ani jeden z respondentů péči nikdy neodmítnul a přímo se s tím ani nesetkal. Jediným takovým případem bylo v rozhovoru č. 1 vyčlenění těhotné sestry z ošetrovatelské péče u HIV pozitivního pacienta, ale jednalo se pouze o preventivní opatření.

Dále mě zajímalo, zda si dotazovaní vůbec dokážou představit nějakou situaci, která by je k odmítnutí péče o HIV pozitivního mohla vést. Tři z pěti uvedli, že si takovou situaci představit nedokážou a přijde jim velmi nepravděpodobné, že by se něco takového mohlo stát. Respondentka č. 1 uvedla toto: „No, asi. Tohleto se těžko nějakým způsobem specifikuje, ale možná že v případě, kdyby ten člověk vědomě se snažil ohrožovat mě nebo někoho v mé blízkosti a věděl by, že je HIV pozitivní. Držel

by v ruce třeba, já nevím jehlu, stříkačku nebo nějakou zkumavku s krví, tak v tomhle případě bych se asi hodně rozmýšlela, jestli mi to za to stojí.“

Respondentka č. 2 uvedla situaci, kdy by neměla k dispozici pomůcky pro osobní ochranu. Tato otázka je dle mého názoru jednou z těch stěžejních, odmítání péče jde ruku v ruce s negativními zkušenostmi HIV pozitivních pacientů v českém zdravotnictví. To, že žádný z dotazovaných péči nikdy neodmítl, dokonce se s tím ani přímo nesetkal, a většině z nich to připadá téměř nepředstavitelné, pro mne bylo velmi příznivou informací a nepřímou to vypovídá i o tom jaké je tedy postavení HIV pozitivního klienta v akutní péči. Odmítnutí poskytnutí zdravotnické péče samozřejmě není jedinou z negativních zkušeností, které si HIV pozitivní pacient může z českého zdravotnictví odnést, ale myslím si, že se může jednat o zkušenost nejnepříjemnější.

Co se týče posledního bodu, jímž je postavení HIV pozitivního klienta v českém zdravotnictví, který je základem cíle této bakalářské práce, dovolím si některé dotazované citovat. Jedná se o poměrně obecnou otázku a přímá citace o jejich názoru vypoví nejvíce.

Respondentka č. 1: „No, já bych hrozně ráda řekla, že se žádný rozdíl nedělají, ale obávám se, že se rozdíly dělají. A možná to ani není způsobený tou chorobou jako takovou, jako tou představou, jak k té chorobě došlo. To znamená, že toho člověka, který je HIV pozitivní, tak máme zařazeného jako nějakého narkomana nebo člověka promiskuitního, kterej se prostě pohybuje na nějaký spodině společnosti, a jako v důsledku toho se k němu nepřistupuje dobře, než že by byl HIV pozitivní. Člověk s béčkem (hepatitida B) je úplně stejně nebezpečnej nebo minimálně stejně. A přistupuje se k němu úplně normálně a vůbec se nepředpokládá teda, že by měl za sebou takovou minulost, ale to je úplně špatně, protože tyhle ty lidi často to mají za sebou ještě horší, než ty lidi s HIV. Takže ráda bych řekla, že jsou na tom dobře, ale obávám se, že ne.“

Respondentka č. 3: „No, tak asi jako v takových těch jako na klinice Na Bulovce, tam to berou úplně normálně, určitě ale budou nějaký takový ty předsudky, v těch menších okrskách asi něco bude.“

Respondentka č. 4: „Docela dobrý“

Respondent č. 5: „Tak já si myslím, že je to těžký říct takhle obecně. Někde jsou lidi informovaní víc, někde míň. Ale myslím si, že ve velkých nemocnicích, jako je právě například Bulovka a Motol a tak, už to povědomí o těch nemocích je dobrý a hlavně v akutní péči se snad těch negativních postojů už tolik neobjevuje. Horší to může být v rámci jiné péče. Třeba u zubařů a tak, kde ty lidi toho o tom moc nevědí. Takže podle mě to postavení není ještě úplně dobrý, ale řekl bych, že se časem zlepšuje a někdy v budoucnu by to stigma kolem toho snad mohlo i zmizet.“

Jediná respondentka si myslí, že postavení HIV pozitivního klienta je v českém zdravotnictví dobré. Zbytek takto stručný nebyl a nikdo další nedokázal říct, že mu přístup k těmto klientům připadá v pořádku. Respondenti tento problém přisuzovali zejména předsudkům a neinformovanosti některých zdravotnických pracovníků. Dva z nich dokonce uvedli, že si myslí, že rozdíl může plynout i z velikosti zdravotnických zařízení měst a okresů, ve kterých se nacházejí. Jeden z dotazovaných dokonce přímo jmenoval problém spojený se stomatology. V teoretické části jsem využila průzkum, který dělal Benedikt Straňák v roce 2016. Mapoval zkušenosti HIV pozitivních klientů v rámci toho, jak je k nim přístupováno v rámci zdravotnické péče. Z tohoto průzkumu stomatologové vyšli nejhůře. Tento respondent však uvedl i to, že se dle jeho názoru situace zlepšuje a věří tomu, že péče o HIV pozitivní pacienty bude v budoucnu na stejné úrovni jako o všechny ostatní.

Tímto jsou zhodnoceny a jednotlivě rozebrány všechny body osnovy, které mi sloužily k tomu, abych si vytvořila obrázek o postavení HIV pozitivního klienta v rámci akutní ošetrovatelské péči v českém zdravotnictví. Musím říci, že tato zkušenost a získané informace jsou pro mě poměrně příjemným překvapením. Pokud pomínu poslední otázku, která se však nezaměřuje na akutní péči, ale na české zdravotnictví obecně. Z rozhovorů vyplynulo, že dotazovaní, kteří jsou přímo spojeni s akutní péčí, a většina z nich už v ní pracuje pěknou řádku let, žádnými předsudky netrpí.

Respondenti prokázali otevřenost k lidem trpícím tímto onemocněním a ukázali mi, že v rámci akutní péče se jedná o zaměstnance vzdělané. Lehké mezery v odpovědích na některé otázky neberu jako nijak zásadní, jelikož každé oddělení má svůj standard a odborníka, který na tuto problematiku dohlíží. Vzhledem k tomu, že je zdravotní personál neustále vzděláván a objevují se stále nové a nové normy, myslím si,

že tato neznalost bude dříve či později zcela minimalizována. Mimo jiné se nejedná o neznalost, která by ohrožovala postavení pacienta v případě kontaktu s personálem.

Vzhledem k tomu, že forma mého výzkumu byla kvalitativní, nemohu plošně říci, že je postavení HIV pozitivního klienta v rámci akutní péče v úplném pořádku. Myslím si ale, že moji respondenti ukázali, že v akutní péči pracují především zdravotníci bez předsudků, kteří se snaží ke všem pacientům přistupovat stejně, bez ohledu na to, jaké onemocnění a jaký problém pacienta do jejich rukou dovedl.

Co se týče návrhu pro případné zlepšení postavení HIV pozitivních na úrovni běžných pacientů, myslím si, že jedinou cestou je edukace. Jestliže se v rámci škol a případně i na pracovišti dostane zdravotníkům dostatek informací o HIV a AIDS, nezbyde pak prostor pro mylné domněnky, které mohou přístup k pacientovi ovlivnit. Jeho nemoc a čas strávený v kontaktu se zdravotnickým prostředím mu už tak přináší spoustu nepříjemností a myslím si, že právě úlohou zdravotnického personálu je, aby to vše učinil pro pacienta alespoň o trochu snesitelnějším.

7. Závěr

K napsání této práce mě motivovaly informace o negativních zkušenostech HIV pozitivních pacientů v rámci českého zdravotnictví. Těchto informací se ke mně dostává poměrně dost a jedná se o skutečnost, která mi nepřipadá v pořádku. Přestože se to stále děje a bohužel asi ještě nějakou dobu dít bude, já mohu s čistým svědomím uvést, že respondentů pracujících v akutní péči se to netýká. Závěry, ke kterým jsem pomocí provedeného průzkumu dospěla, mi ukázaly, že stejně jako nelze hodit všechny HIV pozitivní pacienty do jednoho pytle, nemůžeme soudit všechny zdravotnický personál stejně. Mé výsledky ukázaly, že situace zřejmě není až tak tragická, jak jsem si myslela, a že v současné společnosti se stále najdou lidé, kteří dokážou i k HIV pozitivnímu člověku přistupovat úplně normálně.

Je mi jasné, že dnešní společnosti bude ještě nějakou dobu trvat, než se zbaví zbytečných předsudků plynoucích z nevědomosti, ale doufám, že se toho jednou dočkáme. HIV pozitivní pacient je také člověk, člověk nemocný a velmi zranitelný. Proces smíření se s touto nemocí a jejími následky je už tak velmi složitý a náročný na psychiku. Zdravotnické prostředí má být místem, kde se nemocný člověk setká s pochopením a kde je mu nabídnuta pomoc; nemá být místem, ve kterém vládnu předsudky a stigma, kde je psychika pacienta ještě více zatěžována. Věřím, že vzdělanost personálu a otevřenost vůči klientům všeho druhu bude postupem času růst a že pokud bych tento průzkum zopakovala za pár let, mohli by všichni respondenti v otázce týkající se postavení HIV pozitivního klienta v českém zdravotnictví odpovědět stejně jako respondentka č. 4: „Docela dobrý.“

8. Seznam použitých zkratk

AIDS – syndrom získaného selhání imunity

ČR – Česká republika

CDC – Centrum pro kontrolu a prevenci nemocí

DNA – Deoxyribonukleová kyselina

GRID – Gay related immune deficiency

HIV – Human immunodeficiency virus

JIP – Jedinotka intenzivní péče

MZ – Ministerstvo zdravotnictví

RNA – Ribonukleová kyselina

USA – Spojené státy americké

WHO – Světová zdravotnická organizace

9. Seznam použité literatury

- 1) Národní program boje proti AIDS, HIV/AIDS v ČR [online], 2011, [2018-02-14] <http://www.aids-hiv.cz/aids/o aids.html>
- 2) JILICH, David; KULÍŘOVÁ, Veronika. *HIV infekce: Současné trendy v diagnostice, léčbě a ošetřovatelství*. 1. vydání, Praha 2014, nakladatelství Mladá Fronta a. s., ISBN: 978-80-204-3325-1
- 3) MALÝ, Marek; NĚMEČEK, Vratislav; ZÁKOUCKÁ, Hana. *Výskyt a šíření HIV/AIDS v České republice v roce 2016: The prevalence and spread of HIV/AIDS in the Czech Republic in 2016* [online]. Praha: SZÚ, 2017, 11 [cit. 2017-12-23]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/CeM/HIV_AIDS/rocni_zpravy/2016/Vyrocn_i_zprava_o_vyskytu_a_sireni_HIV_AIDS_v_CR_v_roce_2016.pdf
- 4) *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*. In: Praha: REF.: MUDr. G. Walter, 2003, ročník 2003, č.j: HEM-3769-3.2.03, číslo 8.
- 5) HÁJEK, Marcel. *HIV/AIDS v chirurgických oborech*. Praha: Grada, 2004. Malá monografie (Grada). ISBN 80-247-0857-4.
- 6) *Zákon č. 258/2000 Sb.: Zákon o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů*. In: Praha: Parlament ČR, 2000, ročník 2000, číslo 258.
- 7) *Trestní zákoník: 40/2009 Sb.* In: Praha: Parlament ČR, 2009, ročník 2009, §152.
- 8) *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*. In: Praha: REF: RNDr. Dan Nekvasil, 2007, ročník 2008, číslo 2.
- 9) *Zákon č. 198/2009 Sb.: Zákon o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (antidiskriminační zákon)*. In: Praha: Parlament ČR, 2008, ročník 2009, číslo 198.
- 10) ŠVARŤÍČEK, Roman; ŠEĎOVÁ, Klára. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
- 11) STRAŇÁK, Benedikt. *Má zkušenost s péčí o HIV+ pacienty: VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ*. Česká společnost AIDS pomoc [online]. Praha, 2016, 14 [cit. 2018-05-15]. Dostupné z: <http://www.hiv-komunita.cz/fls/web/vysledky-spreads.pdf>
- 12) GÖPFERTO VÁ, D.; PAZDIORA, P; DÁŇOVÁ, J. *Epidemiologie infekčních nemocí*. Praha: Karolinum, 212 s. ISBN 80-246-0452-3.

13) Státní zdravotní ústav v Praze, Ročenka národního programu HIV/AIDS v České republice, 2007–2008, spoluautoři: Pavel Dlouhý, Miroslav Hlavatý, Blanka Chmelová, Jaroslav Jedlička, Zdeňka Jerhotová a další., 3. vydání, Praha 2008, ISBN: 978-80-7071-301-3

14) KAPOUNOVÁ, G. Ošetřovatelství v intenzivní péči. 2007, 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1830-9.

15) MAĎAR, Rastislav, PODSTATOVÁ, Renata; ŘEHOŘOVÁ, Jarmila. *Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1673-9.

16) WHITESIDE, Alan. *HIV and AIDS: a very short introduction*. Second edition. New York, NY: Oxford University Press, 2016. Very short introductions. ISBN 978-0-19-872749-1.

17) ŠEJDA, Jan. *Prevence, léčba a další aspekty nákazy HIV/AIDS*. Praha: Galén, 1993. Zdravotnické aktuality, sv. 230. ISBN 80-85824-02-7.