

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Sekundární prevence přenosu HIV/AIDS u osob nad 40 let

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Jolana Ročňová

Autor práce: Iveta Rožníčková

2011

Abstrakt

Tématem bakalářské práce je sekundární prevence pohlavně přenosných chorob u osob starších čtyřiceti let. Aktuálním tématem v oblasti prevence pohlavně přenosných chorob je preference primární prevence na základních a středních školách, přestože dle statistik je nesporný nárůst počtu např. HIV pozitivních osob u věkového spektra nad 40 let.

V teoretické části se zaměřuji na partnerské vztahy, manželství, vývoj manželství, manželské krize a nevěru. Dále zde popisuji historii a původ viru HIV, charakteristiku onemocnění AIDS, které vzniká po nákaze virem HIV, způsob jeho přenosu, prevenci proti přenosu.

Cílem práce bylo zjistit informovanost osob nad 40 let o problematice a prevenci HIV/AIDS. Zjistit, zda respondenti používají bariérovou antikoncepci při změně sexuálního partnera. Dalším cílem bylo zjistit zájem respondentů o zdravotní stav u svého nového sexuálního partnera.

Zkoumaný soubor tvořili respondenti starší 40 let, kteří jsou svobodní, ženatí/vdané, rozvedení/rozvedené, vdovci/vdovy, druh/družka, registrovaní partneři a respondenti, kteří v průběhu dvou let navázali nový sexuální vztah. Ke sběru dat jsem použila kvantitativní formu výzkumu, přesněji formu dotazníků. Dotazníky byly rozdány v Berouně, Českých Budějovicích, Chebu, Jihlavě, Novém Jičíně, Praze a Příbrami. Z celkového počtu rozdaných dotazníků 100 (100 %) byla návratnost dotazníků 62 %.

Hypotéza 1: Informovanost osob starších 40 let o onemocnění HIV/AIDS budou zkreslené a nepřesné. Hypotéza 2: Více než polovina respondentů nepoužívá bariérovou antikoncepci při navázání nového sexuálního vztahu. Hypotéza 3: Více než polovina respondentů nevyžaduje negativní test na onemocnění HIV/AIDS.

Všechny tři stanovené hypotézy, které jsou výše napsané, se díky provedenému výzkumu potvrdily.

Výsledky této práce mohou být publikovány v odborných časopisech, kde zvýší veřejnou informovanost lidí o problematice HIV/AIDS.

Abstract

The bachelor thesis addresses the issue of secondary prevention of sexually transmitted diseases in individuals over forty years of age. Currently, the prevailing tendency in sexually transmitted disease prevention is the preference of primary prevention at primary and secondary schools although statistic research has shown undeniable increase in, for example, the number of HIV positive individuals in the age spectrum above 40 years of age.

The theoretic part of the thesis concentrates on matters of relationships, marriage, marriage phases, marriage crises and infidelity followed by an account of the HIV virus history and origin, characteristics of AIDS which develops following the infection by HIV, its mode of transmission and prevention against infection.

The objective the thesis has set was to establish the awareness about HIV/AIDS prevention of individuals above 40 years of age and to determine whether or not respondents use barrier methods of contraception when changing their sexual partners. The thesis also aimed at discovering the interest respondents show in the health of their new sexual partner.

The research sample involved respondents over 40 years of age – single, married, divorced, widowed, cohabitants, registered partners and respondents who have had a new sexual relationship in the past two years. I used quantitative research method, specifically questionnaires, to collect data. Questionnaires have been distributed in Beroun, České Budějovice, Cheb, Jihlava, Nový Jičín, Prague and Příbram. The total number of distributed 100 questionnaires (100%) yielded 62% return rate.

Hypothesis 1: Individuals over 40 years of age dispose of distorted and inaccurate information about HIV/AIDS. Hypothesis 2: More than a half of respondents do not use any barrier contraception when starting a new sexual relationship. Hypothesis 3: More than a half of respondents do not request a negative HIV/AIDS test.

The research validated all free hypotheses above.

Results of the thesis can be published in professional journals to increase public awareness about HIV/AIDS.

Prohlášení:

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 6. 5. 2011

.....

Iveta Rožníčková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí této práce PhDr. Jolaně Ročňové za cenné rady, připomínky a trpělivost při vedení mé bakalářské práce.

OBSAH:

ÚVOD.....	8
1. SOUČASNÝ STAV	9
1.1 Intimní pouto mezi mužem a ženou.....	9
1.2 Láska.....	9
1.3 Manželství.....	9
1.4 Vývoj vztahu.....	10
1.4.1 Vývojové krize.....	10
1.5 Sexuální soužití manželů.....	11
1.6 Nevěra.....	12
1.6.1 Mimomanželský kontakt.....	13
1.6.2 Mimomanželský vztah.....	13
1.6.3 Volné soužití.....	13
1.7 Prevence	14
1.7.1 Prevence sexuálního přenosu.....	16
1.7.2 Prevence parenterálního přenosu.....	17
1.7.3 Prevence přenosu z matky na dítě.....	17
1.7.4 Prevence přenosu HIV ve zdravotnickém zařízení.....	17
1.8 Historie objevení viru HIV.....	18
1.9 Charakteristika onemocnění AIDS.....	20
1.10 Původce onemocnění AIDS.....	21
1.11 Klinický obraz onemocnění.....	22
1.11.1 Klinická kategorie A.....	22
1.11.2 Klinická kategorie B.....	22
1.11.3 Klinická kategorie C.....	23
1.12 Přenos viru HIV.....	23
1.12.1 Přenos sexuálním stykem.....	24
1.12.2 Přenos parenterální (krví).....	25
1.12.3 Přenos z matky na dítě.....	26
1.12.4 Diagnostika.....	27

1.13 Léčba.....	29
2. CÍLE PRÁCE, HYPOTÉZY.....	32
2.1 Cíle práce.....	32
2.2 Hypotézy.....	32
3. METODIKA.....	33
3.1 Použitá metodika.....	33
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru.....	33
4. VÝSLEDKY.....	34
5. DISKUZE.....	50
6. ZÁVĚR.....	55
7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	57
8. KLÍČOVÁ SLOVA.....	61
9. POUŽITÉ ZKRATKY.....	61
10.PŘÍLOHY.....	62

ÚVOD

Human Immunodeficiency Virus je virus, který způsobuje onemocnění AIDS, které má název Acquired Immunodeficiency Syndrome. V době, kdy ještě toto onemocnění nebylo prozkoumáno a nevědělo se, jak se přenáší, byli lidé opatrnější, protože v nich narůstal strach z této nemoci. V současné době, kdy medicína pokročila dopředu, jsou jasné způsoby přenosu a možnosti léčby, lidé stále více opouštějí své obavy a přecházejí k rizikovějšímu chování.

K datu 30. 4. 2010 bylo v České republice zaznamenáno 1403 HIV infikovaných lidí, což nemusí být úplný počet infikovaných, protože někteří lidé o své nemoci neví (20).

I přes to, že HIV/AIDS je onemocnění, na které doposud není léčba, jen léčebné prostředky, které pozastavují projevy onemocnění, jsou lidé, nakažení virem HIV, schopni začlenit se do společnosti a žít způsobem, kterému říkáme „normální“.

V boji proti HIV/AIDS se prevence zaměřuje na mladé lidi, kteří jsou považováni za nejrizikovější skupinu, protože začínají objevovat svou sexualitu. Podle mého názoru, by se sekundární prevence HIV/AIDS měla zaměřovat i na osoby nad 40 let věku.

Po určité době manželství nastává manželská krize, některé páry ji překonají, jiné ne. V manželské krizi vyplouvají na povrch všechny křivdy a lži, které se snažili manželé před sebou utajit. Objevují se mimomanželské vztahy, při kterých ženy i muži nezjišťují sexuální minulost svého nového sexuálního partnera.

Ve své bakalářské práci se zaměřuji na osoby starší 40 let, kde zkoumám jejich osobní život, dotazuji se těchto osob na jejich sexuální život, a dále zkoumám, jak se chrání před sexuálně přenosnými chorobami. Hlavní důvod pro napsání této práce pro mě byla prevence, která se zaměřuje pouze na mladé lidi a opomíjí starší generaci, která není seznámena s problematikou onemocnění HIV/AIDS a proto si myslím, že tyto osoby se mohou snadno nakazit virem HIV.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 intimní pouto mezi mužem a ženou

Zoolog Desmond Morris byl zřejmě první, kdo popsal koncepci partnerských pout. Vzájemné pouto je jedinečným typem přitažlivosti dvou milujících se lidí, které přesahuje fyzickou přitažlivost, má též rozměr emocionální, duchovní a intelektuální. Vztah je splynutí dvou myšlenkových a názorových světů. Vztah se začíná utvářet vždy, když se do sebe dva lidé zamilují. Je to postupný proces, proces zamilování se a utvoření vztahu je dlouhý a náročný (27).

1.2 Láska

Pojem, s nímž se v současné literatuře o manželských problémech setkáváme jen zřídka. Láska však zajímá psychology v souvislosti s interpersonální přitažlivostí. Láska je považována za hluboký kladný cit, definována jako postoj zaujímaný jednou osobou vůči druhé osobě, který zahrnuje sklon myslet a chovat se vůči této osobě určitým způsobem. Potřeba přijetí a závislosti, sklon pomáhat a orientace na výlučnost na pohlcení jsou tři složky lásky (13).

1.3 Manželství

Manželství je trvalé společenství muže a ženy založené zákonem stanoveným způsobem, které považuje za hlavní účel založení rodiny a řádnou výchovu dětí. Je to logické pokračování vztahu mileneckého. Před uzavřením manželství by se muž a žena měli navzájem poznat (své charakterové vlastnosti a svůj zdravotní stav). Mladí lidé často nevědí, co mají od manželství očekávat, v tradičním manželství byl muž hlavou rodiny, živitel a žena, která se starala o děti a domácnost, ho ve všem poslouchala, oba věděli, co se od nich očekává. Dnes je partnerský vztah kvalitnější, poskytuje víc uspokojení. Je ale náročnější a těžší, jednotlivé role nejsou přesně definované a je třeba si je vytvořit. Novomanželé se musí vypořádat s celým okruhem citových a praktických

úloh, které jsou často vzájemně propletené. Např. jak si rozdělit peníze, jak to bude s domácími pracemi a v neposlední řadě, co sex? Bude to pro oba partnery radost, nebo povinnost? Dále životní rozhodnutí kdy mít děti. Potom tu jsou přátelé, volný čas, hodnoty a cíle. Stále přetrvává názor, že nejdůležitější stránky manželství jsou intimita a společně trávený čas. Pro dobré manželství je podstatou dělení se o myšlenky a pocity smutku a radosti (9, 14, 28, 46).

Uzavřením manželstvím přijímáme společensky vymezený životní styl dospělosti, je spojeno s rituálem, který určuje počátek této fáze a potvrzuje pozitivní význam dané změny. Jedinec vstupem do manželství získává novou roli, která je sociálně žádoucí a má větší prestiž, než role svobodného (42).

1.4 Vývoj vztahu

Manželský vztah nezůstává stále stejný, vyvíjí se a mění, prochází několika vývojovými fázemi, které se označují, jako životní cykly rodiny. Bezdětné manželství je prvním stadiem, toto je období postupné adaptace na novou roli a nový způsob života s partnerem. Pro zvládnutí adaptační fáze jsou důležité nutnost zachování soukromí obou partnerů, zvolení si životního stylu a cílů, které jsou pro oba partnery přijatelné, partneři si musejí určit práva a povinnosti. Přejít z období novomanželského do období následujícího provází typické změny pojetí vztahu, a to od romantické lásky k realističtějšímu vztahu. Uplatňuje se proces zevšednění, kvůli konfrontaci ideálních představ o manželství. Po narození dětí se objevují nové radosti i starosti a pozornost, zejména ženy se zaměřuje spíše na ně. Zvláštní vývojové stádium je dorůstání dětí, jejich odpoutávání se od rodičů a odchod z domu (13, 42).

1.4.1 Vývojové krize

V manželství jsou typická dvě krizová období. První vývojová krize se objevuje mezi třetím a sedmým rokem trvání manželství. Příčinou jejího vzniku je úbytek romantičnosti, růst situací, v nichž mají manželé odlišné názory a nedovedou se shodnout, častější projevy negativních emocí, napětí, které vzniká z častého styku

dvou lidí. Může se objevit bez jakékoli vnější příčiny, za příznivých bytových i ekonomických podmínek, bez nevěry některého z partnerů. V krizi narůstá pocit nespokojenosti, zvyšují se názorové neshody, objevuje se protestní mlčení, stupňují se hádky, pocity zklamání a výčitky. Druhá vývojová krize se objevuje mezi 17-25 lety manželství, je méně hluboká. Na jejím vzniku se uplatňuje přibližování staršího věku se zvýšenou citlivostí, objevování se somatických potíží, osamostatňování se a odchod dětí, zesilující závislost ženy a častá tendence muže ještě k nějakému užití v erotice a sexu mimo manželství (13).

1.5 Sexuální soužití manželů

Pro sexuální chování je základní jednotkou pár, sexuální chování je prapůvodní lidskou vlastností, bez této vlastnosti by nebylo možné přežití lidstva. Mužská sexualita se od ženské liší, zatímco pro muže je to tělesná záležitost, ženy dávají ve vztahu důraz na city. Sex hraje značnou roli v partnerském soužití. Jsou vztahy, které po určitou dobu drží nad vodou, ale nadějně manželství může být rozbito sexuálním nesouladem. Manželská sexualita se liší od sexuality milenecké, ale laik se domnívá, že mezi manželskou a mileneckou sexualitou by neměl být rozdíl. Zdrojem rozporů bývají odlišné požadavky partnerů na frekvenci styku, na jeho místo, čas, formy a variace. Rozpory bývají v požadavku na častost sexuálního styku, v mladých manželstvích se setkáváme s většími požadavky muže a menší u ženy, např. muž chce styk denně a žena jednou za týden. Mnoho žen po čtyřicítce začne přibývat na váze, objevují se u ženy nepříjemné tělesné pocity (návaly horka, pocení nespavost atd.), všechny tyto komplikace s každodenními starostmi nevyvolávají dobré podmínky k tomu, aby žena měla uspokojivý sexuální život. Neuspokojená sexuální touha se v manželství mění v pocity agrese vůči partnerovi. Takové situace vedou u muže někdy k ventilu v onanii nebo k nevěrám se všemi možnými riziky pro manželství. Každý z manželů může mít odlišný názor na průběh nebo způsob, který mu nejlépe vyhovuje. Názor se může týkat různých forem vlastního i partnerova chování při předešle a v průběhu styku (13, 21, 23, 28, 38).

1.6 Nevěra

Za nevěru lze označit jakýkoli sexuální kontakt mimo manželství, nevěra může nejdůležitěji narušit vzájemné pouto vytvořeného manželského vztahu. Je to porušení věrnosti ve vztahu. Existují podmínky, které podporují vznik nevěry, patří mezi ně odloučení, kdy opakovaná nebo delší nepřítomnost jednoho z partnerů oslabuje i ten nejpevnější svazek a stres, ten může vést také k oslabení vztahu, příčinou stresu může být práce, peníze, únava a další faktory. Při nadměrném stresu může dojít k oslabení sexuální touhy v manželství. Muži uvádějí v průměru 8,6 partnerek a ženy 5,5 partnerů. Nevěru přiznává alespoň jednou za manželství 59 % ženatých mužů a 40 % vdaných žen. Vliv nevěry na manželský vztah hraje roli, kdy k ní došlo, jestli jde o záležitost převážně sexuální nebo emocionální, zda jde o nahodilý kontakt, sexuální promiskuitu nebo déle trvající vztah k jedné osobě. Nevěra je jev možný, v populaci poměrně častý. Vzorce sexuálního chování výrazně nezměnila ani rizika spojená s AIDS. Déletrvající mimomanželský vztah ohrožuje manželství nebezpečím vzniku emocionální závislosti nevěrného partnera na mimomanželském partnerovi. Manželství mohou také ohrozit požadavky mimomanželského partnera (13, 21, 22, 23, 27).

Při vzniku nevěr mají význam rysy osobnosti, např. snadnost navazování kontaktu, odvaha a schopnost sebezprosažení, nesmělost, pasivita a strach nevěru ztěžují. Je několik typů osobností, které mají k nevěře sklony. U mužů je to typ prostopášíka (promiskuitní muž), typ věčného nespokojence (tento muž stále hledá lásku, nedovede navázat trvalý emoční vztah) a typ donchuána (nezralá osobnost, z nevěr získává narcistické uspokojení). U žen se vyskytuje typ svůdkyně (chce se líbit a mít obdivovatele, k tomu využívá sex, ale její sexuální apetence je malá), dobrodružka (hledá krátká sexuální dobrodružství s malým citovým západem), žena bezbranná (nedovede odmítnout, má nízký práh vzrušivosti), žena nespokojená (s ničím není spokojená, v mileneckém vztahu má pocity viny a stává se v něm protivná). Zachování věrnosti je závislé na ovládnutí tendence ke změnám a novým dojmům v eroticko-sexuální oblasti, motivem k ovládnutí může být láska a povinnost. Důvodem k mimomanželskému vztahu může být získání různých výhod, zejména finančních,

rekrečních nebo pracovních. Např. vdaná žena vyhoví sexuálním přáním svého nadřízeného, pro získání privilegovaného postavení, postup v kariéře, zahraniční stáž či vyšší plat. Nevěra vzniká nejčastěji na pracovišti, protože pracoviště vytváří mimořádně vhodnou půdu k nevěře. Na pracovišti dochází ke každodennímu setkávání, ale bez soužití. Tímto vztahem dojde ke zpestření stálého zaměstnání. Mimomanželské sexuální kontakty se označují jako situační krátkodobé nevěry, proto je od nich třeba odlišit déletrvající nevěru, označovanou jako mimomanželský vztah (13, 28).

1.6.1 Mimomanželský kontakt

Jednorázová záležitost, která je málo vázaná na konkrétní osobu. Je důsledkem sexuální nouze při vynucené manželské sexuální abstinenci, projevem hypersexuality, projevem potřeby dokázat si vlastní sexuální schopnost. Nebo může být podnícený náhodnou příležitostí. Je to primární sexuální záležitost. Lze rozlišovat ojedinělý mimomanželský kontakt a časté nahodilé mimomanželské kontakty u promiskuitních jedinců (13).

1.6.2 Mimomanželský vztah

Trvá déle a vzniká v něm citová vazba. Mohou se zde objevovat stadia podobná manželským vývojovým stádiím. Mimomanželský vztah může mít charakter dlouhodobého převážně sexuálního vztahu nebo vztahu mileneckého. Emoční a dynamické faktory převyšují sexuální potřebu (13).

1.6.3 Volné soužití

Zvláštní případ manželství, zde si manželé tolerují mimomanželský vztah nebo mimomanželské vztahy. Důvodem volného soužití je ochránit děti před traumatem z rozvodu. Je nutné odlišovat volné soužití od otevřeného soužití. V otevřeném soužití si manželé rezervují volný čas pouze pro sebe. Volné soužití je možné jen za podmínek

oboustranného souhlasu. Není to patologie, ale typologická anomálie manželství ve vztahu k nevěře (28).

1.7 Prevence

Prevence je pracovní metodou ve všech oblastech medicíny, jejím cílem je udržení zdraví ohroženého jedince. V prevenci se rozlišují tři základní typy. Prevence primární zahrnuje všechna opatření směřující ke snížení incidence onemocnění, jako jsou jodizace kuchyňské soli, fluoridace pitné vody, vitaminizování potravin a očkování. Do prevence sekundární se řadí postupy snižující prevalenci onemocnění, jedná se o opatření, která mají snahu co nejdříve detekovat a správně diagnostikovat chorobu ještě v presymptomatologické části (vyhledávání prekanceróz, vyhledávání iniciálních stadií vývojových poruch). Metodami sekundární prevence jsou preventivní prohlídky, depistážní akce, monitoring atd. Terciální prevence se zaměřuje na odstranění nebo alespoň zmírnění následků chorob, snahou je zkrátit chorobný stav, jejím cílem je zlepšit kvalitu života postiženého. Patří sem účelná rehabilitace a psychosociální reintegrace (44).

Existuje mnoho sociálních i ekonomických důvodů pro to, aby se v problematice HIV/AIDS věnovala velká pozornost prevenci, ať už na úrovni globální, regionální či individuální. Předchází se tím sociálním problémům (osiřelé děti v Africe), utrpení lidí, resp. nákladné léčbě. Prevence jak předcházet infekcím HIV má mnoho aspektů a podob. Úspěšná prevence by měla zahrnovat nejen problematiku HIV/AIDS, ale i množství dalších souvisejících otázek, např. postavení sexuálních menšin, sociálně znevýhodněné skupiny, životní podmínky a životní styl mladých lidí, souvislosti s užíváním drog, zdravotní a sexuální výchovu (17).

Na podkladě sdělení N. Ramjee na XVI. zasedání Světové konference o AIDS, konané v Torontu v roce 2006, byla stanovena „nová“ strategie v prevenci HIV/AIDS. „Stará“ strategie zahrnovala písmena A, B, C. Nová strategie je rozšířena o písmena C, D, E, F, G, H, (I). Písmena jsou prvními písmeny anglických slov, vztahujících se k prevenci přenosu HIV (24).

A

- abstinence

B

- be faithful - být si vzájemně věrní

C

- kondom (mužský kondom), ale také ženský kondom (femidom)

- circumcision - mužská obřízka (chirurgické odstranění předkožky penisu), která má podle studií až 75% ochranný účinek, před HIV infekcí u mužů s obřízkou ve srovnání s kontrolní skupinou

D

- diafragma (poševní) bariérová se používá se spermicidem, v současnosti patří diafragma (poševní pesar) k historii

- dental dam (dentální rouška)

E

- exposure prophylaxis (expoziční profylaxe = postexpoziční profylaxe), na základě americké studie je profylaxe vertikálního přenosu HIV (před, během a po porodu) standardní intervencí, toto riziko se snižuje o 67 %. Postexpoziční profylaxe u zdravotnických pracovníků již při monoprofylaxi AZT vede k 80 % omezení rizika po perkutánním poranění.

F

- female initiated microbicides – mikrobicidy (tekuté kondomy), mohou být používány ženami bez vědomí (a souhlasu) mužů

G

- genitál trakt infections, znamená prevenci dalších sexuálně přenosných chorob

H

- HSV 2 potlačení Herpes simplex 2, která vede k vyššímu riziku nákazy virem

HIV

I

- immunity induced by vaccine (Imunita postvakcinační), vakcína proti viru HIV, která je zatím otázkou budoucnosti. Počítá se s tím, že by vakcína neměla 100% účinek, takže by předcházející zásady nenahradila (25).

1.7.1 Prevence sexuálního přenosu

Sexuální přenos HIV infekce je způsob přenosu nejčastější, v současné době se nepovažuje homosexualita za rizikový faktor. Ale za rizikový faktor se považuje promiskuita bez dodržování zásad tzv. safer sexu (bezpečnějšího sexu). V oblasti sexuální výchovy musí být pěstován pocit odpovědnosti za své zdraví, morálně odsuzována promiskuita a prohlubovány znalosti o nebezpečí přenosu HIV infekce. V rizikových skupinách by zdravotní výchova měla být zaměřena na odstranění návyků vedoucích k riziku přenosu HIV infekce (nechráněný pohlavní styk u prostitutek, homosexuálů a heterosexuálů). Platí dávno vyslovená zásada, že dosud jedinou účinnou obranou proti HIV infekci je prezervativ. Prezervativ je třeba používat při vaginálním styku, při felaci (dráždění penisu ústy), při vzájemné masturbaci, nikdy nelze vyloučit přítomnost drobných poranění na ruce a při nejriskantnějším styku análním, při kterém dochází k mikroporaněním porušující přirozené slizniční bariéry. Prezervativ brání i přenosu jiných sexuálně přenosných chorob (STD), které podporují přenos HIV infekce. Souvisí to s porušením slizničních bariér, ale i s aktivací lymfocytů v této oblasti, které jsou pak vnímavější k infekci. Existuje i ženský prezervativ (Femidom), který se zavádí do pochvy. Lze jej užít i při análním styku (36, 39).

Nejdůležitější ochranou je partnerská a manželská věrnost. Pokud chtějí dva lidé, kteří dříve už sexuálně žili, praktikovat nechráněný pohlavní styk, měli by tuto partneri zpočátku používat kondom a nechat si oba provést dvakrát test na přítomnost protilátek anti-HIV v odstupu 3 měsíců. Jsou-li všechny výsledky negativní, je možné při absolutní partnerské věrnosti praktikovat nechráněný pohlavní styk. Je důležité věnovat dost času poznávání svého partnera, důvěrně se s ním sblížit, zeptat se ho na možnost infekce v minulosti a na jeho chování (33, 39).

Kondom musí používat i páry, kdy jsou oba partneři infikováni virem HIV, protože každé další nakažení virem HIV vede k propuknutí plně klinicky manifestnímu AIDS (39).

1.7.2 Prevence parenterálního přenosu

Mezi způsoby parenterálního přenosu patří sdílení kontaminovaných jehel, stříkaček a roztoků. Ale intravenózní toxikománie nemusí představovat rizikový faktor pro HIV infekci, pokud narkoman používá vždy jehlu, stříkačku a roztok drogy pro sebe. Současné zkušenosti nasvědčují tomu, že přenos HIV u těchto lidí je možné zpomalit, respektive z některých okolností je možné zabránit vzniku nových infekcí. Snížením rizikovosti chování, bezpečnější podávání drog (nepoužívat injekční jehlu a stříkačku po nikom jiném, mít svou vlastní stříkačku a jehlu). Vyhrazení určitých prostor, kde je realizován princip výměny jehel a stříkaček (novou za použitou). Léčba drogové závislosti (39).

1.7.3 Prevence přenosu z matky na dítě

Velká pozornost je věnována prevenci přenosu HIV infekce z matky na plod. V roce 2000 zavedla ČR povinné testování všech těhotných žen na HIV (32).

Ze dvou důvodů se doporučuje přerušit těhotenství, prvním důvodem je riziko přenosu infekce HIV na plod, druhým důvodem je otázka přežití matky a pečování o dítě dalších několik let. Byla prokázána efektivita císařského řezu. Po porodu se dítěti podává polyvalentní imunoglobulin. U dětí se doporučuje do 3 měsíců po porodu udělat PCR na přítomnost HIV. Po opakované pozitivitě lze předpokládat, že se dítě infikovalo (18).

1.7.4 Prevence přenosu HIV ve zdravotnickém zařízení

Zdravotnický personál přichází do styku s pacienty nebo jejich tělními tekutinami, které mohou být kontaminované virem HIV. Při dodržování hygienických

pravidel dodržovaných ve zdravotnickém prostředí je riziko přenosu viru HIV na zdravotnický personál nižší. CDC (Centre for Diseases Control) v USA vypracovalo doporučení týkající se obecných opatření, na která by se mělo dbát u všech styků s biologickými tekutinami od pacientů (47).

Za základní zásadu, kterou by se měl řídit každý lékař, zdravotní sestra i pracovník v laboratoři, je považovat každého pacienta a každý biologický materiál za potenciálně infikovaný HIV. Po aplikaci injekce, kdy se používají rukavice, musí být stříkačka a jehla odhozena do lahve nebo jiné nádoby, jejíž stěnou nemůže jehla proniknout, tím se zabrání poranění další osoby. Pokud dojde ke krvavému poranění jehlou od HIV pozitivního pacienta, je nutné nechat ránu krvácet, pak vymýt proudem vody a vydezinfikovat. Do 4 hodin po poranění by měl být nasazen azidothymidin (AZT), první dávka by měla být aplikována intravenózně. Jestliže dojde k expozici oční spojivky, musí být vymyta proudem vody a měl by být nasazen AZT (39).

Každý vzorek by se měl považovat za potenciálně infekční, při odběrech jehlou a stříkačkou vždy používat rukavice, po odběru nenasazovat kryt na jehlu, používat obličejovou roušku, rukavice a brýle při zákrocích, kdy hrozí potřísnění tělesnou tekutinou, při operacích používat dvojité rukavice, to jsou zásady prevence přenosu HIV ve zdravotnickém zařízení (39).

1.8 Historie objevení viru HIV

V lidských dějinách se opakovaně objevovaly různé epidemie infekčních nemocí, např. různé morové epidemie, pravé neštovice a příjice, epidemie cholery, španělská chřipka a další (11).

Syndrom získaného selhání imunity (AIDS) je relativně nová a unikátní nemoc. Poprvé byla objevená v Americe roku 1981, v březnu roku 1981 navštívil newyorského specialistu na kožní a pohlavní nemoci Dr. Friedmana-Kiena mladý muž, který měl na dolních končetinách malé flíčky. Do týdne se tento lékař setkal s dalším podobným případem nezvyklých kožních projevů u jiného mladého muže. V obou případech se

jednalo o vzácně se vyskytující zhoubné bujení kůže, tzv. Kaposiho sarkom. Oba muži nijak neskrývali, že praktikují „volný sex“ (7, 29).

O něco později jsou z New Yorku hlášeny další případy onemocnění kvasinkami, horečky neznámého původu, otoky lymfatických uzlin a neznámá forma poruchy imunitního systému, to vše u mužů, které spojuje sexuální orientace na muže (29).

Na sklonku roku 1981 se již hovořilo o nové medicínské jednotce, kterou někteří nazývali GRID (Gay-Related Immune Deficiency), jiní hovořili o zápalu plic homosexuálů (29).

Koncem roku 1981 zavládlo mezi lékaři vzrušení, u všech nemocných s neznámou chorobou byl potvrzen naprostý rozvrat imunitního systému (29).

Nikdo nepředvídal, že lidstvo ohrožuje nová epidemie, která svým globálním šířením bude zasahovat do všech činností člověka. Takovýchto pacientů začalo rychle přibývat. Na počátku lidé neznali původce, cestu šíření ani možnosti chránit se. Příznaky se nejčastěji objevovali u homosexuálů, hemofiliků, heronoimanů (v USA označovaní narkomani píchající si heroin) a většina nemocných pocházejících z Haiti – proto na krátkou dobu bylo onemocnění označováno jako nemoc 4H (11).

Roku 1982 v CDC byla vytvořena první definice AIDS. Tuto definici poprvé použil výzkumný pracovník Bruce R. Voeller, který ho použil jako protest proti chorobám, které byly dříve označovány jako GRID (2, 36).

V roce 1983 výzkumy poskytly první důkaz spojující AIDS na určitý typ viru tzv. retroviru. Retrovirus, který způsobuje onemocnění AIDS je označován jako HIV (Human Immunodeficiency Virus). Byl objeven francouzským vědcem prof. Montagnierem a jeho spolupracovníky, kteří virus AIDS izolovali a kultivovali v Pasteurově Institutu v Paříži. Zároveň prof. Gallo a skupina amerických výzkumníků také izolovali virus, použili vzorky tkáně, které jim poslal prof. Montagnier (2,11).

Na podkladě tohoto výzkumu byla vypracována diagnostická metodika a zahájena výroba diagnostických detergentů. V červnu roku 1984 byla zahájena výroba setů pro zjišťování původce AIDS-HIV. Teprve po třech letech, co byl objeven původce

nemoci, začal boj proti AIDS. Po celém světě se zapojilo na 200 000 vědců, tisíce vědeckých pracovišť pracovalo na výzkumu a vývoji léků a očkovacích látek (11).

Dodnes není jasné, odkud pochází původce viru HIV a jak došlo k takovému onemocnění. Je několik hypotéz. Hlavní hypotéza je o opičím původu. Zastánci se domnívají, že k rozšíření viru do lidské populace došlo v důsledku konzumace syrového masa některých opičích druhů. Tak se přenesl opičí SIV (opičí virus selhání imunity) na lidský organismus, kde se přeměnil na lidský HIV. Uvádí se, že námořníci, kteří navštívili Afriku, se pravděpodobně nakazili v přístavních nevěstincích. Ale dnešní věda nemůže tyto skutečnosti prokázat, ani vyvrátit. Jako další hypotézu stanovili vědci bývalé NDR, tito vědci vypracovali studii, ve které chtěli prokázat, že virus HIV byl připraven v USA jako biologická zbraň, který byl zkoušený na vězeňských dobrovolnících, kteří po propuštění na svobodu tento virus rozšířili mezi lidi. Po vyšetření všech faktorů, zjistili odborníci, že to byla vykonstruovaná studie. Třetí hypotéza je taková, že je to Boží trest na lidstvo, za nemorální promiskuitní život (11, 39).

Málokteré onemocnění tak výrazně zasahuje do lidské přirozenosti a zároveň do oblasti sociálního a kulturního zájmu, jakým je sexualita. Objevení HIV/AIDS přineslo nové pohledy na sexualitu. Po období sexuální svobody a experimentování v 60. a 70. letech přišly na řadu pojmy jako osobní zodpovědnost, riziková sexualita, bezpečnější (už ne bezpečný) sex. Kondomy, mužské a kondomy pro ženy tzv. femidomy, se díky objevení AIDS staly každodenní pomůckou pro milióny osob, kteří si nejsou jisti svým partnerem i sebou samými (17, 29).

1.9 Charakteristika onemocnění AIDS

Onemocnění AIDS (syndrom získané imunitní nedostatečnosti), jehož zkratka pochází z anglického Acquired Immune Deficiency Syndrom, je stav, který dochází při destrukci imunitního systému po nákaze virem lidské imunodeficiencie (HIV). Virus po proniknutí do krevního systému napadá T-lymfocyty především CD4 (druh bílých krvinek). Podstatou viru je rozvrat imunitního systému. Od okamžiku infekce virem

HIV probíhá neustálá replikace viru HIV v cílových buňkách. V průběhu replikace vznikají miliony nových částic, které způsobují lýzu infikované buňky a následně infikují i okolní buňky. Hlavním místem intenzivní replikace viru HIV je lymfatická tkáň. Během infekce virem HIV dochází postupně k rozvoji hlubší poruchy buněčné i humorální imunity, následkem toho je, že imunitní systém není schopen obranyschopnosti. Organismus není schopen obrany ani proti běžným jinak neškodným virům, bakteriím, plísním i parazitům. V důsledku destrukce imunitního systému dochází k propuknutí onemocnění AIDS, které je posledním stadiem infekce virem HIV (klinická kategorie C podle klasifikace amerického centra pro kontrolu nemocí a prevenci z roku 1993) (3, 8, 19, 31).

1.10 Původce onemocnění AIDS

Původce onemocnění AIDS je vir lidského imunodeficitu (Human Immunodeficiency Virus), který patří do rodu *Lentivirus* z čeledi *Retroviridae*, což znamená, že nemá DNA, ale RNA. Virus HIV měří v průměru asi 100 nm. Na povrchu je vnější dvouvrstvý fosfolipidový obal, ve kterém je 72 virových povrchových glykoproteinových komplexů. Tyto povrchové komplexy jsou důležité pro přichycení a následnou fúzi HIV hostitelskou buňkou. Na vnitřní straně zevního fosfolipidového obalu je navázán virový protein, který tvoří vnitřní membránu zvanou matrix. Uvnitř virové částice je válcovitá (nukleo)kapsida, která obsahuje vlastní genetickou informaci HIV (dvě identické molekuly virové RNA). Po vniknutí do buňky se virová RNA působením reverzní transkriptázy přepíše do dvouvláknové DNA, která se musí vložit do buněčné DNA, to zajišťuje virová endonukleáza. Tento virus má dvě varianty, HIV-1 a HIV-2. Virus typu HIV-1 způsobuje celosvětovou pandemii, ale virus typu HIV-2 epidemii lokalizovanou především na zemi v západní Africe. Virus HIV-2 je geneticky a evolučně bližší opičím retrovirům. Lze říci, že nakažlivost HIV-2 je nižší a rozvoj onemocnění je obvykle u osob, kteří jsou infikováni HIV-2, podstatně pomalejší (3, 8, 36).

1.11 Klinický obraz onemocnění

Klinické projevy AIDS jsou ovlivňovány mnoha faktory (životosprávou, výživou a léčbou nemocného, závažnosti poruchy imunity a stádiem onemocnění) (3).

Délka inkubační doby od okamžiku nákazy do propuknutí akutní HIV infekce je 2-6 týdnů, poté probíhá mnohaleté bezpříznakové období, první příznaky imunodeficitu se objevují u přirozeně probíhající HIV infekce průměrně za 10-11 let po infekci (3).

Průběh HIV infekce lze z časového hlediska rozdělit do tří stádií, tyto stadia se nazývají klinické kategorie A, B, C, dle klasifikace Centra pro kontrolu a prevenci nemocí z roku 1993 (3).

1.11.1 Klinická kategorie A

Akutní HIV infekce začíná 2. - 4. týden po expozici HIV virem (8).

Asymptomatické stádium, na samotném začátku nemá pacient žádné klinické příznaky, které by vypovídaly o přítomnosti viru HIV. Akutní HIV infekce postihuje 85 % lidí recentně infikovaných HIV, příznaky jsou podobné chřipce (horečka, faryngitida, enantém). Kvůli necharakteristickým příznakům a laboratorním vyšetřením (hematologie, imunologie, biochemie), kde jsou hodnoty v normě, je obtížné stanovit diagnózu. Pokud je akutní infekce HIV diagnostikována včas představuje jednu z indikací zahájení antiretrovirové terapie. V asymptomatickém stadiu nejsou přítomny příznaky imunodeficitu. Konec asymptomatického stadia se určuje podle tzv. perzistující generalizované lymfadenopatie (PGL), HIV pozitivní osoba má zvětšení dvě a více nesousedních skupin lymfatických uzlin o velikosti větší než 1 cm po dobu delší než 3 měsíce (3).

1.11.2 Klinická kategorie B

Symptomatické stádium, je charakterizováno výskytem některých „malých“ oportunních infekcí. K těmto infekcím patří horečka nebo průjem, které trvají déle než

1 měsíc, trombocytopenická purpura, herpes zoster, kandidová vulvovaginitida. Laboratorní nálezy prokazují anemii, leuko a lymfopenii, trombocytopenii, hypergamaglobulinemie. Toto stadium je hlavní indikací pro zahájení antiretrovirové terapie, která představuje naději pro uspokojivou rekonstituci funkčního potenciálu imunitního systému. Pokud není zahájena antiretrovirové terapie, může dojít k prohloubení imunodeficitu a mohou vzniknout podmínky pro „velké“ oportunní infekce a nádory. To vede k progresi do dalšího stadia onemocnění (3).

1.11.3 Klinická kategorie C

Charakterizována výskytem oportunních infekcí a nádorů, které se řadí do stadia AIDS. K „velkým“ oportunním infekcím patří mozková toxoplazmóza, TBC (mimoplicní), Kaposiho sarkom, HIV encefalopatie, casting syndrom. Je podmíněná přítomností hlubokého imunodeficitu, jehož kritickým mezníkem pro jeho rozvoj je pokles počtu T-lymfocytů. Tolerance antiretrovirové terapie je v tomto stádiu obvykle horší, než ve stadiu B. To snižuje vyhlídky na optimální léčebný úspěch. Pokud se nedaří zlepšit nebo udržet stav imunity, je důležité zahájit léčení nejzávažnějších oportunních infekcí, jinak dochází k postupnému rozvoji imunitní poruchy, spojené s multifunkčním rozvratem orgánů a pacient umírá na infekční komplikace, nádor či na celkové vyčerpání organismu (3).

Délka života HIV infikovaných je individuální, průměrná délka doba od nákazy do vzniku těžkých komplikací infekce je u neléčených osob asi 10 let. Doba přežití s definujícím pro AIDS je průměrně 1-2 roky, obvykle nepřesáhne 5 let. Léčba HIV infekce a profylaxe oportunních infekcí vedou k prodloužení asymptomatické fáze i k prodloužení života u pacientů s AIDS (36).

1.12 Přenos viru HIV

HIV je všeobecně přenášeno třemi způsoby: cestou sexuálního styku s infikovanou osobou, kontaminací HIV infikovanou krví, z infikované matky na dítě během těhotenství, porodu a kojení (7).

Přesto, že je přenos HIV možný přesně definovanými cestami, nehovoříme dnes zásadně o rizikových skupinách, ale pouze o konkrétním člověku s konkrétním rizikovým chováním, za které se považuje hetero či homosexuální promiskuita bez dodržování zásad bezpečného sexu, aplikaci drog do žíly při společném sdílení jehly nebo stříkačky (39).

1.12.1 Přenos sexuálním stykem

HIV je křehký virus, který zřídka kdy přežívá mimo tělo, proto přenos viru HIV téměř vždy vyžaduje přímý kontakt mezi dvěma jedinci a závisí na přenosu tekutiny, která obsahuje vir z infekční osoby na příjemce. Pro většinu jedinců nejpřímější formou kontaktu je sexuální styk. Když probíhá vaginální styk, infikovaný muž přeneseme semeno kontaminované HIV do vaginální dutiny. Riziko přenosu infekce HIV je vyšší ve směru muž-žena, než ve směru žena-muž. Souvisí to s větším množstvím viru HIV ve spermatu, než v poševním sekretu. U ženy se za nejinfekčnější období pokládá menstruace, vzhledem ke krvácení (2, 5, 43).

Virus se nalézá v největším množství v sekretu pohlavního ústrojí (sperma a vaginální sekret) u lidí s HIV infekcí. Aby se mohl dostat do těla, virus se musí navázat na specifické cílové buňky se speciálními receptory, nazývané CD4 receptory, např. makrofágy a T4 lymfocyty. Tyto receptory umožňují viru se úspěšně připojit a proniknout do tělních buněk. Buněčné receptory jsou bohaté ve výstelce v pohlavním ústrojí a v konečníku (7).

Zranění nebo poškození vaginální sliznice dovoluje proniknout viru HIV do oběhového systému a ve velkém množství způsobit infekci (2).

Anální pohlavní styk zahrnuje sexuální praktiky, které jsou nejriskantnější pro přenos viru HIV. Sliznice v konečníku je relativně snadno poškoditelná během análního styku. To viru dovoluje do těla proniknout velmi snadno. Vaginální a anální sex je bezpečný, jestliže je použit kondom (7).

Sexuální přenos HIV je v současné době hlavní cesta šíření této infekce. Sliznice pohlavního ústrojí nejsou na rozdíl od neporušené kůže účinnou bariérou proti vstupu

HIV do organismu. Riziko přenosu HIV významně zvyšuje současná přítomnost jiných sexuálně přenosných infekcí (herpes genitalis, kapavka, lues) (3).

Efektivní léčba nemoci genitálního vředu (syfilis, herpes) a dalších sexuálně přenosných nemocí může hrát důležitou roli v kontrole a prevenci infekce HIV (7).

1.12.2 Přenos parenterální (krví)

Infekce se může také objevit, když HIV infikovaná krev získá vstup do těla. Aby se mohla vyskytnout infekce, krev od infikované osoby musí překonat bariéru kůže a vstoupit přímo do těla (7).

Přenos viru HIV se může vyskytnout během krevní transfúze nebo během transfúze krevních elementů. V České republice je od roku 1987 krev od všech dárců kontrolována, zda není infikovaná virem HIV (2, 31).

Při pokračování epidemie, začalo být zjevné, že přenos je možný také přes kontaminované nástroje, užívané narkomany. Mezi narkomany, kteří užívají drogy injekčně je běžné, že sdílejí jehly (2).

To znamená, že infikovaná krev virem HIV se stává velmi nebezpečnou, když pronikne do těla následujícími cestami: krevní transfúzí, krví kontaminovanou jehlou, stříkačkou, žiletkou, intravenózním užíváním drog. Také je možné, ale velmi vzácné, aby se virus HIV dostal do těla skrz poraněnou kůži (7).

Významná cesta šíření HIV infekce je intravenózní aplikace drog, zejména heroínu a kokainu, touto cestou dochází k přenosu i dalších infekcí. Studie ukázaly, že aplikace kokainu do žíly je nebezpečnější než aplikace heroínu (39).

Je důležité, aby všechna krev byla testována na HIV, před tím, než je považována za bezpečnou pro krevní transfúzi. Také je důležité, pro všechny zdravotnické pracovníky, aby byli ostražití při používání ostrých předmětů, odebírání krve, při provádění invazivních chirurgických zákrocích a při manipulaci s krví nasáklými obvazy, povlečení a tampóny (7).

1.12.3 Přenos z matky na dítě

Jak se rozvíjela epidemie AIDS, epidemiologové přišli na to, že děti mohou získat infekci HIV od jejich matek několika způsoby. Jeden způsob je perinatální přenos. V tomto případě je krev ženy infikována virem HIV. Ačkoli její krevní oběh je od dětského krevního oběhu oddělený placentou, nutriety, malé částice a viry mohou projít přes placentární bariéru (2).

Počet CD4+ lymfocytů v průběhu těhotenství klesá a k normálním hodnotám se vrací za několik měsíců po porodu. Byla prokázána zvýšená vnímavost vůči některým virovým a bakteriálním infekcím během těhotenství, zároveň nebylo prokázáno, že by těhotenství ovlivnilo ženy s asymptomatickým nosičstvím HIV infekce a tím by se zkrátila doba přežití (18).

Těhotná žena, která je HIV pozitivní může virus HIV přenést na své dítě během těhotenství nebo porodu. Výzkum ukázal, že je 20-40% šance, že dítě bude infikováno virem HIV. To znamená, že jestliže je matka HIV pozitivní, je šance přibližně jedna ze tří, že její dítě se narodí s HIV infekcí. (7).

Není jasné, proč některé ženy přenášejí vir HIV na své děti a jiné ne. Hlavní faktor, který určuje pravděpodobnost přenosu HIV infekce z matky na dítě je virové množství. Mezi další rizikové faktory, které ovlivňují perinatální přenos viru HIV, patří předčasný porod, nízká porodní hmotnost a kojení (7,18, 44).

Žena spíše přeneše virus na své dítě během těhotenství, jestliže se infikuje těsně před nebo během těhotenství, má vysoký obsah viru, má symptomy nemoci nebo jestli má nízký počet CD4 lymfocytů. To znamená, že matka se symptomy předá virus pravděpodobněji, než matka, která nemá příznaky infekce virem HIV (7).

Existují způsoby, jak snížit riziko přenosu během porodu, a to používání ART během těhotenství a porodu a podávání ART během prvních šesti týdnů po porodu, vyhýbáním se zbytečným protržením membrán, zbytečně neprodlužovat porod, minimalizovat trauma porodu, způsob porodu (císařský řez) (7).

Nebezpečí přenosu infekce existuje i při kojení. Riziko přenosu infekce HIV kojením na děti je u matek, které se infikovaly postnatálně asi 29 %. Děti matek, které

byly infikované po porodu, mají vyšší riziko přenosu, než děti matek, které byly infikované před těhotenstvím. Vysvětluje se to tím, že novorozenec nemá při vrcholné viremii přenesené protilátky transplacentárně. Riziko infikování virem HIV u kojených dětí matek, které se infikovaly před porodem je 14 % (3, 18).

Proto se ve vyspělých zemích doporučuje, aby HIV pozitivní matky nekojily, kdežto v rozvojových zemích, kde je při umělé výživě dítěte riziko střevní infekce vyšší než riziko přenosu HIV mateřským mlékem, však WHO doporučuje (35).

Při využití všech dostupných možností farmakologické (antiretrovirotika) i nefarmakologické (způsob porodu) profylaxe lze toto riziko snížit pod 2-3 % (3).

Vyšetřují se i dárci kostní dřeně, orgánů, tkání a spermatu na anti-HIV protilátky s cílem vyloučit pozitivní osoby z dárcovství. Ve zdravotnictví se veškerá krev i další biologické materiály považují za potencionálně infekční (10).

V současné době není dokázán přenos viru HIV slzami a slinami. Výjimkou je orální sex nebo hluboké líbání, zvláště má-li člověk poraněná ústa nebo krvácející dásně (8).

Dále nejsou důkazy o tom, že by se nemoc mohla přenášet vodou, potravinami, nádobím, vzduchem atd. Je ale za potřebí se vyvarovat společnému užívání hygienických potřeb, jako jsou kartáček na zuby, žiletky, stejně jako nedostatečně sterilizovaným nástrojům při provádění některých kosmetických výkonů např. tetování, propichování ušních boltců, piercing apod. (31).

1.13 Diagnostika

Součástí diagnostiky je anamnéza a fyzikální vyšetření. Lékař zjišťuje, předchozí pacientovi infekce, jako např. tuberkulózu, protože tato nemoc obvykle souvisí s HIV infekcí. Dále pátrá po informaci o sexuálně přenosných chorobách, jako jsou kapavka, syfilis a chlamydie, protože poškození pohlavních orgánů jako výsledek těchto onemocnění může posílit přenos HIV infekce. Anamnéza se zaměřuje na příznaky u pacienta, např. noční pocení, nevysvětlitelná horečka, bezděčné hubnutí, opakující se únavu, nevysvětlitelné zduření mízních uzlin, bolestivé a obtížné polykání,

jehož původcem je *Candida albicans*, nevysvětlitelné průjmy. Dále jsou to neurologické problémy, které zahrnují bolesti hlavy, ztrátu paměti, apatie a výkyvy nálad (2).

Fyzikální vyšetření zahrnuje měření tělesné teploty, aspekci dutiny ústní (přítomnost Kaposiho sarkomu), vyšetření mízních uzlin a polykacího aktu, vyšetření plic na vyloučení pneumonie a TBC (26).

Infekce HIV v dospělosti je často „tichá“, pacient nemá obvykle žádné příznaky po mnoho let (3-10 let). U dětí se příznaky HIV infekce mohou objevit dříve, příznaky onemocnění AIDS se mohou objevit v prvních málo měsících nebo během jednoho roku či dvou (7).

Diagnostické postupy vztahující se k HIV infekci a onemocnění AIDS jsou klíčovými aspekty reakce veřejného zdravotnictví na epidemii AIDS. Tyto procedury zahrnují hodnocení výsledků klinického nálezu během fyzikálního vyšetření a analýzu krevních vzorků na přítomnost HIV protilátek nebo na přítomnost samotného HIV viru (2).

Diagnóza AIDS se musí laboratorně potvrdit důkazem infekce HIV na základě izolace viru, nebo důkazem jeho genomového materiálu (RNA) pomocí polymerázové řetězové reakce (PCR) nebo pozitivními sérologickými vyšetřeními. Tato metoda je vyhrazená pro specializovaná pracoviště, očekává se, že v blízké budoucnosti bude sloužit jako jedna z běžných diagnostických metod. Tato metoda vyžaduje 5 – 10 ml nesrážlivé krve. Hlavní význam metody PCR je v současné době v kvantitativním sledování průběhu HIV infekce pomocí měření virové nálože (4, 8, 30).

Jako základní screeningová metoda užívaná v rutinní praxi slouží průkaz sérových protilátek buď třídy IgM nebo IgG pomocí enzymové imunoanalýzy (ELISA) kombinovaný detekcí antigenu p24 (duální metoda) (4).

ELISA test je vysoce senzitivní, ale má mnoho falešných pozitivit z hlediska infekce HIV, proto každý pozitivní výsledek v ELISA testu musíme potvrdit (konfirmovat) specifitějším testem – testem Western-blot (WB), při kterém se identifikují protilátky proti jednotlivým antigenům virového jádra (39).

Testy ELISA a WB patří mezi testy, které slouží k nepřímé virologické diagnostice. Protilátky anti-HIV se objevují 1-3 měsíce po expozici. Zachycují nové

HIV pozitivní osoby. Přímá virologická diagnostika má význam pro diagnostiku vertikální infekce u dětí v prvním půlroce života, diagnostiku akutní HIV infekce, testování bezpečnosti krve v inkubační době HIV infekce a sledování průběhu HIV infekce (36).

Odběr materiálu pro diagnostiku HIV infekce musí být podle metodického pokynu Ministerstva zdravotnictví prováděn se souhlasem vyšetřované osoby (princip informovaného souhlasu), výjimky jsou u osob, které nejsou schopné tento souhlas poskytnout (bezvědomí) (4).

Screening vyšetření mohou provádět pouze autorizované laboratoře, při okresních zdravotních ústavech. V České republice jsou všechna konfirmační vyšetření prováděna centrálně v Národní referenční laboratoři pro AIDS ve Státním zdravotním ústavu v Praze (4).

1.14 Léčba

HIV infekce je zatím nevyléčitelná, avšak díky rychlému poznání imunopatogeneze HIV je léčitelná, ale léky je nutné užívat po celý život. Současný trend je použití kombinace synergicky působících preparátů, nejlépe v různých fázích životního cyklu HIV (39).

Jednou z výhod kombinované léčby, která má ve velké většině efektivně delší čas je, že potlačuje rozmnožování viru natolik, že imunitní systém se dokáže do jisté míry regenerovat a plnit alespoň některé své funkce. Odráží se to ve zlepšení fyzických i psychických funkcí. Úspěšná kombinovaná léčba má však i epidemiologický význam, nízká hladina viru v krvi a podstatně menší počet infikovaných buněk kolujících v krvi pacienta snižuje možnosti přenosu HIV infekce, léčení lidé jsou méně infekční (17).

Základem léčby HIV infekce je antiretrovirové chemoterapie, profylaxe a léčba oportunních infekcí a ostatních komplikujících stavů, dále se sem zahrnuje péče o správnou životosprávu a výživu (36).

Hlavním cílem léčby HIV infekce je potlačení replikace viru a předcházení rezistence (odolnosti) na lék (43).

Léčba HIV má za cíle prodloužit délku a kvalitu života pacientů, snížit riziko přenosu HIV na jiné osoby, vrátit imunitní systém do normálu a udržovat ho tak, zabránit postupu HIV infekce (16).

Roku 1987 byl zaveden do praxe první lék s antiretrovirovým účinkem nazývaný Azidothymidin (AZT), tímto lékem započala éra nukleosidových inhibitorů, která trvá dodnes. Dodnes AZT představuje základ terapie, účinnost všech ostatních léků srovnáváme vždy s ním. Zavedením inhibitorů HIV protézy do praxe v roce 1995 znamenalo největší přínos pro terapii HIV infekce a vedlo k základnímu obratu v léčbě. Inhibitory HIV protézy představují dosud nejúčinnější antiretrovirové přípravky, které jsou hlavní složkou režimů HAART (highly active antiretroviral therapy). Kvůli pokrokům v oblastech základního výzkumu došlo k většímu pochopení cyklu replikace viru HIV, a tím k identifikování míst, kde lze zakročit účinnou terapií. Díky těmto poznatkům se podařilo rozšířit terapeutické spektrum o nové protiretrovirové léky. Hlavní problémy antiretrovirové léčby, které se objevily záhy po jejím zavedení do praxe, jsou vysoká toxicita, která vede ke vzniku četných nežádoucích účinků (bolesti hlavy, poruchy spánku, úzkost), dále je to rozvoj rezistence HIV, jejíž vznik je podmíněn nesprávným užíváním léků. Nežádoucí účinky léčby způsobené toxicitou jsou velmi časté a také závažné, a také se vyskytují u mnoha pacientů, postihují všechny orgány. Některým pacientům nežádoucí účinky mohou způsobovat větší obtíže, než projevy samotného onemocnění, tím se usnadňuje vznik rezistence (4, 12, 26, 39).

Rezistence HIV proti antiretrovirotikům je vážným nedostatkem protiretrovirové chemoterapie, vzniká selekcí rezistentních mutant během léčby, kterou není dosaženo úplného potlačení virové replikace. Rezistenci HIV na antiretrovirotika lze charakterizovat jako schopnost viru pokračovat v replikaci i za přítomnosti látky s inhibičním účinkem (4, 36).

Nedaří-li se antiretrovirovou terapií zabránit progresi imunodeficitu, hrozí riziko propuknutí oportunních infekcí. Léčba oportunních infekcí je nezbytnou součástí péče o HIV infikované osoby. Jakmile se objeví příznaky selhání imunitního systému, je možno započít s preventivní léčbou, kterou se předchází vzniku infekcí, jako jsou tuberkulóza, toxoplazmóza a pneumocytóza. Většinu infekcí lze léčit pomocí antibiotik,

antiparazitik, antimykotik. Tato léčba umožní dočasně zvládnout většinu oportunních infekcí. Léčba oportunních infekcí má však dva problémy (u některých oportunních infekcí není specifická léčba, choroboplodné zárodky si po čase na léčbu zvyknou a stávají se rezistentními). Primární léčba je zaměřena hlavně na pneumocystovou pneumonii, toxoplasmovou encefalitidu, těžké mykotické infekce, recidivující těžké bakteriální infekce, tuberkulózu. Sekundární profylaxe se nasazuje po prodělané oportunní infekci, aby nedošlo k návratu onemocnění. HIV pozitivní osoba se nesmí vystavovat dalším infekčním patogenům, nepodceňovat žádná respirační a průjmová onemocnění. Musí se vyvarovat velké fyzické zátěži, omezit kouření, alkohol a drogy (4, 15, 26, 34, 36).

Důležitá je psychická podpora, protože u HIV pozitivních pacientů a u pacientů, kteří čekají na výsledky, se objevují pocity nejistoty a strach z nejrůznějších skutečností (strach z prozrazení HIV positivity, ztráty zaměstnání, opuštění partnerem, z nakažení blízkých a v neposlední řadě z odmítnutí společnosti). Člověk prochází obdobími odmítání pravdy a osamocení, hněvu, smlouvání, deprese a nakonec přijetí a smíření. Nebezpečná je fáze popírání, kdy snaha o popření může vést k záměrnému rozšíření. Onemocnění bývá velkou zátěží pro rodinu, bývá spojeno s odhalením homosexuality, drogové závislosti a nevěry (36).

2. CÍLE PRÁCE, HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

Cílem předkládané bakalářské práce bylo zjistit pomocí dotazníkového šetření informovanost osob nad 40 let o problematice a prevenci HIV/AIDS, druhým cílem jsem zjišťovala, zda respondenti používají bariérovou antikoncepci při změně sexuálního partnera. Finálním cílem práce bylo zmapovat zájem respondentů o zdravotní stav u svého nového sexuálního partnera (vyžádání negativního testu na onemocnění HIV/AIDS).

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1: Informovanost osob starších 40 let o onemocnění HIV/AIDS budou zkreslené a nepřesné.

Hypotéza 2: Více než polovina respondentů nepoužívá bariérovou antikoncepci při navázání nového sexuálního vztahu.

Hypotéza 3: Více než polovina respondentů nevyžaduje negativní test na onemocnění HIV/AIDS.

3. METODIKA

3.1 Použitá metodika

Ke sběru dat byla použita kvantitativní forma výzkumu, konkrétně to byla dotazníková technika.

Dotazník obsahoval 20 otázek. Otázky byly uzavřené, polootevřené a otevřené, na některé otázky mohli respondenti uvést více správných odpovědí. Uzavřených otázek bylo 5, polootevřených otázek bylo 6 a uzavřených otázek bylo 9. První dvě otázky byly identifikační, při kterých jsem zjišťovala pohlaví a věk respondentů. Další otázky byly zaměřené na intimní život respondentů, měly za úkol zjistit, zda respondenti používají bariérovou antikoncepci a zda vyžadují po svých sexuálních partnerech testy na sexuálně přenosné choroby. Poslední část otázek byla zaměřena na znalosti o problematice HIV/AIDS.

Výsledky šetření byly naprosto anonymní, na což bylo na začátku dotazníku upozorněno. Výzkumné šetření proběhlo v průběhu měsíců února a března 2011.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Zkoumaný soubor tvořili respondenti starší 40 let, kteří jsou svobodní, ženatí/vdané, rozvedení/rozvedené, vdovci/vdovy, druh/družka, registrovaní partneři a respondenti, kteří v průběhu dvou let navázali nový sexuální vztah. Dotazníkové šetření probíhalo v Berouně, Českých Budějovicích, Chebu, Jihlavě, Novém Jičíně, Praze a Příbrami. Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků (100 %), návratnost dotazníku byla 62%. Do zpracování výsledků výzkumného šetření bylo použito 62 dotazníků (62 %).

4. VÝSLEDKY

První čtyři identifikační otázky (Jaké máte pohlaví, Kolik je Vám let, Stav, Jaká je Vaše orientace) znázorňují Tabulka 1 a Tabulka 2.

Tabulka 1 (Rozdělení podle věku, sexuální orientace a rodinného stavu)

	Muži							
	40 – 50 let		51 – 60 let		61 – 70 let		71 let a více	
	Het	Homo	Het	Homo	Het	Homo	Het	Homo
Svobodný/svobodná	3	0	0	0	0	0	0	0
žonatý/vdaná	13	0	4	0	2	0	0	0
Rozvedený/rozvedená	4	0	1	0	0	0	0	0
Vdovec/vdova	0	0	1	0	0	0	0	0
Druh/družka	1	0	0	0	0	0	0	0
Registrovaní partneři	0	1	0	1	0	0	0	0

Zdroj: vlastní výzkum

V této tabulce je znázorněn věk, rodinný stav a sexuální orientace respondentů, konkrétně mužů. Nejvíce respondentů, což je 19, jsou ženatí. Z těchto 19 respondentů, je 13 mužů ve věku 40 – 50 let. V této tabulce je vidět, že 2 muži jsou registrovaní partneři.

Tabulka 2 (Rozdělení podle věku, sexuální orientace a rodinného stavu)

	Ženy							
	40-50 let		51-60 let		61-70 let		71 a více let	
	Het	Bis	Het	Bis	Het	Bis	Het	Bis
Svobodný/svobodná	1	0	0	0	0	0	0	0
Ženatý/vdaná	11	1	4	0	1	0	0	0
Rozvedený/rozvedená	7	0	1	0	0	0	0	0
Vdovec/vdova	1	0	2	0	1	0	1	0
Druh/družka	0	0	0	0	0	0	0	0
Registrovaní partneři	0	0	0	0	0	0	0	0

Zdroj: vlastní výzkum

I v této tabulce je znázorněn rodinný stav, věk a sexuální orientace. I zde respondenty uvádějí nejvíce rodinný stav „ženatý/vdaná“ (17 respondentek).

Otázka 5: Máte stálého partnera?

Tabulka 3 (Rozdělení podle dlouhodobého vztahu)

	Muži			Ženy			Celkový soubor n = 62
	Hetero	Homo	Celkem	Hetero	Bisexuál	Celkem	
	n = 29	n = 2	n = 31	n = 30	n = 1	n = 31	
a) Ano	27	2	29	25	1	26	55
b) Ne	2	0	2	5	0	5	7
Celkem[%]	46,7%	3,2 %	50 %	48,3 %	1,6 %	50 %	100 %

Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového souboru 62 (100 %) respondentů, na otázku, zda mají stálého partnera, odpovědělo kladně 55 (88,7 %) respondentů, z toho je 29 (46,7 %) mužů a 26 (41,9 %) žen. Na kladenou otázku odpovědělo záporně 7 (11,2 %) respondentů.

Otázka 6: Pokud ano, měli jste za trvání tohoto vztahu jiný sexuální vztah?

Tabulka 4 (Rozdělení podle trvání jiného sexuálního vztahu)

	Muži			Ženy			Celkový soubor n = 62
	Hetero	Homo	Celkem	Hetero	Bisexuál	Celkem	
	n = 29	n = 2	n = 31	n = 30	n = 1	n = 31	
a) Ano	13	1	14	5	1	6	20
b) Ne	16	1	17	25	0	25	42
Celkem [%]	46,7 %	3,2 %	50 %	48,3 %	1,6 %	50 %	100 %

Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového souboru 62 (100 %) respondentů odpovědělo na tuto otázku kladně 20 (32,2 %). Z celkového souboru 62 (100 %) respondentů odpovědělo záporně 42 (67,7 %).

Otázka 7: Pokud jste na otázku č. 6 odpověděli ano, uveďte prosím, jak dlouho tento vztah trval, používali jste kondom, byli jste na testech pohlavně přenosných chorob a chránili jste svého stálého partnera např. kondomem, sexuální abstinencí do výsledku testu?

Tabulka 5 (Rozdělení dle způsobu ochrany)

	Muži	Ženy
Jednorázový vztah - kondom	1	0
Bylo jich několik - bez ochrany	3	0
2 měsíce - bez ochrany	1	0
3 měsíce - bez ochrany	1	0
6 měsíců - bez ochrany	2	0
1 rok - bez ochrany	1	1
2 roky - kondom	0	2
2 roky - bez ochrany	0	2
2,5 let - bez ochrany	1	1
3 roky - bez ochrany	1	0
5 let - bez ochrany	1	0
6 let - bez ochrany	1	0
13 let - kondom	1	0

Zdroj: vlastní výzkum

Tato otázka souvisí s otázkou číslo 6, byla otevřená a rozdělená na 2 části. Odpovědi byly zcela na respondentech. Někteří respondenti se shodovali v časovém rozmezí i ve způsobu ochrany.

Otázka 8: Jak dlouho žijete se svým partnerem/partnerkou a jaký typ antikoncepce používáte?

Tabulka 6 (Rozdělení dle délky vztahu)

		Muži		Ženy	
		Het	Homo	Het	Bis
		27	2	26	1
1 m - 5 let	Žádnou	2	0	5	0
	Kondom	0	2	2	0
	HAK	1	0	3	0
6 - 10 let	Žádnou	1	0	0	0
	Kondom	1	0	0	0
	HAK	2	0	2	0
11 - 15 let	Žádnou	3	0	2	0
	HAK	0	0	2	0
	Sterilizace	1	0	0	0
	Přerušovaná soulož	1	0	0	0
16 - 20 let	Žádnou	2	0	1	1
	Kondom	0	0	1	0
	HAK	3	0	3	0
21 - 25 let	Žádnou	2	0	1	0
	Kondom	2	0	0	0
	HAK	1	0	0	0
	DANA	0	0	2	0
26 - 30 let	Žádnou	3	0	2	0
	HAK	1	0	0	0

Zdroj: vlastní výzkum

Tato otázka byla otevřená, a tak odpovědi byly čistě na respondentech. Z tabulky vyplývá, že nejvíce respondentů (7) žije se svým současným partnerem 1 měsíc až 5 let. Dále se 6 respondentů shodlo, že se svým současným partnerem 16 – 20 let a jako ochranu používají HAK (hormonální antikoncepci). Stejný počet respondentů (5) uvedlo, že se svým současným partnerem žijí 11 – 15 let, 26 – 30 a nepoužívají žádnou ochranu.

Otázka 9: Kolik sexuálních partnerů jste měl/měla

Tabulka 7 (Rozdělení podle počtu partnerů)

	Muži			Ženy			Celkový soubor n = 62
	Hetero	Homo	Celkem	Hetero	Bisexuál	Celkem	
	n = 29	n = 2	n = 31	n = 30	n = 1	n = 31	
a) 1-5	8	0	8	13	1	14	22
b) 6-10	11	0	11	10	0	10	21
c) 11-15	7	1	8	6	0	6	14
d) jiné	4	1	5	1	0	1	5
Celkem [%]	46,7%	3,2 %	50 %	48,3 %	1,6 %	50 %	100 %

Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 62 (100%) respondentů uvedlo 22 (35,4 %) respondentů, že mělo 1-5 sexuálních partnerů, 21 (33,8 %) respondentů odpovědělo 6 - 10 sexuálních partnerů, 14 (22,5 %) respondentů odpovědělo 11-15 respondentů, pouze 6 (9,6 %) respondentů využilo nabídku jiné. Mezi respondenty, kteří uvedli možnost „jiné“ patří 4 muži. Uváděli počet partnerů 20 (3x), 25 (1x), 30 (1x), 20 – 40 (1x). Tuto poslední možnost využila 1 (1,6 %) respondentka, která uvedla počet 35 sexuálních partnerů.

Otázka 10: U kolika ze svých minulých sexuálních partnerů jste požadovali negativní test na pohlavně přenosné choroby před začátkem sexuálního styku?

Tabulka 8 (Rozdělení dle vyžadování negativního testu)

	Muži			Ženy			Celkový soubor n = 62
	Hetero	Homo	Celkem	Hetero	Bisexuál	Celkem	
	n = 29	n = 2	n = 31	n = 30	n = 1	n = 31	
U žádného	29	2	31	29	1	30	61
Celkem [%]	46,7%	3,2 %	50 %	48,3 %	1,6 %	50 %	100 %

Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 62 (100 %) respondentů neodpověděl žádný z respondentů kladně. Tedy všichni dotazovaní respondenti nevyžadují negativní test na pohlavně přenosné choroby po svých sexuálních partnerech.

Otázka 11: Prodělal/a jste nějakou pohlavně přenosnou chorobu?

Tabulka 9 (Rozdělení dle počtu prodělaných pohlavně přenosných chorob)

	Muži			Ženy			Celkový soubor n = 62
	Hetero	Homo	Celkem	Hetero	Bisexuál	Celkem	
	n = 29	n = 2	n = 31	n = 30	n = 1	n = 31	
a) Ano	0	2	2	2	0	2	4
b) Ne	29	0	29	28	1	29	58
Celkem [%]	46,7 %	3,2 %	50 %	48,3 %	1,6 %	50 %	100 %

Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 62 (100 %) respondentů, odpověděli kladně 4 (6,5 %) respondenti. Tuto čtveřici respondentů tvoří 2 homosexuální muži, kteří jsou HIV pozitivní a prodělali hepatitidu. Respondenti neuvedli, kdy se nakazili virem HIV, pouze 1 respondent uvedl, že hepatitidu prodělal před 5-ti lety. Druhou polovinu respondentů, kteří prodělali nějakou pohlavně přenosnou chorobu, tvoří 2 heterosexuální ženy, obě ženy prodělaly chlamydie, 1 žena uvedla, že touto chorobou se nakazila před 10-ti lety, druhá žena neuvedla, před kolika lety byla nakažena.

Otázka 12: Podstupujete pravidelně testy na pohlavně přenosné choroby?

Tabulka 10 (Rozdělení dle podstupovaných testů na pohlavně přenosné choroby)

	Muži			Ženy			Celkový soubor n = 62
	Hetero	Homo	Celkem	Hetero	Bisexuál	Celkem	
	n = 29	n = 2	n = 31	n = 30	n = 1	n = 31	
a) Ano	1	0	1	1	0	1	2
b) Ne	28	2	30	29	1	30	60
Celkem [%]	46,7%	3,2 %	50 %	48,3 %	1,6 %	50 %	100 %

Zdroj: vlastní výzkum

V této otázce se dále ptám, jak často podstupují testy na pohlavně přenosné choroby. Z celkového počtu 62 (100 %) respondentů odpověděli na tuto otázku kladně 2 (3,2 %) respondenti. Tito respondenti jsou dárci krve, tak jsou na pohlavně přenosné choroby testováni v rámci odběrů krve.

Otázka 13: Dotazoval/a jste se svých sexuálních partnerů/partnerek na jejich předchozí sexuální život?

Tabulka 11 (Rozdělení dle počtu dotazovaných)

	Muži			Ženy			Celkový soubor n = 62
	Hetero	Homo	Celkem	Hetero	Bisexuál	Celkem	
	n = 29	n = 2	n = 31	n = 30	n = 1	n = 31	
a) Ano	14	0	14	15	0	15	29
b) Ne	15	2	17	15	1	16	33
Celkem [%]	46,7 %	3,2 %	50 %	48,3 %	1,6 %	50 %	100 %

Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 62 respondentů, se 29 (46,7 %) respondentů dotazovalo svých sexuálních partnerů na jejich předchozí sexuální život a 32 (51,6 %) respondentů nedotazovalo svých sexuálních partnerů na jejich předchozí sexuální život. Na tuto informaci se ptalo 14 mužů a 15 žen. Zbývající počet respondentů, což je 17 mužů a 16 žen se nedotazovalo svých sexuálních partnerů na jejich předchozí sexuální život.

Otázka 14: Vyžadoval/a jste po svých sexuálních partnerech test na pohlavně přenosné choroby?

Tabulka 12 (Rozdělení dle vyžadovaných testů na pohlavně přenosné choroby)

	Muži			Ženy			Celkový soubor n = 62
	Hetero	Homo	Celkem	Hetero	Bisexuál	Celkem	
	n = 29	n = 2	n = 31	n = 30	n = 1	n = 31	
a) Ano	0	0	0	0	0	0	0
b) Ne	29	2	31	30	1	31	62
Celkem [%]	46,7 %	3,2 %	50 %	48,3 %	1,6 %	50 %	100 %

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka ukazuje, že na tuto otázku odpovědělo záporně 62 (100 %) respondentů.

Odůvodnění při volbě odpovědi b zobrazuje tabulka 13.

Tabulka 13 (Odůvodnění, při volbě odpovědi b)

	Muži		Ženy	
	hetero	homo	hetero	bisexuál
	n = 29	n = 2	n = 30	n = 1
Bez komentáře	10	1	9	1
Nenapadlo mě to	1	1	4	0
Byl to manžel	0	0	2	0
Nezájem	0	0	1	0
Důvěra	2	0	3	0
Nebyla potřeba	2	0	1	0
Generace	0	0	1	0
Nevím	4	0	2	0
Partner	7	0	1	0
Není důvod	1	0	2	0
Dárci	0	0	1	0
Ostych	0	0	2	0
Znám své partnery	0	0	1	0
Používám ochranu	1	0	0	0
Vybírám si partnery	1	0	0	0

Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 62 (100 %) respondentů, nekomentovalo tuto otázku 21 (33,8 %) respondentů. Jako důvod pro nevyžadování negativního testu na pohlavně přenosné choroby uvedlo 8 (12,9 %) respondentů, že mají stálého partnera. Nenapadlo mě to, odpovědělo 6 (9,6 %) respondentů. Další nejčastější odpověď respondentů byla nevím, takto odpovědělo 6 (9,6 %) respondentů. Další důvod, pro nevyžadování negativního testu na pohlavně přenosné choroby respondenti uváděli, důvěru v to, že jsou jejich partneři zdraví, tento důvod uvedlo 5 (8 %) respondentů. Z celkového počtu 62 (100 %) respondentů, nemá potřebu vyžadovat negativní test na pohlavně přenosné choroby 3 (4,8 %) respondentů. Generační důvod, byl ten, že v generaci respondentky se pohlavně přenosné choroby neřešily, proto nevyžadovala negativní test na pohlavně přenosné choroby. Odpověď byl to manžel, uvedly 2 (3,2 %) respondentky, tyto respondentky jsou vdovy a měly důvěru ve svého partnera. Jako důvod stydlivost, zeptat se na to svého partnera uvedla 1 (1,6 %) respondentka.

Otázka 15: Považujete každého nového sexuálního partnera jako potenciálně nakaženého HIV/AIDS?

Tabulka 14 (Rozdělení dle potenciality nakažení HIV/AIDS)

	Muži			Ženy			Celkový soubor n = 62
	Hetero	Homo	Celkem	Hetero	Bisexuál	Celkem	
	n = 29	n = 2	n = 31	n = 30	n = 1	n = 31	
a) Ano	8	2	10	10	0	10	20
b) Ne	21	0	21	20	1	21	42
Celkem [%]	46,7 %	3,2 %	50 %	48,3 %	1,6 %	50 %	100 %

Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 62 (100 %) respondentů, odpovědělo na tuto otázku kladně 20 (32,2 %) respondentů. Záporně na tuto otázku odpovědělo 42 (67,7 %) respondentů. Odůvodnění při volbě odpovědi b zobrazuje tabulka 15

Tabulka 15 (Důvody, proč nepovažují nové sexuální partnery za potenciálně nakažené virem HIV)

	Muži		Ženy	
	hetero	homo	hetero	bisexuál
	n = 21	n = 0	n = 19	n = 1
Bez komentáře	5	0	3	1
Nenapadlo mě to	5	0	2	0
Partner	4	0	3	0
Nemám jich tolik	1	0	0	0
Nehledám	2	0	0	0
Znám své partnery	1	0	3	0
Vybírám si partnery	1	0	1	0
Nebojím se	1	0	0	0
Znám sexuální minulost partnerů	0	0	1	0
Generace	0	0	1	0
Není z rizikové sk.	0	0	1	0
Důvěřuju	1	0	4	0
Nemoc homosexuálů	0	0	1	0

Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 62 (100 %) respondentů uvedlo 42 (67,7 %) respondentů, že nepovažují každého nového sexuálního partnera za potenciálně nakaženého HIV/AIDS. Z těchto 42 respondentů, jich 9 (14,5 %) neuvedlo důvod. Jako důvod, proč nepovažují každého svého nového sexuálního partnera za potenciálně nakaženého HIV/AIDS, uvedlo 7 (11,9 %) respondentů, že mají stálého partnera. Dalších 6 (9,6 %) respondentů uvedlo, že je tato možnost nenapadla. Při hledání nových sexuálních partnerů 5 (8,06 %) respondentů věří v jejich výpověď o používání kondomu. Jako další důvod uvedl 1 (1,6 %) respondent, že se nebojí, protože kdyby se bál, tak by nevyhledával žádné nové sexuální partnerky. Jak bylo uvedeno v tabulce 12 u 1 (1,6 %) respondentky byl generační důvod, a to, že v generaci respondentky se pohlavně přenosné choroby neřešily, proto nepovažovala žádného nového sexuálního partnera jako potenciálně nakaženého HIV/AIDS.

Otázka 16: Znáte někoho ve svém okolí, kdo prodělal sexuální chorobu při navázání nového sexuálního vztahu? Popř. o jakou chorobu se jednalo

Tabulka 16 (Rozdělení dle známých, kteří prodělali sexuální chorobu)

	Muži			Ženy			Celkový soubor n = 62
	Hetero	Homo	Celkem	Hetero	Bisexuál	Celkem	
	n = 29	n = 2	n = 31	n = 30	n = 1	n = 31	
a) Ano	4	2	6	5	0	5	11
b) Ne	25	0	25	25	1	26	51
Celkem [%]	46,7%	3,2 %	50 %	48,3 %	1,6 %	50 %	100 %

Zdroj: vlastní výzkum

Z tabulky vyplývá, že z celkového počtu 62 (100 %) respondentů odpovědělo na tuto otázku kladně 11 (17,7 %) respondentů. Z těchto 11 respondentů, uvedlo 5 (8,05 %) respondentů, že ve svém okolí znají někoho, kdo prodělal sexuální chorobu. Jednalo se o choroby, jako jsou chlamydie, žloutenka, kapavka a opar. Dalších 6 (9,6 %) respondentů uvedlo, že také znají někoho ve svém okolí, kdo prodělal sexuálně přenosnou chorobu. V těchto případech se jednalo o kapavku, opar, žloutenku a HIV.

Otázka 17: Jakým způsobem se přenáší virus HIV/AIDS?

Tabulka 17 (Rozdělení dle přenosu HIV)

	Muži		Ženy	
	Hetero	Homo	Hetero	Bisexuál
	n=29	n=2	n=30	n=1
Kojení	3	2	9	0
Anální sex	24	2	22	1
Podání ruky	0	0	0	0
Transfuze	25	2	24	1
Orální sex	13	2	10	1
Hmyz	3	0	1	1
Z matky na dítě	18	2	21	1
Píchnutí o pužitou jehlu	25	2	28	1
Vaginální styk	29	2	27	1
Líbání	5	1	2	1
Použití hygienických potřeb	3	0	6	0
Pití ze stejné sklenice	1	0	1	0

Zdroj: vlastní výzkum

V této otázce bylo možné podtrhnout více odpovědí. Jako nejčastější způsob přenosu podtrhávali respondenti vaginální styk. Dále respondenti uváděli jako druhý nejčastější způsob přenosu viru HIV píchnutí o použitou jehlu. Jako třetí nejčastější přenos viru HIV respondenti podtrhávali transfuzi. Mezi další nejčastěji podtrhávané cesty přenosu řadili respondenti anální sex, z matky na dítě a orální sex.

Otázka 18: Jaký sexuální styk je nejrizikovější a u kterého styku je vhodné použití kondomu? Odpověď zakroužkujte a vedle napište Ano nebo Ne

Tabulka 18 (Rozdělení dle rizikovosti)

	Muži		Ženy	
	Hetero	Homo	Hetero	Bisexuál
	n = 29	n = 2	n = 30	n = 1
a) Orální	5	2	2	0
b) Anální	22	2	23	1
c) Vaginální	16	2	20	0

Zdroj: vlastní výzkum

Z tabulky je patrné, že v této otázce bylo více možných odpovědí. Respondenti uváděli jako nejrizikovější sexuální styk anální. Druhý nejrizikovější sexuální styk uvedli respondenti vaginální, jako třetí rizikový styk uvedli respondenti orální sexuální styk.

Otázka 19: Kdy by člověk měl jít na testy pozitivitu HIV po rizikovém sexuálním chování

Tabulka 19 (Rozdělení podle času)

	Muži			Ženy			Celkový soubor n = 62
	Hetero	Homo	Celkem	Hetero	Bisexuál	Celkem	
	n = 29	n = 2	n = 31	n = 30	n = 1	n = 31	
a)	18	0	18	9	1	10	28
b)	1	0	1	2	0	2	3
c)	9	2	11	18	0	18	29
d)	1	0	1	1	0	1	2
Celkem [%]	46,7 %	3,2 %	50 %	48,3 %	1,6 %	50 %	100 %

Zdroj: vlastní výzkum

Legenda: a) Pokud možno, co nejdříve;

b) Za týden;

c) Za 6 - 8 týdnů po vytvoření protilátek;

d) V tomto případě není nutné chodit na testy

V tabulce je uvedeno, že z celkového počtu 62 (100 %) respondentů, uvedlo 29 (46,7%) respondentů odpověď c (za 6 - 8 týdnů po vytvoření protilátek), odpověď a (pokud možno, co nejdříve) uvedlo 28 (45,1 %) respondentů.

Otázka 20: Jaké jsou projevy infekce virem HIV?

Tabulka 20 (Rozdělení podle projevů HIV)

	Muži		Ženy	
	Hetero	Homo	Hetero	Bisexuál
	n=28	n=2	n=28	n=1
Bez odpovědi	0	1	0	0
Nevím	10	0	1	0
Chřipka	5	1	12	0
Horečka	6	0	9	0
Snížená imunita	11	0	9	0
Vředy	1	0	2	0
Projevy CNS	0	0	1	0
Únava	2	0	8	0
Úporný kašel	0	0	1	0
Hubnutí	0	0	4	0
Zvracení	0	0	3	0
Asi žádné až po propuknutí AIDS	0	0	1	0
Malátnost	0	0	3	0
Pocení	0	0	1	0
Léze	4	0	2	0
Vyrážka	1	0	4	0
Bolest hlavy	2	0	4	0
Nechutenství	0	0	4	0
Zduřelé uzliny	0	0	1	0
Průjem	1	0	1	0
Bílý povlak v ústech	1	0	1	0
Třes	0	0	0	1
Svalová ochablost	0	0	0	1
Bolest celého těla	1	2	0	0
Špatné hojení ran	1	0	0	0
Klidové stadium	0	1	0	0
Nádory	0	1	0	0

Zdroj: vlastní výzkum

V této otázce jsem zjišťovala znalosti respondentů o projevech infekce virem HIV. Tato otázka byla otevřená, proto odpovědi byly čistě na respondentech. Z celkového počtu 62 (100 %) respondentů, odpovědělo 18 (29,03 %) respondentů, že příznaky infekce virem HIV jsou jako u chřipky. Sníženou imunitu uvedlo 20 (32,2 %) respondentů. Projevy infekce virem HIV popsalo 15 (24,1 %) respondentů jako horečku. Respondentů, kteří nevěděli, jak se projevuje infekce virem HIV, bylo 12 (19,3 %).

5. DISKUZE

V této bakalářské práci jsem měla stanovené tři cíle. První cíl měl za úkol zjistit informovanost osob nad 40 let o problematice HIV/AIDS. Druhým cílem bylo zmapování používání bariérové antikoncepce při změně sexuálního partnera. Posledním cílem jsem zjišťovala zájem respondentů o zdravotní stav (vyžádání negativního testu na onemocnění HIV/AIDS) u svého nového sexuálního partnera. Na základě těchto cílů, jsem si stanovila tři hypotézy, první hypotéza zní: Informovanost osob starších 40 let o onemocnění HIV/AIDS budou zkreslené a nepřesné. Více než polovina respondentů nepoužívá bariérovou antikoncepci při navázání nového sexuálního vztahu, takto zní druhá hypotéza. Více než polovina respondentů nevyžaduje negativní test na onemocnění HIV/AIDS, byla třetí hypotéza.

V diskuzi se zabývám výsledky kvantitativního výzkumu, které porovnávám s údaji v literatuře a dostupnými internetovými zdroji.

První hypotéza: Informovanost osob starších 40 let o onemocnění HIV/AIDS budou zkreslené a nepřesné. **Byla potvrzena.** V první hypotéze se zaměřuji na znalosti respondentů o onemocnění HIV/AIDS. Domnívám se, že jejich znalosti budou nepřesné a zkreslené, z toho důvodu, že onemocnění HIV/AIDS je relativně nové. Primární prevence, která je zařazena do učebních osnov základních škol, za dobu jejich studia nebyla. Domnívám se, že v generaci respondentů se problematika HIV/AIDS výrazně podcenila, protože o problematice onemocnění HIV/AIDS se veřejně nemluvilo. Jak uvádí **Uzel** (2011), lidé si v roce 1985 mysleli, že onemocnění HIV/AIDS je humbuk, který jim má znechutit svobodný sexuální život. Jak uvádí tabulka HIV pozitivní případy v ČR (viz. Příloha 2), kterou vytvořila Národní referenční laboratoř pro AIDS, k 30. 4. 2010 je nově pozitivních více mužů, než žen ve věku 40 let a více. Respondenti ve věku 40 - 50 odpovídali na otázku číslo 20 (Jaké jsou projevy infekce virem HIV?) „projevy infekce jsou podobné chřipce“, kdežto respondenti ve věku nad 50 let odpovídali „nevím, jak se projevuje infekce virem HIV“, nebo psali nezvyklé odpovědi např. vředy, asi žádné, až po propuknutí AIDS, projevy CNS (centrální nervový systém), atd. Jak uvádí **Černý** (2007) příznaky podobné chřipce postihují 85 % lidí,

kteří se infikovali virem HIV, tomu se říká akutní primo infekce. Mezi časté příznaky akutní infekce patří zvětšené mízní uzliny, horečka, noční pocení a zánět hltanu, k méně častým příznakům akutní infekce se řadí zvracení, průjem, pocit nevolnosti spojený s odporem k jídlu, tyto příznaky jsou na internetových stránkách České společnosti AIDS pomoci. V otázce 19 (Kdy by člověk měl jít na testy pozitivita HIV po rizikovém sexuálním chování) zvolilo 28 (45,1 %) respondentů odpověď (pokud možno, co nejdříve) a 29 (46,7 %) respondentů zakroužkovalo odpověď c (za 6 - 8 týdnů po vytvoření protilátek). Odpověď a, tedy pokud možno, co nejdříve, zakroužkovalo 18 mužů a 10 žen. Správnou odpověď (za 6 – 8 týdnů po vytvoření protilátek) zakroužkovalo 18 žen a 11 mužů, z čehož vyplývá, že ženy mají více znalostí o tom, kdy se chodí testovat pozitivita HIV. Odpověď d (v tomto případě není nutné chodit na testy) zakroužkovali 2 (3,2 %) respondenti, jeden muž a jedna žena. Na internetových stránkách Národního boje proti AIDS, je uvedeno, že po rizikovém chování by se mělo na testy pozitivita HIV 2-3 měsíce po takovémto chování. Otázka číslo 18 (Jaký sexuální styk je nejrizikovější a u kterého styku je vhodné použití kondomu?) měla více možných odpovědí. V této otázce jsem zjišťovala, který sexuální styk považují respondenti za nejrizikovější a u kterého sexuálního styku by se měl používat kondom. Respondenti nejčastěji zakroužkovali odpověď b (anální) a u této odpovědi volili použití kondomu, respondenti dále volili použití kondomu i u vaginálního styku, ale nebyl pro ně nejrizikovější. Použití kondomu zvolilo 9 respondentů u orálního styku, ale tento styk nepovažují za nejrizikovější. Použití kondomu je vhodné u všech typů sexuálního styku, jedině tak se předejde přenosu viru HIV. Zabránění přenosu viru HIV je vhodné použití kondomu u všech tří typů sexuálního styku. V otázce číslo 17 (Jakým způsobem se přenáší virus HIV/AIDS?) bylo možné podtrhnout více možností. U této otázky jsem zjišťovala, jestli respondenti vědí, jakým způsobem je možné přenést vir HIV. Respondenti se nejvíce shodovali v odpovědi „vaginální styk“, respondenti se dále shodovali v odpovědi „píchnutí o použitou jehlu“, jako třetí uváděli respondenti odpověď „anální styk“. Velmi mě překvapilo, že odpověď „anální styk“ nebyla nejčastější odpovědí, když v otázce číslo 18 respondenti uváděli jako nejrizikovější styk anální. Respondenti dále uváděli, že je možné přenést vir HIV transfuzí, tato odpověď

není správná. Dříve bylo možné tímto způsobem vir HIV přenést, ale v dnešní době jsou všechny krevní konzervy testovány na pozitivitu HIV. Možnost „kojení“ byla podtrhnuta 14x, z toho ji podtrhlo pouze 9 žen. Myslela jsem si, že ženy ví, že tento způsob je také možný. Proto mě překvapilo, že tato odpověď byla málo uváděna. „*Mladý Slovák se při transfuzi nakazil virem HIV*“, tento titulek bylo možné vidět na portálu Novinky. cz 15. 10. 2010. Tento mladý muž byl po úraze na několika operacích, kde mu byla podána transfúze. Případ prověřoval úřad pro dohled nad zdravotní péčí, který zjistil, že jeden z dárců krve byl infikován virem HIV. Dle vědců ani moderní technika neodhalí vir HIV, pokud je v těle jen několik dní (24).

Druhá hypotéza: Více než polovina respondentů nepoužívá bariérovou antikoncepci při navázání nového sexuálního vztahu. **Byla také potvrzena.** V této hypotéze se věnuji ochraně respondentů, nejen vlastní, ale i jejich sexuálních partnerů. Domnívám se, že respondenti nepoužívají bariérovou antikoncepci z toho důvodu, že se v jejich generaci neřešila problematika HIV/AIDS, a tak se nebojí nákazy. Protože primární prevence infekce HIV je zařazena do učebních osnov základních a středních škol až v posledních letech a v době, kdy byli respondenti studenti, žádná prevence neprobíhala, tudíž se respondenti domnívají, že onemocnění AIDS je nemocí homosexuálů a narkomanů. Pro toto tvrzení dokládám následující zjištění. Na otázku číslo 5 (Máte stálého partnera?), odpovědělo 55 respondentů kladně. Z tohoto počtu má 29 mužů a 26 žen stálého partnera. Na otázku číslo 6 (Pokud ano, měli jste za trvání tohoto vztahu jiný sexuální vztah?) odpovědělo 20 respondentů kladně (14 mužů a 6 žen). Toto potvrzuje i tvrzení, který říká sexuolog **Uzel** (2011), že muži jsou od přírody polygamní, monogamii dodržují z důvodů ekonomických, sociálních a právních. Ženy chtějí spíše jednoho partnera, který se dokáže postarat o ně a o děti. Jiný sexuální vztah měli převážně respondenti ve věku 40 – 50 let. V otázce číslo 7 (Pokud jste na otázku číslo 6 odpověděli ano, uveďte prosím, jak dlouho tento vztah trval, používali jste kondom, byli jste na testech pohlavně přenosných chorob a chránili jste svého stálého partnera např. kondomem, sexuální abstinencí do výsledku testu?) napsalo 16 respondentů, že nepoužívali žádnou ochranu (kondom) s novým sexuálním partnerem, ani nijak nechránili svého stálého sexuálního partnera. Další 4 respondenti používali

kondom, mezi těmito čtyřmi respondenty byl 1 homosexuální muž, který má pozitivitu HIV, proto chránil nového sexuálního partnera i svého současného partnera. V otázce číslo 9 (Kolik sexuálních partnerů jste měl/a?) uvedlo 22 respondentů „1 – 5“ sexuálních partnerů, o jednoho méně, tedy 21 respondentů uvedlo odpověď „6 – 10“ sexuálních partnerů, odpověď c „11 - 15“ sexuálních partnerů uvedlo 14 respondentů, možnost „jiné, uveďte“ využilo 5 respondentů. Z celkového počtu 62 (100 %) respondentů uvedlo 11 (17,7 %) respondentů v otázce číslo 16 (Znáte někoho v svém okolí, kdo prodělal sexuální chorobu při navázání nového sexuálního vztahu?) kladnou odpověď. Domnívám se, že tato otázka odpovídá na celou hypotézu. Dle mého názoru respondenti nepoužívají bariérovou ochranu při navázání nového sexuálního vztahu, protože si myslí, že onemocnění AIDS se jich netýká z důvodu toho, že nepatří mezi rizikové skupiny. Jejich přesvědčení o tom, že se jich tato nemoc netýká, dokazuje i to, že pouze 11 respondentů z dotazovaných zná někoho ve svém okolí, kdo prodělal sexuálně přenosnou chorobu při navázání nového sexuálního vztahu.

Třetí hypotéza: Více než polovina respondentů nevyžaduje negativní test na onemocnění HIV/AIDS. **Byla potvrzena,** stejně jako předchozí dvě hypotézy. Přesto, že respondenti v otázce číslo 15 (Považujete každého nového sexuálního partnera jako potenciálně nakaženého HIV/AIDS?) odpovědělo 20 respondentů kladně, polovinu (10 respondentů) tvoří muži, druhou půlku (10 respondentů) tvoří ženy, odpověděli všichni respondenti na otázku číslo 14 (Vyžadoval/a jste po svých sexuálních partnerech test na pohlavně přenosné choroby?) záporně, což znamená, že žádný respondent nevyžadoval negativní test na pohlavně přenosné choroby. Což mě překvapilo vzhledem k tomu, že 20 respondentů považuje každého svého nového sexuálního partnera za potenciálně nakaženého HIV/AIDS. Na otázku číslo 13 (Dotazoval/a jste se svých sexuálních partnerů/partnerek na jejich předchozí sexuální život?) odpovědělo 29 respondentů kladně, z toho 15 žen a 14 mužů. V otázce číslo 12 (Podstupujete pravidelně testy na pohlavně přenosné choroby?) odpověděli 2 respondenti kladně a to jen z toho důvodu, že oba jsou dárci krve, tak jsou pravidelně testováni. Otázka číslo 10 (U kolika ze svých sexuálních partnerů jste požadovali negativní test na pohlavně přenosné choroby před začátkem sexuálního styku?) je podobná otázce číslo 14 (Vyžadoval/a jste po svých

sexuálních partnerech test na pohlavně přenosné choroby?). Ani v otázce číslo 10 neodpověděl žádný z dotazovaných respondentů kladně. V současné době je na trhu i domácí test na zjištění viru HIV. Sexuolog **Uzel** (2010) říká, že je lepší, když lidé vědí, jak na tom jsou, než aby onemocněli AIDS a ohrozili své okolí (6).

6. ZÁVĚR

V této práci bylo cílem zjistit informovanost osob o problematice a prevenci HIV/AIDS. Dalším cílem práce bylo zjistit, zda respondenti používají bariérovou antikoncepci při změně sexuálního partnera. V neposlední řadě bylo cílem zjistit zájem respondentů o zdravotní stav u svého nového sexuálního partnera. O takto určené cíle se opíraly tři hypotézy.

Informovanost osob starších 40 let o onemocnění HIV/AIDS budou zkreslené a nepřesné. Takto zněla první hypotéza. Na základě odpovědí, zjištěných pomocí dotazníkového šetření, byla tato hypotéza potvrzena. Potvrdily ji nesprávně zodpovězené otázky. K této hypotéze se vztahují otázky zaměřené na projevy infekce virem HIV, kdy by člověk měl jít na testy positivity po rizikovém sexuálním chování. Respondenti měli za úkol odpovědět na otázku, který sexuální styk je nejrizikovější.

Druhá hypotéza (Více než polovina respondentů nepoužívá bariérovou antikoncepci při navázání nového sexuálního vztahu) byla také potvrzena. Tato hypotéza byla potvrzena na základě odpovědí respondentů na otázky, zda měli za trvání současného vztahu jiný současný stav, kde 20 respondentů odpovědělo kladně. Dále se těchto respondentů týkaly otázky (pokud jste měli za trvání současného vztahu jiný sexuální vztah, používali jste kondom, kolik sexuálních partnerů jste měl/a).

Jako v případě dvou předchozích uvedených hypotéz, byla i třetí hypotéza (Více než polovina respondentů nevyžaduje negativní test na onemocnění HIV/AIDS) potvrzena. Tuto hypotézu potvrdily odpovědi respondentů na otázky (považujete každého svého nového sexuálního partnera za potenciálně nakaženého, vyžadoval/a jste po svých sexuálních partnerech test na pohlavně přenosné choroby, dotazoval/a jste se svých sexuálních partnerů/partnerek na jejich předchozí sexuální život, atd.).

Velký problém v této oblasti je ten, že primární prevence je zaměřena na mladší osoby, proto bych navrhovala zvýšení osvěty díky mediálním prostředkům a zvýšení informovanosti o problematice HIV/AIDS u osob starších 40 let. Tato problematika by se mohla řešit v rámci manželských poraden.

Výsledky této práce se mohou zaměřovat na zvýšení sekundární prevence v oblasti onemocnění HIV/AIDS, u starších manželských párů, kteří prožívají manželskou krizi.

7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ADLER, M., W. *ABC of AIDS*. 5. vydání. London: BMJ Publishing Group, 2001, 118 s. ISBN 0-7279-1503-7.
2. ALCAMO, I., E. *AIDS in the Modern World*. 1. vydání. Massachusetts: Blackwell Science, 2002. 90 s. ISBN 0-632-04474-8.
3. ČERNÝ, R., MACHALA, L. *Neurologické komplikace HIV/AIDS*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-846-1222-5.
4. ČERNÝ, Z. *Infekční nemoci*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání ve zdravotnictví, 1997. 211 s. ISBN 80-7013-241-8.
5. *Detailně o AIDS* [online]. 2009 [cit. 2011-04-26]. AIDS-HIV. Dostupné z www: <<http://www.aids-hiv.cz/>>.
6. *Do lékáren jde domácí test na virus HIV* [online]. 2011 [cit. 2011-04-20]. české noviny.cz. Dostupné z: <http://www.ceskenoviny.cz/zpravy/dolekaren-jde-domaci-test-na-virus-hiv/563976&id_seznam=1137>.
7. EVIAN, C. *Primary HIV/AIDS care*. 4. vydání. Oxford: Macmillan, 2005. 342 s. ISBN 1-4050-6386-6.
8. FERENČÍK, M. et al., *Imunitní systém: informace pro každého*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2005. 236 s. ISBN 80-247-1196-6.
9. FREEMANOVÁ, D. *Manželská kríza*. Vydavatelství Osveta, 1992. 268 s. ISBN 80-217-0401-2.
10. GÖPFERTO VÁ, D. et al., *Mikrobiologie, imunologie, epidemiologie a hygiena*. 3. vydání. Praha: TRITON, 2002. 148 s. ISBN 80-7254-223-0.
11. HOLUB, J. *AIDS a my aneb co je třeba vědět o AIDS*. 1.vyd. Praha: Grada Avicenum, 1993. 144 s. ISBN 80-7169-068-6.
12. *Historie a perspektivy antiretrovirové terapie infekce HIV/AIDS* [online]. c2009 [cit.2011-01-18]. Remedia. Dostupné z: <<http://www.remedia.cz/Clanky/Farmakoterapie/Historie-a-perspektivy-antiretrovirove-terapie-infekce-HIV-AIDS/6-L-hB.magarticle.aspx>>.
13. KRATOCHVÍL, S. *Manželská terapie*. 3. vydání. Praha: Portál, 2000. 264 s. ISBN 80-7178-332-3.

14. *Krise v manželství* [online]. 2010 [cit. 2011-01-18]. Šťastná rodina. Dostupné z: <<http://www.recepty.biz/jak-resit-krizi/>>.
15. *Léčba infekce HIV a AIDS* [online]. c1997-2011 [cit. 2011-01-18]. AIDS info. Dostupné z: <<http://aids.alms.cz/cz/aids-fakta-205.php>>.
16. *Léčba HIV* [online]. c1997-2007, 12.1.2011 [cit. 2011-01-18]. Jassen. Dostupné z: <http://www.janssen-cilag.cz/bgdisplay.jhtml?itemname=hiv_treatments&product=none>.
17. LUKŠÍK, I., MAYER, V. *Sociokultúrne otázky AIDS*. 1. vydání. Bratislava: Občianske združenie práca, 2004. 112 s. ISBN 80-89185-01-0.
18. MAŠATA, J., JEDLIČKOVÁ, A. et. al., *Infekce v gynekologii porodnictví*. 1. vydání. Praha: Maxdorf, 2004. 370 s. ISBN-10: 80-7345-038-0.
19. MOJŽÍŠOVÁ, A., KAŠOVÁ, K. *Dopady HIV/AIDS a ostatních průvodních onemocnění na kvalitu života sociálně slabých rodin v zemích jižní Afriky*. Praha: TRITON, 2004. ISBN 80-7254-566-3.
20. *Nové případy HIV infekce a onemocnění AIDS*. [online]. c 2009 [cit. 2011-04-20]. Národní referenční laboratoř pro AIDS. Dostupné z: <<http://www.aids-hiv.cz/novepripady.html>>
21. *Nevěra* [online]. c 2011 [cit. 2011-01-18]. Sexualne.cz. Dostupné z: <<http://www.sexualne.cz/nevera>>.
22. *Nevěra-důvod* [online]. c 2008-2011 [cit. 2011-01-18]. Nevěra. Dostupné z: <<http://www.nevera.psyhoweb.cz/>>.
23. NOVÁK, T. *Manželství a rodinné poradenství*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1316-0.
24. *Novinky.cz* [online]. 2010 [cit. 2011-05-02]. Mladý Slovák se při transfuzi nakazil virem HIV. Dostupné z: <<http://www.novinky.cz/zahranicni/evropa/214247-mlady-slovak-se-pri-transfuzi-nakazil-virem-hiv.html>>.
25. *Nové strategie v prevenci AIDS* [online]. 2009 [cit. 2011-01-18]. Národní program boje proti AIDS. Dostupné z: <<http://www.aids-hiv.cz/#77>>.

26. NOVOTNÁ, J. *Informovanost studentů Střední zdravotnické školy Písek o onemocnění HIV/AIDS*. České Budějovice, 2010. 115 s. Bakalářská práce na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity. Vedoucí práce PhDr. Jolana Ročňová.
27. PELTOVÁ, N. *Umění komunikace*. 2. vydání. Praha: Advent-Orion s.r.o., 2002. ISBN 80-7172-804-7.
28. PLZÁK, M. *Poruchy manželského soužití*. 1. vydání. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1988. 160 s.
29. *Počátky nemoci AIDS* [online]. 2009 [cit. 2011-01-18]. Národní program boje proti AIDS. Dostupné z www: <<http://www.aids-hiv.cz/pocatky.html>>.
30. *Podrobný popis HIV/AIDS* [online]. c2009 [cit. 2011-04-20]. Národní program boje proti AIDS. Dostupné z: <<http://www.aids-hiv.cz/popis.html>>.
31. PODSTATOVÁ, H. *Mikrobiologie, epidemiologie, hygiena: učebnice pro zdravotnické školy a bakalářské studium*. 1. vydání. Olomouc: EPAVA, 2001. 285 s. ISBN 80-86297-07-1.
32. *Prevence HIV infekce - nové doporučení a staré problémy* [online]. c 2001 - 2005 [cit. 2011-04-26]. Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu. Dostupné z [www: <http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cislocclanku=2006010601>](http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cislocclanku=2006010601).
33. *Prevence přenosu HIV* [online]. c 1997 - 2011 [cit. 2011-04-26]. AIDS info. Dostupné z www: <<http://aids.alms.cz/cz/aids-fakta-301.php>>.
34. *Problematika HIV/AIDS* [online]. 2010 [cit. 2011-01-18]. HIV/AIDS. Dostupné z: <<http://www.hiv-aids.euweb.cz/hiv.html>>.
35. *Přenos HIV infekce* [online]. c2007-2010 [cit. 2011-01-18]. Česká společnost AIDS pomoc. Dostupné z: <http://www.aids-pomoc.cz/ca_prenos_hiv.htm#4>.
36. ROZSYPAL, H. *AIDS - klinický obraz a léčba*. 1. vydání. Praha: Maxdorf, 1998. 236 s. ISBN 80-85800-92-6.
37. *Sexualita* [online]. c 2011 [cit. 2011-01-18]. Sexualne.cz. Dostupné z: <<http://www.sexualne.cz/sexualita>>.

38. *Sexualita žen ve zralém věku* [online]. 2011 [cit. 2011-04-20]. Sexuálně.cz. Dostupné z: <<http://www.sexualne.cz/sexualita-zen-ve-zralem-veku>>.
39. SVOBODA, J. *Imunologie v klinické praxi: HIV onemocnění a AIDS jako modely postižení imunitního systému*. Praha: Marvil, 1996. 435 s.
40. UZEL, R. *AIDS je morem přelomu tisíciletí* [online]. 2011 [cit. 2011-04-19]. Novinky.cz. Dostupné z: <<http://www.novinky.cz/zena/vztahy-a-sex/223303-radim-uzel-aids-je-morem-prelomu-tisicileti.html>>.
41. UZEL, R. *Muži jsou od přírody polygamní* [online]. 2010 [cit. 2011-04-19]. Novinky. cz. Dostupné z: <<http://www.novinky.cz/zena/218431-sexuolog-radim-uzel-muzi-jsou-od-prirody-polygamni.html>>.
42. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II.: Dospělost a stáří*. 1. Vydání. Praha: Karolinum, 2007. 459. s. ISBN 978-80-246-1318-5.
43. *Virus HIV* [online]. 2009 [cit. 2011-01-18]. Společně proti AIDS. Dostupné z: <<http://www.spolecneprotiaids.tym.cz/hiv.htm>>.
44. VOLBERDING, P., A., SANDE, M., A. *Global HIV/AIDS Medicine*. 1. vyd. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2008. 830 s. ISBN 978-1-4160-2882-6.
45. VURM, V. A KOL. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. vydání. Praha: Mans, 2007. 125 s. ISBN 978-80-7254-997-9.
46. ZÁKON O RODINĚ Č. 94/1963 Sb. [online]. 2010 [2011-04-18]. Dostupné z: <<http://rozvodmanzelstvi.blogspot.com/2010/10/zakon-o-rodine-941963-1-az-10.html>>.
47. *Zdravotníci a HIV* [online]. c 2007 - 2010 [cit. 2011-04-26]. Česká společnost AIDS pomoc. Dostupné z WWW: <http://www.aids-pomoc.cz/ca_zdravotnici.htm>.

8. KLÍČOVÁ SLOVA

AIDS

HIV

Manželství

Nevěra

Prevence

Přenos

9. SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AIDS – Acquired Immunodeficiency Syndrom

ART – Antiretrovirotika

AZT – Azidothymidin

CDC – Centre for Diseases Control

CNS – Centrální nervový systém

ELISA – Enzymová imunoanalýza

GRID - Gay-Related Immune Deficiency

HAK – Hormonální antikoncepce

HIV - Human Immunodeficiency Virus

HAART – Higly active antiretrovial therapy

PRC – Polymerázová řetězová reakce

STD – Sexually Transmitted Disease

TBC – Tuberkulóza

10. PŘÍLOHY

Příloha 1: Dotazník

Příloha 2: HIV pozitivní případy v ČR

Příloha 1: Dotazník

Vážený pane, vážená paní

jmenuji se Iveta Rožníčková a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, obor Rehabilitační-psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory. Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který bude naprosto anonymní a bude sloužit pouze pro grafické znázornění k výzkumné části mé bakalářské práce na téma „Sekundární prevence přenosu HIV/AIDS u osob nad 40 let“.

Děkuji za Váš čas.

Iveta Rožníčková

1. Jaké máte pohlaví?
 - a) Muž
 - b) Žena

2. Kolik je Vám let
 - a) 40-50
 - b) 51-60
 - c) 61-70
 - d) 71 a více

3. Stav
 - a) Svobodný/svobodná
 - b) Ženatý/vdaná
 - c) Rozvedený/rozvedená
 - d) Vdovec/vdova

- e) Druh/družka
- f) Registrovaní partneři

4. Jaká je Vaše orientace?

- a) Homosexuál
- b) Heterosexuál
- c) Bisexuál

5. Máte stálého partnera?

- a) Ano
- b) Ne

6. Pokud ano, měli jste za trvání tohoto vztahu jiný sexuální vztah?

- a) Ano
- b) Ne

7. Pokud jste na otázku č. 6 odpověděli ano, uveďte prosím:

- a) jak dlouho tento vztah trval a používali jste kondom?

.....
.....
.....

- b) byli jste na testech pohlavně přenosných chorob a chránili jste svého stálého partnera např. kondomem, sexuální abstinencí do výsledku testu?

.....
.....
.....

8. Jak dlouho žijete se svým současným partnerem/partnerkou a jaký typ antikoncepce používáte?

.....

9. Kolik sexuálních partnerů jste měl/měla?

- a) 1-5
- b) 6-10
- c) 11-15
- d) Jiné, uveďte.....

10. U kolika ze svých minulých sexuálních partnerů jste požadovali negativní test na pohlavně přenosné choroby před začátkem sexuálního styku?

.....
.....

11. Prodělal/a jste nějakou pohlavně přenosnou chorobu?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Pokud ano, jakou a před kolika lety

.....
.....
.....

12. Podstupujete pravidelně testy na pohlavně přenosné choroby?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Pokud ano, jak často

.....
.....
.....

13. Dotazoval/a jste se svých sexuálních partnerů/partnerek na jejich předchozí sexuální život?

- a) Ano

b) Ne

14. Vyžadoval/a jste po svých sexuálních partnerech test na pohlavně přenosné choroby?

a) Ano

b) Ne

c) Jestli ne, z jakého důvodu test nevyžadujete

.....
.....
.....
.....

15. Považujete každého nového sexuálního partnera jako potenciálně nakaženého HIV/AIDS?

a) Ano

b) Ne

c) Pokud ne, proč

.....
.....
.....
.....

16. Znáte někoho ve svém okolí, kdo prodělal sexuální chorobu při navázání nového sexuálního vztahu? Popř. o jakou chorobu se jednalo.

.....
.....
.....

17. Jakým způsobem se přenáší virus HIV/AIDS? Odpověď podtrhněte.

kojení - anální sex - podání ruky - transfuze - orální sex - hmyz - z matky na dítě -
píchnutí o použitou jehlu - vaginální styk - líbání - použití hygienických potřeb – pití ze
stejně sklenice

18. Jaký sexuální styk je nejrizikovější a u kterého styku je vhodné použití
kondomu? Odpověď zakroužkujte a vedle napište Ano nebo Ne.

- a) Orální
- b) Anální
- c) Vaginální

19. Kdy by člověk měl jít na testy positivity HIV po rizikovém sexuálním chování?

- a) Pokud možno co nejdříve
- b) Za týden
- c) Za 6-8 týdnů po vytvoření protilátek
- d) V tomto případě není nutné chodit na testy

20. Jaké jsou projevy infekce virem HIV?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku.

Příloha 2: HIV pozitivní případy v ČR

HIV pozitivní případy v ČR podle pohlaví, věku a klinického stadia v době první diagnózy a počtu úmrtí

(jen občané ČR a cizinci s trvalým pobytem)

Kumulativní údaje ke dni 30. 4. 2010

věková skupina	Věk při první diagnóze HIV +			Věk při první diagnóze sympt. non AIDS			Věk při první diagnóze AIDS		
	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem
0-4	3	2	5	0	0	0	0	0	0
5-9	2	1	3	0	0	0	0	0	0
10-14	6	0	6	1	0	1	0	0	0
15-19	36	27	63	7	0	7	3	1	4
20-24	161	80	241	16	5	21	13	3	16
25-29	256	64	320	27	7	34	40	12	52
30-34	238	51	289	35	8	43	52	13	65
35-39	166	18	184	34	1	35	39	2	41
40-49	184	22	206	31	7	38	67	11	78
50-59	60	12	72	12	3	15	28	5	33
60-	13	1	14	2	1	3	11	2	13
Celkem	1125	278	1403	165	32	197	235	49	302
Úmrtí	178	36	214	29	5	34	130	28	158

Zdroj: NRL AIDS SZÚ