

Vysoká škola zdravotní, o. p. s.

Praha 5

**PREVENCE PŘED VIREM HIV
VE ZDRAVOTNICTVÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

JANA KUBEŠOVÁ

Praha 2014

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

**PREVENCE PŘED VIREM HIV
VE ZDRAVOTNICTVÍ**

Bakalářská práce

JANA KUBEŠOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

Praha 2014



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Kubešová Jana
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 19. 2. 2014 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Prevence před virem HIV ve zdravotnictví

Prevention in Health Care Against HIV

Vedoucí bakalářské práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

V Praze dne: 19. 2. 2014


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

Podpis

ABSTRAKT

KUBEŠOVÁ, Jana. *Prevence před virem HIV ve zdravotnictví*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. Praha. 2014. 60 s.

Tématem bakalářské práce je seznámení se s HIV. Teoretická část práce popisuje HIV a onemocnění AIDS, léčbu, diagnostiku onemocnění a pojednává o hygienicko-epidemiologických opatřeních u zdravotnických nelékařských pracovníků ve zdravotnickém zařízení. Nosnou částí práce je praktická část, zabývající se ošetrovatelským procesem u HIV pacienta. Cílem této bakalářské práce je seznámení se s HIV, onemocněním AIDS a vypracování individuálního plánu ošetrovatelské péče u pacienta s HIV.

Klíčová slova

AIDS. Diagnostika. HIV. Hygienicko-epidemiologický režim. Léčba. Prevence.

ABSTRACT

KUBEŠOVÁ, Jana. *Prevention in health care against HIV*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. Pague. 2014
60 p.

Bachelor thesis is familiar with HIV. The theoretical part describes HIV and AIDS, treatment, diagnosis of diseases and discusses the hygienic-epidemiological measures for non-medical health workers in health facilities. The key part of the work is the practical part, dealing with the nursing process in HIV patients. The aim of this work is the knowledge of HIV, AIDS and developing an individual plan of nursing care for patients with HIV.

Key words

AIDS. Diagnosis. Hygienic-epidemiological mode. Prevention. Treatment.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD.....	13
1 HISTORIE ONEMOCNĚNÍ VIREM HIV	15
1.1 DEFINICE VIRU HIV	15
1.2 MOŽNOSTI PŘENOSU VIRU HIV	16
1.3 DIAGNOSTIKA VIRU HIV	17
1.4 TESTOVÁNÍ VIRU HIV	18
1.5 LÉČBA VIRU HIV	20
1.6 SVĚTOVÝ DEN BOJE PROTI HIV	20
1.7 LINKA AIDS POMOCI	21
2 SOUHRNNÁ DATA O VÝSKYTU A ŠÍŘENÍ VIRU HIV Z ROKU 2011-2013.....	22
3 OPATŘENÍ VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ PŘED VIREM HIV	24
3.1 OBECNÉ ZÁSADY PRÁCE S BIOLOGICKÝM MATERIÁLEM.....	24
3.2 POSTUP PŘI PORANĚNÍ OSTRÝM PŘEDMĚTEM.....	25
3.3 MANIPULACE S NÁSTROJI VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ	25
3.4 MANIPULACE SE STRAVOU VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ	27
3.5 MANIPULACE S ODPADY VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ.....	27

4 HYGIENICKO-PROTIEPIDEMICKÁ OPATŘENÍ VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ.....	29
4.1 HLÁŠENÍ VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ	29
4.2 EPIDEMIOLOGICKÉ ŠETŘENÍ	29
4.2.1 DEZINFEKCE	30
4.2.2 METODY DEZINFEKCE	30
4.3 DEZINFEKČNÍ PROGRAM	31
4.4 STERILIZACE.....	31
4.5 ZDRAVOTNÍ VÝCHOVA.....	32
5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S HIV	33
6 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	58
ZÁVĚR	59
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	60
SEZNAM PŘÍLOH	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

μl – mikrolitr

A Rh + - Krevní skupina A, Rh/Rhesus faktor pozitivní

AIDS - Acquired Immune Deficiency Syndrome/Syndrom získaného selhání imunity

ALP – Alkalická fosfatáza

ALT – Alinaminotransferáza

AST – Aspartátaminotransferáza

BE – Base Excess/výchlipka bází

BMI - Body Mass Index

CD4 - Receptor na TH buněkách

CDC - Centers for Disease Control and Prevention/Centrum pro kontrolu nemoci

CRP – C-reaktivní protein

D – Dechy

ELISA - Enzyme-Linked Immunosorbent Assay/Detektor virových antigenů v krvi
nebo ostatních tělních tekutinách

FF – Fyziologické funkce

FW – Sedimentace

GCS – Glasgow Coma Scale/Hodnotící škála vědomí

GMT – Gamaglutamyltransferáza

HAART - Highly Active Antiretroviral Therapy/Vysoce aktivní antiretrovirální léčba

HIV – 1 INSTI - Podtyp HIV viru

HIV – 2 INSTI - Podtyp HIV viru

HIV - Human Immunodeficiency Virus/Virus lidské imunitní nedostatečnosti

IgG, IgM, IgA – Imunoglobulíny

K + C - Kultivace plus citlivost

kGy – jednotka absorbované dávky záření

KHS - Krajská hygienická stanice

LD - Laktátdehydrogenáza

LHK – Levá horní končetina

MZ ČR - Ministerstvo zdravotnictví ČR

Non- AIDS – označování onemocnění HIV/AIDS

NRL AIDS - Národní referenční laboratoř AIDS

OL - Ordinace lékaře

P – Pulz

p24 - antigen k diagnostice

pCO₂ – Parciální tlak v alveolárním vzduchu

Per os – Ústy

pH – Koncentrace vodíkových iontů

pO₂ – Parciální tlak v alveolárním vzduchu

SD – Seboroická dermatitida

SZO – Státní zdravotní organizace

SZÚ - Státní zdravotní ústav

TK – Krevní tlak

TSH - Hormon štítné žlázy

TT – Tělesná teplota

UNAIDS - Světový program boje proti HIV

UV – Ultrafialové záření

WB - Western blot/Specifičtější metoda HIV

WHO - World Health Organization/Světová zdravotnická organizace

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Agens – původce

Antiseptice – látky usmrcující mikroorganismy

Barthelové test – test základních všedních činností pacienta

Defekace – odchod stolice

Dieta číslo 4 – dieta s omezením tuků

Eflorescence – výkvětek, jedná se o kožní projev onemocnění

Flatus – odchod plynů

Glykoprotein – bílkovina obsahující ve své molekule cukr glukosu

Gonorea – kapavka

Hemofilik – onemocnění postihující poruchu srážlivosti krve

Imunologické okno – období mezi konvencí a expozicí viru, kdy nelze prokázat přítomnost HIV

Intravenózní – způsob aplikace do krevního oběhu

Kapilární krev – krev odebraná z dobře prokrveného místa, např. z bříška prstu, ušního boltce atd.

Konfinace – ověření, potvrzení

Melzackův test – test pro hodnocení bolesti

Muňka – cizopostník

Normocefalická – normální tvar lebky

Per os – příjem potravy ústy

Perikardiální výpotek – patologicky zvýšené množství tekutiny ve vakovitém obalu srdce

Perinatální přenos – vznik infekce při průchodu porodním kanálem

Peritoneální výpotek – patologicky zvýšené množství tekutiny v dutině břišní

Pleurální výpotek – patologicky zvýšené množství tekutiny v pohrudniční dutině

Profylaxe – konkrétní ochrana před určitou nemocí

Protilátkový test – rozbor krve na daný druh vyšetření

Psoriáza – lupénka

Retroviry – obalené RNA viry

Reverz – písemný souhlas pacienta při odchodu z nemocnice na vlastní riziko

Rezident – vedoucí cizího zastupitelského úřadu

Rezistence – odolnost

Seboroická dermatitida – onemocnění charakteristické tvorbou ložisek na kůži

Sérokonverze – znamená přechod od séronegativity k séropozitivitě onemocnění

Sérologické vyšetření – vyšetření lidského séra na přítomnost protilátek proti cizím antigenům

Séronegativní - nemající v séru protilátky proti určitému antigenu

Skléra – bělmo

Syfilis - pohlavně přenosná infekce způsobovaná poddruhem pallidum bakterie
Treponema pallidum

Škála Nortonové – škála pro riziko vzniku dekubitů

Virologické vyšetření – průkaz virů

ÚVOD

Vir HIV a onemocnění AIDS je ve světě stále aktuálním problémem. O tomto onemocnění a viru se vede řada debat a často se s ním setkáváme v médiích či běžném životě (NEET, 1992). Volba tohoto tématu pro bakalářskou práci byla ovlivněna především přednáškami na téma HIV/AIDS.

HIV pandemie je první epidemickou nemocí, kterou způsobují retroviry. Pronikla za krátkou dobu do většiny zemí světa a stala se jedním z hlavních témat, kterými se zabývá Světová zdravotnická organizace. V 80. letech se množil vir hlavně v Kalifornii, New Yorku a na východním pobřeží USA (Florida). Výskyt a šíření onemocnění jsou fenoménem, na který je upřena pozornost celého světa. Ač je svět plný rozporů, které ústí často i ve válečné konflikty, jsou otázky týkající se výskytu a léčby HIV neustále v pozornosti celého světa (NETT, 1992). Na řešení pandemie HIV pracují odborníci z různých oborů lékařství. Pandemie AIDS je zákeřná svou plíživostí, skrytostí a lavinovitým šířením. V průběhu několika let začala ovlivňovat životy lidí od oblastí nejintimnějších až po oblast politickou a ekonomickou (DVOŘÁK, 1998).

Od roku 2002 je v ČR zaznamenáván každoročně nárůst výskytu infekce HIV. V roce 2002 bylo u občanů ČR a cizinců s dlouhodobým pobytem nově zjištěno 50 případů infekce HIV, v roce 2012 to bylo již 212 případů (vzestup o 324 %). V loňském roce za období od 1. 1. do 30. 10. 2013 bylo zachyceno 195 nově zjištěných případů infekce HIV. Předběžná data za listopad ukazují, že souhrnný počet případů za rok 2013 již nyní přesáhl celkový výskyt za loňský rok. Za nárůstem počtu případů stojí především přenos mezi homosexuály, který představuje v loňském roce 74 % nových případů HIV (<http://www.szu.cz/>).

Cílem této bakalářské práce je seznámení s problematikou HIV, onemocněním AIDS a vypracování individuálního plánu ošetrovatelské péče u pacienta s HIV.

Bakalářská práce má dvě části, teoretickou a praktickou. První kapitola teoretické části je věnována historii onemocnění, způsobu přenosu, léčbě a diagnostice. Ve druhé kapitole teoretické části je popsán návrh na hygienicko-epidemiologická opatření ve zdravotnickém zařízení.

Praktickou část tvoří tematický celek: posouzení stavu pacienta, posouzení potřeb pacienta dle funkčních vzorců zdraví, plán individuální ošetrovatelské péče a zhodnocení ošetrovatelské péče o pacienta. Zdrojem informací byl: pacient, zdravotnická dokumentace a ošetrovatelský tým. Pacient byl posouzen podle modelu M. Gordon a ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny dle NANDA taxonomie I. Podle stanovených ošetrovatelských diagnóz byl vypracován plán, realizace a hodnocení individuální ošetrovatelské péče.

1 HISTORIE ONEMOCNĚNÍ VIREM HIV

V 80. letech 20. století se ve Spojených státech amerických začaly mezi homosexuálními muži objevovat nezvyklé choroby, a to Pneumocystová pneumonie a Kaposiho sarkom. Ukázalo se, že onemocnění, jehož podstatou je zhroucení buněčné imunity, nepostihuje jen muže mající sex s muži, ale oběťmi se stávají také toxikomani, hemofilici a obyvatelé Haiti. Roku 1981 byl problém definován a pojmenován jako onemocnění AIDS. Prokázalo se, že nákaza se přenáší pohlavním stykem a krví a v roce 1983 se ukázalo, že nákaza je skutečnou pandemií, která postihuje nejen USA, ale i Afriku a Západní Evropu. Do konce listopadu roku 1989 bylo na světě zaznamenáno 198 165 nemocných a Světová zdravotnická organizace odhaduje skutečný počet klinicky nemocných na trojnásobek, to znamená 600 000 nemocných s HIV (ANON, 1992). V 90. letech se šířila nemoc po celém světě. V léčbě nebylo dosaženo velkého pokroku a počty nakažených i zemřelých dosáhly milionů (ROZSYPAL et al., 2013).

Kvůli sexu ještě nikdo na rakovinu neumřel (ANON, 1992).

1.1 DEFINICE VIRU HIV

HIV způsobuje pozvolné a postupné zhoršování funkce imunitního systému, a to dovede ve svém důsledku vznik života ohrožujícím infekcím, nádorům a dalším onemocněním, které určují kritéria syndromu získané imunodeficience AIDS (ROZSYPAL et al., 2013).

Infekce HIV, a zejména nemoc AIDS, jsou v podstatě veřejností mylně chápány jako rozsudek smrti a konec života. Protivirová léčba sice virus z těla nedostane, jeho množení se však radikálně zpomalí a zabrání poškozování imunitního systému, což se projeví prodloužením a zlepšením kvality života. U HIV se používají dvě klasifikace. Podle CDC (Atlanta, USA, leden/1993), je vývoj HIV rozdělen do tří klinických kategorií A-C (tj. období časná, střední, pozdní) a tří laboratorních kategorií 1-3. SZO v roce 2007 navrhla zařazování HIV pozitivních pacientů do čtyř klinických stádií 1-4 a čtyř stupňů

imunodeficiencie vycházející z počtu CD4+ lymfocytů. Čtyři stádia odpovídají přirozenému vývoji infekce HIV (ROZSYPAL et al., 2013).

1.2 MOŽNOSTI PŘENOSU VIRU HIV

HIV je citlivý k zevním vlivům, ničí ho běžné chemické a fyzikální prostředky, např. běžné dezinfekční prostředky, teplota nad 60 °C, chlorové preparáty, ale i mýdlo. Při zaschnutí HIV záhy hyne a pro infikování člověka musí do organismu proniknout takové množství viru, aby vznikla takzvaná infekční dávka (SVOBODA, 1996).

Přenáší se třemi cestami - přenos sexuální, přenos krevní a přenos vertikální z infikované matky na dítě. Nejnebezpečnější varianta je přenos krevní cestou. Rizikové jsou zejména kontaminované injekční jehly, ať už sdílené mezi narkomany nebo opakovaně používané v zemích s nedostatečným zdravotnictvím. Z hlediska prevence je nutností vhodné používání jednorázových jehel. Přenos krevní transfúzí je dnes díky testování krve vzácný, ale občas k němu stále dochází. Riziko představují i orgánové transplantace. Velkému riziku je vystaven zdravotnický personál pracující s krví. Přenos sexuální byl zaznamenán z ženy na muže, muže na ženu, muže na muže i ženy na ženu. K přenosu může docházet při vaginálním, análním i orálním styku, případně i jiné praktice, při které dochází ke styku sliznic se sexuálními sekrety a krví. Styk anální je v riziku přenosu nebezpečnější než vaginální a orální styk. Vaginální styk představuje riziko přenosu z muže na ženu než naopak.

V dnešní době je rizikové promiskuitní chování žen a mužů, kdy dojde k nechráněnému pohlavnímu styku s neznámým člověkem a riziko přenosu HIV stoupá. HIV se vyskytuje ve všech tělních tekutinách, tedy i ve slinách, potu, moči, v mozkomíšním moku, pleurálním, perikardiálním či peritoneálním výpotku. Ve výše zmíněných tekutinách je HIV přítomen, ale ne v dostatečné infekční dávce, takže při kontaktu s nimi nedochází běžně k přenosu HIV. Z toho vyplývá, že infikovaný nemůže nakazit zdravého např. při podání ruky, při

běžném fyzickém kontaktu, objetí, polibku, ale ani při pobytu v bazénu, při kýchnutí, při používání společného nádobí, při společné konzumaci jídla, při používání stejného WC. HIV se dále nepřenáší bodnutím hmyzem, kontaktem s předměty, které používá HIV člověk apod., to znamená, že dodržujeme-li základní zásady hygieny, nemusíme se nákazy HIV obávat při běžných denních činnostech. Je vhodné se vyvarovat používání společného zubního kartáčku, holicích strojků, břitev apod., kde je vysoké nebezpečí přenosu krevní cestou. U drogově závislých je závažným rizikem používání společných jehel, stříkaček či roztoků při intravenózní narkomanii. Riziko přenosu se může objevit ojediněle při tetování nebo piercingu (STAŇKOVÁ, 2010).

K přenosu krevní transfúzí u nás už nedochází, ale je zde velmi malé riziko tzv. imunologického okna. Do roku 1987, než začali být dárce krve vyšetřováni na přítomnost HIV, došlo k několika přenosům HIV. Riziko nákazy může být také v případě poranění se o kontaminovanou jehlu, na které může zůstat určité množství krve (FREJ, 2011). Popsány byly také případy nákazy, kdy dotyčný člověk používal jehlu i stříkačku pouze pro sebe, ale aplikoval společný roztok drogy (SVOBODA, 1996).

1.3 DIAGNOSTIKA VIRU HIV

Na HIV může upozornit některý z jejich laboratorních nálezů, příznaků nebo některý údaj z anamnézy. HIV diagnóza se stanovuje na základě sérologické a virologické detekce viru a protilátek. Užívaným testem je průkaz protilátek proti trans membránovému glykoproteinu v zevním obalu viru tzv. anti HIV metodou ELISA. Pozitivita tohoto testu se provádí specifitější metodou, tzv. WB. Pokud jsou výsledky obou testů pozitivní, lze označit sérum jako HIV pozitivní a člověk je nositelem HIV. V ČR působí Národní referenční laboratoř pro HIV/AIDS ve Státním zdravotním ústavu v Praze (Státní zdravotní ústav, Šrobárova 48, Praha 10, 100 42), která provádí konfirmaci HIV infekce (HUS, 2005).

1.4 TESTOVÁNÍ VIRU HIV

V ČR se provádí testování na HIV od roku 1985. Povinné testování je hlavně u dárců krve a jiných orgánů dle Zákona o ochraně veřejného zdraví (Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů). Povinně jsou v ČR od roku 2000 testovány těhotné ženy. Motivací testování gravidních žen na HIV je snížení rizika perinatálního přenosu. U těhotných s HIV je podáním antivirových léků ke konci těhotenství snižováno riziko perinatálního přenosu během porodu a posléze i na novorozence (MAYER, 2009). Porod se musí provést císařským řezem a matka nesmí kojit. Dodržují-li se tyto zásady, riziko přenosu klesá z 25 % na 6 % (WEISS, 2010). Pokud u dítěte nedojde k přenosu HIV, stává se posléze ve věku 15 až 18 měsíců séronegativním (MONTAGNIES, 1996).

HIV test z diagnostických důvodů lze provést bez souhlasu osoby tehdy, když k němu nemůže dát tato osoba informovaný souhlas, např. v bezvědomí a dále u osob obviněných ze spáchání trestného činu ohrožování pohlavní nemocí či u léčených pro pohlavní nemoc nebo při obvinění např. ze znásilnění, kdy mohlo dojít k přenosu HIV na jinou osobu. Test lze provést před plánovanou operací na HIV se souhlasem pacienta. Vlastní testování na HIV má být provázeno před testovým a po testovým poradenstvím. Vyjde-li výsledek testu pozitivní, znamená to, že organismus byl infikován HIV a vyrábí proti HIV protilátky. U HIV negativních je vhodné poradenství a pokus o změnu rizikového chování. Pro získání negativního výsledku testu je zapotřebí, aby klient test zopakoval za 2 až 3 měsíce od posledního rizikového chování. V případě nechráněného pohlavního styku s neznámým člověkem nemuselo k nákaze dojít, negativní výsledek nezaručuje, že se nákaza nemůže projevit později. Testování je doporučováno jen v případě vysokého rizika a při příznacích připomínajících HIV. Podle Dublinské deklarace z roku 2001 by mělo být testování na HIV všem dostupné na vlastní žádost. Testovat se lze nechat anonymně u praktického lékaře, kde je kvalita poradenství různorodá a vyšetření není vždy bezplatné. Běžně se využívají testy ELISA, často kombinované s testem na antigen p24, kde může být nákaza zachycena. Protilátky se vytváří 3. až 4. týden po nákaze, uváděné rozmezí je 2. až 6. týden. Výsledek testu ELISA je třeba potvrdit více specifickým

konfirmačním testem WB. Rychlé testy lze považovat za orientační, které umožňují vyšetření z kapilární krve, kde je výhodou šetrnější odběr a rychlejší výsledek. Nevýhodou rychlého testu je, že nemusí kvůli prodlouženému „okénku“ zachytit čerstvou infekční krev ani po uplynutí tří měsíců. Tyto testy jsou schváleny pro použití jen ve zdravotnických zařízeních, např. pokud je poraněn operující personál, ne však k testování na vlastní žádost. Testy slinné mají lepší využití při práci terénní. Svoji spolehlivostí jsou srovnatelné s protilátkovým testem, i když v případě reaktivity je žádoucí konfirmace (WEISS, 2010).

V lékárnách lze zakoupit testovací sadu HIV - 1/HIV - 2 INSTI, která je dostupná od ledna roku 2011. V žádném případě z tohoto jednorázového testu nelze stanovit vlastní onemocnění AIDS (<http://www.zdravi.e15.cz/>). Jde o rychlý imuno test na jedno použití pro detekci protilátek proti HIV z krve odebrané z konečku prstu. Aby nedošlo k nesprávné interpretaci výsledku, test by měl být proveden odborníkem, nejlépe lékařem. Je vhodné počítat s tím, že protilátky vůči přítomnosti HIV se v krvi člověka objeví až po určité době, většinou po 2 až 3 měsících od vlastní nákazy. Při zjištění negativního výsledku testu se jedinec po rizikovém chování může domnívat, že není nakažen HIV (<http://www.zdravi.e15.cz/>).

Každoročně je v ČR provedeno necelých 20 tisíc testů na HIV na vlastní žádost a tímto je odhalena asi polovina všech HIV pozitivních případů. Přibližně čtvrtina testů je provedena anonymně. V USA propagují rutinní testování všech hospitalizovaných, především na jednotkách intenzivní péče. V Evropě, kde je nižší výskyt HIV infekcí, s důrazem na lidská práva a před testové poradenství, je testování bez souhlasu nepřípustné (WEISS, 2010).

Zjišťování HIV protilátek je doporučeno u pohlavních nemocí, novorozenců HIV pozitivních matek, kontaktů s HIV osobou, u osob s rizikovým chováním (nechráněný sex, promiskuita, narkomanie aj.), u vleklých specifických obtíží – průjmů, hubnutí, lymfadenopatií, teplot nejasného původu, u osob s nevysvětlitelnou vysokou FW, útlumem některých nebo všech složek krvetvorby (leukopenie, anémie aj.) (LOBOVSKÁ, 2001).

1.5 LÉČBA VIRU HIV

Léčba HIV je komplexní, zahrnuje antiretrovirotika, profylaxi a léčbu oportunních infekcí a dalších komplikací způsobených HIV. Léčba zahrnuje i péči o správnou životosprávu, vyrovnanou výživu a ochranu před různými zdraví poškozujícími faktory. Základem léčby HIV je antiretrovirová terapie, která používá kombinaci léků potlačujících množení viru v organismu. Léčba vychází ze získaných laboratorních vyšetření pacienta a hodnocení ukazatelů o stavu imunity a rychlosti množení viru. Pro zdravotní stav a prognózu pacienta je rozhodující správná kombinace léků, které pacient řádně užívá. Doba pro optimální nasazení antiretrovirové chemoterapie u asymptomatického pacienta se určí podle počtu CD4+ lymfocytů a jeho průběhu onemocnění. Antiretrovirová léčba je časově neomezená a dlouhodobá. Profylaxe oportunních infekcí spočívá v zabránění vzniku a opakování určitých infekcí. Zahajuje se za určitých podmínek, a to hlavně podle počtu CD4+ lymfocytů a výsledků sérologických a dalších testů. Zaměřena je na Pneumocystovou pneumonii, Toxoplasmovou encefalitidu a další oportunní infekce. Pacienti s poklesem CD4+ lymfocytů pod 200 buněk/ μ l užívají Co-trimoxazol, alergici musejí inhalovat Pentamicid jednou měsíčně. Postexpoziční profylaxe se za určitých okolností může podat postexpoziční profylaxí antiretrovirotiky po poranění injekční jehlou nebo jiným nástrojem kontaminovaným HIV a dokonce po pohlavním styku (např. znásilnění). Vyžádaná postkoitální profylaxe nesmí nahradit používání prezervativů a musí být hrazena pacientem (ROZSYPAL et al., 2013).

1.6 SVĚTOVÝ DEN BOJE PROTI HIV

V roce 1991 byl zahájen projekt červená stužka, který vznikl zásluhou charitativní skupiny umělců se sídlem v New Yorku, nazvané Visual AIDS a snaží se respektovat a uznávat lidi, kteří zemřeli nebo umírají na AIDS. Projekt oslovuje umělecké organizace, muzea, komerční galerie a skupiny, aby si připomínali lidi, kteří podleli AIDS a šířily prevenci o přenosu HIV/AIDS, informovaly veřejnost o potřebách lidí s AIDS a dovolávaly se také finanční podpory v oblastech služeb a výzkumu. Stužka byla inspirována žlutou stužkou na

počet amerických vojáků z války v Perském zálivu. Červená barva stužky byla vybrána pro spojitost s krví a představu hněvu, ale také lásky, jak tvrdí Frank Moore z Visual AIDS. Stužka zaznamenala svůj první veřejný debut v roce 1991, kdy se s ní objevil autor Jeremy Irons na slavnostním udílení cen Tony Awards. Díky popularitě se někteří autoři např. Jeremy Irons začali obávat, že se stužka stala pouhým vyjádřením politicky správných postojů v boji proti AIDS. *Červená stužka se stala inspirací i pro další projekty, jako je mezinárodní symbol uvědomělosti a informovanost ve vztahu k problematice HIV/AIDS, což vysvětluje i její začlenění do loga jak Světového programu boje proti AIDS, který má zkratku UNAIDS, tak i českého Národního programu boje proti AIDS. Červená stužka bývá běžně k vidění na klopách sak nebo na jiných částech oděvů jako symbol solidarity a spoluúčasti s lidmi infikovanými HIV (<http://www.aids-pomoc.cz/>).*

1.7 LINKA AIDS POMOCI

Na začátku 90. let minulého století, přestaly být informace o HIV/AIDS tabu a začal se rychleji zvyšovat počet HIV pozitivních osob v ČR, vznikaly proto tzv. telefonické linky pomoci a prevence HIV/AIDS v krajích a okresech. Úkolem telefonické linky bylo poskytovat co nejvíce informací a rad v souvislosti s HIV/AIDS. V roce 1995 vznikla Národní help line AIDS. Provoz na této lince byl zahájen 1. prosince 1995. Od té doby existuje možnost dovolat se na Národní Help line AIDS pod telefonním číslem 800 144 444 ze všech míst ČR zdarma. Od pondělí do čtvrtka od 13,00–18,00 hodin a v pátek od 13,00–16,00 poskytují informace vyškolení odborníci. Od roku 2002 do roku 2007 provozoval tuto linku Zdravotní ústav Středočeského kraje. Od 01. 01. 2008 je zřizovatelem Národní linky pomoci AIDS Státní zdravotní ústav v Praze. Za 12 let existence odpověděli vyškolení pracovníci Národní Help line AIDS na více než 80 tisíc dotazů. Mezi nejčastější dotazy patří informace o testování, přenosu HIV a obavy z infekce HIV (<http://www.aids-pomoc.cz/>).

2 SOUHRNNÁ DATA O VÝSKYTU A ŠÍŘENÍ VIRU HIV Z ROKU 2011-2013

Na základě 1,3 mil. provedených vyšetření bylo v ČR roku 2011 nově diagnostikováno 153 případů HIV u občanů ČR a cizinců s dlouhodobým pobytem, což je třetí nejvyšší roční počet v historii sledování. Onemocnění AIDS bylo nově diagnostikováno u 23 HIV pozitivních osob. Koncem roku 2011 bylo v ČR celkem 1675 HIV pozitivních případů, u 344 (20,5 %) z nich se rozvinulo onemocnění AIDS. Na onemocnění AIDS zemřelo dalších 178 osob (51,7 %), dalších 76 osob s HIV zemřelo z jiné příčiny ve stádiu asymptomatickém či symptomatickém non-AIDS. V ČR je nejčastějším způsobem přenosu HIV sexuální přenos (89,5 % všech diagnostických případů). Převažuje homosexuální/bisexuální styk, který byl zaznamenán u 59,3 % zjištěných HIV a u dalších 2,0 % v kombinaci s injekčním užíváním drog, heterosexuální styk tvoří 28,2 % případů. Populační skupina s nejvyššími počty případů a nejrychlejším nárůstem nových případů jsou muži, kteří mají styk s muži, jichž bylo zachyceno nově 115 (z toho 5 bylo rovněž injekčními uživateli drog). *Podíl této skupiny na nově diagnostických případech infekce HIV se v ČR v posledních letech pohybuje kolem 70 %, což nás z tohoto pohledu řadí na první místo v Evropě (<http://www.szu.cz/>).* V této skupině jsou zaznamenány i další přenosné nemoci, zejména syfilis a lymfogranuloma venereum. Heterosexuálně přenesených infekcí je registrováno 28,2 % a za rok 2011 15,7 % (24 osob). Přenos způsobený při injekčním užívání drog byl v roce 2011 zaznamenán u 4,6 % případů (7 osob). Za poslední roky byl podíl infikovaných žen nejnižší, a to 8,5 % (13 žen), (Příloha F) (<http://www.szu.cz/>).

Na základě 1,24 mil. provedených vyšetření bylo v ČR roku 2012 nově diagnostikováno 212 případů HIV u občanů ČR a cizinců s dlouhodobým pobytem, což je nejvyšší roční počet v historii sledování od roku 1985. Byla dosažena hranice u 2 nových případů na 100 000 obyvatel. Onemocnění AIDS bylo nově diagnostikováno u 29 HIV pozitivních osob. Koncem roku 2012 bylo v ČR celkem 1887 HIV pozitivních případů, u 374 (19,8 %) z nich se rozvinulo onemocnění AIDS. Zemřelo 189 osob (50,5 %) na onemocnění AIDS, dalších 79

osob s HIV infekcí zemřelo z jiné příčiny ve stádiu asymptomatickém a symptomatickém non-AIDS. Nejčastějším způsobem přenosu HIV v ČR je sexuální přenos (89,9 % všech diagnostikovaných případů). Převažuje jednoznačně homosexuální/bisexuální styk, který byl zaznamenán u 60,6 % zjištěných HIV infekcí a dalších 2,0 % v kombinaci s injekčním užíváním drog. Populační skupinou s nejvyššími počty případů a nejrychlejším nárůstem nových případů jsou muži, kteří mají styk s muži, jichž bylo zachyceno 149 (další 4 byli zároveň injekčními uživateli drog). Také v této skupině jsou často zaznamenány i další přenosné nemoci - syfilis a lymfogranuloma venereum. Podíl homosexuálního přenosu HIV činí 27,2 % a za rok 2012 18,9 %. Nově infikovaných žen bylo 27 (12,7 %). Přenos způsobený při injekčním užívání drog byl v roce 2012 zjištěn u 2,8 % případů (5 osob). ČR se řadí k zemím s nízkým výskytem HIV infekce, nicméně v posledních 10 letech dochází k varujícimu nárůstu nových případů, zejména ve skupině homosexuálů. Vlivem nově diagnostikovaných případů infekce HIV se v ČR v posledních letech pohybuje kolem 70 %, což nás řadí na první místo v Evropě (Příloha E) (<http://www.szu.cz/>).

Mezi nové případy HIV/AIDS v ČR za posledních 10 měsíců roku 2013 patří 173 mužů a 22 žen. Infikovaných žen je za 10 měsíců loňského roku 11,3 %. Průměrný věk nakažených mužů je 34 let s věkovým rozpětím od 18 do 64 let. Průměrný věk žen je 39 let s rozpětím 21 až 60 let, což představuje zvýšení oproti předloňskému roku. Při zjištění HIV infekce bylo 130 (66,7 %) infikovaných v asymptomatickém stádiu, 35 (17,9 %) ve stádiu akutní infekce a pozdní záchyty představuje 12 (6,2 %) nemocných ve stádiu symptomatickém non-AIDS a zejména 18 (9,2 %) s onemocněním AIDS. Více než polovina nových případů uvádí obvykle bydliště v Praze (53,8 %), více je zastoupen kraj Středočeský (8,9 %), Moravskoslezský a Jihomoravský (po 5,4 %), Ústecký a Pardubický (po 4,4 %). Ze 195 nových případů HIV infekce v prvních 10 měsících roku 2013 bylo 54 rezidentů (27,7 %), ze Slovenska (17), Polska (8), Ukrajiny (7) a Vietnamu (5). Přenos sexuální je nejčastější šíření infekce v ČR (93,8 % případů v roce 2013), přitom 144 (73,8 %) nových případů bylo zjištěno u mužů mající sex s muži (z nich 3 byli rovněž injekční uživatelé drog), (Příloha D) (<http://www.szu.cz/>).

3 OPATŘENÍ VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ PŘED VIREM HIV

Ve zdravotnictví přichází zdravotnický personál denně do styku s pacienty nebo jejich tělními tekutinami včetně krve. Některé z tělních tekutin mohou být kontaminované HIV, a proto je důležité, aby se zdravotnický personál vyvaroval možnosti přenosu infekce. V následujících podkapitolách je popsáno, jaké jsou požadavky na správný postup při výkonech, nakládání s biologickým odpadem, se stravou ve zdravotnictví a co dělat při poranění kontaminovaným ostrým předmětem. Na světě bylo dosud zaznamenáno 20 případů možného přenosu infekce na zdravotnický personál ve zdravotnickém zařízení. U většiny zdravotních pracovníků byla zaznamenána sérokonverze. Většina případů infekce byla při zranění kontaminovanou injekční jehlou nebo pořezání. Další osoby se infikovaly, když přišly do styku s krví nebo tělní tekutinou v době, kdy měli léze na pokožce nebo na sliznicích (BENEŠ, 2009).

3.1 OBECNÉ ZÁSADY PRÁCE S BIOLOGICKÝM MATERIÁLEM

Odběry biologického materiálu lze provádět v prostoru k tomu určeném, který splňuje hygienické požadavky pro odběr biologického materiálu. Biologický materiál se odebírá s ohledem na patogenezí a patologii infekčního onemocnění. Ke stanovení diagnózy se biologický materiál odebírá v akutním stadiu infekčního onemocnění. V případě sérologických vyšetření se odebere ještě druhý vzorek za 2 až 3 týdny po odběru prvního vzorku. K odběru se používají sterilní nástroje, sterilní pomůcky a jednorázové rukavice, a to vždy pouze pro jednu ošetřovanou fyzickou osobu. Biologický materiál je nutno ukládat do standardizovaných nádob k přepravě. Po odběru se biologický materiál transportuje tak, aby nedošlo k jeho znehodnocení fyzikálními vlivy a k ohrožení fyzických osob. Hlášení o pozitivním laboratorním nálezu se podává ihned lékaři zdravotnického zařízení, který biologický materiál k vyšetření odeslal. Laboratoř hlásí pozitivní laboratorní nález orgánu ochrany veřejného zdraví podle místa, kde se pacient ve

zdravotnictví nachází. Vyplněná žádanka o laboratorní vyšetření biologického materiálu musí obsahovat jméno, příjmení, rodné číslo, identifikační číslo zdravotnického zařízení a jméno lékaře, žádajícího o vyšetření biologického materiálu, včetně jeho jmenovky, dále číslo zdravotní pojišťovny pacienta, druh materiálu, datum a hodinu odběru, datum začátku infekčního onemocnění, pokud je známo, druh antibiotické terapie a její začátek, diagnózu a požadovaný druh vyšetření. Zdravotnické zařízení je povinno sdělit místo pobytu orgánu veřejného zdraví na dožádání. Během transportu biologického materiálu nesmí dojít ke kontaminaci žádanky (MAĎAR et al., 2006).

3.2 POSTUP PŘI PORANĚNÍ OSTRÝM PŘEDMĚTEM

Poranění o kontaminovanou injekční jehlu, či ostrý předmět od pacienta je zdravotnický personál povinen provést soubor opatření, která zamezí nebo alespoň sníží riziko vzniku infekčních onemocnění. Bezprostředně po poranění je nutné nechat ránu co nejdéle volně krváčet. Krvácení snižuje dávku viru. Nedoporučuje se ránu mačkat. Po zastavení krvácení musí být rána důkladně vymyta vodou a mýdlem a ošetřena dezinfekčním roztokem, nejlépe Jodisolem nebo 0,2% Persterilem. Tyto roztoky mají účinek antiseptický a protivirový. Důležité je, co nejdříve vyhledat praktického lékaře, lékaře Zdravotního ústavu nebo se přímo obrátit na infekční oddělení nemocnice (MELICHERČÍKOVÁ, 2007).

3.3 MANIPULACE S NÁSTROJI VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ

Dezinfekce chirurgických nástrojů je řízena dezinfekčním programem, který je zpracován ve spolupráci s ústavním epidemiologem a je vyvěšen na pracovišti. Dezinfekční přípravky se podle epidemiologa pravidelně střídají (KOMÁREK, 2006).

Kritéria pro správný výběr dezinfekčních roztoků při péči o nástroje je dán výrobcem nástrojů. Při práci s dezinfekčními přípravky se doporučuje používat ochranné pomůcky (např. ochranné brýle, ústenku, čepici, rukavice a nepropustnou zástěru). Přípravu dezinfekčních roztoků provádí pověřený a zaškolený pracovník. Dezinfekční roztok je připravován rozpuštěním nebo odvážením dezinfekčního prostředku ve vodě. Dezinfekční směsi se připravují denně čerstvé a podle zatížení biologickým materiálem i častěji. Používají-li se dezinfekční roztoky déle, vzniká nebezpečí koroze ze zbytků znečištění nebo odpařování, v tomto případě je vhodné zvyšování koncentrace chemické látky. Při přípravě je důležité brát zřetel na to, že dezinfekční přípravky jsou považovány za 100%. Maximální pozornost je nutné věnovat ředění. Použijeme-li roztok o nízké koncentraci, jeho účinnost je nedostatečná. Při naředění dezinfekčního roztoku o vysoké koncentraci, může dojít ke znehodnocení chirurgického nástroje. Připravovaný dezinfekční roztok musí mít určitou teplotu, koncentraci a dobu působení a tyto hodnoty musí být dodrženy. Nádoby s naředěným dezinfekčním roztokem musí být označeny názvem, koncentrací, datem a časem ředění roztoku. Dezinfekční roztoky na chirurgické nástroje by měly obsahovat dezinfekční, čistící a protikorozi účinek. Kontraindikací je vkládání chirurgických nástrojů do fyziologického roztoku. Použité chirurgické nástroje je nutné opatrně odkládat do dekontaminačního roztoku. Chirurgické nástroje vkládáme rozložené, otevřené bez zbytků krevních sraženin, kožních dezinfekcí, lubrikantů či lepidel. Ponoření je nejvhodnějším způsobem provádění chemické dezinfekce u chirurgických nástrojů. Chirurgické nástroje musí být ponořeny celé a veškeré dutiny musí být bez vzduchových bublin zcela vyplněny dezinfekčním roztokem. Dezinfekční ošetření a postřik se provádí u předmětů, kde výrobce nedovoluje ponoření např. některé motorové systémy. Chirurgické nástroje nesmí zůstat v dekontaminačním roztoku déle než je expoziční doba (MELICHERČÍKOVÁ, 2007).

3.4 MANIPULACE SE STRAVOU VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ

Strava pro pacienty se připravuje v centrální kuchyni pro všechna oddělení dané nemocnice. V centrálních kuchyních jsou přísná pravidla hygienických režimů, kdy pracující personál musí v kuchyních nosit jednorázové rukavice, čepici a empír, při porušení některých z těchto uvedených materiálů je pracovník povinen materiál si vyměnit. Jídlo pro pacienty se připravuje ve velkých boxech za aseptických podmínek (KOMÁREK, 2006).

Centrální kuchyně má hlavního kuchaře, který zodpovídá za chutnost jídla, je povinen jídlo ochutnat a určit, zda bude podáno pro jednotlivé oddělení dané nemocnice. Neodpovídá-li jídlo chutností, musí se podat jiný druh stravy. Strava pro pacienty přichází na oddělení v uzavíratelných boxech, které se otevírají klíčem. Box, ve kterém je jídlo přepraveno na oddělení pro pacienty, udržuje teplotu jídla. Po otevření boxu je rozdělena strava do dietního systému pro každého pacienta číslem diety a každý pacient má svou stravu. Roznášení stravy do jídelny či pokojů pacientů na oddělení se zdravotnický pracovník chrání jednorázových empírem, rukavicemi a čepicí. Strava při podávání stravy pacientům nesmí přijít do styku s jakýmkoli biologickým materiálem (MELICHERČÍKOVÁ, 2007).

3.5 MANIPULACE S ODPADY VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ

Každé pracoviště musí třídit odpady v místě jejich vzniku. Zdravotnická zařízení jsou místem vzniku, kde je nutné dodržovat třídění odpadu buď do odpadkových košů, barelů na ostré předměty, eventuálně do barevných pytlů umístěných ve stojanech (KOMÁREK, 2006).

Ve zdravotnickém zařízení jsou odpady průběžně odebírány z místa vzniku a shromažďovány na určená místa, kde jsou odebírány z oddělení do

spaloven. Odpady ve zdravotnictví jsou ukládány odděleně podle druhů odpadů a způsobu jejich likvidace. Otevřené pytle musí být umístěny ve stojanech s krytím, aby umožňovaly úklid. Naplněné pytle jsou před transportem z oddělení řádně uzavřeny a označeny číslem nákladového střediska. Shromažďování odpadu se označuje „Nepovolaným vstup zakázán“, „Zákaz kouření a manipulace s otevřeným ohněm“ vysvětluje nebezpečný zdravotnický odpad, který musí být vždy uzamčen. Odpady se likvidují pomocí spaloven, které jsou určeny i pro ostré předměty (jehly, kanyly, rozlomené ampule, pipetovací špičky z laboratorních provozů apod.), tyto odpady se z důvodu bezpečnosti ukládají do plnostěnných uzavíratelných a spalitelných obalů. Užívání jednorázového obalu je do naplnění nebo maximálně 72 hodin. Obal kontejneru musí být označen datem expirace, tj. do 3 dnů, poté musí být zlikvidován. Do komunálního odpadu patří keramické a porcelánové střepy např. rozbité nádobí. Biologické odpady např. krevní tkáň je ukládán do černých plastových pytlů vložených do barelů. Do nebezpečného zdravotnického odpadu patří spalitelný infekční materiál, který vzniká při invazivních výkonech, při ošetřování a vyšetřování pacienta, obvykle na převazovnách, přípravnách a vyšetřovnách. Nebezpečný zdravotnický odpad je ukládán do žlutých plastových pytlů (MELICHERČÍKOVÁ, 2007).

4 HYGIENICKO-PROTIEPIDEMICKÁ OPATŘENÍ VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ

Objeví-li se infekce ve zdravotnickém zařízení, provádí se protiepidemická opatření, jejichž podstatou je zjistit zdroje nákazy a přerušit cestu přenosu (KOMÁREK, 2006).

V následujících podkapitolách je popsáno, která infekční onemocnění hlásit KHS a SZU a možné cesty přerušení nákazy ve zdravotnickém zařízení.

4.1 HLÁŠENÍ VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ

Hlášení se odesílají ve standardizovaných formulářích orgánu ochrany veřejného zdraví, NRL AIDS, KHS a SZU (KOMÁREK, 2006).

Hlásí se infekční nemoci (diagnóza včetně podezření, potvrzení diagnózy, ukončení izolace), nemocniční infekce, infekce HIV/AIDS (nově zjištěná HIV pozitivita a nový případ AIDS tj. i přechod do stadia AIDS u pacienta se známou HIV pozitivitou), úmrtí na HIV/AIDS, tuberkulóza, pohlavní nemoci, novotvar, pád a úraz, dekubitus, poranění personálu nástrojem kontaminovaným HIV, násilí na zdravotnickém personálu, použití neregistrovaného léku, nežádoucí účinek léků (vakcíny). Při šíření dalšího infekčního onemocnění se hlášení podává neprodleně telefonicky či faxem a potvrzuje se zasláním tiskopisu (ROZSYPAL et al., 2013).

4.2 EPIDEMIOLOGICKÉ ŠETŘENÍ

Metoda epidemiologického pátrání vyhledává data o zdrojích, příčinách vzniku infekcí a cestách jejich šíření. Cílem epidemiologického šetření je získat podklady pro účinná opatření a zásady. Odhalením zdroje šíření infekce se ozřejmí faktory ovlivňující šíření nákazy a stanoví se hranice ohniska. Epidemiologické šetření formulují závěry pro další opatření (KOMÁREK, 2006).

4.2.1 DEZINFEKCE

Dezinfekce je ničení a usmrcování mikroorganismů na neživých předmětech, ve vnějším prostředí, popř. neporušené pokožce. Dezinfekce má za cíl, aby na předmětech nebo v okolním prostředí nebyly patogenní mikroorganismy tj. stav asepsy. Dezinfekce se provádí chemickými či fyzikálními metodami, popř. jejich kombinacemi. Sterilizace znamená zničení mikroorganismů i nepatogenních a jejich forem včetně spor. Ohnisková dezinfekce zabraňuje dalšímu šíření infekce v ohnisku nákazy ve zdravotnickém zařízení. Profylaktická dezinfekce tzv. ochranná se provádí v době, kdy se infekční onemocnění ještě nevyskytuje. Profylaktická dezinfekce je součástí hygienických opatření zdravotnických zařízení, potravinářských provozů, komunálních zařízení apod. *Průběžná ohnisková dezinfekce spočívá v průběžném zneškodňování infekčních agens a slouží k ochraně osob, vyskytujících se v okolí zdroje infekce* „Závěrečná ohnisková dezinfekce je jednorázová akce, která slouží ke zničení patogenních zárodků v prostředí, kde se vyskytoval zdroj infekce (MELICHERČÍKOVÁ, 2007, s. 27). Látky, které se nejčastěji užívají k dezinfekci, jsou chlorové sloučeniny, jodové preparáty, kvartérní amoniové soli, sloučeniny fenolu, alkoholy, peroxidy, hydroxidy a organické kyseliny (VOSTOUPAL, 1989).

4.2.2 METODY DEZINFEKCE

Metody fyzikální zahrnují var ve vodě za atmosférického tlaku po dobu 30 minut sloužící k dezinfekci sít a nástrojů, var v přetlakové nádobě (autoklávu) po dobu 20 minut, v přístrojích při teplotě 90 °C či vyšších po dobu 10 minut, působení UV záření o vlnové délce 253,7-267 nm (germicidní lampa). Metody chemické využívají různých chemických přípravků s baktericidním, fungicidním, virucidním, sporicidním a tuberkulocidním efektem. Vhodné je věnovat pozornost jejich řešení a délce působení, aby byla zjištěna dostatečná účinnost, zamezeno poškození materiálu a vyloučeno dráždění kůže, spojivek a dýchacích cest personálu. Metody fyzikálně chemické zahrnují paraformaldehydovou dezinfekční komoru na textil, výrobky z umělých hmot, kůže a kožešiny při

teplotě 45-73 °C. Chemické přípravky s přísadou se dávají do mycích a parních přístrojů, které perou při teplotách kolem 60 °C (MELICHERČÍKOVÁ, 2007).

4.3 DEZINFEKČNÍ PROGRAM

Dezinfekční program zpracovává každé zdravotnické zařízení za pomoci epidemiologa. Vybírají se dezinfekční přípravky pro všechny oblasti použití, např. pro dezinfekci rukou, předmětů, povrchů, respektive ploch. Dezinfekční program se stanovuje na 6 měsíců. Změny dezinfekčních přípravků ve zdravotnickém zařízení omezují vznik rezistence kmenů, a tím vznik nozokomiálních infekcí. Význam má používání pomůcek na jedno použití, které se po kontaminaci vyhazují do předem určeného odpadu. Tato problematika dezinfekce nepatří jen do zdravotnictví, ale teoretické i praktické aspekty zasahují do chemie a techniky (KOMÁREK, 2006).

4.4 STERILIZACE

Sterilizace znamená usmrcení všech mikroorganismů schopných se rozmnožovat. Sterilní musí být nástroje a pomůcky ve zdravotnictví, které porušují citlivost pokožky a sliznic pacienta. Sterilizace pomůcek, přístrojů a předmětů se provádí podle návodu výrobce. Předměty určené ke sterilizaci podstupují předsterilizační přípravu, jejichž účelem je mechanické očištění, aplikace dezinfekce, usušení, zkontrolování z hlediska funkčnosti a mechanické odolnosti a zabalení do sterilního obalu (MELICHERČÍKOVÁ, 2007).

Sterilizace se dělí na fyzikální a chemickou. Do fyzikální sterilizace patří parní sterilizace vlhkým teplem v parních přístrojích, která je vhodná pro předměty z kovu, skla, porcelánu, keramiky, textilu atd., teplota ve sterilizačním prostoru se pohybuje v rozmezí 0 °C až +3 °C. Horkovzdušná sterilizace produkována horkým vzduchem s nucenou cirkulací je určena pro předměty z kovu, porcelánu, skla, keramiky atd., teplota ve sterilizačním prostoru se pohybuje v rozmezí -1 °C až +5 °C. Plazmová sterilizace využívá plazmy

vznikající ve vysokofrekvenčním elektromagnetickém poli, metoda je doporučena pro nástroje z kovu, plastů, pryže, optických přístrojů atd., teplota ve sterilizačním prostoru je 50–60 °C. Radiační sterilizace využívá ionizující záření, doporučená absorbovaná dávka ionizujícího záření je 25 kGy (KOMÁREK, 2006).

Chemická sterilizace je vhodná pro termolabilní materiál. Používá se sterilizace formaldehydem, která je založena na působení plynné směsi formaldehydu s vodní párou při teplotě 60–80 °C. Sterilizace etylenoxidem je založena na působení etylenoxidu v podtlaku nebo přetlaku při teplotě 37–55 °C (MELICHERČÍKOVÁ, 2007).

4.5 ZDRAVOTNÍ VÝCHOVA

Součástí epidemiologických opatření je zdravotní výchova. Prováděná opatření je nutné objasnit a vysvětlit. Současně je zapotřebí monitorovat osoby, zda zodpovědně dodržují nařízení a spolupracují s epidemiologem (hodnověrnost poskytovaných opatření, akceptování vakcinace apod.) (KOMÁREK, 2006).

Prevence šíření HIV zahrnuje nejen aktivity ve sféře zdravotnictví, ale i v oblasti sexuální výchovy, musí být pěstován pocit odpovědnosti za své zdraví, prohlubovány znalosti o HIV a propagován bezpečný sex. U skupin osob s rizikovým chováním by zdravotní výchova měla být zaměřena na odstranění návyků vedoucích k riziku HIV (nechráněný pohlavní styk u prostitutek a promiskuitních homosexuálů i heterosexuálů, používání společných jehel a stříkaček toxikomany apod.). Podporována má být možnost testování protilátek anti-HIV na vlastní žádost. Prevence přenosu infekce HIV ve zdravotnickém zařízení spočívá v dodržování hygienicko-protiepidemického režimu a systematickém vyšetření dárcovské krve, krevních derivátů, tkání, orgánů a spermatu. U pozitivních HIV gravidních žen je nutné zavést některá opatření a k tomu patří zejména podávání antiretrovirotik matce a následně dítěti. Očkovací látky zatím nepřinesly účinnou vakcínu k preventivnímu, postexpozičnímu nebo léčebnému použití (ROZSYPAL et al., 2013).

5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S HIV

Posouzení

Identifikační údaje

Jméno a příjmení: X. X.

Datum narození: 1974

Rodné číslo: 74

Věk: 40 let

Pohlaví: muž

Vzdělání: výuční list

Zaměstnání: nezaměstnaný

Státní občanství: ČR

Národnost: česká

Stav: svobodný

Jméno příbuzného: sestra X. Y.

Bydliště příbuzného: X

Datum příjmu: 10. 02. 2014

Čas příjmu: 9:00 hodin

Typ přijetí: akutní

Účel příjmu: zhoršení stavu

Oddělení: Infekční oddělení

Přijal: X. X.

Ošetřující lékař: X. X.

Obvodní lékař: X. X.

Pacient byl poučen o léčebném režimu: ano

Informovaný souhlas pacient: podepsal

Medicínská diagnóza při příjmu: HIV

Vedlejší medicínské diagnózy: v roce 2008 prodělal gonoreu a diagnostikována muňky na genitálu, v roce 2009 zlomenina pažní kosti po operaci hned reverz, v roce 2012 progresivní pneumonii a při hospitalizaci diagnostikována infekce HIV, zjištěno intravenózní užívání drog (které si aplikoval vypůjčenými injekčními stříkačkami od roku 2011), v roce 2013 diagnostikována Seboroická dermatitida a Psoriáza.

Důvod příjmu uvedený pacientem: „Už 2 dny mi není dobře, potím se, měl jsem večer zimnici a teď mě bolí celé tělo. Večer jsem byl s kamarády v hospodě, dal si 4 až 5 piv, ale bylo mi ještě hůř. Šel jsem na byt, abych se vypotil a pil čaj, nepomohlo mi to, ráno mi bylo ještě hůř, tak jsem zašel ráno k lékaři.“

Vitální funkce při příjmu

P: 86/min., pravidelný

Hmotnost: 60 kg

TK: 145/90 torr

BMI: 20

TT: 38,5 °C

Stav vědomí: 15 GCS

Výška: 175 cm

Pohyblivost: neomezena

Krevní skupina: A Rh +

Pacient souhlasí s realizací lékařských vyšetření a výkonů. Prohlašuje, že byl dostatečně a pro něho srozumitelným způsobem poučen o povaze jeho zdravotního stavu, navrhovaném způsobu vyšetření či lékařských výkonů, jako i o výsledku a možných komplikacích spojených se způsoby vyšetření.

Bere na vědomí zákaz kouření, pití alkoholu a užívání omamných látek!

Zdroj informací: lékař, ošetřující personál, pacient, dokumentace.

Nynější onemocnění

Pacient, 40 letý muž s diagnózou HIV, byl neplánovaně přijat na oddělení dne 10. 02. 2013. Kvůli jeho nezodpovědnosti, užívání návykových látek v průběhu léčby a nedodržování jejich hlavních zásad se jeho zdravotní stav zhoršil. Pacient už byl několikrát hospitalizován pro zhoršení svého zdravotního stavu. V minulosti byla diagnostikována zvětšená játra bez přidružených příznaků onemocnění jater. Bylo provedeno ultrasonografické vyšetření jater. Pacient má hypertermii už 2 dny a po 2 dnech se rozhodl jít k lékaři. Udává bolest celého těla, schvácenost, viditelný pot, nedostatek spánku za poslední 2 dny a zvýšení FF. Žádné léky na snížení TT nebral. Doporučili jsme hospitalizaci pacienta.

Anamnéza

Rodinná anamnéza

Matka zemřela ve věku 63 let při autonehodě. Otec zemřel ve věku 64 let na jaterní cirhózu byl alkoholik. Má sestru, s kterou se nenavštěvuje, sestře je 35 let. Není ženatý, nemá děti ani trvalý vztah.

Osobní anamnéza

V dětství prodělal neštovice. V roce 2008 prodělal gonoreu a diagnostikovaný muňky na genitálu. V roce 2009 zlomenina pažní kosti po operaci hned reverz. Od roku 2012 diagnostika infekce HIV. V roce 2013 vlivem HIV přítomna Seboroická dermatitida (Příloha C) a Psoriáza (Příloha B).

Léková anamnéza

Název léku	Forma	Síla/Dávka	Indikační skupina
Viracept	tbl.	250 mg 4 – 0 - 4	Antiretrovirotika
Videx	tbl.	5 mg 1 – 0 – 1	Antibiotika
Viread	tbl.	123 mg 1 – 0 - 1	Chemoterapeutika

Alergologická anamnéza

Léky: nejuje

Potraviny: nejuje

Chemické látky: nejuje

Abúzy

Pije alkohol (0,3 litru vodky denně + 4 až 5 piv), káva 1 až 2 krát denně, vodu 2 l denně, kouří cca 20 cigaret denně, intravenózní užívání drog (opium) od roku 2011, které si aplikuje vypůjčenými injekčními stříkačkami.

Psychologická anamnéza

Vývojové období – střední vývojový věk, nemorbidní osobnost – melancholik, emoční labilita. Strach, nervozita (abstinenční syndrom) a úzkost ze smrti.

Sociální a pracovní anamnéza

Pacient nemá stále zaměstnání od roku 2013, chodí jen příležitostně na brigády. Bydlí s kamarády v jednom bytě, kde jich je přibližně 5 osob, všichni jsou drogově závislí. Vztah se sestrou skončil po smrti jejich otce, pak už se nikdy neviděli. Volný čas tráví v bytě s přáteli nebo venku v parku.

Posouzení současného stavu

<i>Assessment</i>	<i>Subjektivní údaj</i>	<i>Objektivní údaj</i>
Hlava a krk	„Hlava mě nebolí.“	Hlava normocefalická na poklep nebolestivá. Tvář: oči – spojivky růžové, bez zánětu, brýle nenosí, oči ve středním posazení, pohyblivé, skléry červené, zorničky izometrické. Nos bez deformit a výpotku, přítomna na kůži Seboroická

		<p>dermatitida, uši bez výpotku. Kůže na tváři bledá, rty souměrné s drobnými ragádami, prokrvené a kolem rtů Seboroická dermatitida. Chrup v pořádku, jazyk bez povlaků. Zápach z úst nepřítomný. Krk souměrný, bez otoků, lymfatické uzliny hmatné, štítná žláza zvětšená, náplň jugulárních žil v normě.</p>
Hrudník a dýchací systém	„Dýchá se mi dobře.“	Hrudník symetrický bez deformit a bez kožních eflorescencí. Počet dechů: 14/min.
Srdeční a cévní systém	„Nemám žádný problém.“	Srdeční akce pravidelná, frekvence 86/min. TK 145/90 torrů.
Břicho a gastrointestinální trakt	„Břicho mě nebolí, jím když mám hlad a chuť, na stolicí chodím do 4 dnů.“	Břicho prohmatané, na dotyk nebolestivé. V oblasti stravy nemá problém.

		<p>Úbytek hmotnosti za poslední půl rok 8 kg (syndrom chátrání).</p> <p>Peristaltika auskultačně přítomná. Flatus = normální odchod plynů. Játra, slezina a pankreas zvětšené.</p>
Močení a pohlavní systém	<p>„Při močení mě někdy doprovází pálení a řezání, ale není to časté a se sexuálním životem jsem nespokojen, nemám stálého partnera.“</p>	<p>Moč je slámově žlutá, zapáchající. Při vyšetření moči na K + C přítomnost E. Coli. Pohlavní styk pacient neměl půl roku.</p>
Kostní a svalový systém	<p>„Pohyblivost nenarušena.“</p>	<p>Pohyblivost bez omezení i LHK po operaci pažní kosti. Při výskytu bolesti LHK předepsány analgetika. Viditelná zhojená jizva na LHK.</p>
Nervový a smyslový systém	<p>„Problém nemám.“</p>	<p>Při vědomí, orientovaný místem, časem a sebou a prostředím. Čich a sluch bez patologie. Reflexy dobré. Zřetelný abstinenci</p>

		syndrom a syndrom chátřání.
Endokrinní systém	„Neumím se vyjádřit.“	Zvětšení štítné žlázy bez nenarušení tvorby hormonů STH. Zvětšené lymfatické uzliny, játra, slezina a pankreas. Vlivem abúzu.
Imunologický systém	„Není mi dobře, mám teplotu.“	Lymfatické uzliny zvětšené, infekce HIV, přítomnost E. Coli v moči. TT: 38,5 °C
Kůže a její adnexa	„Mám vyrážku.“	Kůže bledá, jizva na LHK v pořádku. Přítomný pot. Ochlupení přiměřené mužskému pohlaví, vlasy krátké. Psoriáza na zádech a dolních končetinách (Příloha B). Seboroická dermatitida kolem nosu a úst (Příloha C).

Aktivity denního života

	<i>Subjektivní údaj</i>	<i>Objektivní údaj</i>
Stravování a pitný režim	„Jím 3krát denně, piji hodně tekutin, rád si dám alkohol a někdy opium s kamarády.“	Za poslední půl rok úbytek na váze o 8 kg (vážil 68 kg, teď 60 kg) BMI 20. Vlivem konzumace alkoholu a návykových látek (syndrom chátrání). Ve stravování nemá problém. Žádnou dietu nedrží.
Vylučování moče a stolice	„Problém se stolicí nemám, ale někdy jdu na stolicí až po 4 dnech, při močení mám někdy svědění a pálení genitálu.“	Pacient má dostatečný příjem tekutin, za dopoledne vypil 1,5 l. Poslední defekace byla 10. 02. 2014, odebrán vzorek moči na K+C. Pozitivní výsledek na E. Coli.
Spánek a bdění	„Se spaním mám problém, málo spím, někdy jen 2 až 3 hodiny.“	Problém se spaním, abstinční syndrom, kouká dlouho do noci na televizi a spí 2 až 3 hodiny denně. Vliv prostředí upraven pro kvalitnější a delší spánek, vytvořeny aktivity během dne, odpovídající zdravotnímu stavu.

Aktivita a odpočinek	„Chvíli si zkracuji koukáním na televizi.“	Během dne kouká na televizi nebo kouká z okna. Návštěva žádná nepřišla.
Hygiena	„Koupu se 1 krát za 2 dny.“	Hygienickou péči zvládá sám. K pacientovu zdravotnímu stavu - nedostatečná hygiena.
Samostatnost	„Snažím se být samostatný.“	Podle Barthelové základních všedních činností má pacient momentálně 100 bodů – nezávislý.

Posouzení psychického stavu

	Subjektivně	Objektivně
Vědomí	„Vnímám vše, tak jak je, nevím, jak jinak na tuto otázku mám odpovědět.“	Při vědomí: 15 bodů GCS
Orientace	„Vím, kde jsem, kolikátého je, jsem orientován.“	Pacient je plně orientován v čase, prostoru, osobě a situaci.
Nálada	„Nevím, co se mnou bude dál.“	Pokleslá nálada, bez reakce na pozitivní podnět.
Paměť	„Pamatuju si věci, které jsou pro mě důležité.“	Paměť v pořádku, vybavování si věcí z minulosti i přítomnosti.

Myšlení	„Někdy přemýšlím, co budu dělat.“	Myšlení logické, odpovídá na otázky v krátkých větách, srozumitelně v krátkých pauzách.
Temperament	„Nevím.“	Pacient je melancholik.
Sebehodnocení	„Nevím, jak bych na tuto otázku odpověděl, jsem spokojen.“	Pacient se nedokáže ohodnotit. Působil v celku nevyrovnaným dojmem, něco ho trápí, ale nechce se svěřit.
Vnímání zdraví	„Vím, že jsem nemocný a že bych měl dodržovat doporučený režim a neužívat drogy.“	Pacient si uvědomuje své chování a své následky.
Vnímání zdravotního stavu	„Chtěl bych už být na bytě s kamarády, nudím se tu, ale chci se uzdravit.“	Pacient vyjadřuje obavu z dlouhodobé hospitalizace.
Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění	„Vím, že mám nevyléčitelné onemocnění a raději na to nemyslím.“	Pacient si uvědomuje závažnost onemocnění.
Reakce na hospitalizace	„Nic jiného mi nezbylo, bylo mi zle.“	S hospitalizací je smířený.
Adaptace na onemocnění	„Zvykl jsem si.“	Pacient byl poučen lékařem i všeobecnou sestrou po zjištění

		infekce HIV.
Projevy jistoty a nejistoty	„Mám obavy, co bude dál, není mi dobře.“	Pacient vyjadřuje obavu, co s ním bude dál.

Popis sociálního stavu

Komunikace – Pacient vyjadřuje verbálně i neverbálně komunikaci. Obě dvě jsou v souladu, je však málo komunikativní.

Sociální role

- Primární – 40 letý muž
- Sekundární – kamarádi, partneři
- Terciální – jako pacient chápe svoji nemoc

Sociální interakce – snaží se dobře vycházet se zdravotnickým personálem, nyní pociťuje sociální izolaci.

Pacient je plně informován o onemocnění, o diagnostických metodách a léčbě.

Jak hospitalizace ovlivní vaši ekonomickou situaci?

„Nemám peníze, musím si půjčit od kamarádů.“

Popis spirituálního stavu: Pacient je nevěřící.

Medicínský management

Ordinované vyšetření: odběr krve, odběr moči na K + C

Fyzikální vyšetření pohledem, pohmatem a poklepem

Ultrasonografické vyšetření jater – játra zvětšená

Výsledky krve ze dne 11. 02. 2014

Biochemie:

- pH 7
- pCO₂ 4,69 kPa
- pO₂ 12,3 kPa
- BE 4,9 mmol/l
- Natrium 135 mmol/l
- Draslík 3,7 mmol/l
- Chloridy 3,8 mmol/l
- Fosfor 1 mmol/l
- Hořčík 0,55 mmol/l
- Železo 13 mmol/l
- Bilirubin 23 mmol/l
- Močovina 1,9 mmol/l
- Kreatinin 60 mmol/l
- Kyselina močová 200 mmol/l
- Urea 10,0 mmol/l
- Kreatinin 124 umol/l
- CRP 30 mg/l
- Celková bílkovina 150 gm/l
- IgG imunoglobuliny 18 gm/l
- IgM imunoglobuliny 4 gm/l
- IgA imunoglobuliny 5,00 gm/l
- Amyláza 1,90 mkat/l
- AST 0,79 mkat/l
- ALT 0,95 mkat/l
- ALP 1 mkat/l
- LD 11 ukat/l
- Albumin 35 g/l
- Cholesterol 6,00 mmol/l
- Triglyceridy 2 mmol/l
- GMT 0,86 mkat/l

Krevní obraz:

- Erytrocyty 4,7 x 10¹² l
- Leukocyty 12,1 x 10⁹ l

- Neutrofilní granulocyty 40 %
- Eozinofilní granulocyty 1 %
- Bazofilní granulocyty 0,1 %
- Lymfocyty 13 %
- Monocyty 2 %
- Hemoglobin 133 g/l
- Hematokrit 0,4
- Trombocyty 143×10^9 l

V moči na vyšetření K+C pozitivní *E. Coli*

Konzervativní léčba:

Dieta: 4

Pohybový režim: bez omezení

Medikamentózní léčba:

Název léku per os	Forma	Síla/Dávka	Indikační skupina
Lactulosa AL	sirup	1 – 0 – 0	Laxancia
Viracept	tbl.	250 mg 4 – 0 – 4	Antiretrovirotika Nelfinovir
Combivir	tbl.	150 mg 1 – 0 – 1	Antiretrovirotika
Tiapridal	tbl.	100 mg dle potřeby	Neuroleptika
Subutex	tbl.	0,4 mg 1 – 0 – 1 dle potřeby	Antidota Detoxikancia
Tramal	tbl.	50 mg dle potřeby	Analgetika
Penicillin G	tbl.	1 – 0 – 0	Antibiotika
Paralen	tbl.	500 mg 2 – 1 – 2	Antipyretika Analgetika
Lexaurin	tbl.	1,5 mg	Hypnotika

		0 – 0 – 1	
Hydrocortin	ung.	1 – 0 – 1	Kortikoidy
NO-SPA	tbl.	40 mg dle potřeby	Parasympatolytika

Chirurgická léčba: neindikována

Situační analýza dne 11. 02. 2014

Pacient s diagnózou HIV byl neplánovaně přijat na oddělení dne 10. 02. 2013. Pacient má hypertermii TT 38,5 °C, je unavený, slabý a potí se. Za dopoledne pacient vypil 1,5 l tekutin. Udává nedostatek spánku, spí 2 až 3 hodiny denně. Udává občasné svědění a pálení genitálu při močení, byla vyšetřena moč na K + C a diagnostikována E. Coli. Pacient má stolicí do 4 dnů, dle potřeby podána Lactulosa dle OL. V okolí úst a nosu je viditelná Seboroická dermatitida, která je ošetřena. Na zádech a DK jsou projevy Psoriázy, které jsou ošetřené. Pacient zhubl za poslední půl roku 8 kg, BMI 20. Pacient nemá obtíže se stravou, jí pravidelně 3 krát denně. Důvod poklesu tělesné hmotnosti je přisuzován diagnóze HIV a syndromu chátrání. Pacientovi byla určena dieta číslo 4. Pacient má projevy abstinčního syndromu - změny nálady, chování, FF a nespavost, tyto projevy jsou tlumeny léky dle OL.

Shrnutí problémů dne 11. 02. 2014

U pacienta byly identifikovány následující ošetrovatelské problémy: vysoká TT, nespavost, změny na kůži, chronická bolest LHK, strach, úzkost, abstinční syndrom, syndrom chátrání - úbytek na váze, nedostatečné udržování zdraví.

Na základě zdravotnické dokumentace a ošetrovatelské dokumentace, fyzikálního vyšetření a anamnestického rozhovoru byl posouzen aktuální stav pacienta podle modelu M. Gordon a ošetrovatelské diagnózy byly formulovány podle NANDA taxonomie I.

STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ DLE NANDA TAXONOMIE I

Aktuální diagnózy

Hypertermie (00007)

Nespavost (00095)

Narušená integrita kůže (00046)

Chronická bolest (00133)

Strach (00148)

Úzkost ze smrti (00147)

Neefektivní udržování zdraví (00099)

Neefektivní péče o vlastní zdraví (00162)

Potencionální diagnózy

Riziko infekce (00004)

Riziko zhoršené funkce jater (00178)

Riziko otravy (00037)

Pro zahájení individuální ošetrovatelské péče o pacienta s HIV jsme stanovili ošetrovatelské diagnózy, ze kterých jsme vybrali a podrobně vypracovali 3 aktuální diagnózy a 1 potencionální diagnózu.

Individuální ošetrovatelská péče o pacienta bude popsána ve dnech 11. 02. 2014 až 15. 02. 2014.

Aktuální diagnózy

Hypertermie (00007)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 6: Termoregulace

Definice: Tělesná teplota nad normálním rozmezím.

Určující znaky:

- Křeče
- Tachykardie
- Tachypnoe
- Teplota na dotek
- Záchvaty
- Zarudlá kůže
- Zvýšená teplota nad normální rozpětí

Související faktory:

- Anestezie
- Dehydratace
- Léky
- Nadměrná aktivita
- Nevhodné oblečení
- Onemocnění
- Snížené pocení
- Trauma
- Vystavení horkému prostředí
- Zvýšení metabolismu

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacient bude bez TT do 3 dnů.

Cíl krátkodobý: Pacient udává nižší TT o 1,0 °C do 1 dne.

Výsledná kritéria:

Pacient bude mít TT v mezích normy do 3 dnů.

Pacient je poučen o nutnosti antipyretické léčby do 1 hodiny.

Plán intervencí od 11. 02. 2014 do 15. 02. 2014

1. Rozpoznej základní příčinu hypertermie do 1. dne hospitalizace – všeobecná sestra.
2. Monitoruj průběžně tělesnou teplotu pacienta až do snížení TT 36,5 °C – všeobecná sestra.
3. Monitoruj srdeční frekvenci a rytmus při zhoršení zdravotního stavu pacienta průběžně – všeobecná sestra.
4. Sleduj dýchání, bilanci tekutin a ved' záznam v dokumentaci průběžně – všeobecná sestra.
5. Všímej si, zda se pacient potí a jak se chová při vysoké či zvýšené TT průběžně – všeobecná sestra, ošetřovatelka.
6. Sleduj laboratorní výsledky ordinované lékařem, informuj lékaře a vyhodnot' výsledky průběžně – všeobecná sestra.
7. Podávej dle OL antipyretika do zlepšení zdravotního stavu pacienta a snížení teploty průběžně – všeobecná sestra.
8. Podporuj ochlazení povrchu těla pacienta, pokud teplota dosáhne TT nad 39 °C průběžně – všeobecná sestra.
9. Podávej kyslík v případě zhoršení zdravotního stavu pacienta průběžně – všeobecná sestra.
10. Podávej dle OL náhradu tekutin a elektrolytů při dehydrataci pacienta průběžně – všeobecná sestra.
11. Kontroluj zachovávání klidu pacienta na lůžku do zlepšení stavu pacienta průběžně – všeobecná sestra, ošetřovatelka.

Realizace od 11. 02. do 15. 02. 2014

U pacienta byly rozpoznány základní příčiny hypertermie do 1 dne hospitalizace. Průběžně jsme monitorovali TT, TK, P, D a zaznamenávali do dokumentace. O změnách FF jsme informovali ošetřujícího lékaře. Sledovali jsme, jak se pacient potí a chová při vysoké TT. Zajistili jsme pacientovi suché ložní, osobní prádlo a doporučili častější hygienu. Dle ordinace lékaře jsme provedli laboratorní odběry, sledovali výsledky, které jsme vyhodnotili a zaznamenali do dokumentace. Průběžně jsme podávali dle OL antipyretika až do zlepšení stavu.

Během hospitalizace u pacienta nedošlo k hyperpyrexii, tudíž ochlazení povrchu těla nebylo nutné. Nedošlo ke změnám dechové frekvence za dobu hospitalizace, tudíž pacientovi nebyl podán kyslík. Aktivně jsme nabízeli pacientovi tekutiny (čaj, voda) a vyvarovali jsme se riziku dehydratace.

Hodnocení 15. 02. 2014

Cíl dlouhodobý: Splněn, je 4. den hospitalizace bez vysoké TT.

Cíl krátkodobý: Splněn, TT 37,5 °C do 1. dne hospitalizace.

Pacient při propuštění nepocítuje horkost, slabost a nepotí se. Je poučen jak se chovat při vzniku zvýšení tělesné teploty v domácím prostředí.

Nespavost (00095)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 1: Spánek/odpočinek

Definice: Narušení množství a kvality spánku poškozující funkci

Určující znaky:

- Pacient uvádí aktuální nespokojenost se spánkem
- Pacient uvádí nedostatečnou regeneraci spánkem
- Pacient uvádí nedostatek energie
- Pacient uvádí poruchu spánku, což se projevuje následující den
- Pacient uvádí zhoršenou kvalitu života
- Pacient uvádí změny nálady

Související faktory:

- Smutek, strach, stres
- Medikace
- Příjem alkoholu, stimulačních látek

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacient spí přes noc 6 a více hodin po dobu hospitalizace.

Cíl krátkodobý: Pacient má kvalitní spánek do 2 dnů hospitalizace.

Výsledná kritéria:

U pacienta došlo k prodloužení délky spánku po dobu hospitalizace.

Pacient je poučen o možnosti podání hypnotik do 1 hodiny.

Pacient se sám snaží o spánkový rituál před spaním do 1 hodiny.

Plán intervencí od 11. 02. 2014 do 15. 02. 2014

1. Posud' příčiny a související faktory poruchy spánku do 1. dne hospitalizace – všeobecná sestra.
2. Posud' souvislost poruchy se základním onemocněním do 1. dne hospitalizace - všeobecná sestra.
3. Posud' konzumaci preferovaných nápojů před spaním (čaj, voda, káva) a ved' záznam, které tekutiny pacient preferuje průběžně – všeobecná sestra, ošetřovatelka.
4. Zjistí spánkové rituály pacienta, snaž se pacientovi vyhovět v rituálech – do 1 hodiny, všeobecná sestra, ošetřovatelka.
5. Dokumentuj délku spánku a zaznamenávej do dokumentace průběžně – všeobecná sestra.
6. Zajímej se o subjektivní pocity a pacientovy stížnosti na spánek průběžně – všeobecná sestra, ošetřovatelka.
7. Vyptej se na každou okolnost, která spánek ruší a snaž se ji odstranit – do 1 hodiny, všeobecná sestra, ošetřovatelka.
8. Sleduj důsledky poruch spánku (třes, neklid, změna hlasu) a snaž se je odstranit průběžně – všeobecná sestra, ošetřovatelka.
9. Pečuj po dobu hospitalizace o přípravu prostředí ke spánku – všeobecná sestra, ošetřovatelka.

Realizace od 11. 02. 2014 do 15. 02. 2014

U pacienta jsme posoudili příčiny a související faktory spánku do 1 dne hospitalizace a vytvořili jsme tak vhodné prostředí pro usínání a spánek. Posoudili jsme souvislost poruchy spánku se základním onemocněním a dle OL jsme se snažili poruchy spánku tlumit hypnotiky a Subutexem. U pacienta jsme sledovali konzumaci tekutin před spánkem, vyloučili jsme kávu a doporučili čaj. Pacientovi jsme umožnili před spaním spánkové rituály, pro zlepšení kvality a délky spánku. Sledovali jsme průběžně délku spánku a zaznamenávali do dokumentace. Do dokumentace jsme průběžně zaznamenávali subjektivní pocity pacienta a jeho stížnosti na spánek, které jsme se snažili průběžně odstranit během hospitalizace. Průběžně jsme se vyptávali pacienta na každou okolnost, která spánek ruší, a snažili jsme se pacientovi vyhovět. Průběžně jsme u pacienta sledovali a zaznamenávali důsledky nedostatku spánku (ospalost, neklid, abstinenční syndrom), které jsme se snažili odstranit denními aktivitami dle zdravotního stavu pacienta, dle OL podáním léků a umožnění spánkových rituálů před spaním. Během hospitalizace jsme se starali o přípravu prostředí před spaním (vyvětraný pokoj, čisté ložní prádlo atd.).

Hodnocení 15. 02. 2014

Cíl dlouhodobý: Splněn, protože bylo vytvořeno vhodné prostředí pro kvalitní a delší spánek, umožněny spánkové rituály a denní aktivity přes den odpovídající zdravotnímu stavu pacienta. Pacient po dobu hospitalizace spí 5 až 6 hodin.

Cíl krátkodobý: Splněn, pacient spal do 2 dnů 5 hodin, kdy mu byly podány hypnotika dle OL.

Pacient byl při propuštění informován, co má dělat při nespavosti, předepsána hypnotika.

Narušená integrita kůže (00046)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

Definice: Narušení epidermis a nebo dermis.

Určující znaky

- Destrukce vrstev kůže
- Narušení kožního povrchu

Související faktory

- Hypertermie
- Léky
- Imunologický deficit

Priorita: nízká

Cíl dlouhodobý: U pacienta nedojde k dalšímu narušení kožního povrchu po dobu hospitalizace.

Cíl krátkodobý: Dojde ke zlepšení kožního povrchu do 3 dnů.

Výsledná kritéria:

Pacient je poučen o nutnosti kortikoidní léčby do 1 hodiny.

Pacient zná a umí pečovat o povrch kůže do 2 hodin.

Pacient si osvojil návyky, chování a techniky s preventivním účinkem na porušení kůže do 2 hodin.

Plán intervencí od 11. 02. 2014 do 15. 02. 2014

1. Zhodnot' vzhled kůže do 1. dne hospitalizace - všeobecná sestra.
2. Pečuj o hygienu kůže pravidelně – všeobecná sestra, ošetřovatelka.
3. Ošetřuj kůži pravidelně – všeobecná sestra, ošetřovatelka.
4. Udržuj lůžko suché a čisté průběžně - všeobecná sestra, ošetřovatelka.
5. Kontroluj povrch kůže, ved' o stavu povrchu kůže záznam pravidelně – všeobecná sestra, ošetřovatelka.
6. Oblékej pacienta do čistého a suchého oděvu průběžně – všeobecná sestra, ošetřovatelka.

Realizace od 11. 02. 2014 do 15. 02. 2014

U pacienta jsme zhodnotili vzhled kůže do 1. dne hospitalizace. Zaznamenali jsme postižená místa do dokumentace, která jsme každý den pravidelně dokumentovali a ošetřovali kortikoidní mastí a dodržovali pravidla hygienických návyků. Postižená místa byla u SD ložiskově ohraničená a zarudlá po aplikaci masti, bylo vidět zlepšení postižených míst do 2 dnů. U Psoriázy byla postižená místa zarudlá a ošetřena kortikoidní masti, po 2 dnech bylo vidět zlepšení postižených míst. Pacient se o povrch kůže nikdy nestaral, měl doma předepsané krémy, oleje i pasty, které nepoužíval. Pacient si hygienu prováděl sám, byl poučen o správné aplikaci masti. Dbali jsme na suché ložní prádlo i osobní oděv pacienta. Doporučili jsme pacientovi vyváženou stravu - přísun vitamínů a vlákniny. Pacientovi jsme poskytli brožury, jak správně pečovat o povrch kůže se SD a Psoriázou. Zajistili jsme rozhovor pacienta s dermatologem.

Hodnocení 15. 02. 2014

Cíl dlouhodobý: Splněn, protože u pacienta nedošlo k dalšímu narušení kožního povrchu, pochopil terapeutický režim a osvojil si techniky, jak správně pečovat o povrch kůže.

Cíl krátkodobý: Splněn, protože došlo ke zlepšení postižených míst. Pokračovali jsme v aplikaci kortikoidní masti na postižená místa.

Pacient byl při propuštění poučen o správnosti hygieny a aplikace mastí.

Potencionální diagnóza

Riziko zhoršené funkce jater (00178)

Doména 2: Výživa

Třída 4: Metabolizmus

Definice: Riziko snížené funkce jater, která může poškodit zdraví.

Rizikové faktory

- Abúzus návykových látek (např. alkohol, heroin)
- Infekce provázející HIV
- Virové infekce (např. hepatitida A, B, C, Epstein-Barrové virus)

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacient bude abstinovat (vyřadí konzumaci návykových látek a alkoholu) do konce hospitalizace.

Cíl krátkodobý: Pacient chápe dietní omezení, která je nutno dodržovat do 2 hodin.

Výsledná kritéria

Pacient pochopil nutnost vysazení návykových látek a alkoholu do 2 hodin.

Pacient zná rizikové faktory a příčiny při konzumaci návykových látek a alkoholu do 2 hodin.

Pacient pochopil dietní omezení a dodržuje je během hospitalizace.

Plán intervencí od 11. 02. 2014 do 15. 02. 2014

1. Zjistí, zda pacient pochopil příčiny svých obtíží do 1. dne hospitalizace - všeobecná sestra.
2. Zhodnot' příčiny obtíží a snaž se je u pacienta odstranit průběžně - všeobecná sestra.
3. Zjistí pacientovi rizikové návyky, které vedou k zhoršení funkce jater a snaž se je odstranit do 2 hodin – všeobecná sestra.
4. Sleduj laboratorní výsledky ordinované lékařem, informuj lékaře a vyhodnot' výsledky pravidelně – všeobecná sestra.
5. Sleduj příznaky poškození jater a veď o nich záznam do dokumentace průběžně - všeobecná sestra.
6. Vysvětlí pacientovi dietní omezení do 1 hodiny – všeobecná sestra, nutriční terapeut.

Realizace od 11. 02. 2014 do 15. 02. 2014

Pacienta jsme poučili o rizikovém chování, které vede ke zhoršení funkce jater. Zhodnotili jsme příčiny rizikového chování do dokumentace a pacientovi jsme doporučili centra pro drogově závislé s diagnózou HIV. Dále jsme pacientovi poskytli brožury a kontakty pro pacienta s HIV/AIDS. Zajistili jsme pacientovi rozhovor s nutriční terapeutkou, která pacienta informovala o dietě číslo 4. Vysvětlila pacientovi, které potraviny jsou vhodné a nevhodné. Sledovali jsme příznaky zhoršení funkce jater, které jsme zaznamenávali do dokumentace, ale během hospitalizace nedošlo k zhoršení stavu. Prováděli jsme kontrolní laboratorní odběry dle OL, které jsme vyhodnotili a zaznamenali do dokumentace. Pacienta jsme poučili o nutnosti dodržování diety. Vysvětlili jsme důvody a příčiny dietního omezení. Doporučili jsme pacientovi v dietním omezení pokračovat po propuštění z nemocnice.

Hodnocení 15. 02. 2014

Cíl dlouhodobý: Splněn, pacient dodržoval režimová opatření během hospitalizace.

Cíl krátkodobý: Splněn, pacient poučen o dietním režimu.

Pacient byl při propuštění poučen o vhodnosti návštěv centra pro léčbu drogově závislých.

Zhodnocení ošetrovatelské péče

Problém týkající se hypertermie u pacienta ustoupil po 4 dnech hospitalizace a pacient se cítí subjektivně lépe. Objektivně byly hodnoty tělesné teploty po propuštění do domácího prostředí také v normě.

Přetrvávající problém nespavost vlivem abstinčního syndromu se podařilo splnit pravidelným podáváním Subutaxu přes den a hypnotik na noc. Subjektivně se pacient cítil spokojeně, pouze někdy se objevovaly příznaky abstinčního syndromu (nervozita, třes, neklid a nespavost). Objektivně se však stav pozvolna

lepšil, jen ojediněle byl zaznamenán menší třes. Pacient měl po dobu hospitalizace vlivem léků kvalitní spánek celou noc po dobu 5 až 6 hodin.

Přetrvávající problém narušená integrita kůže vlivem HIV a vznikem Seboreické dermatitidy kolem nosu a úst a Psoriázy na zádech a dolních končetinách byl splněn, u pacienta stále problém trvá. Subjektivně byl pacient spokojený, jelikož vlivem mastí (kortikoidy) došlo ke zmenšení postižených míst na obličeji, zádech a končetinách. Objektivně se problémová místa na postižených částech těla zmenšila, ale nezmizela. V této oblasti je pacient poučen o pokračování léčby postižených míst.

Přetrvávající problém z potencionálních diagnóz: riziko zhoršené funkce jater byl splněn. Pacient byl poučen o rizikovém chování, které vedlo k zhoršení funkce jater. Pacient slíbil, že omezí příjem alkoholu a návykových látek. U pacienta jsme sledovali laboratorní hodnoty a příznaky zhoršení funkce jater. Poučili jsme pacienta o nutnosti dodržovat dietní omezení. Subjektivně je pacient nervózní (abstinenční syndrom) avšak, žádný problém nemá. Objektivně u pacienta nedošlo k zhoršení funkcí jater, stav pacienta je stejný.

Během hospitalizace a sledování pacientova zdravotního stavu byly použity některé škály pro hodnocení zdravotního stavu. Například v Barthelové testu všedních činností dosáhl pacient 100 bodů, tedy úplné nezávislosti. Melzackův test byl ohodnocen číslem 1 s tím, že bolest je pouze občasná (bolest LHK). Škála Nortonové je 31 bodů, což je uspokojivý výsledek. GCS vyšel 15 bodů, což je uspokojivý výsledek. Za dobu hospitalizace se celkový stav pacienta stabilizoval, takže mohl být propuštěn do domácího ošetření po 5 dnech hospitalizace. Stále je však dispenzarizován kvůli diagnóze HIV. Pacientův stav je bohužel celkově komplikován jeho nezodpovědným přístupem k léčbě (vysazení předepsaných léků, užívání návykových léků apod.). Pacientova prognóza značně závisí zejména na jeho přístupu k léčbě. Ošetřující personál vynakládá na zlepšení jeho zdravotního stavu veškeré možné prostředky a úsilí.

6 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Doporučení pro management

- Zajistit dodržování hygienicko-epidemiologického režimu při práci ve zdravotnickém zařízení.
- Zajistit dostatek kvalifikovaného zdravotnického personálu.

Doporučení pro pacienta

- Dodržovat režimová opatření v léčbě a pravidelně chodit na lékařské kontroly.
- Spolupracovat se zdravotnickým personálem.
- Doporučit pacientovi účast na sezeních a besedách o HIV/AIDS a alkoholismu.
- Podporovat zdravé myšlení, zájem o udržování zdravého života.
- Doporučit pacientovi pokračovat v dietním omezení.
- Doporučit pacientovi nutričního poradce pro zvýšení své tělesné hmotnosti.

Doporučení pro zdravotnický personál

- Zvolit adekvátní přístup k pacientovi s HIV/AIDS.
- Poskytnout rady po celou dobu hospitalizace.
- Respektovat práva pacientů.
- Snažit se získat si důvěru pacienta.

ZÁVĚR

Lidé s HIV a onemocněním AIDS postupně ztrácejí obranyschopnost organismu. Virus napadá skupinu bílých krvinek zvanou T lymfocyty, v nichž se virus množí, později zabíjí krvinky a snižuje tak jejich počet v těle. Toto onemocnění vyžaduje dlouhou léčbu, kdy se pacientův stav může při rizikovém chování výrazně zhoršit, např. při užívání návykových látek, alkoholu a promiskuitě. Nejdůležitější je pravidelné užívání léků a kontroly u svého ambulantního lékaře. Onemocnění neprobíhá u každého pacienta stejně. Průběh nemoci je pomalý, pozvolný, ale někdy může mít nemoc rychlý spád, protože není šance ji dostatečně kompenzovat. Důležité je pacienta včas informovat o průběhu a léčbě nemoci. Opodstatněná je včasná diagnostika a okamžité zahájení léčby.

Tato bakalářská práce byla vypracována ve snaze seznámit se s problematikou HIV/AIDS a ošetrovatelskou péčí o pacienta s HIV. Cílem této práce bylo navrhnout a realizovat individuální plán ošetrovatelské péče o pacienta s HIV. Cíle byly splněny. Motivací k vypracování tohoto tématu byly přednášky na téma HIV/AIDS a dále získání nových poznatků, které by vedly ke zkvalitnění ošetrovatelské péče u pacienta s HIV/AIDS.

Při vypracovávání ošetrovatelského procesu bylo stanoveno 8 aktuálních a 3 potencionální ošetrovatelské diagnózy. Vypracovány byly 3 aktuální a 1 potencionální diagnóza, stanovili jsme jejich cíle, výsledná kritéria, intervence, zrealizovali plán, který byl následně vyhodnocen.

Pro nemocné a jejich nejbližší je velice těžké se s touto nemocí naučit žít. Proto je důležité, aby v nemocničních zařízeních o takové nemocné pečoval zdravotnický personál, který toto onemocnění zná a dokáže být k těmto lidem empatický a umí pacienty psychicky povzbudit.

Lidé by se měli chovat a jednat podle svého nejlepšího svědomí a vědomí.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ANON., 1992. *AIDS: stop*. Praha: Merkur. ISBN neuvedeno.
- BENEŠ, J., 2009. *Infekční lékařství*. Praha: Galén. 651 s. ISBN 978-80-7262-644-1.
- DVOŘÁK, J., 1998. *Ve stínu AIDS*. Praha: Academia. 164 s. ISBN 80-200-236-7.
- FREJ, J., 2011. HIV/AIDS-problém týkajícího se nás všech. [on-line]. In: *Sestra*, č. 4, s. 60–62. [cit. 2014-10-03]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/hiv-aids-problem-tykajici-se-nas-vsech-453339>.
- HERDMAN, H.T., 2009. *NANDA International, OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY*. Praha: Grada. 456 s. ISBN 978-80-247-3423-1.
- HUSA, J., 2005. *Infekční lékařství*. Brno: Masarykova Univerzita. 141 s. ISBN 80-210-3791-1.
- JOHNSON, M., 1993. *Jak se vyhnout AIDS*. Praha: Lunarion. 200 s. ISBN 80-901031-9-7.
- KOLEKTIV AUTORŮ. Česká společnost AIDS pomoc [on-line]. (c)2007-2011. [cit. 2014-10-03]. Dostupné z: http://www.aids-pomoc.cz/info_stuzka.htm
- KOMÁREK, L., 2006. *Surveillance programy vybraných nákaz*. 1. vydání. Praha: Státní zdravotní ústav. 72 s. ISSN 0231-6544.
- LOBOVSKÁ, A., 2001. *Infekční nemoci*. Praha: Karolinum. 264 s. ISBN 80-2460-116-8.
- MAĐAR, R., PODSTATOVÁ, R., ŘEHOŘOVÁ, J., 2006. *Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi*. Praha: Grada. 178 s. ISBN 80-247-1673-9.
- MAYER, V., 2009. *AIDS*. 584 s. ISBN 978-80-8890-839-5.
- MELICHERČÍKOVÁ, V., 2007. *Sterilizace a dezinfekce v prevenci nozokomiálních nákaz*. Praha: Galén. 57 s. ISBN 978-80-7262-468-3.
- MONTAGNIER, L., 1996. *AIDS fakta – naděje*. Praha: Nadace pro život, Státní zdravotní ústav, Národní referenční laboratoř pro AIDS. 68 s. ISBN 80-7180-112-7.

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2013. *Skripta k předmětům Výzkumu v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a seminář k bakalářské práci*. Plzeň: Maurea. 106 s. ISBN 978-80-902876-9-3.

NETT, A., 1992. *AIDS-Výzva k lidstvu*. Praha: Masarykova Univerzita. 86 s. ISBN 80-2100-409-6.

ROZSYPAL, H., HOLUB, M., KOSÁKOVÁ, M., 2013. *Infekční nemoci ve standardní a intenzivní péči*. Praha: Karolinum. 287 s. ISBN 978-80-246-2197-5.

SLADKÁ, J., INSTI test na HIV – bilance fungování na českém trhu. [on-line] In: *Mladá fronta Zdravotnické noviny ZDN*. [cit. 2014-10-03]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/insti-test-na-hiv-bilance-ctyrmesicniho-fungovani-na-ceskem-trhu-459612>

STAŇKOVÁ, M., 2010. Pozdní diagnostika HIV infekce. [on-line]. In: *Lékařské listy*, č. 13, s. 21. [cit. 2014-10-03]. Dostupné z: <http://www.medvik.cz/link/bmc10034136>

SVOBODA, J., 1996. *Imunologie v klinické praxi 1*. Praha: Marvik. 435 s. ISBN 80-7071-220-1.

VOKURKA, M., HUGO, J., 2008. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf. 1143 s. ISBN 978-80-7345-166-0.

VOSTOUPAL, B., 1989. *Katalog přípravků dezinfekce, dezinfekce, deratizace*. 1. vydání. Praha: Státní zemědělské nakladatelství. 302 s.

WEISS, P., 2010. *Sexuologie*. Praha: Grada. 724 s. ISBN 978-80-247-2492-8.

www.lekarna-online.cz

www.szu.cz/tema/prevence/rocni-zpravy-o-vyskytu-a-sireni-hiv-aids-v-cr

www.zdravi.e15.cz

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Čestné prohlášení.....	I
Příloha B – Fotografie psoriázy.....	II
Příloha C – Fotografie seboroické dermatitidy.....	III
Příloha D – Tabulka za rok 2013.....	IV
Příloha E – Tabulka za rok 2012.....	V
Příloha F – Tabulka za rok 2011.....	VI

Příloha A

Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem ošetrovatelský proces u pacienta s HIV v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 10. 03. 2014

Jana Kubešová

Příloha B

Fotografie psoriázy



Zdroj: <http://www.zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/psoriaza-450830>

Příloha C

Fotografie seboroické dermatitidy



Zdroj:<http://www.lekarna-online.cz/detske-lekarstvi/novinky/seborhoicka-dermatitida>

Příloha D

Tabulka za rok 2013

Údaje za měsíc prosinec 2013

Důvod vyšetření	Celkem vyšetřeno	nové případy		Způsob přenosu u HIV+								
		HIV+	AIDS	HO	ID	IH	HF	TR	HT	MD	NO	NE
OSOBY VE ZVÝŠENÉM RIZIKU HIV	490	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hemofilici	43	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Příjemci krve a krevních přípravků	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Homo/bisexuálové	39	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Injekční uživatelé drog	60	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Osoby často v zahraničí	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Promiskuitní osoby	244	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Osoby provozující prostituci	21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nápravná zařízení	76	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
KONTAKTY POZITIVNÍCH PŘÍPADŮ	22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Homosexuální	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Heterosexuální	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rodinné	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jiné	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
KLINICKÉ PŘÍPADY	7130	7	1	6	0	0	0	0	1	0	0	0
Dermatovenerologičtí pacienti	632	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Psychiatři pacienti	103	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dialyzovaní pacienti	380	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TBC pacienti	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pacienti s nádorovým onemocněním	290	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Různé klinické diagnózy	5700	6	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0
PREVENTIVNÍ VYŠETŘENÍ	4152	3	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0
Zdravotničtí pracovníci	273	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ostatní prevence	2222	2	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0
Předoperační vyšetření	1571	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Epidemiologická surveillance	86	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VYŠETŘENÍ NA VLASTNÍ ŽÁDOST	936	5	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0
Pod jménem	600	4	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0
Anonymní	336	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
VYŠETŘENÍ pro mezinárodní certifikát	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DÁRCI KRVE, ORGÁNŮ A TKÁNÍ	76398	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dárci krve	74874	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
z toho dárci krve - primodárci	3709	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dárci orgánů a tkání	1524	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TĚHOTNÉ ŽENY	9512	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
RŮZNÉ MATERIÁLY	34	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CELKEM	98699	16	1	13	0	0	0	0	3	0	0	0
CIZINCI	438	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2

Způsob přenosu:

HO - homosexuální/bisexuální

IH - injekční uživatelé drog + homo/bisex

TR - příjemci krve a krevních přípravků

MD - z matky na dítě

NE - nejištěný/jiný

ID - injekční uživatelé drog

HF - hemofilici

HT - heterosexuální

NO - nozokomiální

Příloha E

Tabulka za rok 2012

Důvod vyšetření	Celkem vyšetřeno	nové případy		Způsob přenosu u HIV+									
		HIV+	AIDS	HO	ID	IH	HF	TR	HT	MD	NO	NE	
OSOBY VE ZVÝŠENÉM RIZIKU HIV	8587	3	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1
Hemofilici	403	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Příjemci krve a krevních přípravků	265	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Homo/bisexuálové	821	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Injekční uživatelé drog	1199	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Osoby často v zahraničí	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Promiskuitní osoby	2310	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Osoby provozující prostituci	2158	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nápravná zařízení	1419	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
KONTAKTY POZITIVNÍCH PŘÍPADŮ	195	13	2	5	1	0	0	0	5	2	0	0	0
Homosexuální	37	5	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Heterosexuální	35	6	2	0	1	0	0	0	5	0	0	0	0
Rodinné	6	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0
Jiné	117	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
KLINICKÉ PŘÍPADY	100534	81	21	54	1	3	0	0	16	0	1	6	6
Dermatovenerologičtí pacienti	8941	22	2	19	0	0	0	0	2	0	0	1	1
Psychiatřičtí pacienti	1429	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Dialyzovaní pacienti	6706	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TBC pacienti	199	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pacienti s nádorovým onemocněním	3534	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Různé klinické diagnózy	79725	57	19	34	0	3	0	0	14	0	1	5	5
PREVENTIVNÍ VYŠETŘENÍ	78905	3	3	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1
Zdravotničtí pracovníci	4657	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ostatní prevence	43459	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Předoperační vyšetření	30058	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Epidemiologická surveillace	731	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VYŠETŘENÍ NA VLASTNÍ ŽÁDOST	12099	99	1	83	1	0	0	0	12	0	0	3	3
Pod jménem	7584	65	1	55	0	0	0	0	8	0	0	2	2
Anonymní	4515	34	0	28	1	0	0	0	4	0	0	1	1
VYŠETŘENÍ pro mezinárodní certifikát	485	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DÁRCI KRVE, ORGÁNŮ A TKÁNÍ	948101	6	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dárci krve	923119	6	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0
z toho dárci krve - primodárci	51679	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dárci orgánů a tkání	24982	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TĚHOTNÉ ŽENY	117679	7	0	0	1	0	0	0	6	0	0	0	0
RŮZNÉ MATERIÁLY	2798	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CELKEM	1269383	212	29	149	5	4	0	0	40	2	1	11	11
CIZINCI	7456	14	2	2	2	1	0	0	3	0	0	6	6

Způsob přenosu:

HO - homosexuální/bisexuální

IH - injekční uživatelé drog + homo/bisex

TR - příjemci krve a krevních přípravků

MD - z matky na dítě

NE - nezjištěný/jiný

ID - injekční uživatelé drog

HF - hemofilici

HT - heterosexuální

NO - nozokomiální

Příloha E

Tabulka za rok 2011

Důvod vyšetření	Celkem vyšetřeno	nové případy		Způsob přenosu u HIV+									
		HIV+	AIDS	HO	ID	IH	HF	TR	HT	MD	NO	NE	
OSOBY VE ZVÝŠENÉM RIZIKU HIV	9161	4	1	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0
Hemofilici	226	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Příjemci krve a krevních přípravků	625	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Homo/bisexuálové	710	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Injekční uživatelé drog	893	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Osoby často v zahraničí	31	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Promiskuitní osoby	2497	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Osoby provozující prostituci	2288	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nápravná zařízení	1891	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
KONTAKTY POZITIVNÍCH PŘÍPADŮ	168	11	0	8	0	0	0	0	3	0	0	0	0
Homosexuální	67	8	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Heterosexuální	38	3	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0
Rodinné	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jiné	54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
KLINICKÉ PŘÍPADY	92119	52	16	31	1	3	0	0	13	0	1	3	3
Dermatovenerologičtí pacienti	8540	11	1	10	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Psychiatřičtí pacienti	1352	2	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
Dialyzovaní pacienti	6374	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TBC pacienti	190	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Pacienti s nádorovým onemocněním	2969	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Různé klinické diagnózy	72694	38	14	21	1	1	0	0	11	0	1	3	3
PREVENTIVNÍ VYŠETŘENÍ	74732	8	0	7	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Zdravotničtí pracovníci	4912	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ostatní prevence	40268	2	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Předoperační vyšetření	29333	6	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Epidemiologická surveillace	219	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VYŠETŘENÍ NA VLASTNÍ ŽÁDOST	11063	67	5	60	2	2	0	0	3	0	0	0	0
Pod jménem	6331	50	2	44	2	2	0	0	2	0	0	0	0
Anonymní	4732	17	3	16	0	0	0	0	1	0	0	0	0
VYŠETŘENÍ pro mezinárodní certifikát	464	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DÁRCI KRVE, ORGÁNŮ A TKÁNÍ	1015155	8	0	4	0	0	0	0	1	0	0	0	3
Dárci krve	995252	8	0	4	0	0	0	0	1	0	0	0	3
z toho dárci krve - primodárci	51993	3	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
Dárci orgánů a tkání	19903	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TĚHOTNÉ ŽENY	122709	3	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0
RŮZNÉ MATERIÁLY	1901	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CELKEM	1327472	153	23	110	7	5	0	0	24	0	1	6	6
CIZINCI	7081	14	3	2	3	0	0	0	1	0	0	0	8

Způsob přenosu:

HO - homosexuální/bisexuální

IH - injekční uživatelé drog + homo/bisex

TR - příjemci krve a krevních přípravků

MD - z matky na dítě

NE - nezjištěný/jiný

ID - injekční uživatelé drog

HF - hemofilici

HT - heterosexuální

NO - nozokomiální

Zdroj: www.szu.cz/tema/prevence/rocni-zpravy-o-vyskytu-a-sireni-hiv-aids-v-cr