

# **Specifika ošetrovateľskej péče u HIV pozitívnych pacientů**

Monika Ngoc Anh Tran

---

Bakalářská práce  
2025



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2024/2025

# ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

|                   |                                                          |
|-------------------|----------------------------------------------------------|
| Jméno a příjmení: | Monika Ngoc Anh Tran                                     |
| Osobní číslo:     | H22935                                                   |
| Studijní program: | B0913P360015 Všeobecné ošetřovatelství                   |
| Forma studia:     | Prezenční                                                |
| Téma práce:       | Specifika ošetřovatelské péče u HIV pozitivních pacientů |

## Zásady pro vypracování

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.  
Vymezení terminologie a teoretických východisek v oblasti ošetřovatelské péči o HIV pozitivního pacienta.  
Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.  
Formulace kritérií pro výběr participantů.  
Realizace výzkumu technikou polostrukturovaného rozhovoru.  
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat/informací.  
Prezentace výsledků výzkumu/šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

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

**Seznam doporučené literatury:**

- FRAIN, Judy A. Preparing every nurse to become an HIV nurse. Online. *Nurse Education Today*. 2017, vol. 48, s. 129-133. ISSN 0260-6917. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.10.005>. [cit. 2024-10-30].
- JILICH, David a KULÍŘOVÁ, Veronika. *HIV infekce: Současné trendy v diagnostice, léčbě a ošetrovatelství*. Praha: Mladá fronta, 2014. ISBN 978-80-204-3325-1.
- JILICH, David a KULÍŘOVÁ, Veronika. *Infekce HIV*. Praha: Maxdorf, 2021. ISBN 978-80-7345-688-7.
- KULÍŘOVÁ, Veronika. Ošetrovatelská péče u nově diagnostikovaných HIV pozitivních pacientů. Online. In: MASARYKOVA UNIVERZITA. *Propojení teorie a praxe v ošetrovatelství a porodní asistenci*. Brno: Masarykova univerzita, 2017. ISBN 978-80-210-9181-8. Dostupné z: [https://www.med.muni.cz/konferenceose/documents/sbornik\\_2018.pdf](https://www.med.muni.cz/konferenceose/documents/sbornik_2018.pdf). [cit. 2024-10-30].
- PICKLES, David; LACEY, Sheryl de a KING, Lindy. Conflict between nursing student's personal beliefs and professional nursing values. Online. *Nursing Ethics*. 2017, vol. 26, no. 4., s. 1087-1100. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/0969733017738132>. [cit. 2024-10-30].

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Andrea Hoffmannová**  
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **4. listopadu 2024**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. května 2025**

L.S.

---

**Mgr. Libor Marek, Ph.D.**  
děkan

---

**Mgr. Věra Vránová, Ph.D.**  
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 9. ledna 2025

# PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

## Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění bez ohledu na výsledek obhajoby;
- bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému a bude dostupná k nahlédnutí;
- jedno vyhotovení bakalářské práce v listinné podobě bude ponecháno Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně k uložení;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3;
- podle § 60 odst. 1 autorského zákona má Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům;
- pokud je výstupem bakalářské práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá; neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

## Prohlašuji, že

- jsem na bakalářské práci pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem řádně citoval(a); v případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor;
- odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou obsahově totožné.

Ve Zlíně, dne .....

.....

podpis autora



## **ABSTRAKT**

Tato bakalářská práce se zabývá specifiky ošetrovatelské péče o HIV pozitivní pacienty z pohledu všeobecných sester. Cílem bylo zjistit, jaké mají sestry znalosti, zkušenosti a postoje při poskytování péče této skupině pacientů. Pomocí kvalitativního výzkumu, konkrétně polostrukturovaných rozhovorů s pěti všeobecnými sestrami, byly zjišťovány jejich znalosti o přenosu viru HIV, využívání ochranných opatření, osobní postoje a zkušenosti při péči o HIV pozitivní pacienty. Výsledky ukázaly, že většina sester má základní znalosti o HIV a využívá bariérovou péči, přesto však přetrvává určitá míra nejistoty, obav i vliv osobních postojů. Práce poukazuje na potřebu systematického vzdělávání, podpory zdravotnického personálu a snižování stigmatizace pacientů.

Klíčová slova: HIV, AIDS, pacient, všeobecná sestra, ošetrovatelská péče, stigma, prevence

## **ABSTRACT**

This bachelor's thesis deals with the specifics of nursing care for HIV-positive patients from the perspective of general nurses. The aim was to find out what knowledge, experience and attitudes nurses have when providing care to this group of patients. Using qualitative research, specifically semi-structured interviews with five general nurses, their knowledge of HIV transmission, use of protective measures, personal attitudes and experiences in caring for HIV-positive patients were investigated. The results showed that most nurses possess basic knowledge about HIV and use barrier nursing care, yet a degree of uncertainty, apprehension and the influence of personal attitudes persist. The work points to the need for systematic education, support for health care staff and reduction of stigma for patients.

Keywords: HIV, AIDS, patient, general nurse, nursing care, stigma, prevention

Ráda bych vyjádřila svou upřímnou vděčnost všem, kteří mě na cestě k této bakalářské práci podporovali.

Především děkuji vedoucí mé bakalářské práce, paní Mgr. Andree Hoffmannové, za její vstřícné vedení, odbornou podporu a cenné rady, které mi pomáhaly nejen při psaní, ale i při formování mého odborného pohledu. Její trpělivost a motivace pro mě byly velkou oporou.

Mé poděkování dále patří všem participantkám, které ochotně sdílely své zkušenosti a přispěly tak k uskutečnění výzkumu. Bez jejich otevřenosti a důvěry by tato práce nemohla vzniknout.

Velmi si vážím také podpory své rodiny a blízkých přátel. Jejich pochopení, povzbuzení a trpělivost byly nepostradatelné v náročných chvílích studia i psaní práce.

Na závěr děkuji všem autorům a odborníkům, jejichž publikace a výzkumy se staly inspirací i cenným zdrojem informací při tvorbě této práce.

*„Poznání nezačíná odpověďmi, ale otázkami, které si dovolíme položit.“ – anonymní autor*

# **OBSAH**

|                                                                                                 |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>ÚVOD.....</b>                                                                                | <b>11</b> |
| <b>I TEORETICKÁ ČÁST .....</b>                                                                  | <b>13</b> |
| <b>1 SOUČASNÝ STAV PROBLEMATIKY ONEMOCNĚNÍ HIV A AIDS.....</b>                                  | <b>14</b> |
| 1.1 OD HISTORIE AŽ K SOUČASNOSTI.....                                                           | 14        |
| 1.2 VIRUS HIV .....                                                                             | 15        |
| 1.3 ONEMOCNĚNÍ AIDS .....                                                                       | 16        |
| 1.4 ETIOLOGIE A PATOGENEZE HIV .....                                                            | 16        |
| 1.5 PŘENOS HIV VIRU.....                                                                        | 16        |
| 1.6 KLINICKÝ OBRAZ A PRŮBĚH ONEMOCNĚNÍ.....                                                     | 17        |
| 1.6.1 Klinická kategorie A (viz tab. 2).....                                                    | 19        |
| 1.6.2 Klinická kategorie B (viz tab. 2).....                                                    | 19        |
| 1.6.3 Klinická kategorie C (viz tab. 2).....                                                    | 20        |
| 1.7 DIAGNOSTIKA VIRU HIV .....                                                                  | 20        |
| 1.7.1 Klinická diagnostika viru HIV .....                                                       | 20        |
| 1.7.2 Laboratorní diagnostika viru HIV .....                                                    | 21        |
| 1.8 TERAPIE ONEMOCNĚNÍ HIV A AIDS .....                                                         | 21        |
| 1.8.1 Podpůrná terapie.....                                                                     | 23        |
| 1.9 PREVENCE NÁKAZY HIV .....                                                                   | 24        |
| 1.9.1 Prevence sexuálního přenosu viru HIV .....                                                | 24        |
| 1.9.2 Prevence perinatálního přenosu viru HIV .....                                             | 25        |
| 1.9.3 První pomoc při poranění o infikovanou jehlu.....                                         | 25        |
| <b>2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTY S HIV .....</b>                                             | <b>27</b> |
| 2.1 BARIÉROVÁ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTY S HIV.....                                         | 27        |
| 2.2 PSYCHOLOGICKÉ A KOMUNIKAČNÍ ASPEKTY OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O HIV<br>POZITIVNÍHO PACIENTA ..... | 28        |

|           |                                                                   |           |
|-----------|-------------------------------------------------------------------|-----------|
| 2.3       | STIGMATIZACE A JEJÍ DOPAD NA PÉČI O HIV POZITIVNÍHO PACIENTA..... | 28        |
| 2.3.1     | Opatření zabraňující přenosu HIV infekce ve zdravotnictví.....    | 29        |
| 2.3.2     | Hygienická mytí rukou ošetřujícího personálu.....                 | 30        |
| <b>II</b> | <b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>                                       | <b>32</b> |
| <b>3</b>  | <b>METODIKA.....</b>                                              | <b>33</b> |
| 3.1       | VÝZKUMNÉ CÍLE.....                                                | 33        |
| 3.2       | CHARAKTERISTIKA PARTICIPANTEK A VÝZKUMNÉHO PROSTŘEDÍ.....         | 33        |
| 3.3       | TECHNIKA VÝZKUMU .....                                            | 34        |
| 3.4       | CHARAKTERISTIKA ROZHOVORU .....                                   | 35        |
| 3.5       | ORGANIZACE VÝZKUMU .....                                          | 35        |
| 3.6       | ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH INFORMACÍ.....                               | 36        |
| <b>4</b>  | <b>VÝSLEDKY .....</b>                                             | <b>37</b> |
| 4.1       | ANALÝZA DAT ROZHOVORŮ .....                                       | 37        |
| <b>5</b>  | <b>DISKUZE .....</b>                                              | <b>47</b> |
| <b>6</b>  | <b>NÁVRH ŘEŠENÍ A DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....</b>                  | <b>49</b> |
|           | <b>ZÁVĚR.....</b>                                                 | <b>50</b> |
|           | <b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>                            | <b>51</b> |
|           | <b>SEZNAM TABULEK .....</b>                                       | <b>57</b> |
|           | <b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....</b>                   | <b>58</b> |
|           | <b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>                                         | <b>60</b> |

## ÚVOD

*Virus lidské nedostatečnosti (Human Immunodeficiency Virus, dále jen v textu HIV)* a *Syndrom imunitní nedostatečnosti (Acquired Immunodeficiency Syndrom, dále jen v textu AIDS)* jsou onemocnění, která jsou již desítky let pocíťována miliony lidí po celém světě. Díky moderní medicíně může být virus HIV v současnosti účinně kontrolován a pacientům s touto diagnózou je umožněno žít dlouhý a plnohodnotný život. Přesto je stále poukazováno na přetrvávající předsudky a stigmatizaci, které komplikují nejen osobní život pacientů, ale i jejich přístup ke kvalitní zdravotní péči. Tato skutečnost byla důvodem, proč bylo zvoleno téma této bakalářské práce, zaměřené na specifika ošetrovatelské péče o HIV pozitivní pacienty z pohledu všeobecných sester.

Problematika HIV není vnímána pouze jako otázka medicíny, ale i jako součást celospolečenského přístupu. Ačkoli jsou k dispozici přesné informace o přenosu viru i účinné léčbě, je stále zaznamenáván strach a neznalost, které mezi zdravotníky i veřejností vytvářejí bariéry. V praxi je poukazováno na případy, kdy jsou pacienti vystavováni necitlivému zacházení, zbytečným obavám ze strany personálu či dokonce diskriminaci při poskytování péče. Přitom je právě sestrám, jakožto klíčovým článkům zdravotnického týmu, připisována zásadní role v tom, jak je HIV pozitivním pacientům umožněno cítit se přijímání a adekvátně ošetřování.

Cílem této práce je tedy zmapovat, jaké znalosti a zkušenosti jsou všeobecným sestrám v České republice (dále v textu jen ČR) připisovány v oblasti péče o pacienty s HIV. Prostřednictvím kvalitativního výzkumu, konkrétně pomocí rozhovorů s všeobecnými sestrami, má být zjišťována míra informovanosti o bezpečných ošetrovatelských postupech při péči o HIV pozitivní pacienty. Zároveň má být zkoumáno, jak je jejich profesní role v této péči vnímána. Dále má být zkoumáno, zda jsou během jejich praxe zaznamenávány projevy předsudků, a to jak ze strany jejich vlastní, tak i ze strany kolegů. Výsledky by měly odhalit, kde jsou identifikovány mezery ve vzdělávání nebo komunikaci, a naznačit možnosti, jak může být péče o HIV pozitivní pacienty zlepšena.

Tato práce přispívá k hlubšímu pochopení problematiky péče o HIV pozitivní pacienty z pohledu všeobecných sester. Upozorňuje na význam kvalitního vzdělání, informovanosti a otevřeného postoje, které mohou pozitivně ovlivnit kvalitu poskytované péče a zároveň snížit obavy a předsudky u zdravotnického personálu. Výsledky mohou sloužit jako podklad pro zlepšení pregraduální i postgraduální výuky sester, pro tvorbu podpůrných metodických

materiálů a pro posilování důstojného, empatického a bezpečného přístupu k pacientům s HIV ve zdravotnické praxi. Celkově práce podporuje rozvoj profesionálního, etického a bezpředsudečného ošetrovatelství.

## **I    TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 SOUČASNÝ STAV PROBLEMATIKY ONEMOCNĚNÍ HIV A AIDS

## 1.1 Od historie až k současnosti

Na počátku 80. let 20. století se v amerických městech začaly mezi homosexuálními muži objevovat neobvyklé zdravotní problémy. Později bylo zjištěno, že nemoc, která vede k postupnému selhání buněčné imunity, nepostihuje pouze tuto skupinu, ale vyskytuje se i u hemofiliků, uživatelů injekčních drog a obyvatel Haiti (Rozsypal et al., 2013).

V roce 1981 americký lékař Michael Gottlieb popsal pět případů vzácné Kaposiho sarkomu nebo pneumonie způsobené kvasinkou *Pneumocystis jirovecii* u dosud zdravých mladých pacientů. Tato zpráva upozornila na neobvyklý výskyt onemocnění u osob s dosud neznámou poruchou imunity a stala se klíčovým momentem v identifikaci později pojmenované HIV/AIDS. V té době nikdo netušil, že se nákaza rozšíří po celém světě a během následujících 40 let postihne více než 60 milionů lidí, z nichž přibližně polovina zemře (Jilich a Kulířová, 2021).

V roce 1984 se dvě nezávislé výzkumné skupiny shodně dopracovaly k objevu virového původce onemocnění, který byl označen jako HIV-1 (virus lidské imunodeficiency). O dva roky později byl identifikován i virus HIV-2, který se vyskytuje především v západní Africe. Za hlavního původce pandemie však byl jednoznačně určen HIV-1 (Jilich a Kulířová, 2021).

Podle nejnovějších údajů programu Organizace spojených národů (OSN) pro boj proti HIV/AIDS žilo na konci roku 2022 celosvětově přibližně 39,0 milionů lidí s HIV infekcí (s odhadovaným rozmezím 33,1 až 45,7 milionů). Z toho počtu tvořilo 36,7 milionů dospělí a 1,7 milionů dětí mladší 15 let. Nejvíce postiženým regionem zůstává subsaharská Afrika, kde se nachází přibližně 25,6 milionů nakažených, což představuje přibližně dvě třetiny všech případů na světě. V tomto regionu dosahuje prevalence HIV mezi dospělými ve věku 15 až 49 let hodnoty přibližně 4 % což odpovídá tomu, že virem je nakažen zhruba každý 25. dospělý. V roce 2022 bylo celosvětově zaznamenáno přibližně 1,3 milionu nových případů HIV, což představuje pokles o 38 % oproti roku 2010. Od začátku epidemie se HIV celosvětově nakazilo přibližně 85,6 milionu lidí a v důsledku této infekce zemřelo asi 40,4 milionu osob (UNAIDS, 2024).

Od zahájení sledování v roce 1985 bylo v České republice zaznamenáno celkem 4 619 případů HIV pozitivitu u občanů ČR a rezidentů. U 881 z těchto osob se infekce

rozvinula do stadia onemocnění AIDS a 607 pacientů s HIV již zemřelo. V samotném roce 2023 bylo nově diagnostikováno 232 osob nakažených virem HIV (Malý et al., 2024).

Vývoj v oblasti léčby HIV/AIDS přinesl zásadní změnu v prognóze pacientů – z dříve smrtelného onemocnění se stalo chronické, dlouhodobě zvládnutelné onemocnění. Zatímco v počátcích pandemie byla délka přežití po diagnóze AIDS omezena na několik měsíců, díky současné antiretrovirové terapii (ART) se HIV pozitivní osoby mohou dožít srovnatelného věku jako běžná populace (Staňková a Skokanová, 2009). Významnou roli v tomto pokroku sehrál český chemik prof. výběr Antonín Holý, jehož výzkum přispěl k vývoji účinných antiretrovirotik, jako je například tenofovir, který dnes tvoří základ mnoha léčebných režimů (ČT24, 2021).

Péče o HIV pozitivní osoby je v České republice zajišťována převážně prostřednictvím osmi specializovaných center. Vzhledem k narůstajícímu počtu diagnostikovaných případů a prodlužující se délce života těchto pacientů se péče postupně přesouvá i do běžných zdravotnických zařízení a různých lékařských specializací. Přesto však i nadále přetrvávají předsudky a obavy nejen mezi zdravotnickým personálem, ale také mezi pracovníky v sociálních službách – například v domovech pro seniory, azylových domech nebo zařízeních sociální péče, kde může docházet ke kontaktu s HIV pozitivními klienty (Jilich a Kulířová, 2021).

## 1.2 Virus HIV

Strukturně se virus vyznačuje kulovitým tvarem s průměrem přibližně 110 nm (ROHP, 2025).

Virion HIV se skládá z jádra, nazývaného nukleokapsida, a zevního obalu. Jádro má kónický tvar a obsahuje dvě samostatná vlákna RNA. Jeho povrch tvoří protein p24, který lze v krvi detekovat zejména v počáteční a pokročilé fázi infekce (Beneš, 2009; Ryšková, 2000).

Zevní obal viru je tvořen fosfolipidovou membránou, ve které se nacházejí povrchové glykoproteiny gp120 a gp41. Tyto proteiny hrají klíčovou roli při přichycení viru k hostitelské buňce a umožňují jeho vstup do ní. Mezi obalem a jádrem se nachází protein p17, známý také jako matrixový protein, jenž zajišťuje transport viru do buněčného jádra (Beneš, 2009; Ryšková, 2000).

### 1.3 Onemocnění AIDS

„Zkratka *AIDS* je odvozena z prvních písmen anglického pojmenování *Acquired Immunodeficiency Syndrome*, česky *syndrom získaného selhání imunity*“ (Machová a Kubátová, 2009, s. 161).

Je to tedy závažné onemocnění, které vede k postupnému selhání imunitního systému. Přestože na něj dosud neexistuje léčba vedoucí k úplnému vyléčení, moderní terapie umožňují výrazně prodloužit a zlepšit kvalitu života infikovaných jedinců.

### 1.4 Etiologie a patogeneze HIV

Toto onemocnění způsobuje virus **HIV (virus lidské imunodeficiency)**, který cíleně napadá především **T4 lymfocyty**, jež hrají klíčovou roli v imunitním systému tím, že identifikují infekce a aktivují obranné mechanismy organismu. Dlouhodobě také infikuje makrofágy, které se podílejí na procesu fagocytózy. Jak už zmiňované, existují dva typy tohoto viru, označené jako HIV-1 a HIV2, které se odlišují zejména složením svých povrchových struktur (Kapounová, 2020).

Viry HIV-1 a HIV-2 patří do čeledi *Retroviridae*. Jejich hlavním cílem buňky nesoucí povrchový marker CD4, který se vyskytuje především na pomocných T-lymfocytech (Th buňkách). Kromě toho se CD4 v menší míře vyskytuje i na dalších buňkách imunitního systému (monocyty, makrofágy, dendritické buňky) a některých tkáňových buňkách (např. gliové buňky, endotelové buňky) (Hoffman a Rockstroh, 2015).

Klíčovým krokem pro vstup viru do buňky je vazba virového povrchového glykoproteinu gp120 na CD4 receptor. Pro úspěšnou infekci jsou však nezbytné i další molekuly – tzv. koreceptory, mezi které patří zejména chemokinové receptor CXCR4 a CCR5. Právě tato specifika vazby určují, které buňky může virus infikovat (Hoffman a Rockstroh, 2015).

### 1.5 Přenos HIV viru

Šrámková (2013) uvádí několik základních způsobů, kterými se HIV infekce může přenášet. Patří mezi ně především přenos kontaminovanou krví, pohlavním stykem bez ochrany, konkrétně prostřednictvím ejakulátu a vaginálního sekretu – a dále přenos z matky na dítě, a to jak během těhotenství, tak při porodu nebo kojení.

Rozsypal et al., (2013) rozdělují tři hlavní cesty přenosu viru HIV, a to přenos parenterální, sexuální a vertikální. Způsob přenosu je podmíněn přítomností viru v tělních tekutinách. U infikovaných osob je virus detekovatelný zejména v krvi, ejakulátu a vaginálním sekretu. V menší koncentraci se může nacházet i ve slinách, slzách, potu či moči. Podle Hájka (2015) není přenos prostřednictvím mateřského mléka zcela objasněn, existuje domněnka, že k infekci dochází spíše v důsledku přítomnosti krve, např. z poranění bradavky matky s z drobných poranění v dutině ústní dítěte.

Významnou výhodou tohoto viru je skutečnost, že se nepřenáší vzduchem, kapénkami, běžným sociálním kontaktem ani hmyzem. Virus se rovněž nešíří prostřednictvím sdílení domácího nebo pracovního vybavení (Rozsypal et al., 2013). Jilich a Kulířová (2014) však upozorňují na riziko přenosu při společném používání předmětů hygieny, jako žiletky nebo zubní kartáčky, na kterých se mohou nacházet stopy krve.

Nejčastějším způsobem přenosu HIV je pohlavní styk, který podle dostupných údajů představuje více než 90 % případů infekce. Nejvyšší riziko se pojí s análním stykem, jelikož při něm často dochází k narušení sliznice. Z tohoto důvodu je homosexuální styk považován za jednu z nejrizikovějších forem přenosu. V rámci heterosexuálních vztahů je vyšší pravděpodobnost přenosu z muže na ženu než naopak. Riziko nákazy při orálním sexu je nejnižší, přičemž líbání je považováno za bezpečné, pokud nedojde ke krvácení v ústní dutině (Jilich a Kulířová, 2014).

## 1.6 Klinický obraz a průběh onemocnění

Středisko pro boj proti nemocem s názvem Centre for Diseases Control (dále jen v textu CDC) zmiňuje, že bez adekvátní léčby HIV infekce obvykle postupuje třemi hlavními stadii, avšak moderní antiretrovirová terapie umožňuje výrazně zpomalit nebo zcela zabránit progresi do pokročilejších stádií. Vývoj této léčby tak přispěl ke snížení výskytu pokročilého třetího stádia infekce, tedy syndromu získaného selhání imunity (AIDS) (CDC, 2025). Dospělí jedinci s HIV jsou podle stavu onemocnění zařazováni do devíti skupin, které vyplývají z kombinace tří klinických kategorií (A, B, C) a tří laboratorních kategorií (viz tabulka 1 a tabulka 2), což vytváří kombinace A1 až C3. Skupiny C1, C2 a C3 splňují kritéria pro diagnózu AIDS, přičemž reklasifikace do nižší kategorie není v toto případě možná. Tento klasifikační systém odráží stav a průběh infekce (Kapounová, 2020).

Zařazení k laboratorním kategoriím 1-3 určuje absolutní počet CD4+ lymfocytů (viz tabulka 1), zařazení do klinických kategorií A-C odpovídá přirozenému vývoji infekce HIV (viz tabulka 2). Kombinací klinických a laboratorních kategorií vznikne 9 možných variant: A1, A2, A3, B1, B2, B3, C1, C2, C3. Nejčastěji se vyskytují skupiny A1, B2 a C3, pokud klinický stav odpovídá imunologickým nálezům (Rozsypal, 2015).

Tabulka 1 Klasifikace infekce HIV podle CDC 1993 - laboratorní kategorie

| Kategorie | absolutní počet CD4+ lymfocytů /mm <sup>3</sup> | relativní počet CD4+ lymfocytů (%) |
|-----------|-------------------------------------------------|------------------------------------|
| 1         | ≥ 500                                           | > 28                               |
| 2         | 200–499                                         | 14–28                              |
| 3         | < 200                                           | < 14                               |

(CDC: 1993)

Tabulka 2 Klasifikace infekce HIV podle CDC 1993 - klinické kategorie

| Klinická kategorie          | Diagnóza                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A<br>Asymptomatické stadium | Akutní (primární) HIV infekce<br>Asymptomatická HIV infekce<br>Perzistující generalizovaná lymfadenopatie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| B<br>Symptomatické stadium  | Horečka více než 38,5 °C déle než měsíc, průjem déle než měsíc<br>Orofaryngeální kandidóza<br>Vulvovaginální kandidóza (chronická nebo obtížně léčitelná)<br>Herpes zoster recidivující<br>Orální „vlasatá“ leukoplakie<br>Lymfoidní intersticiální pneumonitida<br>Cervikální dysplazie nebo Ca in situ<br>Zánětlivá onemocnění malé pánve<br>Listerióza<br>Bacilární angiomatóza<br>Trombocytopenická purpura<br>Periferní neuropatie                                                                                  |
| C<br>Stadium AIDS           | Pneumocystová pneumonie<br>Toxoplasmová encefalitida<br>Ezofageální, tracheální, bronchiální nebo plicní kandidóza<br>Chronický anální herpes simplex nebo herpetická bronchitida, pneumonie nebo ezofagitida<br>CMV retinitida<br>Generalizovaná CMV infekce (kromě jater, sleziny a lymfatických uzlin)<br>Progresivní multifokální leukoencefalopatie<br>Recidivující pneumonie (2 a více epizod za rok)<br>Recidivující salmonelová bakteriémie<br>Chronická intestinální kryptosporidióza (průjem déle než 1 měsíc) |

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Extrapulmonální kryptokoková infekce<br>Diseminovaná nebo extrapulmonální histoplazmóza<br>Diseminovaná kokcidioidomykóza<br>Tuberkulóza<br>Diseminovaná nebo extrapulmonální mykobakteriíza<br>Kaposiho sarkom<br>Maligní lymfomy (Burkittův, imunoblastický)<br>Primární lymfom mozku<br>Invazivní karcinom děložního hrdla<br>HIV encefalopatie (AIDS demence)<br>Wasting syndrom (slim disease)<br>(CDC, 1993) |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### 1.6.1 Klinická kategorie A (viz tab. 2)

**Primární infekce HIV (akutní retrovirový syndrom)** se typicky rozvíjí 2 – 4 týdny po expozici viru a klinicky se často manifestuje nespecifickými příznaky podobnými chřipce nebo infekční mononukleóze, včetně přechodné kožní vyrážky. V řadě případů však může primární infekce proběhnout i zcela bezpříznakově (Rozsypal et al., 2013).

Akutní primoinfekce HIV se v přibližně 50 % případů projevuje nespecifickými příznaky, mezi které patří zejména horečka, kožní vyrážka, afty v ústech, artralgie, faryngitida, snížená chuť k jídlu, úbytek hmotnosti, nauzea a myalgie (Prins et al., 2017).

### 1.6.2 Klinická kategorie B (viz tab. 2)

Při poklesu CD4<sup>+</sup> lymfocytů < 500 buněk/μl (laboratorní kategorie 2 – viz tab. 1) obvykle dochází k přechodu do časného symptomatického stadia, které se projevuje tzv. „malými“ oportunními infekcemi (Rozsypal et al., 2013; Hoffman a Rockstroh, 2015).

U mnoha pacientů je prvním podnětem k provedení testu na protilátky na anti-HIV až rozvoj infekční komplikace, přičemž pozitivní výsledek následně odhalí skutečnou příčinu poruchy imunitního systému. Klinické projevy těchto infekcí jsou podobné jako u HIV-negativních jedinců, přičemž mezi nejčastější patří orofaryngeální kandidóza, kandidová vulvovaginitida a herpes zoster. V této fázi onemocnění infekční komplikace ještě nepředstavují závažný problém, protože imunitní systém si zachovává relativně dobrou funkčnost. Tyto infekce lze obvykle zvládnout standardní antibiotickou terapií. Je však důležité je léčit včas a účinně, aby nedocházelo k nadměrné a dlouhodobé aktivaci imunitního systému, která by mohla urychlit replikaci HIV. Kromě infekčních komplikací se mohou objevit také trombocytopenie, periferní neuropatie (zejména dolních končetin)

a další projevy. S postupujícím onemocněním dále narůstá imunologická insuficience a klesá absolutní i relativní počet CD4<sup>+</sup> lymfocytů (Hoffman a Rockstroh, 2015; Snopková, 2017).

### 1.6.3 Klinická kategorie C (viz tab. 2)

Při poklesu CD4<sup>+</sup> lymfocytů pod 200 buněk/ $\mu$ l (laboratorní kategorie 3 – viz tab. 1) se HIV infekce dostává do pokročilého symptomatického stadia, které je charakterizováno výskytem AIDS-definujících onemocnění. Mezi ně patří závažné oportunní infekce, nádory spojené s HIV, wasting syndrom (celkové chátrání) a HIV encefalopatie (Hoffman a Rockstroh, 2015; Rozsypal et al., 2013). Tato fáze onemocnění odráží hlubokou imunodeficienci a vyžaduje intenzivní léčbu a profylaxi komplikací.

## 1.7 Diagnostika viru HIV

V České republice je systém testování na HIV infekci založen na principech dobrovolnosti, anonymity (na vyžádání) a bezplatnosti. Podle Navrátila (2008) toto vyšetření provádějí především krajské hygienické stanice, specializovaná AIDS centra a vybrané laboratoře infekčního lékařství, přičemž výsledek screeningového testu je obvykle k dispozici do 7 dnů, zatímco rychlé testy poskytují orientační výsledky do 90 minut.

### 1.7.1 Klinická diagnostika viru HIV

Klinická diagnostika HIV/AIDS vychází z komplexního vyhodnocení anamnestických údajů, pečlivého fyzikálního vyšetření a identifikace typických klinických příznaků onemocnění. Jak podrobně popisuje Rovenský et al., (2006), u pacientů s pokročilým stadiem HIV infekce dominují v klinickém obraze především oportunní infekce a nádorová onemocnění, které jsou přímým důsledkem těžké imunosuprese. Mezi nejčastější a klinicky nejvýznamnější oportunní infekce patří pneumonie způsobená *Pneumocystis jirovecii*, jež se vyskytuje až u poloviny pacientů s AIDS. Závažným neurologickým projevem je HIV asociovaná neurokognitivní porucha, která postihuje přibližně dvě třetiny pacientů a projevuje se progresivní demencí, poruchami paměti a výrazným zpomalením psychomotorického tempa. Tyto neurologické komplikace jsou přímým důsledkem poškození gliových buněk a neuronů v CNS virem HIV (Rovenský et al., 2006).

### 1.7.2 Laboratorní diagnostika viru HIV

Laboratorní diagnostika HIV/AIDS infekce představuje sofistikovaný systém metod zaměřených na přímý průkaz viru, kvantifikaci virové nálože a přesné hodnocení stupně imunodeficiency. Základním diagnostickým pilířem jsou sérologické metody, konkrétně screeningové testy (ELISA, chemiluminiscenční testy) detekující protilátky proti HIV. Moderní testy čtvrté generace, které kombinují detekci protilátek (anti-HIV) a antigenu proteinu p24, umožňují zachytit infekci již 2-3 týdny po expozici (Weiss, 2010). Každý pozitivní výsledek screeningového testu musí být následně ověřen konfirmačním testem Western blotem nebo imunoblotem, jež detekují protilátky proti specifickým virovým proteinům (gp120, gp41, p24).

V moderní diagnostice HIV infekce představuje kvantitativní stanovení virové RNA pomocí polymerázové řetězcové reakce (PCR) zásadní diagnostický nástroj. Tato metoda, jak uvádí Weiss (2010), je nezbytná ze tří klíčových důvodů: za prvé umožňuje časnou detekci infekce ještě v tzv. diagnostickém okénku před sérokonverzí, za druhé poskytuje přesné údaje pro monitorování účinnosti antiretrovirové terapie a za třetí je kriticky důležitá pro diagnostiku perinatálních infekcí.

## 1.8 Terapie onemocnění HIV a AIDS

Hlavním cílem léčby HIV je zabránit progresi onemocnění do jeho konečného stádia, tedy syndromu získaného selhání imunity (AIDS). Jakmile HIV infekce dosáhne této fáze, prognóza pacienta se výrazně zhoršuje a délka jeho života je značně omezená. Díky včasné diagnostice a účinné antiretrovirové terapii lze však rozvoj AIDS oddálit nebo mu zcela předejít, což zásadně ovlivňuje kvalitu i délku života infikovaných osob.

První účinný antiretrovirový lék, **zidovudin (AZT, azidothymidin)**, byl vyvinut již v roce 1985 a do klinické praxe zaveden v roce 1987 (Svoboda, 1996). Tento přípravek se dodnes používá jako součást některých léčebných režimů. Jeho terapeutický účinek se projevuje zlepšením klinického stavu pacientů, redukcí symptomů onemocnění, zvýšením tělesné hmotnosti, eliminací oportunních infekcí a prodloužením délky života (Černý a Machala, 2007). Nicméně tato léčba je spojena s řadou nežádoucích účinků, včetně výrazné toxicity antiretrovirotik, časté nesnášenlivosti medikace, hematologických poruch (zejména útlumu krvetvorby) a potenciálního poškození jaterních a renálních funkcí (Černý a Machala, 2007). Podle Jilicha a Kulířové (2014) od té doby došlo k významnému rozšíření

terapeutických možností, přičemž byly vyvinuty nové léky ze šesti různých farmakologických skupin.

Od druhé poloviny 90. let 20. století se v léčbě HIV uplatňuje princip **vysoce aktivní antiretrovirové terapie (HAART, Highly Active AntiRetroviral Therapy)**, která je v současnosti častěji označována jako **kombinovaná antiretrovirová terapie (cART, combination AntiRetroviral Therapy)**. Tento přístup představuje nejúčinnější metodu potlačení virové replikace a spočívá v současném podávání **tří antiretrovirotik ze dvou různých skupin** – obvykle dvou **nukleosidovými inhibitory reverzní transkriptázy (NRTI)** a jedním **inhibitorem proteázy (PI)** (Jilich a Kulířová, 2014).

Standardní antiretrovirová léčba vždy zahrnuje kombinaci nejméně **tří účinných látek**. Některé moderní preparáty obsahují v jedné tabletě více léčivých složek nebo dokonce jejich kombinace. Při absenci rozvoje lékové rezistence může pacient tuto terapii užívat po desetiletí. V případě přerušení léčby však existuje vysoké riziko, že virová nálož vzroste během několika dní, obvykle provázené poklesem počtu CD4<sup>+</sup> buněk a zvýšeným rizikem vzniku rezistence na používané léky (Jilich a Kulířová, 2014; Collins, 2016).

Collins (2016) uvádí, že léčba by měla být zahájena okamžitě po stanovení diagnózy HIV infekce, avšak pouze za předpokladu, že je pacient psychicky připraven přijmout svůj zdravotní stav. Kombinovaná antiretrovirová terapie (cART) představuje léčbu pro HIV pozitivní jedince, která významně snižuje mortalitu spojenou s touto infekcí. Mechanismus účinku spočívá v potlačení replikace viru a snížení virové nálože na minimální hodnoty. Díky tomuto účinku umožňuje cART obnovu populace CD4<sup>+</sup> lymfocytů, zatímco bez léčby dochází k postupnému vyčerpání imunitního systému.

Účinnost antiretrovirové léčby lze objektivně hodnotit pomocí několika parametrů, zejména stanovením virové nálože, tedy množství HIV RNA v plazmě, monitorováním hladiny CD4<sup>+</sup> T-lymfocytů a hodnocením klinického stavu pacienta (Beneš, 2009). Před zahájením terapie je nezbytné pečlivě zvážit potenciální přínosy vůči možným rizikům léčby.

I přes pokroky v léčbě HIV současná antiretrovirotika neumožňují úplné vyléčení infekce, neboť neexistuje látka schopná zcela eliminovat virus z organismu. Zásadní přínos terapie spočívá v prodloužení a zkvalitnění života pacientů, což je však vyváženo řadou limitů. Mezi hlavní problémy patří výskyt nežádoucích účinků, lékové interakce a vysoké nároky na adherenci k léčbě (Beneš, 2009).

Nedodržení léčebného režimu, včetně vynechání i několika dávek, může vést k rozvoji virové rezistence v důsledku selekce mutantních kmenů HIV. Toto riziko je nutné pacientovi předem vysvětlit. Dalším významným aspektem je ekonomická náročnost dlouhodobé terapie, která představuje další limitující faktor (Beneš, 2009).

Součástí léčebného managementu HIV pozitivních pacientů je rovněž terapie oportunních infekcí pomocí vhodně zvolených antimikrobiálních látek spolu s řešením přidružených symptomů. Při iniciaci kombinované antiretrovirové terapie (cART) u nově diagnostikovaných pacientů, která se obvykle zahajuje s určitým časovým odstupem od stanovení diagnózy, nemusí dojít k bezprostřednímu ovlivnění akutních komplikací, avšak tento přístup významně zlepšuje dlouhodobou prognózu a kvalitu života nemocných (Rozsypal, 2015).

### **1.8.1 Podpůrná terapie**

Významnou součástí péče o HIV pozitivní pacienty je léčba a prevence oportunních infekcí, které vznikají v důsledku oslabení imunitního systému. Tyto infekce se nejčastěji vyskytují v oblasti trávicího traktu, dýchacích cest a centrální nervové soustavy. Při poklesu buněčné imunity se zahajuje preventivní léčba pomocí chemoterapeutik, která slouží k zabránění vzniku infekcí. Primární profylaxe se zaměřuje především na prevenci pneumocystové pneumonie, mykotických a bakteriálních infekcí, toxoplazmové encefalitidy, rozšířené mykobakteriózy a závažných komplikací způsobených cytomegalovirem (Černý a Machala, 2007).

Podpůrná terapie u HIV pozitivních osob zahrnuje především posilování imunitního systému, přičemž klíčovou roli hraje zdravý životní styl, který tvoří nedílnou součást léčby. U této skupiny pacientů se často objevuje nedostatek některých vitamínů, zejména skupiny B, C, kyseliny listové, vitamínu A, D a E. Užívání návykových látek, jako je alkohol, tabák nebo drogy, negativně ovlivňuje imunitní obranyschopnost organismu (ČSAP, 2016).

Součástí terapeutického přístupu u HIV pozitivních osob je i léčba oportunních infekcí, která spočívá v podávání protimikrobiálních chemoterapeutik. Dále je potřeba zaměřit se na tlumení dalších přidružených příznaků. U pacientů, u nichž je infekce nově diagnostikována, se zahájení kombinované antiretrovirové terapie (cART) často oddaluje. I když tato léčba neřeší okamžité komplikace, výrazně zlepšuje dlouhodobý výhled pacienta (Rozsypal, 2015).

Zdravá a nutričně vyvážená strava hraje významnou roli v podpoře celkového zdraví a kvality života osob žijících s HIV. Doporučuje se pravidelně monitorovat tělesnou hmotnost, ideálně v intervalu tří týdnů, aby bylo možné včas zachytit případné změny, zejména neúmyslný úbytek hmotnosti. Stravování by mělo být pravidelné, pestré a přiměřené aktuálním potřebám organismu. Nedílnou součástí výživových doporučení je i adekvátní příjem tekutin – upřednostňovány jsou neslazené nápoje, přičemž denní doporučený objem činí přibližně dva litry (Národní program boje proti AIDS, 2015).

Významnou roli v podpoře celkového zdraví hraje fyzická aktivita. Pravidelný pohyb podporuje spalování tuků, posiluje kostní strukturu, reguluje hladinu cukru v krvi, zvyšuje imunitní obranyschopnost a zlepšuje kvalitu spánku i psychickou pohodu (Národní program boje proti AIDS, 2015).

## **1.9 Prevence nákazy HIV**

World Health Organization (dále v textu jen WHO) uvádí, že HIV je onemocnění, kterému lze v mnoha případech účinně předcházet. Mezi základní preventivní opatření patří používání mužských nebo ženských kondomů při pohlavním styku, pravidelné testování na HIV a další pohlavně přenosné infekce, dobrovolná lékařská obřízka u mužů a využívání služeb zaměřených na snižování rizik (tzv. harm reduction), které jsou určeny pro osoby užívající drogy injekční formou (WHO, 2024a).

V rámci prevence mohou lékaři doporučit i specifické léčebné a zdravotnické prostředky, jako jsou antiretrovirové léky (např. PrEP nebo dlouhodobě působící přípravky), dále dapivirinové vaginální kroužky či injekční forma dlouhodobě účinného kabotekraviru (WHO, 2024a).

Osoby, které podstupují antiretrovirovou terapii (ART) a mají potlačenou virovou nálož v krvi, nepřenášejí virus na své sexuální partnery. Klíčovým nástrojem v prevenci šíření HIV je proto dostupnost testování a zahájení včasné léčby (WHO, 2024a).

### **1.9.1 Prevence sexuálního přenosu viru HIV**

Mezi nejúčinnější způsoby prevence přenosu HIV patří zachovávání věrnosti jednomu sexuálnímu partnerovi. Další možností je využívání zásad bezpečného sexu, kam se řadí nejen nekoitální sexuální praktiky, ale především pravidelné používání kondomu a lubrikačního gelu při každém pohlavním styku. Používání kondomu je považováno

za projev osobní zodpovědnosti, vyspělosti, inteligence a informovanosti. Nejvhodnější je volit značkové kondomy s ověřenou spolehlivostí, které jsou označeny certifikací CE. V případě análního styku se doporučuje použití kondomů se zvýšenou pevností (extra strong). Také orální sex představuje určité riziko přenosu HIV, proto se doporučuje použití kondomu u mužů a latexového pesaru u žen (Kapounová, 2007).

### **1.9.2 Prevence perinatálního přenosu viru HIV**

K nejčinnějším opatřením pro prevenci přenosu HIV z matky na dítě patří především podávání antiretrovirové terapie, provedení císařského řezu před protržením plodových obalů a zákaz kojení. Přestože jsou tato opatření během těhotenství klíčová, nejdůležitější prevencí je zabránění infekci již před samotným početím. Optimální je zahájit primární prevenci již u dospívajících dívek a žen v reprodukčním věku. V případech, kdy primární prevence selže, je důležité alespoň poskytovat informace o rizicích neplánovaného těhotenství (Zeichner a Read, 2006).

### **1.9.3 První pomoc při poranění o infikovanou jehlu**

V případě, že dojde k poranění zdravotnického pracovníka při poskytování péče nebo manipulaci s biologickým materiálem a současně ke kontaktu rány s potenciálně infekčním materiálem, je nutné postupovat podle stanovených doporučení. Rána by nejprve měla několik minut volně krváčet, následně je nutné ji po dobu přibližně deseti minut důkladně omývat vodou a mýdlem a poté ošetřit vhodným dezinfekčním prostředkem. K dezinfekci kůže a sliznic se používají přípravky s virucidní účinností určené na obalené viry, které jsou registrovány jako biocidní přípravky dle zákona č. 120/2002 Sb. nebo jako zdravotnické prostředky podle zákona č. 268/2014 Sb. V případě drobných poranění, která nekrvácí, je vhodné ránu ihned začít vyplachovat nebo pokusit krvácení vyvolat. Každé takové poranění musí být zaznamenáno v souladu s platnými bezpečnostními předpisy (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2016).

Po poranění potenciálně kontaminovaným biologickým materiálem je nezbytné neprodleně vyhledat lékařskou pomoc, ideálně na infekčním oddělení. Lékař provede komplexní vyšetření zaměřené na možné nákazy, včetně HIV a virových hepatitid A, B a C. Součástí péče je vyhodnocení imunitního statusu pacienta, aplikace kombinované vakcinace proti hepatitidám A a B a v indikovaných případech zahájení postexpoziční profylaxe (PEP)

antiretrovirovými léky. Účinnost PEP je nejvyšší při zahájení do 2 hodin od expozice, maximálně však do 72 hodin (Snopková et al., 2019).

Ve starší literatuře Haliřová (2004) popisuje podobný postup, kdy je doporučeno nechat ránu volně krváčet, následně ji vyplachovat mýdlem a dezinfikovat (např. Jodisolem nebo 0,2% Persterilem). Autorka rovněž zdůrazňuje nutnost okamžitého kontaktu s infektologem. Novější doporučení však více specifikují použití virucidních přípravků registrovaných dle zákonů o biocidech a zdravotnických prostředcích a rozlišují povinnost hlášení a odborného posouzení stavu zdravotníkem.

## 2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTY S HIV

S postupem času se nejen zkvalitnila samotná ošetrovatelská péče o HIV pozitivní pacienty, ale proměnil se i přístup zdravotnického personálu. Dřívější předsudky, nejistoty a obavy byly postupně nahrazovány profesionálním, empatickým a důstojným přístupem. Tento posun je výsledkem jak lepší informovanosti a osvěty, tak i praktických zkušeností, které sestry a další zdravotníci získávají při každodenní péči o různé skupiny pacientů, včetně těch s infekčními onemocněními, jako je HIV. Všeobecné sestry jsou tak dnes lépe připraveny poskytovat péči, která respektuje individualitu a potřeby každého pacienta, přičemž kladou důraz na bezpečnost, etické zásady a lidskou důstojnost.

### 2.1 Bariérová ošetrovatelská péče o pacienty s HIV

Bariérová ošetrovatelská péče představuje efektivní preventivní opatření v rámci zamezení přenosu nozokomiálních nákaz, a to nejen u pacientů s infekčním onemocněním. Přestože se tento přístup může jevit jako ekonomicky náročný, z dlouhodobého hlediska přispívá ke snížení nákladů spojených s léčbou těchto nákaz. Mezi její klíčové zásady patří například stavebně-technické členění pracoviště na čisté a kontaminované zóny, důsledné používání osobních ochranných pomůcek, individualizace pomůcek pro konkrétního pacienta, správná hygiena rukou, osobní hygiena zdravotnického personálu a také dodržování standardních hygienicko-epidemiologických postupů (Burda a Šolcová, 2015).

Jedním z klíčových prvků tohoto přístupu je důraz na osobní hygienu a používání vyhrazených prostor, jako jsou filtry či šatny. Tyto prostory musí být pravidelně čistěny a udržovány ve vysokém hygienickém standardu (Kapounová, 2007). Zajištění čistého prostředí významně přispívá k prevenci infekcí.

Personál by měl nosit ochranný oděv určený výhradně pro dané pracoviště. V případě, že je potřeba pracovat na jiném oddělení, je nutné využít místní ochranné pomůcky. Zvýšenou ochranu je nutné dodržet zejména při manipulaci s biologickým materiálem, při hygieně pacienta nebo převlékání lůžka, kdy je kontakt s potenciálně infekčním materiálem nejpravděpodobnější (Kapounová, 2007).

Dalším důležitým pravidlem je správné převlékání při opuštění rizikových prostor, jako jsou izolační pokoje nebo operační sály. Ochranné rukavice a roušky se používají vždy, když hrozí kontakt s tělesnými tekutinami, porušenou kůží nebo dutinami organismu, což snižuje možnost přenosu infekce (Kapounová, 2007).

## **2.2 Psychologické a komunikační aspekty ošetrovatelské péče o HIV pozitivního pacienta**

Psychologické a komunikační aspekty ošetrovatelské péče o HIV pozitivní pacienty jsou klíčové pro zajištění kvalitní péče a zlepšení adherence k léčbě. Kvalitní komunikace a individuální přístup zdravotnického personálu mohou výrazně ovlivnit psychickou pohodu pacientů a jejich ochotu spolupracovat na léčbě (Frei, 2023).

Podle článku publikovaného v časopise Florence je adherence k léčbě u HIV pozitivních pacientů úzce spojena s kvalitou komunikace mezi pacientem a zdravotnickým personálem. Sestry by měly využívat zásady efektivní komunikace, projevovat empatii a akceptaci, a přistupovat k pacientům individuálně s ohledem na jejich potřeby. Takový přístup pomáhá eliminovat strach a úzkost z neznámého, což je důležité pro udržení kvalitního profesionálního vztahu a vysoké adherence k léčbě (Frei, 2023).

Psychologické intervence prováděné sestrami, jako jsou edukace, motivační rozhovory a kognitivně-behaviorální terapie, mohou pozitivně ovlivnit kvalitu života HIV pozitivních pacientů. Tyto intervence pomáhají zlepšit adherenci k léčbě, zvládat symptomy a vedlejší účinky, a snižovat rizikové chování pacientů (Davoudi et al., 2023).

## **2.3 Stigmatizace a její dopad na péči o HIV pozitivního pacienta**

Stigmatizace spojená s HIV představuje závažný společenský i zdravotnický problém, který významně ovlivňuje kvalitu života nemocných, jejich psychický stav i ochotu vyhledat léčbu. Negativní postoje vůči osobám žijícím s HIV často pramení z nedostatečné informovanosti, strachu z přenosu infekce a zakořeněných předsudků. Tyto postoje mohou být přítomny nejen v širší společnosti, ale také mezi zdravotnickými pracovníky, což může vést ke zhoršení kvality poskytované péče (Černý a Machala, 2007).

HIV pozitivní osoby často čelí stigmatizaci a diskriminaci v rámci zdravotnických zařízení, což může mít negativní dopad na jejich přístup k péči a celkové zdraví. Tato diskriminace se může projevovat různými způsoby, včetně odmítání služeb, nevhodného chování zdravotnického personálu nebo porušování důvěrnosti. Takové jednání nejenže porušuje základní lidská práva pacientů, ale také podkopává důvěru ve zdravotnický systém a může vést k odkladu nebo úplnému vyhýbání se potřebné péči. WHO zdůrazňuje, že je nezbytné implementovat opatření zaměřená na snížení stigmatizace a diskriminace, aby bylo

zajištěno, že všechny osoby žijící s HIV mají rovný přístup ke kvalitní zdravotní péči bez obav z odmítnutí nebo nespravedlivého zacházení (WHO, 2024b).

Podle Holzemera et al., (2007), který se podílel na vývoji a validaci nástroje pro měření stigmatizace HIV pozitivních osob (HIV/AIDS Stigma Instrument – PWLA, zkráceně HASI-P), se stigma u lidí žijících s HIV projevuje v šesti klíčových oblastech: verbální zneužívání, negativní sebehodnocení, zanedbání péče, sociální izolace, strach z nákazy a pracovní diskriminace. Výsledky tohoto nástroje ukazují, že vnitřní (internalizované) stigma bývá často silnější než stigma projevené. Nástroj HASI-P rovněž prokázal silnou korelaci s mírou symptomů a kvalitou života pacientů, a lze jej proto efektivně využít k hodnocení dopadu stigmatizace napříč kulturami i v rámci ošetrovatelské péče.

Ošetrovatelský personál tak hraje klíčovou roli nejen v odborné péči, ale také v prevenci a zmírňování stigmatizace. Důraz by měl být kladen na informovanost zdravotníků, kultivaci respektující komunikace, budování důvěry a vytvoření bezpečného prostředí pro pacienta. Empatický přístup bez předsudků, respekt k pacientovu soukromí a otevřená komunikace jsou zásadní pro zajištění kvalitní péče a podporu duševního zdraví pacientů (Rozsypal, 2015).

### **2.3.1 Opatření zabráňující přenosu HIV infekce ve zdravotnictví**

Podle doporučení Ministerstva zdravotnictví České republiky je při péči o HIV pozitivní nezbytné důsledně dodržovat hygienicko-epidemiologický režim. Ten zahrnuje bezpečnou manipulaci s biologickým materiálem, používání osobních ochranných pomůcek (rukavice, ústenky, pláště, případně obličejové štíty) a správné zacházení s kontaminovanými zdravotnickými pomůckami. Všechny tyto pomůcky musí být po použití bezpečně zabaleny a označeny jako infekční, a to bez ohledu na to, zda budou zlikvidovány nebo sterilizovány (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2016; Hájek, 2004).

Dále je nutné striktně dodržovat postupy dekontaminace, dezinfekce a sterilizace dle vyhlášky č. 440/2000 Sb., přičemž mají být využívány výhradně virucidní prostředky. V prostorách, kde se manipuluje s biologickým materiálem, je zakázáno jíst, pít, kouřit a přijímat návštěvy. Ostrý infekční materiál je nutné po použití ihned uložit do bezpečných nádob určených ke spalování (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2003).

Zdravotnický personál musí dbát na to, aby se během výkonu nedotýkal očí, nosu ani jiných sliznic a po kontaktu s biologickým materiálem si vždy provést dezinfekci rukou.

Důležité je také používat přístroje, které lze snadno dekontaminovat, zejména při procedurách, které jsou napojeny na krevní oběh pacienta (Hájek, 2004).

Důsledné dodržování mlčenlivosti o HIV statusu pacienta je zásadní, neboť diagnóza je považována za lékařské tajemství. Informace o ní smí být sdělovány pouze osobám, které k tomu pacient sám určil. Ochrana soukromí a důvěrnosti informací je navíc v souladu s antidiskriminačním zákonem (ČESKO, 2009). Vzhledem k psychické zátěži onemocnění je vhodné sledovat psychický stav nemocného a v případě potřeby zapojit psychologa.

Při chirurgických výkonech se obvyklá hygienická opatření doplňují o zvýšenou ochranu – lékaři často operují ve dvou vrstvách rukavic, používají nepropustné oděvy a k ochraně očí obličejové štíty. Jehly jsou uchopovány nástroji, nikoliv prsty, aby se snížilo riziko poranění. V případě, že by došlo ke kontaktu s infekční krví, je na místě odborná konzultace a případná postexpoziční profylaxe (Hájek, 2004).

Ošetrovatelská péče o HIV pozitivní těhotné ženy má svá specifika. Porod je většinou plánován formou císařského řezu ve 38. týdnu těhotenství a pacientce jsou během porodu podávány antiretrovirové léky. Novorozenec není kojen a po porodu dostává antiretrovirové suspenze. Následně je pravidelně sledován screeningovými testy na přítomnost anti-HIV protilátek. Pokud je test v 18. měsíci života negativní, je dítě považováno za HIV negativní a vyřazeno z evidence HIV centra (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2016).

### **2.3.2 Hygienická mytí rukou ošetřujícího personálu**

Správná hygiena rukou představuje klíčové opatření v prevenci šíření infekcí ve zdravotnickém prostředí. K mytí rukou se používá tekuté mýdlo z dávkovačů umístěných přímo u umyvadel a teplá, nikoli horká voda, jelikož opakovaný kontakt s horkou vodou může poškodit pokožku. Po umytí následuje osušení pomocí jednorázových papírových ručníků uložených v krytých zásobnících (Kachlová a Plevová, 2022).

Mechanické mytí rukou (MMR), které by mělo trvat 40 – 60 sekund, slouží k odstranění viditelných nečistot a částečně i přechodné mikroflóry. Během této procedury je důležité předcházet kontaminaci pracovního oděvu i okolního prostředí (Kachlová a Plevová, 2022).

Hygienická dezinfekce rukou (HDR) slouží k odstranění přechodné mikroflóry a přerušení přenosových cest mikroorganismů. Provádí se aplikací přibližně 3 ml alkoholového dezinfekčního přípravku (např. gel, pěna nebo roztok) na čisté, suché ruce.

---

Přípravek se rovnoměrně roztírá pomocí správné techniky po dobu 30 až 60 sekund. Dávkovače dezinfekce musí být řádně označené a přípravky by se neměly kombinovat s mýdlem, protože by mohlo dojít ke snížení jejich účinku. Pokud není možné použití alkoholové dezinfekce, doporučuje se mytí rukou mýdlem a vodou. Alternativně lze HDR provést ponořením rukou do dezinfekčního roztoku, po kterém následuje opláchnutí pitnou vodou a osušení jednorázovým ručníkem (Kachlová a Plevová, 2022; WHO, 2009).

## **II PRAKTICKÁ ČÁST**

### 3 METODIKA

Praktická část bakalářské práce se zaměřuje na zjištění zkušeností, postojů a úrovně znalostí všeobecných sester při poskytování ošetrovatelské péče HIV pozitivním pacientům. Výzkum vychází z kvalitativního designu, konkrétně z metody polostrukturovaného rozhovoru, který umožňuje pružně reagovat na odpovědi participantek a zároveň udržet rozhovor v tematickém rámci. Tato metoda byla zvolena s ohledem na citlivost tématu a potřebu zachytit hloubku osobních postojů, zkušeností a vnímání ze strany participantek.

#### 3.1 Výzkumné cíle

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit, jaké mají všeobecné sestry znalosti, zkušenosti a postoje v souvislosti s ošetrovatelskou péčí o HIV pozitivní pacienty.

Hlavní cíl praktické části se dále dělí do dílčích cílů, které jsou rozděleny do oblastí znalostí o HIV, poskytování ošetrovatelské péče a postojů k HIV pozitivním pacientům.

Dílčí cíle:

- Cíl č. 1: Zjistit, jaké mají všeobecné sestry povědomí o způsobech přenosu HIV a o prevenci přenosu v rámci ošetrovatelské péče.
- Cíl č. 2: Zjistit, zda a jak sestry využívají bariérovou ošetrovatelskou péči při práci s HIV pozitivními pacienty.
- Cíl č. 3: Zjistit, zda sestry volí specifické ošetrovatelské postupy při péči o HIV pozitivního pacienta oproti ostatním pacientům.
- Cíl č. 4: Zjistit, jaké pocity a postoje mají sestry při poskytování péče HIV pozitivním pacientům.

#### 3.2 Charakteristika participantek a výzkumného prostředí

Participantky výzkumného šetření tvoří všeobecné sestry zaměstnané na různých lůžkových odděleních v nemocnicích.

Základní informace o participantkách jsou uvedeny v tabulce č. 3.

Tabulka 3 Charakteristika participantek

| Označení participantek | Fiktivní jméno | Věk | Oddělení                 | Praxe a daném odd. |
|------------------------|----------------|-----|--------------------------|--------------------|
| P1                     | Pavčina        | 27  | Interní oddělení         | 4 roky             |
| P2                     | Michaela       | 25  | Infekční oddělení        | 4 roky             |
| P3                     | Eva            | 29  | Geriatrické oddělení     | 7 let              |
| P4                     | Daniela        | 31  | Traumatologické oddělení | 8 let              |
| P5                     | Lucie          | 48  | Chirurgické oddělení     | 21 let             |

(zdroj; vlastní)

### 3.3 Technika výzkumu

Kvalitativní výzkum není zaměřen na kvantitativní srovnávání jevů pomocí číselného měření, ale klade důraz na zkoumání daných jevů a problémů v jejich přirozeném prostředí. Jeho hlavním cílem je hlubší porozumění dané problematice prostřednictvím sběru podrobných a bohatých dat, přičemž významnou roli hraje interakce mezi výzkumníkem a účastníkem výzkumu (Švaříček et al., 2007). V této bakalářské práci byl zvolen **kvalitativní výzkumný přístup**, konkrétně metoda **polostrukurovaného rozhovoru**, který patří mezi nejčastěji používané techniky v kvalitativním šetření. Tato metoda umožňuje flexibilní vedení rozhovoru, při němž se otázky mohou přizpůsobovat průběhu konverzace. Jak uvádějí Švaříček et al., (2007), kvalitativní výzkum lze charakterizovat třemi základními kroky: volbou výzkumného tématu, následnou zpracováním a interpretací dat se závěrečným vyhodnocením získaných poznatků. Cílem polostrukurovaných rozhovorů je získání hlubokého porozumění zkoumanému jevu, přičemž analýza a interpretace probíhá na základě vypovědí jednotlivých participantů (Švaříček et al., 2007).

Pro účely výzkumného šetření byla zvolena kvalitativní metoda, konkrétně technika polostrukurovaného rozhovoru. Tento typ rozhovoru se opírá o předem připravený soubor

otázek, které však nejsou striktně pevně dané, což umožňuje větší flexibilitu během samotného vedení rozhovoru. Otázky mohou být kladeny v libovolném pořadí a dle potřeby mohou být rozšířeny o doplňující dotazy, čímž je možné lépe reagovat na konkrétní odpovědi participantů a podrobněji prozkoumat zkoumané téma. Tento přístup poskytuje prostor pro hlubší porozumění postojům a zkušenostem jednotlivých participantů (Kutnohorská, 2009).

### 3.4 Charakteristika rozhovoru

Rozhovory byly realizovány formou videohovoru v domácím prostředí, a to na základě předchozí domluvy s jednotlivými participantky, které pracují na různých lůžkových oddělení v nemocničním zařízení. Délka rozhovorů se pohybovala v rozmezí 15 – 20 minut. Rozhovor se skládal ze čtrnácti základních otázek, ze kterých vznikl polostrukturovaný rozhovor.

Otázky byly pokládány autorkou práce dle předem připraveného scénáře, který vycházel z výzkumných cílů. V případě potřeby byly doplněny doplňujícími či upřesňujícími otázky, které sloužily k hlubšímu porozumění nebo rozvinutí tématu, aby byly důsledně naplněny stanovené dílčí cíle výzkumu.

### 3.5 Organizace výzkumu

Výzkumné šetření probíhalo v období března a dubna 2025 formou kvalitativního výzkumu. Účastnicemi byly všeobecné sestry, které byly vybrány cíleně z různých lůžkových oddělení nemocničních zařízení. Výběr participantek byl zaměřen na sestry s přímou zkušeností s poskytováním ošetrovatelské péče HIV pozitivním pacientům, což umožnilo zachytit různorodé postoje, znalosti i praktické zkušenosti v rámci této specifické oblasti péče. Získávání účastnic probíhalo kombinací dvou přístupů. Část sester byla oslovena osobně v rámci nemocničních zařízení, kde autorka působila nebo měla přístup ke kontaktům. Další část participantek se přihlásila na základě zveřejněné výzvy na sociálních sítích, kde byla sdílena anketa určená všeobecným sestrám se zájmem podělit se o své zkušenosti s péčí o HIV pozitivní pacienty. Tato kombinace umožnila oslovit širší spektrum participantek a přispěla k dosažení vyšší variability v profesním zázemí, délce praxe i pohledu na danou problematiku.

Před uskutečněním rozhovorů byl vytvořen soubor otázek, který odpovídal hlavnímu i dílčímu cíli výzkumu. Tyto otázky byly následně konzultovány a schváleny vedoucí bakalářské práce. Rozhovory probíhaly formou videohovorů, vždy po předchozí domluvě s participantkou. Se souhlasem všech účastnic byly rozhovory nahrávány na diktafon za účelem následné analýzy. Před zahájením výzkumu byli participantky informovány o jeho průběhu a cílech. Následně podepsali dokument „**Informovaný souhlas s účastí ve výzkumném šetření**“, který má autorka práce k dispozici.

### 3.6 Zpracování získaných informací

Po uskutečnění rozhovorů s vybranými všeobecnými sestrami byla získaná data postupně zpracována. Rozhovory, vedené podle předem připravených otázek, umožnily získat podrobné a kvalitativně hodnotné informace týkající se znalostí, zkušeností a postojů participantů k péči o HIV pozitivní pacienty. Nahrané rozhovory byly následně přepsány do psané podoby prostřednictvím programu Microsoft Word, což usnadnilo jejich další zpracování.

Při zpracování výpovědí byly nejprve vyhledávány opakující se motivy, vzorce chování a tematické oblasti. Tyto opakující se znaky byly následně označeny pomocí kódování. Kódování sloužilo jako nástroj k identifikaci významových jednotek v odpovědích participantek. Na základě těchto kódů byly vytvořeny tematické kategorie, které reflektují hlavní oblasti výzkumného zájmu. Tento postup umožnil strukturované uspořádání a hlubší pochopení zjištěných informací.

Následovala interpretace výsledků a jejich zařazení do kontextu odborné literatury. Diskuse nad výsledky poskytla prostor pro porovnání získaných údajů s teoretickými východisky a zároveň přispěla k formulaci závěrů a doporučení pro praxi. Přehled zvolených kategorií a odpovídajících kódů je uveden v tabulce č. 4. Přepsané rozhovory jsou archivovány u autorky práce a nejsou veřejně přístupné, aby byla zachována anonymita a důvěrnost výpovědí účastníků.

## 4 VÝSLEDKY

V následující kapitole se práce zaměří na analýzu údajů získaných z realizovaných rozhovorů s účastnicemi.

### 4.1 Analýza dat rozhovorů

Výsledky této práce vycházejí z výpovědí pěti participantek. Rozhovory byly následně analyzovány metodou otevřeného kódování, na jehož základě vznikly významové kódy a tematické kategorie. Výsledky jsou prezentovány v souladu s výzkumnými cíli práce a tematicky rozděleny podle zaměření jednotlivých výzkumných otázek.

Rozhovory byly rozděleny do tematických bloků, které reflektují hlavní oblasti zájmu výzkumu – zejména znalosti o přenosu HIV, ochranná a preventivní opatření, praktické aspekty péče, osobní zkušenosti a přístup sester k HIV pozitivním pacientům, včetně psychologického zátěže a postojů pracovníků. První část rozhovorů se soustředila na odborné znalosti, dodržování bezpečnostních opatření a postupy při rizikových situacích, jako je poranění o jehlu. Následně se rozhovory zaměřily na konkrétní ošetrovatelské činnosti, odlišnosti v přístupu k pacientům s HIV, i na to, zda a jak se mění osobní přístup sester v kontaktu s těmito pacienty. V závěru každého rozhovoru byly kladeny otázky týkající se emocionální náročnosti péče, míry obav, případného odmítání péče kolegy a dostupnosti školení. Zkoumání výpovědí participantek tak umožňuje komplexní pohled na jejich zkušenosti, postoje a potřeby při ošetrování HIV pozitivních pacientů.

Přehled všech použitých kategorií a kódů, na které se dále v analýze odkazuje, je uveden v tabulce 4 (viz tab. 4)

Tabulka 4 Přehled všech kategorií a kódů

| Kategorie                 | Kódy                                                                           |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Vědomosti o HIV</b>    | Znalost způsobu přenosu, znalost ochranných opatření                           |
| <b>Prevence a ochrana</b> | Používání ochranných pomůcek, postup při poranění jehlou                       |
| <b>Specifika péče</b>     | Odlišnosti v hygieně a manipulaci s prádlem, individuální přístup k pacientovi |

|                                        |                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Osobní přístup</b>                  | Změna chování kvůli diagnóze, vliv osobní zkušenosti a emocí                                                                                                                                                                  |
| <b>Psychická zátěž</b>                 | Strach nebo respekt z práce s HIV pacientem                                                                                                                                                                                   |
| <b>Odmítání a předsudky</b>            | Obavy a stereotypy mezi personálem, odmítnutí péče nebo vyhýbání se péči                                                                                                                                                      |
| <b>Organizační a systémové faktory</b> | Dostupnost školení a informací, oddělení, izolace a bariérová péče, zásady rovnocenné péče, nedostatek školení, samostudium, různost zkušeností, zařazení HIV pacienta do zvláštního operačního režimu, informování personálu |
| <b>Etické aspekty</b>                  | Vyvážení ochrany personálu a důstojného přístupu k pacientovi, rovnocenný přístup k pacientovi bez ohledu na diagnózu                                                                                                         |

(Zdroj: vlastní)

## Vědomosti o HIV

### Znalost způsobu přenosu

Oblast znalostí o způsobech přenosu viru HIV poskytla informace o tom, jaké mají všeobecné sestry povědomí o hlavních mechanismech přenosu této infekce a zda jsou ji vědomy souvisejících rizik. Z výpovědí všech participantek vyplývá, že v této oblasti disponují základní orientací. Nejčastěji zmiňovanými formami přenosu byla **krev a pohlavní styk**, které se objevily napříč všemi rozhovory. Michaela a Eva rovněž doplnily přenos z matky na dítě, přičemž jedna z nich uvedla i přenos během **porodu či kojení**. Lucie kromě těchto cest zmínila také přítomnost viru v **tělních tekutinách**, což ukazuje na širší povědomí o problematice. Naopak u Pavlína se objevuje určitá míra nejistoty v oblasti méně pravděpodobných forem přenosu. Ve své odpovědi se zmiňuje: „*Především se HIV přenáší, například při poranění jehlou a pohlavním stykem. Někde jsem četla, že by mohl nastat přenos i slinami, ale muselo by jít o extrémní množství.*“ Tato výpověď potvrzuje, že sestra správně identifikuje hlavní rizikové situace, zároveň ale ukazuje, že u méně běžných nebo kontroverzních forem přenosu si **není zcela jistá**. Přestože jde o méně významný

přenosový mechanismus, z hlediska bezpečné praxe i edukace personálu je důležité, aby bylo jasno i v těchto otázkách.

#### *Znalost ochranných opatření*

Z výpovědí všeobecných sester vyplynulo, jakým způsobem popisují své znalosti a orientaci v oblasti ochranných opatření, která slouží ke snížení rizika nákazy při poskytování péče HIV pozitivním pacientům. Sestry opakovaně objevovala zmínka o **používání rukavic** jako základního ochranného prvku, a to i při běžném kontaktu. Některé participantky, například Eva, uvádějí, že při odběrech krve nebo jiných invazivních výkonech volí **dvoje rukavice**, což dokládá vyšší míru uvědomění o riziku. Výpovědi rovněž ukazují, že sestry si uvědomují význam dalších ochranných pomůcek, jako jsou **brýle, ústenky nebo jednorázové pláště**, přičemž volba těchto prostředků závisí na typu výkonu a kontaktu s tělními tekutinami. Zároveň platí, že i když ne všechny tyto pomůcky sestry používají v každé situaci, znají důvody jejich využití a jejich roli při ochraně zdraví. Michaela v souvislosti s tím uvedla: „*Pokud vím, že ten pacient tu diagnózu má, tak dbám na nošení ochranných pomůcek.*“ Tato formulace potvrzuje, že sestra vědomě **přizpůsobuje míru ochrany konkrétní situaci**, a zároveň dává najevo, že prevence je v její práci **aktivní a vědomou součástí péče**.

#### **Prevence a ochrana**

Tato kategorie se zaměřuje na konkrétní projevy toho, jak sestry přenášejí své **teoretické znalosti o HIV do každodenní praxe**. Důraz je kladen především na to, jaké ochranné prostředky používají, v jakých situacích a s jakou důsledností, a dále na to, jak reagují v případě poranění jehlou, které představuje jedno z nejrizikovějších pracovních nehod v ošetrovatelském prostředí. Analýza probíhala prostřednictvím kódu **Používání ochranných pomůcek a Postup při poranění jehlou**.

#### *Používání ochranných pomůcek*

Ve výpovědích všech pěti sester – Pavlína, Michaely, Evy, Daniely a Lucie – se opakovaně objevovala konkrétní vyjádření, která ukazují, že **používání osobních ochranných pomůcek** je pro ně **standardní a samozřejmou součástí praxe**. Nejčastěji uváděným prostředkem jsou rukavice, a to nejen při přímém kontaktu s pacientem, ale i při jakékoliv manipulaci s biologickým materiálem. Eva uvedla, že na jejím oddělení je zvýšená ochrana běžnou součástí režimu: „*Nosíme respirátory, jednorázové pláště, používáme dezinfekci před vstupem a po odchodu z pokoje.*“ Z jejích slov vyplývá, že přístup ke každému

pacientovi je systematický a řízený pravidly oddělení. Dále se ukazuje, že sestry si přizpůsobují míru ochrany podle typu výkonu – při invazivních zákrocích, jako je **odběr krve**, většina participantek uvádí používání **dvojité rukavice**. Pavlína k tomu řekla: „*Když máme pacienta s HIV, tak si vždy na odběr krve nebo jakoukoliv manipulaci s ním bereme dvoje rukavice.*“ Michaela doplnila svůj vlastní přístup slovy: „*Používám dvoje rukavice. Jinak ne, ústenku nepoužívám, ale ty rukavice radši volím dvoje.*“ Tato vyjádření ukazují, že i když sestry **ne vždy sáhnou po všech dostupných ochranných prostředcích**, jsou i vědomy, že základní bariéru představují rukavice – a jejich použití přizpůsobují konkrétní situaci, zejména přítomnosti tělních tekutin nebo narušení kožní integrity. Některé sestry zmiňují, že k pacientům přistupují tak, jako by byli **potenciálně infekční všichni**, což odpovídá principu **univerzální prevence**. Tím se potvrzuje, že ochranná opatření nejsou vnímána pouze jako reakce na konkrétní diagnózu, ale jako **systémová součást bezpečné péče**.

#### *Postup při poranění jehlou*

Pozornost výpovědím se dále zaměřila na postupy, které sestry volí v případě poranění o jehlu či jiný ostrý předmět – tedy v situacích, které reálně představují riziko přenosu nebo jiných infekčních onemocnění. Všechny účastnice uvedly, že základní protokol znají a jsou schopné jej popsat. Mezi nejčastěji uváděné kroky patří **nechat ránu krváct, dezinfikovat ji, nahlásit nadřízenému a následně podstoupit odběry a sledování**. Zajímavou výpověď poskytla Pavlína, která přiznala, že v situaci, kterou sama nevyhodnotila jako závažnou, předepsaný postup nedodržela: „*Stalo se mi to s inzulínovým perem, ale ne u pacienta s HIV. Nenahlásila jsem to, i když jsem věděla, že bych měla.*“ Tento výrok ukazuje, že i přes **znalost postupu nemusí v reálné situaci dojít k jeho správnému uplatnění** – a to zejména v případech, která sestra nevnímá jako vysoce rizikové. Ukazuje to důležitost pravidelného připomínání zásad bezpečné práce a důsledné aplikace postupů bez ohledu na konkrétní diagnózu pacienta. Naopak výpověď Daniely ukázala, jak důsledně lze protokol dodržet, když sestra vnímá situaci jako závažnou: „*Poranila jsem se o ostrý nástroj od HIV pozitivního pacienta. Hned jsem kontaktovala svého obvodního lékaře a jela jsem do nemocnice na infekční oddělení. Tam mi dali postexpoziční profylaxi – léky, které jsem bral měsíc. Potom jsem chodil každé dva měsíce na odběry, a to asi dva roky.*“ Z této zkušenosti je patrné, že **povědomí o riziku může vést k odpovědnému a systematickému jednání**, včetně zahájení postexpoziční profylaxe a dlouhodobého sledování zdravotního

stavu. Výpovědi ukazují, že sestry jsou **obecně dobře informované**, ale uplatnění správného postupu **závisí na závažnosti situace, pracovním prostředí a vnitřním hodnocení rizika**. I to ukazuje, jak důležité je podporovat jednotný a vést sestry k tomu, aby k vlastní ochraně přistupovaly stejně důsledně bez ohledu na subjektivní dojem o riziku.

### **Organizační a systémové faktory**

Tato kategorie se zaměřuje na to, jaké organizační podmínky ovlivňují způsob poskytování péče HIV pozitivním pacientům. Zkoumá, zda mají sestry k dispozici dostatečné formální vzdělání, jak funguje předávání informací na pracovišti, jak je nastavena bariérová péče a zda instituce vytvářejí prostor pro rovný přístup k pacientům s HIV. V rámci této kategorie byly identifikovány čtyři kódy: **Nedostatek školení, samostudium, různost zkušeností, Oddělení, izolace a bariérová péče, Zásady rovnocenné péče a Informování personálu**.

#### *Nedostatek školení, samostudium, různost zkušeností*

Výpovědi Michaely, Daniely a Lucie ukázaly, že sestry postrádají **systematické vzdělání v oblasti HIV**. Některé z nich sice v minulosti školení absolvovaly, nicméně v současnosti jsou odkázány převážně na vlastní iniciativu, osobní zkušenosti nebo samostudium. To se může promítat do **různorodosti v přístupech i jistotě při poskytování péče**. Lucie uvedla: „*Měli jsme dvakrát ročně školení přímo z infekčního oddělení... ale většinou si informace musíme dohledávat sami.*“ Daniela doplnila: „*Ted' už tolik školení není. Musíme si studovat sami.*“ Tyto výpovědi potvrzují, že vzdělávací podpora ze strany institucí není jednotná, a že rozdíly ve znalostech i přístupu jsou do určité míry způsobeny právě chybějícím systémovým rámcem. V praxi pak hraje významnou roli osobní zájem, ochota vzdělávat se a sdílení zkušeností mezi kolegy.

#### *Oddělení, izolace a bariérová péče*

Výpovědi sester přiblížily, jak jsou na jednotlivých odděleních nastavena pravidla pro péči o HIV pozitivní pacienty, zejména z hlediska prostorového uspořádání, režimu izolace a používání ochranných pomůcek. Výpověď Michaely ukazuje, že v některých případech pacient zůstává na vícelůžkovém pokoji, ale péče o něj je uzpůsobena tak, aby se minimalizovalo riziko přenosu. Michaela uvedla: „*Pacient může být na pokoji s ostatními, ale pečuje se o něj zvlášť, aby neměl přístup k vedlejšímu lůžku.*“ Tento přístup ukazuje na snahu respektovat potřeby pacienta a zároveň zajistit ochranu ostatních.

### *Zásady rovnocenné péče*

V několika výpovědích se objevila snaha o to, aby HIV pozitivní pacienti nebyli ošetřováni odlišně pouze na základě své diagnózy. Pavlína se k tomu vyjádřila následovně: „*V některých nemocnicích, kde jsem pracovala, se s HIV pacienty stejně jako s ostatními.*“ Z jejího výroku vyplývá, že respekt k pacientovi a princip rovnocenné péče jsou sice deklarované, ale jejich naplňování závisí na konkrétním pracovišti. V některých případech je rovnost zachována přirozeně, jinde ji může narušovat vnitřní nastavení personálu nebo organizační podmínky.

### *Informování personálu*

Z rozhovorů rovněž vyplynulo, že sestry běžně informují kolegy nebo další oddělení o přítomnosti rizikového materiálu či o nutnosti specifické manipulace během operačních výkonů. Pavlína a Daniela shodně uvádějí, že informování sterilizačního oddělení po operačním výkonu je běžnou a automatickou součástí péče. Pavlína: „*Na operačním sále je třeba informovat sterilizační oddělení, že nástroje týkají HIV pacienta.*“ Daniela: „*Na operačním sále, když skončíte výkon, tak se ty operační nástroje hned posílají na sterilizaci... a samozřejmě pak tu sterilku musíte informovat, že tam posíláte takový materiál.*“ Tato výpovědi dokládají, že sestry vnímají potřebu **chránit ostatní zdravotnické pracovníky** a aktivně se podílí na **zajištění bezpečnosti celého týmu**. Informování personálu je v tomto smyslu nedílnou součástí kvalitní ošetrovatelské praxe.

### **Specifika péče**

Tato kategorie se zaměřuje na to, zda **sestry v praxi upravují některé konkrétní ošetrovatelské postupy při péči o HIV pozitivní pacienty**, a pokud ano, v jakých oblastech se tyto odlišnosti objevují. Pozornost byla věnována zejména dvěma kódům: **Odlišnosti v hygieně a manipulaci s prádlem a Individuální přístup k pacientovi**. Cílem bylo zjistit, zda sestry záměrně mění způsob organizace péče, ať už kvůli ochraně svého zdraví, hygienickým standardům, nebo kvůli přístupu k pacientovi jako jedinci s konkrétními potřebami.

### *Odlišnosti v hygieně a manipulaci s prádlem*

Téma odlišností v hygienických postupech se objevilo ve výpovědích čtyř z pěti participantek (Pavliny, Evy, Lucie a částečně Michaely). Sestry popsaly konkrétní opatření, která uplatňují zejména **při práci s kontaminovaným materiálem, jako je ložní**

**prádlo či sprchové vybavení.** V jejich odpovědích zaznívá, že hygienická opatření nejsou plošná, ale přizpůsobují se míře rizika, typu kontaminaci a provozním možnostem oddělení. Pavlína uvedla: „*Prádlo kontaminované stolicí nebo zvratky se balí zvlášť a označuje.*“ Eva doplnila: „*Koupelny se uklízí po každém použití. Riziko přenosu je minimální.*“ Lucie k tomu dodala: „*Pomůcky jsou individuální. I když je sprcha společná, po každém použití se uklízí a je tam dezinfekce.*“ Výpovědi ukazují, že i když se péče oficiálně neliší, v některých aspektech dochází k důslednějšímu hygienickému režimu, který má chránit jak personál, tak ostatní pacienty. Tato opatření však nejsou vždy nejsou součástí formálního protokolu, ale **vyplývají z osobního rozhodnutí nebo zvyklostí pracoviště.**

#### *Individuálního přístupu k pacientovi*

V této části sestry reflektují, že přístup k pacientovi ovlivňuje **nejen samotná diagnóza HIV**, ale také chování pacienta, jeho dodržování léčby nebo schopnost spolupracovat. Tento přístup je flexibilní, situační a individuálně posuzovaný. Objevil se v odpovědích Pavlína, Lucie a částečně i Michaely. Pavlína popsala, jak přemýšlí o rozdílu mezi pacienty na základě kontextu jejich nákazy: „*Když přijede bezdomovec, který nedodrží léčbu a má bérčové vředy, je můj přístup jiný než k pacientce, která se nakazila nevědomky od partnera.*“ Lucie doplnila: „*Ptáme se, zda je pacient v rizikovém stavu. Nabízíme samostatný pokoj, pokud si to přeje.*“ Tyto výroky potvrzují, že sestry se nespolehnají výhradně na jednu formu přístupu, ale zvažují celkovou situaci a potřeby pacienta. Zároveň se snaží o zachování důstojnosti – i když je nabízena možnost izolace, nechávají rozhodnutí na pacientovi. I Michaela se dotkla této problematiky, když uvedla, že **přístup závisí na spolupráci pacienta**, i když výslovně nezdůraznila rozdílné postupy.

#### **Etické aspekty**

Tato kategorie se zaměřuje na to, jak sestry při poskytování péče HIV pozitivním pacientům vyvažují ochranu vlastního zdraví s respektem a důstojným přístupem k pacientovi. Sleduje se, zda si uvědomují, že některá opatření mohou působit stigmatizujícím dojmem, a jakým způsobem se s touto výzvou vyrovnávají.

#### *Vyvážení ochrany personálu a důstojného přístupu k pacientovi*

V několika výpovědích účastnic se objevuje citlivý postoj k tomu, **jak může být bariérová péče pacientem vnímána**, a že příliš viditelné nebo přehnané ochranné prvky mohou působit dojmem otažitosti či podezření. Pavlína a Lucie popsaly, že snaží se svým

chováním nedávat pacientovi najevo, že je jiný, přestože respektují nutnost ochrany. Lucie uvedla: „*Snažíme se, aby se pacient necítil jiný. Nechceme přidávat speciální koše, pokud to není nutné.*“ Pavlína v jiné souvislosti zmínila: „*Na operačním sále je třeba informovat sterilizačního oddělení, že nástroje týkají HIV pacienta.*“ Z těchto výpovědí vyplývá, že sestry **hledají rovnováhu mezi bezpečností, pracovním standardem a zachováním důstojnosti pacienta**, a že i organizační úkony provádějí diskrétně a profesionálně.

#### *Rovnocenný přístup k pacientovi bez ohledu na diagnózu*

Tento kód odráží postoj sester, které nechtějí přistupovat k HIV pozitivním pacientům jinak jen kvůli jejich diagnóze. Všechny participantky v rozhovorech potvrdily, že se snaží zachovat profesionální a vyrovnaný přístup, i když přiznávají, že v určitých výkonech používají vyšší ochranu. Michaela popsala svůj přístup slovy: „*Snažím se uspokojit potřeby pacienta stejně jako u každého jiného. Kromě toho, že si беру ochranné prostředky, tak si nemyslím, že by ta péče byla jiná.*“ Lucie výstižně shrnula postoj většiny sester: „*Péče má být rovnocenná. Pokud víme, že je pacient HIV pozitivní, každý ví, co má dodržovat. Ale že bychom ho ošetřovali jinak – to ne.*“ Tyto výpovědi ukazují, že sestry kladou důraz na **rovnost v poskytované péči**, vnímají nutnost ochrany, ale zároveň se vyhýbají zbytečnému vyčleňování pacienta.

#### **Osobní přístup**

Tato kategorie odhaluje, do jaké míry osobní zkušenosti, respekt nebo obava ovlivňují samotnou péči o HIV pozitivní pacienty. Sleduje se, jak sestry reagují na vědomí diagnózy, zda to mění jejich vnitřní nastavení, způsob práce nebo míru opatrnosti.

#### *Změna chování kvůli diagnóze*

Ve výpovědích Pavlíny, Evy, Lucie a Daniely se ukázalo, že samotná diagnóza HIV u pacienta může ovlivnit vnitřní nastavení sester i jejich pracovní přístup. Přestože se snaží, aby pacient žádné odlišnosti v péči nevnímal, sestry připouštějí zvýšenou míru obezřetnosti a větší soustředění při poskytování péče. U některých se objevuje zvýšená obezřetnost, soustředěnost, případně potřeba většího bezpečnostního odstupu – a to zejména v situacích, kdy je sestra na pracovišti sama, pacient je ve špatném hygienickém stavu, nebo chybí jasné informace o stavu infekčnosti. Pavlína uvedla: „*Mám z těchto pacientů respekt. Na odděleních, kde jsem sama, musím péči poskytnout. Ale když byla možnost, že v práci*

*převezme někdo jiný, vítala jsem to.*“ Z její výpovědi je patrné, že ačkoliv péči o HIV pozitivního pacienta poskytne, vnitřně ji **prožívá s vyšší mírou napětí**, a pokud má možnost výběru, volí bezpečnější variantu. Tento přístup nelze vnímat jako odmítání péče, ale spíše jako projev přirozené lidské reakce na vnímané riziko. Eva doplnila: *„Dávám si větší pozor, ale přistupuji ke každému pacientovi jako infekčnímu.“* Její odpověď ukazuje vyvážený postoj mezi vnitřní obezřetností a deklarovaným rovnocenným přístupem, kdy sestra nepřipouští, že by se její péče navenek měnila, ale zároveň si nastavuje určité bezpečnostní hranice. Lucie k tomu doplnila: *„Chceme, aby se necítily jinak. Vysvětlujeme jim, že to není o tom, že se jich bojíme.“* Tato věta svědčí o vědomé snaze sestry minimalizovat dopad zvýšené ostražitosti na pacienta, a aktivně přispívat k jeho pocitu přijetí a bezpečí. Je zde patrná schopnost reflexe, že opatrnost je nutná, ale nesmí se projevit v podobě stigmatizace. Ze všech výpovědí je patrné, že sestry vnitřně vnímají rozdíl, ale navenek se snaží, aby byl přístup profesionální, důstojný a rovnocenný. Změna chování se většinou neprojevuje v kvalitě péče, ale spíše v její organizaci, tempu práce nebo důslednosti v používání ochranných prostředků.

### **Psychická zátěž**

Tato kategorie se zaměřuje na to, zda práce s HIV pozitivními pacienty vyvolává u sester **vnitřní napětí, respekt, strach nebo zvýšený psychický tlak**. Sleduje se, jak sestry tyto emoce zvládají, zda o nich otevřeně mluví a jaký vliv mají na kvalitu péče.

#### *Strach nebo respekt z práce s HIV pacientem*

Tato problematika zazněla ve výpovědích Pavlína, Eva a Lucie. Všechny tři sestry popsaly, že práce s HIV pozitivními pacienty v nich vyvolává určitou míru vnitřního napětí, zvýšené soustředění a opatrnost. Nejedná se o odmítání péče, ale spíše o hlubší respekt k riziku a důsledkům případného profesního selhání. Pavlína popsala svou obavu následovně: *„Můžete být sebevíc opatrná, ale když se máte píchnout, tak se píchnete.“* Její výpověď vystihuje úzkost z neovlivnitelných okolností, která se může objevit i u zkušené sestry. Ukazuje, že strach není jen projevem nejistoty, ale také vědomí zodpovědnosti a zkušenosti s reálnými riziky. Lucie doplnila: *„A taky je důležité udržovat emoce – čím víc strachu, tím větší riziko chyb. Když sestra jedná ze strachu, může ohrozit sebe i pacienta.“* Zde se objevuje další rovina – reflexe, že **nadměrný strach může vést ke ztrátě koncentrace a zvýšit riziko pochybení**. Výpověď podtrhuje potřebu psychické rovnováhy při práci s infekčními pacienty a také ukazuje, že sestry jsou si této rovnováhy vědomy.

## Odmítání a předsudky

### *Obavy a stereotypy mezi personálem*

Daniela a Lucie ve svých výpovědích popsaly situace, kdy se **setkaly s předsudky nebo obavami kolegů vůči HIV pozitivním pacientům**. Z jejich vyjádření vyplývá, že stereotypní představy o vysoké infekčnosti HIV stále přetrvávají, a to zejména mezi staršími pracovníky nebo na odděleních, kde není práce s HIV pozitivními pacienty běžná. Daniela uvedla: „*Mám kolegyně padesát plus, které si myslí, že je člověk velmi infekční i při kontaktu s kůží.*“ Lucie doplnila: „*Je to půl na půl. Půlka kolegů nechce do pokoje vůbec vkročit.*“ Tyto výpovědi poukazují na to, že i v současné době mohou být HIV pozitivní pacienti vnímáni se strachem, přehnanou opatrností nebo přímým vyhýbáním, což neodráží reálné riziko, ale spíše nedostatek informací, zakořeněné mýty a chybějící zkušenost.

### *Odmítnutí péče nebo vyhýbání se péči*

Ačkoli žádná z participantek nepřiznala vlastní odmítavý postoj, ve výpovědích se objevily pozorování kolegů nebo jiných pracovníků, kteří péči o HIV pozitivního pacienta odmítli, nebo se jí snažili vyhnout. Tento kód tedy vychází z reflexe prostředí, nikoli z přímého jednání účastnic. Daniela se vyjádřila přímočaře, když uvedla: „*Byla jsem na přednášce z patofyziologie, kde se mluvilo o právech sester odmítnout péči. Dokonce některé řádové sestry přiznaly, že by to odmítly.*“ Tato výpověď, že odmítání péče je v některých kolektivech nejen přítomné, ale dokonce i diskutované jako „právo sestry“, a že postoj vůči HIV pozitivním pacientům může být stále **zatížen silným stigmatem**.

## 5 DISKUZE

Tato práce si kladla a cíl prozkoumat znalosti, zkušenosti a postoje všeobecných sester v souvislosti s péčí o HIV pozitivní pacienty. V diskusi níže jsou výsledky kvalitativního výzkumu porovnávány s aktuálně dostupnými odbornými zdroji. Vedle oblastí shody se pozornost zaměřuje i na rozdíly, rozpory a mylná přesvědčení, která se ve výpovědích participantek objevila.

V rámci **prvního dílčího cíle**, kterým bylo zjistit, jaké mají všeobecné sestry povědomí o způsobech přenosu HIV a o prevenci přenosu v rámci ošetrovatelské péče, se ukázalo, že většina sester rozumí základním přenosovým cestám viru. Zmiňovaly nejčastěji krevní cestu a pohlavní styk, méně často mateřské mléko nebo přenos z matky na dítě. Tento výsledek je v souladu s poznatky WHO (2024a) i CDC (2025), které uvádějí, že HIV se šíří výhradně kontaktem s infikovanou krví, spermatem, vaginálními tekutinami, preejakulátem, mateřským mlékem či při porodu. Z hlediska odbornosti však stojí za pozornost výpověď jedné participantek, která se zmínila o přenosu HIV slinami při velkém množství. Tato domněnka je v rozporu s aktuálními vědeckými poznatky. Například podle článku od (Cresswell et al., 2018) je koncentrace viru HIV ve slinách natolik nízká, že přenos tímto způsobem **není možný**, a nebyl nikdy klinicky potvrzen. Studie dokládají, že sliny sice mohou obsahovat stopu viru, ale přirozené enzymy ve slinách působí jako antivirová ochrana. Toto mylné přesvědčení v odpovědi participantky může být důsledkem zastaralých informací nebo nedostatku formálního školení, což odpovídá i výpovědím dalších sester, které přiznaly, že aktuální znalosti získávají převážně samostudiem.

Druhý výzkumný cíl zkoumal, zda a jak sestry využívají bariérovou péči při práci s HIV pozitivními pacienty. Zde se odpovědi většinou shodovaly – sestry používají rukavice, dezinfekci, izolují pomůcky a při výkonech volí zvýšenou ochranu. V tomto ohledu je třeba upozornit, že nadměrné používání ochranných pomůcek, které není indikované, může působit na pacienta stigmatizujícím dojmem. To potvrzuje např. studie UNAIDS (2024), která varuje, že přehnaná opatrnost bez věcného důvodu zvyšuje pocit „jinakosti“ u pacientů. Jedna z participantek výslovně uvedla, že nechtějí používat odlišné odpadové koše, pokud to není nutné. Právě to ukazuje, že sestry se snaží najít rovnováhu mezi ochranou sebe a důstojným přístupem k pacientovi. Tato rovnováha však není vždy podložena jednotnou směrnicí, ale závisí na intuici, zkušenosti a zvyklostech oddělení, jak

ukazují i poznatky z evropské zprávy ECDC (2024), která upozorňuje na rozdíly v ošetrovatelském přístupu k HIV pozitivním pacientům v jednotlivých zařízeních.

Ve **třetím výzkumném cíli**, který se zaměřoval na odlišnosti v ošetrovatelském postupu u HIV pozitivních pacientů oproti ostatním, sestry uváděly, že péče je odborně stejná, ale některé prvky se v praxi liší – například nabídnutí samostatného pokoje, důslednější úklid nebo osobní přístup. Tento rozdíl není v rozporu s doporučeními, ale měl by být vždy veden odborným zdůvodněním. Studie Geter et al. (2018) však upozorňuje, že i mírné odchylky v chování zdravotníků, pokud nejsou jasně komunikovány, mohou být vnímány pacientem jako diskriminace, což má negativní dopad na psychickou pohodu a důvěru v péči. Participantky si tuto rovinu většinu uvědomují a snaží se ji minimalizovat, ale právě absence strukturovaného vzdělávání v komunikaci o infekcích může vést k nechtěným následkům.

**Poslední výzkumný cíl** zkoumal emoční prožívání a postoje sester při poskytování péče HIV pozitivním pacientům. Všechny účastnice se shodly, že diagnóza HIV v nich vyvolává vyšší míru obezřetnosti, napětí a stres, zejména pokud pracují samy nebo pokud dochází ke kontaktu s tělními tekutinami. To je v souladu s výzkumem Geter et al. (2018) a závěry Evropského střediska ECDC (2024), které ukazují, že stres a obava ze stigmatizace patří mezi běžné faktory ovlivňující přístup zdravotníků. Přesto se některé výpovědi ukázaly jako problematické – např. zmínka o tom, že pokud byl pacient HIV pozitivní, sestra raději předala péči kolegyni. Tento postoj, i když pochopitelný z hlediska emoční obrany, může být v rozporu s profesní etikou. WHO (2024b) výslovně upozorňuje, že odmítnutí péče z důvodu HIV statusu je formou diskriminace a porušuje princip rovného přístupu ke zdravotní péči. I když v našem výzkumu nebyl takový postoj přímo deklarován, některé odpovědi na něj nepřímo poukazují.

## 6 NÁVRH ŘEŠENÍ A DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě výsledků výzkumného šetření a jejich porovnání s odbornou literaturou lze formulovat několik konkrétních doporučení, která by mohla přispět ke zkvalitnění ošetrovatelské péče o HIV pozitivní pacienty a zároveň podpořit profesní jistotu a etický přístup všeobecných sester. Vzhledem k tomu, že HIV pozitivní pacienti se mohou objevit v jakémkoliv zařízení, je důležité, aby každá všeobecná sestra měla základní kompetence pro tuto práci s touto skupinou pacientů a nebyla odkázána pouze na specialisty. Frain (2019) upozorňuje, že každý zdravotník by měl být systematicky připravován tak, aby byl v praxi schopený poskytovat kvalitní a nediskriminující péči HIV pozitivním osobám bez ohledu na vlastní specializaci. Za klíčové opatření lze považovat zavedení pravidelného, cíleného a povinného odborného vzdělávání zaměřeného na problematiku HIV/AIDS. Tato školení by měla pokrývat nejen aktuální poznatky o způsobech přenosu, diagnostice a léčbě HIV, ale také praktické aspekty bariérové péče, zásady používání osobních ochranných pomůcek, správný postup při poranění ostrým předmětem a v neposlední řadě i psychologické a etické otázky související s péčí o infekčně pozitivního pacienty. V této souvislosti je třeba upozornit, že zdravotníci mohou při péči o HIV pozitivní pacienty zažívat vnitřní dilemata, kdy se jejich osobní hodnoty dostávají do konfliktu s profesními povinnostmi. Jak uvádějí Pickles et al., (2017), schopnost vyrovnat se s těmito rozpory je nezbytná pro zachování profesionální integrity a důstojného přístupu ke každému pacientovi. Dále se doporučuje vytvoření jednotných metodických materiálů a směrnic, které standardizovaly přístup k péči o HIV pozitivní pacienty v rámci jednotlivých zdravotnických zařízení. Tyto materiály by měly sestrám sloužit jako praktická pomůcka, která by eliminovala nejistotu, snížila rozdíly v poskytované péči a zároveň pomohla zamezit nevědomým projevům stigmatizace. Jelikož se v rámci výzkumu ukázalo, že péče o HIV pozitivní pacienty může být pro sestry emočně náročná a často v nich vyvolává zvýšený respekt nebo obavy, je vhodné podpořit i oblast duševní hygieny a rozvoje psychické odolnosti zdravotnického personálu. Doporučuje se zařadit možnost supervizí nebo podpůrných workshopů, kde by bylo možné sdílet zkušenosti, řešit konkrétní etické dilemata a zpracovávat osobní postoje k náročným pacientům bez předsudků. V neposlední řadě je důležité zajistit, aby se pracovníci cítili podporováni i ze strany vedení zdravotnických zařízení. Transparentní informační toky, jasná pravidla pro ošetřování HIV pozitivních pacientů a prostor pro profesní růst přispívají ke zvýšení kompetence sester, snížení profesní zátěže a zkvalitnění péče poskytované této specifické skupině pacientů.

## ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývala specifiky ošetrovatelské péče o HIV pozitivní pacienty z pohledu všeobecných sester. Cílem bylo prozkoumat, jaké znalosti, zkušenosti a postoje sestry mají při poskytování péče této specifické skupině pacientů, a jak se v praxi vyrovnávají s potenciálními předsudky, etickými dilematy a psychickou zátěží. Výpovědi rozhovorů ukázala, že většina sester si je vědoma základních principů prevence a ochrany při péči o HIV pozitivního pacienta a uplatňuje bariérové postupy. Přesto se v praxi stále objevují rozdíly ve vnímání rizika, v míře informovanosti i v přístupu k pacientům. Významnou roli hraje osobní zkušenosti, dostupnost školení a podpora ze strany zdravotnického zařízení. Výpovědi také odhalily, že některé sestry pocítují vnitřní nejistotu nebo respekt, který může ovlivnit způsob poskytované péče. Dále se ukázalo, že sestry si uvědomují důležitost profesionálního a důstojného přístupu k pacientům, a přestože někdy dochází ke zvýšené opatrnosti, většina z nich se snaží zachovat rovný a nediskriminační přístup. Etická rovina péče, komunikace bez předsudků a ochrana důvěrnosti pacientových informací byly vnímány jako klíčové prvky kvalitní ošetrovatelské péče. Závěry této práce ukazují, že oblast péče o HIV pozitivní pacienty si zasluhuje větší důraz v pregraduálním i postgraduálním vzdělávání sester, a zároveň vyžaduje podporu metodických nástrojů a bezpečné prostředí pro otevřenou diskusi o osobních postojích a obavách. Výsledky mohou sloužit jako podklad pro zlepšení praxe, snížení stigmatizace a posílení profesních kompetencí všeobecných sester v této oblasti.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION [CDC], 1993. *1993 Revised Classification System for HIV Infection and Expanded Surveillance Case Definition for AIDS Among Adolescents and Adults*. Online. Vol. 41, no. 17. Dostupné z: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00018871.htm>. [cit. 2025-05-19].

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION [CDC], 2025. *About HIV*. Online. CDC. Dostupné z: <https://www.cdc.gov/hiv/about/index.html>. [cit. 2025-05-18].

NÁRODNÍ PROGRAM BOJE PROTI AIDS, 2015. *Národní linka pomoci AIDS*. Online. Prevence HIV/AIDS. Dostupné z: <http://www.prevencehiv.cz>. [cit. 2025-05-19].

ČESKÁ SPOLEČNOST AIDS POMOC [ČSAP], 2016. *Životní styl* [online]. Česká společnost AIDS pomoc. Dostupné z: <http://www.hiv-komunita.cz/zdrava-vyziva.html>. [cit. 2025-05-19].

BENEŠ, Jiří, 2009. *Infekční lékařství*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-644-1.

RESEARCH OCCUPATIONAL HEALTH PROGRAM [ROHP], © 2025. *Human Immunodeficiency virus (HIV) Agent Information Sheet*. Online. Boston University. Dostupné z: <https://www.bu.edu/research/ethics-compliance/safety/rohp/agent-information-sheets/human-immunodeficiency-virus-hiv-agent-information-sheet/>. [cit. 2025-05-22].

BURDA, Patrik a ŠOLCOVÁ, Lenka, 2015. *Ošetrovatelská péče 1. díl: Pro obor ošetrovatel*. Grada Publishing. ISBN 978-80-247-9802-8. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/osetrovatelska-pece-1-dil-1220/>.

COLLINS, Simon, 2016. *Úvod do kombinované antiretrovirové léčby*. Praha: Česká společnost AIDS pomoc. ISBN 978-80-87809-39-6.

CRESSWELL, Fiona; ELLIS, Jayne; SABIN, Catherine A.; ORKIN, Chloe Maeve; CHURCHILL, David R. et al., 2018. A systematic review of risk of HIV transmission through biting or spitting: implications for policy. Online. *HIV medicine*. Vol. 19, no. 8, s. 532-540. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/hiv.12625>. [cit. 2025-05-20].

ČERNÝ, Rudolf a MACHALA, Ladislav, 2007. *HIV/AIDS v klinické praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-475-9.

ČESKO, 2009. Zákon č. 198 ze dne 23. června 2009, o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (antidiskriminační zákon). Online. In: *Zákony pro lidi*. 2010–2025. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-198> [cit. 2025-05-19].

ČT24, 2021. *Před 20 lety se Češi dostali k léku proti AIDS. Základ položil vědec Antonín Holý*. Online. ČT24. Dostupné z: <https://ct24.ceskatelevize.cz/clanek/veda/pred-20-lety-se-cesi-dostali-k-leku-proti-aids-zaklad-polozil-vedec-antonin-holy-26925>. [cit. 2025-05-19].

DAVOUDI, Malihe; HEYDARI, Abbas a MANZARI, Zahra Sadat, 2023. Psychosocial Interventions by Nurses for Patients with HIV/AIDS: A Systematic Review. Online. *Journal of Caring Sciences*. Vol. 12, no. 2, s. 67-75. Dostupné z: <https://doi.org/10.34172/jcs.2023.30726>. [cit. 2025-05-19].

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2024b. *Ensuring quality health care by reducing HIV-related stigma and discrimination*. Online. Geneva: World Health Organization. ISBN 978-92-4-009741-4. Dostupné z: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240097414?> [cit. 2025-05-18].

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL (ECDC), 2024. *HIV stigma in the healthcare setting*. Online. Stockholm: Publications Office of the European Union. ISBN 978-92-9498-733-4. Dostupné z: <https://doi.org/10.2900/255834>. [cit. 2025-05-20].

FRAIN, Judy A. Preparing every nurse to become an HIV nurse. Online. *Nurse Education Today*. 2017. vol. 48, s. 129-133. ISSN 0260-6917. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.10.005>. [cit. 2025-02-24].

FREI, Jiří, 2023. Význam adherence k léčbě v souvislosti s kvalitou života HIV pozitivních pacientů. Online. *Florence: odborný časopis pro ošetrovatelství a ostatní zdravotnické profese*. Roč. 19, č. 4, s. 1-9. Dostupné z: <https://www.florence.cz/odborne-clanky/recenzovane-clanky/vyznam-adherence-k-lecbe-v-souvislosti-s-kvalitou-zivota-hiv-pozitivnich-pacientu/>. [cit. 2025-05-19].

GETER, Angelica; HERON, Adreinne R. a SUTTON, Madeline Y., 2018. HIV-Related Stigma by Healthcare Providers in the United States: A Systematic Review. Online. *AIDS Patient Care and STDs*. Roč. 32, č. 10, s. 418-524. Dostupné z: <https://doi.org/https://doi.org/10.1089/apc.2018.0114>. [cit. 2025-05-20].

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS [UNAIDS], 2024. *Fact sheet 2024 - Latest global and regional HIV statistics on the status of the AIDS epidemic*. Online. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Dostupné z: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/UNAIDS\\_FactSheet\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_en.pdf). [cit. 2025-05-18].

HÁJEK, Marcel, 2004. *HIV/AIDS v chirurgických oborech*. Malá monografie. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0857-4.

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

HALÍŘOVÁ, Růžena, 2004. Rizika poranění zdravotníků ostrým předmětem. *Interní medicína pro praxi*. Roč. 6, č. 1, s. 54-55. ISSN 1212-7299.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2024a. *HIV and AIDS*. Online. World Health Organization. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>. [cit. 2025-05-18].

HOFFMAN, Christian a ROCSTROH, Jürgen K., © 2020. *HIV 2020/2021*. Online. Hamburg: Medizin Fokus Verlag. ISBN 978-3-941727-26-7. Dostupné z: <https://www.hivbuch.de/wp-content/uploads/2020/11/HIV2020-21-1.pdf>. [cit. 2025-05-22].

HOLZEMER, William L.; UYS, Leana R.; CHIRWA, Maureen L.; GREEFF, Minrie; MAKORAE, Lucia N. et al., 2007. Validation of the HIV/AIDS Stigma Instrument – PLWA (HASI-P). Online. *AIDS Care*. Roč. 19, č. 8, s. 1002-1012. ISSN 0954-0121. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09540120701245999>. [cit. 2025-05-19].

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

JILICH, David a KULÍŘOVÁ, Veronika, 2021. *Infekce HIV*. Jesenius. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-688-7.

KACHLOVÁ, Miroslava a PLEVOVÁ, Ilona, 2022. *Postupy v ošetřovatelské péči*. 2, Bariérová ošetřovatelská péče. Sestra. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1243-2.

KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2007. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. Sestra. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1830-9.

KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2020. *Ošetřovatelství v intenzivní péči: 2., aktualizované a doplněné vydání*. Sestra. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1551-8.

KUBÁTOVÁ, Anna; FIALOVÁ, Alena; STUPKA, Jiří; MALÝ, Marek; HAMPLOVÁ, Lidmila et al., 2023. Stigmatization and discrimination of people living with HIV in the Czech Republic: a pilot study. Online. *Central European Journal of Public Health*. Vol. 31, no. 3, s. 2010-2016. ISSN 1210-7778. Dostupné z: <https://doi.org/10.21101/cejph.a7782>. [cit. 2025-05-20].

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetřovatelství*. Sestra. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2713-4.

MACHOVÁ, Jitka a KUBÁTOVÁ, Dagmar, 2009. *Výchova ke zdraví: zdraví a prevence : životní styl, problémy a rizika : dospívání a zdravotní problémy*. Pedagogika. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2715-8.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2003. *Metodický návod k řešení problematiky infekce HIV/AIDS v České republice*. Věstník MZ ČR, č. 8/2003. Online. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/wepub/1892/5858/Vestník%208-2003.rtf> [cit. 2025/05/19].

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2016. Metodický návod k řešení problematiky infekce HIV/AIDS v České republice. Věstník MZ ČR, částka 10/2016. Online. Dostupné z: <https://infektologie.cz/Standardy/Vestnik10-2016hiv.pdf> [cit. 2025-05-19].

NAVRÁTIL, Leoš, 2008. *Vnitřní lékařství pro nelékařské obory*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2319-8.

MALÝ, Marek; NĚMEČEK, Vratislav a ZÁKOUCKÁ, Hana, 2024. *Výskyt a šíření HIV/AIDS v ČR v roce 2023*. Online. Státní zdravotní ústav SZÚ. Praha: Státní zdravotní ústav. Dostupné z: <https://szu.gov.cz/wp-content/uploads/2024/10/Vyrocnni-zprava-o-vyskytu-a-sireni-HIV-AIDS-v-CR-v-roce-2023.pdf>. [cit. 2025-05-19].

PICKLES, David; LACEY, Sheryl de a KING, Lindy, 2017. Conflict between nursing student's personal beliefs and professional nursing values. Online. *Nursing Ethics*. Roč. 26., č. 4., s. 1087-1100. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/0969733017738132>. [cit. 2024-10-30].

PRINS, Henrieke A.B.; VERBON, Annelies; BOUCHER, Charles A.B. a ROKS, Casper, 2017. Ending the epidemic: Critical role of primary HIV infection. Online. *The Netherlands Journal of Medicine*. Vol. 75, no. 8, s. 321-327. Dostupné z: <https://www.njmonline.nl/getpdf.php?id=1894>. [cit. 2025-05-22].

ROVENSKÝ, Jozef; BAYER, Milan; TAUCHMANNOVÁ, Helena a FERENČÍK, Miroslav, 2006. *Revmatologický výkladový slovník*. Online. ABC. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-6293-7. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/revmatologicky-vykladovy-slovník-2756/>. [cit. 2025-05-22].

ROZSYPAL, Hanuš, 2015. *Základy infekčního lékařství*. Praha: Nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2932-2.

ROZSYPAL, Hanuš; HOLUB, Michal a KOSÁKOVÁ, Monika, 2013. *Infekční nemoci ve standardní a intenzivní péči*. Praha: Nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2757-1.

RYŠKOVÁ, Olga, 2000. *Základy lékařské mikrobiologie a imunologie: učební texty pro bakalářské studium*. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0135-4.

SNOPKOVÁ, Svatava, 2017. Infekce HIV jako nové onemocnění vnitřního lékařství. Online. *Vnitřní lékařství*. Roč. 63, č. 7, s. 502-506. ISSN 0042-773. Dostupné z: <https://casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2017/07/08.pdf>. [cit. 2025-05-19].

SNOPKOVÁ, Svatava; ROZSYPAL, Hanuš; ASTER, Viktor; SEDLÁČEK, Dalibor; JILICH, David et al., 2019. *Doporučený postup péče o dospělé infikované HIV a postexpoziční profylaxe infekce HIV*. Online. Praha: Společnost infekčního lékařství ČLS JEP. Dostupné z: <https://infektologie.cz/Standardy/DPHIV19pdf.pdf>. [cit. 2025-05-19].

STAŇKOVÁ, Marie a SKOKANOVÁ, Venuše, 2009. *Historie a perspektivy antiretrovirové terapie infekce HIV/AIDS*. Online. Remedia. Dostupné z: <https://www.remedia.cz/rubriky/prehledy-komentare-nazory-diskuse/historie-a-perspektivy-antiretrovirove-terapie-infekce-hiv-aids-1091/>. [cit. 2025-05-19].

SVOBODA, Jaroslav, 1996. *Imunologie v klinické praxi – HIV onemocnění a AIDS jako modely postižení imunitního systému*. Praha: Marvil. ISBN 80-85849-14-5.

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

ŠVARŘÍČEK, Roman; ŠEĐOVÁ, Klára; JANÍK, Tomáš; KAŠČÁK, Ondřej; MIKOVÁ, Marcela et al., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/kvalitativni-vyzkum-v-pedagogickych-vedach-3165/>.

WEISS, Petr; BRICHČÍN, Slavoj; ČEPICKÝ, Pavel; FIFKOVÁ, Hana; HANUŠ, Miroslav et al., 2010. *Sexuologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-2472-492-8.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2009. *WHO guidelines on hand hygiene in health care: first global patient safety challenge: clean care is safer care*. Online. World Health Organization. ISBN 978-92-4-159790-6. Dostupné z: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241597906>. [cit. 2025-05-19].

ZEICHNER, Steven L. a READ, Jennifer S., 2006. *Handbook of Pediatric HIV Care*. Cambridge: Cambridge University Press. ISBN 978-0-521-68365-4.

**SEZNAM TABULEK**

|                                                                                |    |
|--------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabulka 1 Klasifikace infekce HIV podle CDC 1993 - laboratorní kategorie ..... | 18 |
| Tabulka 2 Klasifikace infekce HIV podle CDC 1993 - klinické kategorie .....    | 18 |
| Tabulka 3 Charakteristika participantek .....                                  | 34 |
| Tabulka 4 Přehled všech kategorií a kódů .....                                 | 37 |

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

|        |                                                                                                      |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| μl     | mikrolitr                                                                                            |
| AIDS   | Acquired Immunodeficiency Syndrom (Syndrom získaného selhání imunity)                                |
| ART    | antiretrovirová terapie                                                                              |
| AZT    | azidothymidin/zivoduvin (antiretrovyrový lék používaný v léčbě HIV)                                  |
| Ca     | karcinom (rakovina)                                                                                  |
| cART   | combination Antiretroviral Therapy (kombinovaná antiretrovirová terapie)                             |
| CCR5   | chemokinový recepter typu 5 (koreceptor pro vstup HIV do buňky)                                      |
| CD4    | povrchový recepter (marker) na T-lymfocytech                                                         |
| CDC    | Centre for Diseases Control (Centrum pro kontrolu a prevenci nemoci)                                 |
| CMV    | cytomegalovirus                                                                                      |
| CNS    | centrální nervový systém                                                                             |
| CXCR4  | chemokinový recepter typu 4 (koreceptor pro vstup HIV do buňky)                                      |
| č.     | číslo                                                                                                |
| ČR     | Česká republika                                                                                      |
| ECDC   | European Centre for Disease Prevention and Control (Evropské centrum pro prevenci a kontrolu nemocí) |
| ELISA  | Enzyme-Linked Immunosorbent Assay (enzymová imunosorbentní analýza)                                  |
| et al. | a ostatní                                                                                            |
| HAART  | Highly Active Antiretroviral Therapy (vysoce aktivní antiretrovirová terapie)                        |
| HASI-P | HIV/AIDS Stigma Instrument – PWLA (nástroj pro měření stigmatizace osob žijících s HIV/AIDS)         |
| HIV    | Human Immunodeficiency Virus (Virus lidské nedostatečnosti)                                          |
| HMR    | hygienické mytí rukou                                                                                |
| MMR    | mechanické mytí rukou                                                                                |
| nm     | nanometr                                                                                             |

---

|        |                                                                                            |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| NRTI   | Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor (nukleosidový inhibitor reverzní transkriptázy) |
| OSN    | Organizace spojených národů                                                                |
| PCR    | Polymerase Chain Reaction (polymerázová řetězcová reakce)                                  |
| PEP    | Post-Exposure Prophylaxis (profylaxe po expozici)                                          |
| PI     | Protease Inhibitor (inhibitor proteázy)                                                    |
| PrEP   | Pre-Exposure Prophylaxis (profylaxe před expozici)                                         |
| prof.  | profesor                                                                                   |
| PWLA   | People living with HIV/AIDS (osoby žijících s HIV/AIDS)                                    |
| RNA    | ribonukleová kyselina                                                                      |
| s.     | strana                                                                                     |
| Sb.    | Sbírka                                                                                     |
| tab.   | tabulka                                                                                    |
| tzv.   | takzvaně                                                                                   |
| UNAIDS | Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (Společný program OSN pro HIV/AIDS)             |
| WHO    | World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)                                |

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Informovaný souhlas s účastí výzkumného šetření

# PŘÍLOHA P I: INFORMOVANÝ SOUHLAS S ÚČASTÍ VE VÝZKUMNÉM ŠETŘENÍ

## Informovaný souhlas s účastí ve výzkumném šetření

Vážená paní / Vážený pane,

obracím se na Vás s žádostí o účast ve výzkumném šetření, které je součástí mé bakalářské práce na téma „**Specifika ošetrovatelské péče u HIV pozitivních pacientů**“, realizované v rámci studia Všeobecného ošetrovatelství na Fakultě zdravotnických věd Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně.

Cílem výzkumu je zjistit úroveň znalostí, zkušeností, postojů a přístupů všeobecných sester k péči o HIV pozitivní pacienty. Výzkum je realizován formou polostrukturovaných rozhovorů.

Účast v tomto šetření je zcela dobrovolná. Můžete kdykoli bez udání důvodu svou účast odmítnout nebo ji přerušit. Veškeré údaje, které poskytnete, budou **anonymní**, důvěrné a budou využity **výhradně pro účely této bakalářské práce**. Vaše identita nebude nikde uvedena a výsledky budou prezentovány v obecné, souhrnné podobě.

Rozhovor bude probíhat dle domluvy a bude zaznamenán pouze se souhlasem participantky / participanta. Data budou uchovávána bezpečně a po skončení výzkumu budou skartována.

---

Prohlášení participanta:

Byl/a jsem informován/a o cíli a způsobu výzkumu a souhlasím se svou účastí na základě dobrovolnosti.

Rozumím, že mohou svou účast kdykoli bez udání důvodu ukončit.

Souhlasím s anonymním zpracováním a využitím dat pro účely této bakalářské práce.

Datum: .....

Podpis participanta: .....