

Univerzita Karlova Praha
Fakulta filosofická

Katedra psychologie
Psychologie – klinická psychologie

PhDr. Richard Braun

**Faktory ovlivňující komplianci a adherenci s léčbou
u HIV pozitivních pacientů**

**Factors affecting compliance and adherence to treatment
in patients with HIV**

disertační práce



Vedoucí práce: Doc. PhDr. Jiří Šípek, CSc.

Praha 2011

Prohlašuji, že jsem disertační práci napsal samostatně s využitím pouze uvedených a řádně citovaných pramenů a literatury a práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze 20. března 2011

PhDr. Richard BRAUN

Poděkování:

Za odborné vedení děkuji

Doc. PhDr. Jiřímu Šípkovi, CSc., který byl mým pečlivým a náročným školitelem během vědecké přípravy.

Za odbornou spolupráci děkuji

kolegům z AIDS Centra FN Bulovka pod vedením doc. MUDr. Marie Staňkové, CSc.

Abstrakt

Předkládaná disertační práce se zabývá faktory, které mají přímý či nepřímý vliv na adherenci a kompliance s léčbou u pacientů s diagnózou HIV/AIDS. HAART terapie zaručuje nemocným dlouhodobě dobrý terapeutický efekt a vysokou kvalitu života, pokud akceptují doporučení lékařů a užívají pravidelně předepsaná antiretrovirotika. V případě porušování léčebného režimu hrozí pacientům rezistence na daný lék či na celou skupinu léků.

Přesto se mezi pacienty najde poměrně početná skupina klientů, kteří nejsou adherentní, porušují pravidelnost medikace a riskují nejen rezistencí, ale výrazné zhoršení zdravotního stavu.

Práce odhaluje kvalitativní metodologií bariéry i facilitátory adherence (non adherence) u pacientů s diagnózou HIV/AIDS specificky pro českou populaci. Podobný výzkum dosud nebyl na této populaci prováděn a výsledky jsou porovnávány s výstupy ze zahraniční literatury. Za základ porovnání byla použita Millsova metaanalýza (2006) 84 publikovaných výzkumů v oblasti adherence pacientů s HIV/AIDS.

Klíčová slova: adherence, compliance, HAART, rezistence, bariéry adherence, facilitátory adherence

Abstract

The thesis examines factors that influence, directly or indirectly, the adherence and compliance to treatment among HIV/AIDS patients. HAART ensures long-term therapeutic effects and high quality of life, as long as the patients comply with the recommendations of their physicians and adhere to the prescribed medication regimens. In case of suboptimal adherence, the patients are under risk of developing resistance to the particular medication or even an entire class of ARV drugs.

Still, there is a substantial number of patients who fail to adhere and to take their medication consistently, risking thereby not only drug resistance but a severe deterioration in their health status as well.

The thesis uses qualitative methodology to explore both barriers and facilitators of adherence among HIV/AIDS patients in the Czech Republic. Such a research on Czech population has not been carried out as yet. The results are compared with the outcomes of foreign studies. Mills meta-analysis (2006) of 84 published research papers dealing with the subject of adherence among HIV/AIDS patients served as the basis for comparison.

Key words: adherence, compliance, HAART, resistance, barriers to adherence, facilitators to adherence

Obsah práce

1. Úvod do problematiky	... 8
Teoretická část	... 9
2. Nemoc HIV/AIDS a její léčba	... 9
2.1 Podstata onemocnění HIV/AIDS	... 9
2.2 Klinický obraz nemoci	... 12
2.3 Léčba HIV pozitivních pacientů	... 15
2.4 Důvody zahájení léčby HIV pozitivních pacientů	... 23
2.5 Nežádoucí účinky léčby	... 28
2.6 Rezistence k antiretrovirotikům	... 33
3. Psychologie nemoci HIV/AIDS	... 35
4. Pojmy compliance a adherence	... 38
4.1 Compliance	... 39
4.2 Modely compliance	... 41
4.3 Adherence	... 44
4.4 Způsoby měření adherence	... 46
4.5 Non adherence	... 48
5. Adherence a non adherence u HIV	... 51
5.1 Prediktory adherence	... 69
5.1.1 Proměnné na straně pacienta	... 70
5.1.2 Léčebný režim	... 75
5.1.3 Charakteristika nemoci	... 80
5.1.4 Vztah pacient – lékař	... 81
5.1.5 Klinické prostředí	... 83
Výzkumná část	... 92
6. Formulace výzkumného problému	... 93
6.1 Proč kvalitativní metodologie	... 93
6.2 Mapování terénu	... 94
7. Design výzkumu	... 96
7.1 Časový rámec	... 97
7.2 Technické zabezpečení	... 97
7.3 Metody získávání dat	... 98
7.4 Metody fixace dat	... 99
8. Výzkumný vzorek	... 99
8.1 Způsoby výběru	...100
8.2 Popis vzorku	...101

9. Metody analýzy materiálu	... 104
9.1 Ukázka práce s materiálem	... 106
9.2 Metody validizace dat	... 107
9.3 Metody kódování dat	... 107
9.4 Analýza příčin adherence a non adherence	... 109
9.4.1 Příčiny non adherence společné všem skupinám respondentů	... 115
9.4.2 Příčiny non adherence specifické pro skupinu selhávajících pacientů	... 131
9.5 Shrnutí výstupů	... 132
10. Diskuse	... 134
11. Přínos práce pro praxi	... 138
12. Shrnutí	... 139
13. Summary	... 140
14. Seznam literatury	... 142
15. Přílohy	... 162

To je totiž nemoc, o které normálně během života nic nevíte.
Vladimír Kováč †26.2 .2009

1. Úvod do problematiky

Již více jak 15 let se stávají „kompliance“ a „adherence“ ústředními pojmy úspěšné léčby u pacientů s HIV/AIDS. Po desetiletí významných medicínských úspěchů na poli boje s touto dosud nevléčitelnou chorobou se do popředí dostávají psychologové, kteří mají zajistit u pacientů efektivní součinnost s lékaři. Jejich místo je v motivování pacientů k tomu, aby pravidelné dodržování léčebného režimu bylo nedílnou součástí jejich každodenního života.

Před psychology se najednou začaly objevovat otázky, které sice znali z léčby jiných infaustních nemocí, ale netýkaly se lidí mladých. Jak je možné, že v přímé konfrontaci se smrtelnou chorobou necítí pacient touhu žít kvalitním životem co nejdéle? Jak je možné, že neuposlechne rady lékaře, byť ví, že bez nich nemůže dlouho přežít?

V České republice bylo zjištěno k 31. 12. 2010 celkem 1522 osoby, v jejichž žilách koluje virus HIV. Řada z nich již zemřela. Demografické charakteristiky pacientů se proměňují. Zdá se, že nezávává čas začít se o klienty více zajímat, čas poctivých psychologických výzkumů, které by pomohly našim lékařům v jejich práci. Dosud byla pomoc ze strany psychologů zaměřena na psychoterapeutickou podporu těch, kterým psychické problémy neumožňovaly zahájit léčbu a dodržovat léčebný režim. Nyní je potřeba naše zkušenosti úročit v obecnější rovině.

Když v polovině 90. let začali lékaři s komplexním způsobem léčby pacientů s HIV/AIDS, objevily se v zahraničí první výzkumy soustředěné na osobnost pacienta a jeho postoje k nemoci a k léčbě. Naše výzkumy jsou zatím v plenkách.

V této práci se chceme soustředit na faktory, které ovlivňují kompliance a adherenci u pacientů s diagnózou HIV/AIDS.

Teoretická část

2. Nemoc HIV/AIDS a její léčba

Když se v červnovém čísle amerického časopisu *Morbidity and Morality Weekly Report* z roku 1981 objevil článek o zvýšeném výskytu pneumocystové pneumonie v Los Angeles a o měsíc později jej doplnil zajímavý článek o zvýšeném výskytu Kaposiho sarkomu u homosexuálních mužů v USA, těžko mohl kdokoliv předpokládat, že jsme stanuli na počátku novodobé morové pandemie. Už na konci léta 1981 Center for Disease Control v Atlantě, které časopis vydávalo, prokázalo spojitost těchto chorob. Tehdy odstartoval dosud nedokončený boj o zvládnutí této hrozby.

Prvním úspěchem bylo zjištění původce nemoci – viru HIV (1983 a 1984) – vědci Montagnierem a Gallo. Od roku 1985 používáme screeningové testy na výskyt protilátek, v březnu 1986 byl objeven virus HIV 2 a koncem roku 1986 již první pacienti užívají lék AZT. Razantní snížení počtu úmrtí na komplikace způsobené virem HIV přinesl rok 1996 s nástupem HAART (Highly-Active Anti-Retroviral Therapy). Rozšíření možností léčby přinesly roky 2003, 2007 i 2008. Na další významné mezníky čekáme.

Hypotéz, jak se virus HIV do lidské společnosti dostal, je hned několik. Jako nejvíc přijímanou se jeví přenos z primátů – šimpanzů v případě viru HIV1 a mangabejů v případě viru HIV2 – při krvavých rituálech v oblasti tropické Afriky. Odtud se infekce přes americký kontinent šířila dále do světa.

2.1 Podstata onemocnění HIV/AIDS

Nemoc AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) má jasného původce – virus lidské imunodeficitu – HIV (Human Immunodeficiency Virus), který patří do rodu *Lentivirus* z čeledi *Retroviridae*. V našem

prostředí jde o virus HIV1, což je mimořádně malá částice (1/100000 mm). Jádro viru je kryto proteinovým obalem. V tomto obalu je ukryta molekula RNA, jež je nositelkou genetického kódu viru. Obal viru je složený z proteinů a lipidů.

Do těla zdravého člověka se dostane od infikovaného jedince přesně definovanými cestami: sexuálním stykem, krevní cestou či z matky na plod.

Jakmile virus vnikne do krevního oběhu, fixuje se na T lymfocyt. Má totiž vysokou afinitu k membránovému znaku CD4, který se převážně na T lymfocytech vyskytuje. V menší míře je přítomen i na povrchu monocytů, makrofágů, dendritických buněk, gliových buněk a pravděpodobně i určitých buněk endotelu a střevní sliznice¹. Virový protein gp120 se váže na receptor CD4 a tato vazba dovoluje vstup viru do buňky endocytózou nebo fúzí virového obalu s povrchem buňky. Stěna T lymfocytu se otvírá a obnažuje virovou RNA. Po vniknutí viru do buňky se virová RNA uvolňuje. Virový genom je z RNA přepsán specifickým virovým enzymem reverzní transkriptázou do dvouřetězové DNA, která je v cirkularizované formě začleněna virovou integrázou do chromozomu hostitelské buňky. Při aktivaci T lymfocytů dochází k přepisu informace, syntéze virových proteinů a uvolnění nových virionů.

Situace se může vyvíjet dvěma způsoby – virus může zůstat v klidovém stavu klinické latence a infikovaná T4 buňka žije dál normálním životem. Infekce přetrvává, aniž by se u pacienta projevil nějaké její příznaky. Infikované T4 buňky se z takového jedince mohou přenést na další jedince a infikovat je. Virus HIV chronicky infikuje i další druhy bílých krvinek, makrofágy.

Nebo se virus stává aktivním a množí se uvnitř buňky, která se nakonec rozpadá, přičemž dochází k uvolnění velkého počtu virů, které

¹ Rozsypal (1998), str. 15

budou infikovat další T4 lymfocyty. Dojde-li k destrukci velkého počtu T4 buněk v organismu, ať už přímo nebo nepřímo v důsledku infekce virem, oslabí se imunitní obranyschopnost organismu. Pak se s velkou pravděpodobností projeví symptomy AIDS.

K infekci virem jsou důležité i koreceptory a jejich identifikace vysvětluje rozdílnou vnímavost lidí k HIV infekci. I ve stádiu klinické latence dochází k intenzivnímu množení viru. Replikace HIV vede k postupné destrukci imunitního systému.

Porucha funkce imunitního systému se týká buněčné i humorální imunity. Po celou dobu infekce dochází k rychlému množení viru v CD4+ buňkách (lymfocytech, monocytech a makrofázích). Každý den se vytvoří okolo miliardy virových částic, jejichž plasmatický poločas je málo přes pět hodin. Tyto viriony napadají nové CD4+ buňky, a tak dochází neustále k akcentovanému zániku, a v důsledku toho i ke zrychlenému obnovování CD4+ buněk. Tento zrychlený obrat CD4+ buněk vyčerpává imunitní systém. Ve stádiu klinické latence je nastolena zdánlivá rovnováha mezi vznikem a zánikem CD4+ buněk, ale postupem doby zánik převládá, CD4+ buňky nestačí být obnovovány. Objevuje se nejnápadnější imunologická abnormalita – absolutní i relativní pokles CD4+ lymfocytů. Jejich snížení koreluje s klinickou pokročilostí infekce. Hluboký pokles, obvykle pod 200 buněk/ μ l, je základním předpokladem vzniku velkých oportunních infekcí.

Virus HIV-1 je vysoce geneticky plastický a je možné odlišit nejméně 9 subtypů. Genetická diverzita má důležitý dopad pro specifitu a senzitivitu diagnostických testů.

Poškození imunitního systému vede k vytvoření podmínek pro vznik určitých oportunních a recidivujících či perzistujících bakteriálních infekcí.

Původci oportunních infekcí u HIV infikovaných osob, zvláště ve fázi AIDS, jsou dle Rozsypala²:

1. paraziti (*Toxoplasma gondii*, *Cryptosporidium parvum*, mikrosporidie),
2. houby (*Pneumocystis carinii*, *Candida* sp., *Cryptococcus neoformans*, *Histoplasma capsulatum*, *Coccidioides immitis*),
3. viry – herpetické (herpes simplex, cytomegalovirus, varicella-zoster virus, Epstein-Barrové virus), papovavirus,
4. bakterie (*Mycobacterium tuberculosis*, atypická mykobakterie, *Salmonella enterica*, *Bartonella henselae*).

HIV infekce je výsledkem interakce viru, hostitele a několika málo dalších faktorů. Významné místo zauímají genetické faktory, které ovlivňují vnímavost buněk k infekci i imunitní odpověď hostitele.

2. 2 Klinický obraz nemoci

Klinický obraz nemoci bývá pestrý. Inkubační doba od vniknutí viru HIV do prvních příznaků primoinfekce trvá obvykle 2-8 týdnů. Akutní retrovirový syndrom (primoinfekce) probíhá zhruba pod obrazem chřipkového onemocnění nebo infekční mononukleózy, provázené horečkou, exantérem, zduřením lymfatických uzlin. Někdy jsou přítomny také známky poškození CNS. Za 1-3 týdny příznaky většinou vymizí, infekce vstupuje do několikaletého asymptomatického stádia. Bohužel, přítomnost HIV infekce je v této fázi odhalena jen výjimečně. Navíc současné nejpoužívanější diagnostické metody odhalí HIV protilátky až po určité době (virologické okénko). Za určitých okolností bývá již nyní zahájena antiretrovirová terapie.

Asymptomatické období, klinicky bezpříznakové období HIV infekce, trvá několik let (zpravidla 2-15 roků). Pacienti bývají většinou zcela bez obtíží. Asymptomatictí pacienti, kteří o své HIV pozitivitě nevědí, jsou

² Rozsypal (1998), str. 15

nejčastějšími šířiteli této infekce. Je proto důležité, aby se každý člověk, který má sebemenší podezření, že by mohl být HIV pozitivní, nechal co nejdříve vyšetřit, aby svou infekcí neohrožoval jiné osoby včetně svých blízkých. Čtvrtá klasifikace HIV infekce CDC (1993) určuje tři klinické a tři laboratorní kategorie. Jejich kombinací vzniká 9 odlišných kombinačních skupin. Toto období označujeme písmenem A – zahrnuje jak asymptomatický průběh, tak eventuální perzistující generalizovanou lymfadenopatii a vzácněji akutní HIV infekci³.

Časně symptomatické stádium je charakterizováno některými nespecifickými příznaky (průjem, horečka) a výskytem některých typických infekcí – pásový opar, moučnivka a řada dalších. Také toto stádium může trvat několik let a signalizuje přítomnost poruchy imunity, která vede k postupu onemocnění. V tomto stádiu bývá obvykle zahájena léčba antiretroviroty. Klinicky je označované jako B.

O nemoci AIDS mluvíme až ve fázi pozdního symptomatického stádia. To je provázeno významným poklesem obranyschopnosti organismu. Objevují se již závažná onemocnění (těžké oportunní infekce a nádory, encefalopatie, kachexie) definující AIDS. Počet CD4+ T lymfocytů významně klesá a naopak stoupá virová nálož. V této době je již pacient vážně nemocný a může některé z těchto infekcí či nádorům podlehnout. Antiretrovirová léčba zahájená v této fázi onemocnění má již často menší šanci na dlouhodobý úspěch. Toto období označujeme C.

Sedláček⁴ informuje o revidované evropské klasifikaci infekce HIV/AIDS, navržené WHO v roce 2007. Z původního amerického dělení tří klinických a tří laboratorních kategorií zavádí následující klinická stadia s příslušnými nozologickými jednotkami:

Akutní HIV infekce	odpovídá CDC kategorii A
Klinické stádium 1	odpovídá CDC kategorii A
Klinické stádium 2	odpovídá CDC kategorii B

³ Rozsypal (1998), str. 24

⁴ Sedláček (2008), str. 646 - 647

Klinické stádium 3	odpovídá CDC kategorii B
Klinické stádium 4	odpovídá CDC kategorii C

Zatímco u klinických kategorií 1 a 2 doporučuje WHO zvážit léčbu (dle počtu CD4+ T lymfocytů schopnosti imunokompetence), u kategorií 3 a 4 doporučuje léčit. Novou úpravu navrhuje WHO ve snaze unifikovat a zpřesnit klinickou i laboratorní nomenklaturu, používanou při klasifikaci HIV pozitivních osob.

Rozhodujícím vyšetřením pro stanovení diagnózy HIV infekce je průkaz virologických ukazatelů HIV infekce. Laboratorně lze použít metodu nepřímé diagnostiky k vyšetření protilátek anti-HIV nebo metody přímé diagnostiky, které prokazují vlastní virus, jeho antigen či nukleovou kyselinu.

Protilátky anti-HIV se začínají objevovat přibližně 1 měsíc po nakažení, do 3 měsíců se vyvinou prakticky u všech nakažených osob. Vyšetřování průkazu protilátek bylo do praxe zavedeno jako první diagnostický test a tato metoda má stále základní význam při záchytu nových HIV pozitivních osob.

Přímá virologická diagnostika se opírá buď o průkaz přítomnosti virového antigenu p24 nebo průkaz virové nukleové kyseliny RNA v krvi (takzvaná virová nálož). Tato vyšetření mají význam pro diagnostiku vertikální infekce dětí v prvním půlroce až roce života (PCR HIV RNA), diagnostiku akutní infekce HIV (p24 a PCR HIV RNA), testování bezpečnosti krve od dárců v inkubační době HIV infekce (p24) a sledování průběhu HIV infekce (progrese a efektu léčby – virová nálož PCR HIV RNA).

Dalším významným ukazatelem průběhu HIV infekce je počet CD4+ T lymfocytů, který informuje o úrovni obranyschopnosti organismu. V průběhu léčení HIV pozitivních pacientů ve specializovaných centrech je

počet těchto CD4+ T lymfocytů spolu s hodnotami virové nálože pravidelně sledován, optimálně v 3měsíčních intervalech.

Nejspolehlivější předpovědní hodnotou úspěchu léčby je podle analýzy řady studií, které provedli Machala a Jilich⁵, rychlý iniciální pokles virové nálože v průběhu prvních 4 týdnů terapie a dosažení nedetekovatelných hodnot virové nálože po 16 týdnech.

2. 3 Léčba HIV pozitivních pacientů

HIV/AIDS je dosud nevléčitelná choroba, přesto byly již učiněny významné kroky na poli boje s jejími projevy a následky. V prvních letech umírala většina HIV+ pacientů do dvou let na oportunní infekce⁶. Ale již koncem roku 1986 vedly dobré klinické výsledky a etické důvody k předčasnému ukončení klinických studií a byl schválen první lék - zidovudin (AZT). Byla zahájena první monoterapie nukleosidovým inhibitorem reverzní transkriptázy.

Cílovou buňkou viru je především CD4 pomocný lymfocyt, který hraje hlavní roli při řízení imunity. V CD4 buňkách se virus rychle replikuje, pokud jsou splněny všechny potřebné podmínky. Postupně byl tento cyklus velmi podrobně rozeznán, což umožnilo vývoj dalších léků.

Od roku 1994 se začalo s monoterapií gravidních HIV pozitivních žen, čímž se významně snížilo riziko vertikálního přenosu infekce (z 25,5 % na necelých 8 %).

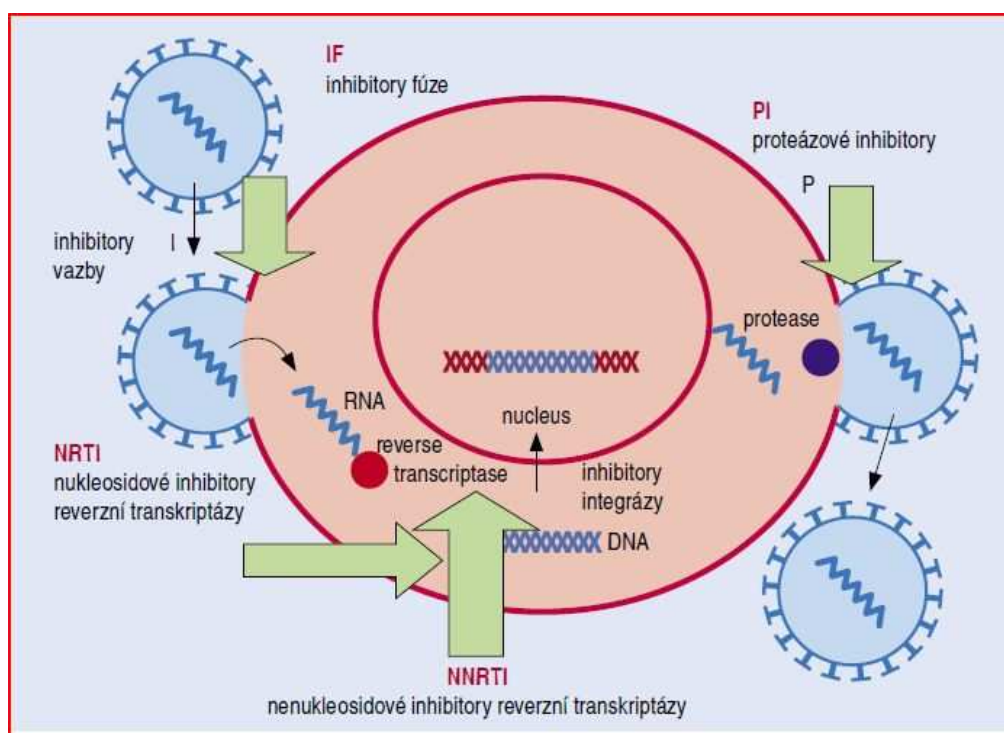
Rok 1996 považujeme za průlomový, neboť se začala používat vysoce aktivní antiretrovirální terapie (HAART, Highly-Active Anti-Retroviral Therapy). Jedná se o kombinování léků proti HIV, jehož cílem je

⁵ Machala, Jilich (2007)

⁶ Staňková (2008), str. 498

zabránění viru v replikaci za současné minimalizace možných vedlejších účinků a lékové zátěže. Morbidita i mortalita se výrazně snížily.

Cílem léčby je snížit virovou nálož v krvi pacienta, obnovit imunitní kondici do co nejlepšího stavu a udržet ji na této úrovni co nejdéle, snížit riziko přenosu HIV na další osoby, prodloužit délku a zlepšit kvalitu života HIV pozitivních.



Obr. 1 Replikační cyklus viru HIV s vyznačenými místy terapeutického působení (Staňková, 2008)

Z obrázku vyplývá, že lze ovlivnit vstup viru do buňky CD4, brzdit jeho replikaci uvnitř buňky (inhibicí enzymů reverzní transkriptázy a proteázy) a jeho schopnost napadnout další zdravé buňky v těle. Jak uvádí Sedláček⁷, velkou výhodou pro léčbu antiretrovirotiky je, že byl poznán celý replikační cyklus HIV, detailně prozkoumán jeho genom a na základě získaných poznatků vědci zkonstruovali mnoho set molekul, které byly podrobeny přísným klinickým zkouškám.

⁷ Sedláček (2008), str. 643

V současnosti je užíváno více než 25 léků, jejich účinnost lze monitorovat pomocí virové nálože RNA HIV v krvi pacienta a počtem CD4+ T lymfocytů. Sedláček⁸ ve svém přehledovém článku dělí současná léčiva na následující skupiny:

- Nukleosidové inhibitory reverzní transkriptázy (NRTI)
- Nenukleosidové inhibitory reverzní transkriptázy (NNRTI)
- Inhibitory HIV integrázy (II)
- Inhibitory HIV proteázy (PI)
- Inhibitory maturace (MI)
- inhibitory vstupu (EI)
 - inhibitory fúze (FI)
 - inhibitory buněčných receptorů CD4
 - antagonisté chemokinových koreceptorů CCR5 a CXCR4

1) Nukleosidové inhibitory reverzní transkriptázy (NRTI): jsou nejstarší třídou antiretrovirálních léků. Zasahují na samém začátku replikačního cyklu viru HIV. Mechanismus jejich účinku spočívá v blokádě reverzní transkripce virové RNA do provirové DNA buňky, kterou virus potřebuje, aby se sám mohl replikovat. Patří mezi ně zidovudin, didanosin, zalcitabin, lamivudin, stavudin, abacavir, emtricitabin. Léky působí i kompetitivně a dají se vzájemně kombinovat. Vylučují se obvykle ledvinami. Tenofovir je inhibitor nukleotidový, ale působí podobně jako uvedené léky. Z nežádoucích účinků se jedná především o jejich mitochondriální toxicitu, častá je anémie, hepatotoxicita, nefrotoxicita, laktátová acidóza/steatóza, gastrointestinální obtíže, pankreatitida, exantémy a v průběhu let se mohou objevit i významné metabolické změny. Nepříjemný je vysoký stupeň zkřížené rezistence v této skupině, proto se v současnosti nedoporučuje kombinace pouze 3 NRTI.

2) Nenukleosidové inhibitory reverzní transkriptázy (NNRTI): se váží přímo na enzym reverzní transkriptázu v blízkosti nukleosidu (tzv. alosterickou kapsu molekuly reverzní transkriptázy. Blokují tedy stejný protein jako

⁸ Sedláček (2008), str. 643-647

NRTI, jsou ale chemicky odlišné. Pokud se nepoužívají v kombinaci s NRTI, dochází k rychlému rozvoji rezistence na tento druh léků. Naopak v kombinaci vedou k vysoké supresi replikaci viru, proto je doporučována jako první volba u HIV terapeuticky naivních pacientů. Mezi NNRTI vzniká také často zkřížená rezistence. Jsou metabolizovány v játrech. Řadíme k nim nevirapin, efavirenz, delavirdin (neregistrován v ČR). Na HIV-2 jsou tyto léky neúčinné. Z vedlejších účinků stojí v popředí exantémy, psychické změny, hepatopatie a při dlouhodobějším podávání zasahují i do metabolismu hostitelského organismu. Prvním lékem 2. generace této třídy je etravirin, který je účinný proti řadě kmenů HIV-1, rezistentních na NNRTI 1. generace.

3) Inhibitory HIV integrázy (II)

Jde o zcela novou skupinu antiretrovirotik. HIV integráza (enzym) vytváří spolu s transkribovanou dvouvláknovou DNA, několika virovými a celulárními proteiny tzv. preintegrační komplex. Ten je dopraven zvláštním transportním kanálem do jádra hostitelské buňky, kde dojde k zabudování provirové DNA do chromozomu hostitele. Integráza tudíž katalyzuje přenos řetězce provirové DNA, který končí vytvořením kovalentní vazby mezi virovou a hostitelskou DNA. Buněčné enzymy opraví spoje v DNA, čímž je provirová DNA plně integrována. Raltegravir je prvním lékem této skupiny, který byl uveden do klinické praxe v roce 2007 a velmi pravděpodobně bude záhy dostupný i pro naše AIDS centra. Na základě klinických studií byla potvrzena vysoká aktivita proti HIV u multirezistentních pacientů. Neočekává se ani zkřížená rezistence s ostatními antiretrovirovými třídami. Je určen pro „záchrannou léčbu“. Díky odlišnému místu zásahu působí i na HIV rezistentní vůči ostatním skupinám antiretrovirotik. Významné nežádoucí účinky zatím nebyly zaznamenány, ojediněle jsou uvedeny bolesti hlavy, nauzea a průjem. Do „záchranné terapie“ bude zařazen i druhý integrázový inhibitor elvitegravir, u kterého byla potvrzena dobrá snášenlivost a synergie s ostatními antiretrovirovými léky.

4) Inhibitory HIV proteázy (PI): vstoupily na scénu v roce 1995. Blokují proteázu, enzym, který virus HIV potřebuje pro svoji replikaci. Blokují

maturaci nové virové částice a vzniklý nekompletní virus je neinfekční, účinkují tedy na samém konci replikačního cyklu viru. Používají se v léčbě od roku 1996 a od té doby klesá mortalita. Jako třída jsou proteázové inhibitory velmi účinné a relativně dobře snášené. Některé léky jsou zařazovány i do terapeutických režimů první volby. Jde o saquinavir, ritonavir, indinavir, nelfinavir, amprenavir, lopinavir, atazanavir, tipranavir, fosamprenavir a darunavir. Vedlejší účinky jsou četné, výrazně zasahují do metabolismu hostitelské buňky. Pro multirezistentní pacienty s dlouholetou zkušeností s HAART jsou doporučovány proteázové inhibitory 2. generace (tipranavir a darunavir), které zařazujeme do programů záchranné terapie.

5) Inhibitory maturace (MI)

Bevirimat (PA-457) je první v této nové třídě antiretrovirových léků. Zkouší se u naivních pacientů i u pacientů s dlouhou léčebnou zkušeností. Zasahuje do průběhu tvorby gag proteinu inhibicí konverze kapsidového prekurzoru (p25) na zralý kapsidový protein (p24). Výsledkem je defektní jádrová kondenzace a uvolnění neinfekčních virových partikul z HIV-1 infikovaných buněk a tím zablokování šíření infekce do nových hostitelských buněk. Vzhledem k novému mechanismu účinku se očekává, že tento lék bude účinný i proti multirezistentním variantám viru.

6) Inhibitory vstupu (EI)

Vstup viru HIV do cílové buňky je první fází replikačního cyklu. Vývoj inhibitorů vstupu představuje novou skupinu chemicky odlišných komponent, jejichž cílem jsou proteiny a receptory buněk hostitele. Většina kmenů HIV-1 používá ke vstupu do buňky koreceptor CCR5. Jde o vícestupňový proces, který zahrnuje interakci virového obalového proteinu se specifickým receptorem hostitelské buňky. Důležitou úlohu zde hraje zřejmě i genotyp HIV.

Antagonisté chemokinových koreceptorů CCR5 a CXCR4

Aplaviroc, maraviroc a vicriviroc jsou nízkomolekulární inhibitory CCR5, které jsou vysoce účinné proti širokému počtu kmenů HIV-1 všech dosud

známých subtypů. Nejsou účinné vůči virům, které využívají receptor CXCR4 pro vstup do CD4+ T buněk. Nebyl popsán antagonismus s ostatními antiretrovirovými léky, zjištěná synergie s enfuvirtidem by jistě významně rozšířila možnost záchranné terapie. Maraviroc (uvolněný pro klinickou praxi v roce 2007) inhibuje na chemokinovém koreceptoru CCR5 buněčné membrány makrofágů a CD4+ lymfocytů T vazebné místo, potřebné ke spojení povrchového glykoproteinu (gp120) HIV-1 s cílovou hostitelskou buňkou. Je schválen pro léčbu HIV pozitivních osob s pokročilým onemocněním, u nichž dochází k progresi klinického stavu a/nebo laboratorních nálezů v důsledku multirezistence HIV na přípravky stávajících terapeutických tříd. Vicriviroc byl v některých případech spojován s výskytem lymfomu. CCR5 inhibitory „mikrobicidy“ jsou určeny jako účinné agens pro prevenci HIV transmise na úrovni vaginální nebo rektální sliznice. Měly by být aplikovány lokálně. Prozatímní výsledky studií jsou slibné. Vývoj dalších inhibitorů vstupu HIV do hostitelské buňky je v počátcích, vyžádá si ještě řadu náročných studií.

Inhibitory fúze (FI):

Byly uvedeny do klinické praxe v roce 2003. Blokují HIV, aby nemohl vstoupit do zdravých buněk těla. Svou extracelulární vazbou na virový glykoprotein gp 41 zabrání fúzi virové RNA do cílové hostitelské buňky. V roce 2003 byl do klinické praxe uveden první a dosud jediný lék ze skupiny inhibitorů fúze enfuvirtid. Brání fúzi mezi HIV a cílovou buňkou, virová RNA nemůže do buňky vstoupit. Musí se podávat injekčně, v gastrointestinálním traktu je nestabilní. Komplikované vedlejší účinky určují tento lék pro pacienty s významnou multirezistencí, kde nelze sestavit jiný účinný terapeutický program z běžných antiretrovirik.

Ke skupině inhibitorů vstupu (EI), stejně jako ke skupinám inhibitorů HIV integrázy (II) a inhibitorů maturace (MI), novým třídám léčiv, se upíná pozornost a naděje většiny lékařů.

Vývoj se nezastavuje. Staňková⁹ uvádí, že nově vyvíjená antiretrovirotika musí působit i na ty kmeny HIV, které jsou rezistentní vůči stávajícím léčivům. Vyžaduje se, aby nově konstruované molekuly měly vysoký práh genetické rezistence, což v praxi znamená, že k tomu, aby vznikla na daný přípravek rezistence, je potřeba mnoho mutací (např. lopinavir).

Ve vývoji nových léků je nutné snížit působení vedlejších účinků (snižuje to adherenci) a z téhož důvodu snížit počet užívaných tablet, např. slučováním více léčebných substancí do jediné tablety.

Užívání tří a více léků k léčení HIV infekce nazýváme kombinovanou antiretrovirovou terapií (cART) - hovoříme o tzv. „trojkombinaci“. V indikovaných případech (polyrezistence, selhání terapie, záchranná terapie) jsou používány i vícekombinační režimy MEGAHAART. Kromě dalšího vývoje nových léků se uvažuje i o zintenzivnění HAART pomocí imunoterapie či některých onkologických léků.

Volba kombinace antiretrovirových léků vychází z individuální situace u konkrétního pacienta, píše Staňková¹⁰, a vždy musí být současně brána v úvahu možná interakce s jinými léky. V současnosti je k dispozici 25 léků, které umožňují několik tisíc teoretických trojkombinací, ale samozřejmě ne všechny jsou prakticky použitelné.

Za optimální režim je dnes považována kombinace tří aktivních léků, obvykle 2 NRTI a 1 NNRTI nebo 2 NRTI a PI. Správně zvolená léčba vede v poměrně krátké době (přibližně do 3 měsíců) k významnému poklesu virové nálože a zvýšení absolutních a relativních počtů periferních CD4+ lymfocytů.

⁹ Staňková (2008), str. 498

¹⁰ Staňková (2008), str. 501

Staňková¹¹ upozorňuje, že každá skupina antiretrovirových léků má ale i celou řadu vedlejších nežádoucích účinků. Téměř všechny látky, které jsou schopny blokovat replikaci viru, zároveň významně zasahují do metabolismu hostitelské buňky a antiretrovirová terapie často navozuje i nežádoucí změny nejen akutního rázu, ale může mít i významný vliv na rozvoj závažných metabolických a antropometrických změn.

Není bez zajímavosti, že jinou cestou, kterou se lékaři snaží následovat, je aktivní imunizace pacientů s HIV infekcí. Jilich, Machala, Staňková¹² ovšem poukazují na to, že použitelné jsou jen neživé očkovací látky (při dodržení všech obvyklých kontraindikací). Očkování živými vakcínami, jako je BCG, spalničky, variola, žlutá zimnice či rotaviry, je považováno za kontraindikaci. Určité možnosti jsou v případě vysoké hladiny CD4+ T lymfocytů (nad 500/μl). Vzhledem ke komplikovanosti celé problematiky je nezbytné, aby očkování a jejich indikace prováděli vždy pouze erudovaní odborníci v regionálním AIDS centru.

Sedláček¹³ zmiňuje, že pozornost je věnována zlepšování imunitního profilu HIV pozitivních osob pomocí více než tuctu imunomodulačních látek. Ty jsou dnes podrobovány rozsáhlým zkouškám.

Současná antiretrovirová léčba má řadu cílů. Virologickým cílem, jak zdůrazňuje Staňková¹⁴, je maximální redukce virové nálože po co možná nejdelší dobu, což v důsledku vede k zastavení či alespoň zpomalení progresu onemocnění a pomáhá zabránit nebo alespoň oddálit rozvoj rezistence. Imunologickým cílem je kvalitativní a kvantitativní rekonstrukce imunitního profilu pacienta, čímž se daří oddálit výskyt oportunních infekcí, které byly a dodnes jsou při selhání terapie jednou z hlavních příčin morbidit a mortality HIV/AIDS pacientů.

¹¹ Staňková (2008), str. 499

¹² Jilich, Machala, Staňková (2008), str. 649

¹³ Sedláček (2008), str. 644

¹⁴ Staňková (2008), str. 501

Významným klinickým cílem antiretrovirové terapie je plnohodnotné prodloužení kvalitního života nemocného. Je třeba zavčas řádně zhodnotit, kdy terapie přestává být pro pacienta prospěšná a stává se naopak zatěžující. Pak je vhodné ji ukončit a přejít pouze na profylaktické režimy k zabránění vzniku oportunních infekcí. Cílem epidemiologickým je redukce a prevence další HIV transmise. Základní profylaktický režim, který vede k významnému omezení vertikálního přenosu HIV pomocí zidovudinu, patří k největším úspěchům antiretrovirové terapie.

Do budoucna je důležité jasně si uvědomit, že se bude zvyšovat výskyt závažných nežádoucích účinků antiretrovirové terapie, bude narůstat rezistence HIV k jednotlivým antiretrovirotikům i k celým skupinám a pravděpodobně se u některých pacientů nepodaří dosáhnout účinné hladiny antiretrovirotika. Problémem bude i cena léčby.

2. 4 Důvody zahájení léčby HIV pozitivních pacientů

Jak bylo již řečeno, antiretrovirové preparáty mají řadu vedlejších účinků. Lékař musí tedy zvážit, kdy nasadit první léčbu. V současné době můžeme vnímat posun zahájení léčby do časnějších stádií.

Ve fázi A a B zahajujeme léčbu v případě průkazu některé oportunní infekce (relativně vzácná situace), při těžkém onemocnění nebo protrahovaných příznacích (hl. při postižení CNS), při nálezů nízkého počtu CD4+ T lymfocytů (<350/mm³) nebo při vysoké virémii (virová nálož > 100 000 kopií/ml) při kontrole ve 3. měsíci.

Sedláček a kol.¹⁵ uvádí, že optimální délka léčby není známa (6 až 12 měsíců), po jejím vysazení pacienta sledujeme za 1, 3, 6, 9 a 12 měsíců. Evropská komise v této fázi doporučuje vyšetřit genotypovou rezistenci (nebo alespoň uložit zmraženou plazmu).

¹⁵ Sedláček a kol. (2007), str. 28-34

Dále autoři¹⁶ stanovují kritéria zahájení antiretrovirové léčby u naivních (dosud neléčených) pacientů takto:

- U osob se symptomy (stadium B a C), při akutním retrovirovém syndromu, u HIV pozitivních gravidních žen po 14. týdnu těhotenství a jejich novorozenců a po expozici HIV pozitivnímu biologickému materiálu by měla být léčba pacientům doporučována vždy.
- U asymptomatických jedinců s $CD4+ < 200/mm^3$ (<15 %) je zahájení léčby rovněž indikováno (podle poslední informace z CROI 2006 je doporučeno zahájení terapie při počtu $CD4 = / < 350/mm^3$). Při $CD4+ 201-350 /mm^3$ ji zahájíme zvláště při rychlém poklesu počtu $CD4+$ (zvážíme ji při $VL > 10^5$, bez ohledu na počty $CD4+$) a u koinfekce HCV.
- Při počtech $CD4+ T$ lymfocytů $> 350 /mm^3$ se v současné době doporučuje léčbu oddálit.
- Při virové náloži $> 10^5 /ml$ budeme častěji měřit počty $CD4+$ a léčbu zahájíme při rychlém poklesu $CD4+$.
- Bez ohledu na $CD4+$ a virovou nálož je individuálně možno zahájit léčbu v odůvodněných případech i dříve.
- Testování rezistence je doporučeno v těch zemích, kde je její prevalence u „naivních“ více než 10 %, při podezření na přenos rezistentních kmenů nebo při jiných rizikách. Nelze-li v těchto případech vyšetření aktuálně provést, je vhodné alespoň uložit zamraženou plazmu.
- Zejména u pokročilejších HIV pozitivních osob s nízkými počty $CD4+ T$ lymfocytů se po zahájení cART můžeme setkat s imunorekonstitučním syndromem (IRIS), vyznačujícím se přechodným zhoršením stavu a výraznou uzlinovou reakcí.

Velmi důležitá je zábrana přenosu HIV na další osoby. Zde se uplatní preventivní zásady bezpečnějšího sexu (používání kondomů/femidomů, informování partnera, nerizikové chování ve vztahu k dalším sexuálně přenosným infekcím, VHB, VHC). Pokud výše zmiňované

¹⁶ Sedláček a kol (2007), str. 28-34

symptomy chybí, doporučuje se vyčkat do 6. Měsíce, a pokud celkový stav pacienta nevyžaduje terapii, dále pacienta sledujeme v pravidelných intervalech a terapii zahájíme až při naplnění daných kritérií.

Machala a Jilich¹⁷, Staňková¹⁸ sjednocují kritéria zahájení antiretrovirové terapie takto:

- léčba chronické HIV infekce (obvykle klinická kategorie B)
- profylaxe vertikálního přenosu HIV infekce
- postexpoziční profylaxe
- léčba akutní HIV infekce.

Autoři dále upřesňují jednotlivé parametry. Chronická HIV infekce u symptomatických pacientů s vysokým rizikem progresu onemocnění do AIDS nebo smrti je nejčastější a nejvýznamnější indikací k zahájení terapie antiretroviriky. V tomto stádiu jsou léky podávány prakticky výhradně v režimu cART, kdy pacient obvykle užívá kombinaci tří přípravků ze dvou různých skupin, většinou 2 NRTI + 1 PI nebo 2 NRTI + 1 NNRTI.

Profylaxe vertikálního přenosu HIV infekce z matky na plod je druhou významnou indikací antiretrovirové léčby. Při optimálním využití všech současných možností farmakologické i nefarmakologické intervence se redukuje riziko přenosu z matky na dítě v průběhu gravidity a porodu z hodnot kolem 20 % za přirozených podmínek na hodnoty 2-3 %. V České republice se dosud narodily 3 děti HIV pozitivní, z celkových téměř 90 dětí narozených HIV pozitivním matkám. Profylaktické podávání antiretrovirik se u těhotné zahajuje ve 14. týdnu gravidity a často není podávána kompletní kombinace cART, ale je obvykle užívána monoterapie zidovudinem nebo kombinace zidovudin a lamivudin. Novorozenec není kojen a po dobu 6 týdnů po porodu užívá zidovudin.

Postexpoziční profylaxe slouží k zábraně přenosu HIV infekce u exponovaných osob ve vysokém riziku, jako je percutánní poranění

¹⁷ Machala, Jilich (2008), str. 72

¹⁸ Staňková (2008), str. 501

kontaminovaným předmětem nebo pohlavní styk. Léky se podávají po dobu 4 týdnů a podle míry rizika přenosu infekce se volí buď kombinace dvou NRTI nebo při vysokém riziku kompletní cART. Postexpoziční profylaxi je třeba zahájit co nejdříve (maximálně do 72 hodin) a při včasném zahájení lze redukovat riziko infekce až o 90 %.

Akutní HIV infekce – indikační kritéria k zahájení antiretrovirové léčby v tomto stadiu onemocnění nejsou dosud jednoznačně stanoveny, zdá se však, že léčba může, alespoň u některých pacientů, výrazně zpomalit progresi onemocnění. Akutní HIV infekce představuje klíčový moment přirozeného vývoje onemocnění, kdy léčbou navozená radikální suprese virové replikace a snížení virové nálože v plazmě zbrzdí diseminaci HIV v organismu a udrží reaktivitu HIV-specifických CD4+ T lymfocytů. Dostatečná funkční schopnost CD4+ T lymfocytů je podmínkou dlouhodobé přirozené suprese HIV, a tím zpomalení progresu HIV infekce. Vždy by zřejmě měla být léčba zahájena u pacientů s těžkým a protražovaným průběhem akutní infekce.

Pokud se lékař rozhodne pro léčbu, měla by být zahájena co nejdříve po potvrzení diagnózy, nejdéle však do půl roku po proběhlé akutní infekci. Zásady jsou stejné jako u chronické HIV infekce, tedy cART. Iniciální léčba akutní HIV infekce má trvat 6 měsíců až jeden rok a pak se lze v průběhu asymptomatického stádia pokusit při velmi nízkých hladinách virové nálože a dostatečně vysokém počtu CD4+ T lymfocytů o vysazení antiretrovirové terapie. Další sledování laboratorních výsledků je však stálou nutností.

V různých příležitostech se v literatuře hovoří o přerušení léčby antiretroviroty. Většina pacientů je odkázaná na dlouhodobé až trvalé užívání preparátů, jejichž nežádoucí účinky nejsou zanedbatelné. Siegel a Sadr¹⁹ shrnují hlavní dopady přerušení terapie. Jasně si uvědomují, že adherence k léčbě u HIV pozitivních s přibývajícím časem klesá. Stejně

¹⁹ Siegel a El-Sadr (2006), str. 8

jako non adherence je poměrně drahá záležitost (nejen nespotřebované, ale také neúčinné léky, náklady na zjišťování rezistencí a nároky na léčbu vzniklých zdravotních komplikací). Obvykle se uvažují dvě strategie vysazení léčby – první směřuje k obdobím, kdy pacient léky neužívá (např. o víkendech léčbu vysadí), nebo druhá strategie - léčbu opět nasadit až podle úrovně počtu CD4+ T lymfocytů. Druhé strategii se věnovala i poměrně rozsáhlá SMART studie, o které autoři referují. Vzhledem k ohromnému počtu zkoumaných osob (5472, 33 zemí, 310 odborných pracovišť) lze považovat tento výzkum za vysoce průkazný. Srovnávání skupiny s přerušovanou léčbou a skupiny s kontinuální léčbou vyšlo jednoznačně ve prospěch léčby nepřerušované.

V osobním sdělení Rozsypal²⁰ upřesňuje současná kritéria cAART AIDS Centra. Terapie je zahájena vždy:

při HIV symptomatologii (včetně TBC)

v asymptomatickém stadiu, klesnou-li biologické markery,

především koncentrace CD4+ buňky pod 350/mm³.

Pokud je zároveň zjištěna koinfekce VHB či VHC, pak je touto hranicí 500/mm³

v období primoinfekce, je-li její průběh komplikovaný, viz Rozsypal a kol.²¹

v případě vertikálního přenosu

v postexpoziční profylaxi

Hlavními výhodami zahájení léčby je menší zasažení organismu virem, pro což slouží virologické argumenty. Nevýhodou je selekce rezistentních mutantů, dlouhodobé užívání toxických látek.

Včasné nasazení medikace může být chápáno jako prevence pro obecnou populaci. Ve své kontroverzní práci Vernazza a kol.²² tvrdí, že HIV pozitivní jedinci bez pohlavně přenosných chorob s potlačenou virémií

²⁰ Rozsypal, osobní sdělení 18. 3. 2011

²¹ Rozsypal a kol. (2010), str. 181

²² Vernazza a kol. (2008), str. 18

je sexuálně neinfekční, tedy nemůže nikoho nakazit sexuální cestou, pokud jsou dodrženy následující podmínky:

- je kompliantní s cART, jejíž efekt musí být zhodnocen lékařem
- má nedetekovatelnou virovou nálož minimálně 6 měsíců
- není současně nakažen jinou sexuálně přenosnou chorobou.

2. 5 Nežádoucí účinky léčby

Adherence k léčbě je přímo úměrná množství a závažnosti nežádoucích účinků, kterých je v průběhu léčby opravdu mnoho. Toxicita antiretrovirových léků je stále vysoká, farmakodynamicky účinné dávky jsou na horní hranici tolerability pro lidský organismus. V prvním roce léčby se nežádoucí účinky projeví minimálně u poloviny pacientů²³. Terapie je v tomto případě změněna či zastavena. Téměř všechna antiretrovirotika způsobují gastrointestinální příznaky, anémie, neuropenie či elevace jaterních enzymů. Různost a závažnost vedlejších účinků má přímý vliv na adherenci k léčbě u HIV pozitivních pacientů. Machala a Jilich²⁴ uvádějí přehledně výčet všech známých vedlejších účinků.

Gastrointestinální poruchy jsou nejčastějšími nežádoucími účinky – nauzea (nejčastěji u zidovudinu), zvracení, bolesti břicha, flatulence, pálení žáhy, průjmy (typické pro PI) a ztráta chuti k jídlu. Problémy ustupují obvykle po 4-6 týdnech. Vhodná je i symptomatická léčba.

Hepatotoxicita je také poměrně častá. Ačkoliv se nejedná o dramatický vzestup laboratorních parametrů, u léčby nevirapinem hrozí po 6-12 týdnech rozvoj jaterního poškození (až jaterní nekróza). Některé nežádoucí účinky mohou způsobit společensky stigmatizující ikterus (Atazanavir).

²³ Machala, Jilich (2008), str. 73

²⁴ Machala, Jilich (2008), str. 73-75

Laktátová acidóza a jaterní steatóza obvykle souvisí s léky NRTI a jen v 1 % případů může mít závažný průběh. Klinickými projevy jsou unavitelnost, myalgie, nevolnost, zvracení, vzednutí a bolest břicha, průjem, dušnost a stav může přejít do jaterního a kardiopulmonálního selhání.

Metabolický syndrom při antiretrovirální léčbě představuje lipodystrofický syndrom, hypertenze, dyslipoproteinémie a inzulinová rezistence. Poruchy rozložení tukové tkáně (lipodystrofický syndrom) bývají nápadné – někde se tuková tkáň kumuluje (uvnitř břicha, šije, prsa), jinde atrofuje (tváře, končetiny a hýždě). První známky jsou obvykle pozorovány po 18 měsících terapie.

Anémie po zidovudinu byla prvním závažným nežádoucím účinkem antiretrovirové terapie. U většiny pacientů však tato makrocytární anémie bývá stabilizovaná na mírné úrovni. U některých pacientů se již po 12 týdnech může dostavit hluboká anémie (s hodnotami hemoglobinu pod 60g/l. Je pak potřeba rychle lék vysadit a zajistit obnovu normální hladiny (transfuze, substituce kyselinou listovou a vitamínem B12 a případně léčba erytropoetinem).

Neutropénie bývá nežádoucím účinkem při léčbě NRTI a PI a vyžaduje přerušování léčby.

Zvýšená krvácivost (při léčbě PI) je vzácným, ale potenciálně nebezpečným nežádoucím účinkem.

Poruchy metabolismu kostí se projevují poklesem mineralizace kostní tkáně (osteopénie) a avaskulární osteonekrózou, nejčastěji při léčbě PI. Postižena je především oblast hlavičky femuru a postihuje asi 1-4 % pacientů léčených cART. Mechanismus vzniku poruch kostní tkáně není zcela jasný.

Zidovudinová myopatie postihuje kolem 3 % léčených pacientů a projevuje se myalgiemi a svalovou slabostí. Příčinou je zřejmě mitochondriální toxicita vedoucí k narušení energetického metabolismu svalového vlákna.

Kloubní poruchy postihující ramenní kloub (adhezivní kapsulitida) byly opakovaně zaznamenány u pacientů léčených indinavirem; úlevu přinese přerušování terapie a symptomatická léčba.

Toxoalergické kožní reakce jsou nejčastější nežádoucí účinky společné všem NNRTI. Na počátku léčby se objevují u 15-20 % pacientů a jedná se obvykle o silný svědivý exantém, který většinou po 2-3 týdnech ustupuje buď spontánně, nebo po krátkodobém podání antihistaminik či kortikoidů. Ukončení léčby je nutné asi u 3 % pacientů.

Bolestivé lokální reakce po enfuvirtidu jsou nejčastější nežádoucí účinky tohoto preparátu. Silná bolestivost a zarudnutí v místě aplikace se objevuje až u 98 % pacientů léčených enfuvirtidem. Tyto lokální reakce obvykle vymizí do sedmi dnů, ovšem u 3 % pacientů je nutné léčbu přerušit. Mechanismus těchto lokálních reakcí není zatím objasněn.

Ostatní dermatologické nežádoucí účinky – kožní hyperpigmentace, xerodemie, zarůstání nehtů či alopecie – se mohou vyskytnout při léčbě indinavirem. Nemají závažný charakter, ale negativně ovlivňují kvalitu života. Příčinou je pravděpodobně vliv indinaviru na metabolismus retinolu prostřednictvím zvýšené aktivity retinoldehydrogenázy.

Hypersenzitivní reakce po abacaviru je zvláštním typem zánětlivé reakce, která se objevuje po zahájení léčby tímto přípravkem u 5-8 % pacientů a je vázána na přítomnost alely HLA-B5701. Příznaky jsou horečka, kožní vyrážka, gastrointestinální a respirační projevy, mohou být přítomné i projevy jaterního poškození. Hypersenzitivní reakce je potenciálně fatální komplikace s úmrtností kolem 0,03 % a při důvodném podezření na ni je nutné podávání abacaviru okamžitě definitivně ukončit.

Neurologické nežádoucí účinky antiretrovirové terapie mohou postihovat jak CNS, tak i periferní nervový systém. Méně závažné projevy CNS toxicity, jako jsou bolesti hlavy, nespavost či zvýšená únava, jsou časté nežádoucí účinky objevující se zvláště na počátku terapie řadou přípravků, především zidovudinu. Mezi závažné neurologické nežádoucí účinky patří především ty neuropsychiatrické při užívání efavirenzu a toxická periferní polyneuropatie.

Neuropsychiatrické nežádoucí účinky efavirenzu postihují až 50 % pacientů zahajujících léčbu efavirenzem a přibližně 2-5 % pacientů musí léčbu ukončit. Mechanismus účinku efavirenzu na CNS spočívá zřejmě ve vlivu na některý z neurotransmiterových systémů. Nástup neuropsychiatrických nežádoucích účinků je obvykle velmi rychlý a většina pacientů hlásí obtíže již během prvních dnů léčby. Typickými projevy jsou závratě, bolesti hlavy, zvýšená únava, poruchy koncentrace, zmatenost až stupor, amnézie, agitovanost, poruchy spánku zahrnující poruchy usínání či naopak somnolenci, mohou se dostavit i halucinace, pocity depersonalizace, katatonie, stavy úzkosti a deprese, manické stavy a dokonce suicidální tendence. Ve většině případů dochází po několika týdnech léčby k ústupu těchto nežádoucích účinků a dlouhodobá perzistence obtíží je vzácná.

Toxická periferní polyneuropatie je nežádoucí účinek typicky spojený s podáváním některých NRTI. Incidence je 10-30% a příčinou je podobně mitochondriální toxicita. Toxická periferní polyneuropatie se projevuje jako postupně se zhoršující symetrické parestézie a bolesti dolních, ale i horních končetin. Účinná terapie tohoto typu periferní polyneuropatie není známá, jediný efekt má vysazení neurotoxické léčby. Bolesti obvykle pak ustupují během 6-8 týdnů, přibližně u 30% pacientů však mohou také přetrvávat dlouhodobě.

Akutní neuromuskulární selhání je vzácný, ale nebezpečný nežádoucí účinek antiretrovirové terapie. Jde o velmi závažný stav s úmrtností kolem 20 %, který se rozvíjí akutně jako komplikace laktátové

acidózy při léčbě NRTI, především stavudinem. Ačkoliv není prokázána pravá příčina, předpokládáme jako příčinu mitochondriální toxicitu a poruchy energetického metabolismu nervových a svalových buněk. Průběh je subakutní až fulminantní s rozvojem ascendentních proximálních paréz a akutní respirační insuficience. Léčba vyžaduje okamžité vysazení NRTI, úpravy hodnot vnitřního prostředí, v nejtěžších případech je nutná intenzivní péče s umělou ventilací.

Indinavirová nefrolitiáza je častý nežádoucí účinek typicky vyskytující se při léčbě tímto přípravkem. Příčinou je rychlý pokles rozpustnosti indinaviru v moči při její alkalizaci. Léčení akutních obtíží spočívá především ve zvýšené hydrataci – vzestup na 3 litry tekutiny denně a krátkodobém podávání analgetik a spasmolytik.

Nefrotoxicita tenofoviru je jediný závažnější nežádoucí účinek tohoto jinak velmi dobře tolerovaného přípravku. Většinou se jedná pouze o lehký pokles clearance kreatininu nebo mírnou hypofosfatémii, ojediněle mohou být přítomné myalgie. U pacientů s normálními renálními parametry je výskyt tohoto nežádoucího účinku extrémně vzácný, rizikovými faktory jsou preexistující renální onemocnění, užívání jiných nefrotoxických léků a nízká tělesná hmotnost.

Imunorestituční zánětlivý syndrom je zvláštním typem nežádoucího účinku antiretrovirové léčby, který není vázán na lékovou toxicitu. Je to prudká imunopatologická zánětlivá reakce, která se paradoxně objevuje v souvislosti s úspěšným zahájením terapie cART a vede ke zhoršení neexistujících, ba dokonce manifestaci latentních onemocnění, zvláště oportunních infekcí či nádorů a některých dalších onemocnění, jako kožní infekce, apendicitidy a některých autoimunních onemocnění. Postihuje zhruba třetinu pacientů příznivě odpovídajících na zahájení této léčby a mechanismus jejího vzniku není zcela objasněn, příčinou je zřejmě mohutná imunologická odpověď podmíněná prudkým zlepšením funkce celulární imunity, vedoucí k lokální nebo systémové intenzivní zánětlivé reakci na preexistující latentní infekci. Tento syndrom, nazývaný IPIS, má

většinou dobrou prognózu a při pokračování terapie cART obvykle dochází k odeznění projevů onemocnění. Byly ale popsány i případy fatálního průběhu.

2. 6 Rezistence k antiretrovirotikům

Machala a Jilich²⁵ definují rezistenci jako schopnost HIV replikovat se i za přítomnosti látky s inhibičním účinkem a považují ji za hlavní příčinu selhání antiretrovirové terapie. Ke vzniku rezistence dochází obvykle v průběhu terapie následkem selekčního tlaku nedostatečně vysokých hladin léku.

Rezistence se tak stává trvalým strašákem HIV pozitivních osob. Obava, že léky nebudou již plnit svou úlohu a HIV pozitivní se stane ohroženým mnoha oportunními infekcemi, je pochopitelná. Proces vytvoření rezistence může být poměrně rychlý. Rychlost vzniku rezistentních kmenů HIV závisí na řadě faktorů – optimálně zvolená léčebná kombinace má za následek maximální supresi virové replikace, a tím pokles statistické pravděpodobnosti vzniku rezistentní mutanty; naopak nedostatečně účinný léčebný režim má za následek suboptimální inhibici replikace, a tím také rychlejší selekci rezistentních mutant viru²⁶.

V těle HIV pozitivního se stále tvoří nové buňky infikované HIV. Při takové produkci sám virus variuje (mutuje), mění svou strukturu. Jedinec je tedy infikován tisíce mírně odlišnými viry, které se ale dále mění a vyvíjejí. Rezistence je fenotypová vlastnost HIV podmíněná změnami virového genomu, ke kterým dochází na samém počátku replikačního cyklu v průběhu reverzní transkripce.

Tento proces není nijak zvlášť nebezpečný pro ty pacienty, kterým nebyla nasazena antiretrovirová léčba. Pokud se nějaké mutace u

²⁵ Machala, Jilich, (2008), str. 76

²⁶ Machala, Jilich (2008), tamtéž

„neléčených“ pacientů vytvářejí, nejsou obvykle tak životaschopné jako původní virus HIV. Nerezistentní HIV se nazývá „divoký“ typ viru.

Pokud je ale pacient léčen, mohou mutace omezovat účinky některých léků. Tyto rezistentní mutace se dále množí a díky svým vlastnostem ve srovnání s „divokým“ typem viru se případně stanou převládajícím typem HIV. To může způsobit rezistenci často na celou skupinu léků. Tomu říkáme křížová rezistence, pacient se stává rezistentní rovněž na podobné léky, ačkoliv je předtím neužíval. Platí to zejména pro léky ze stejné lékové skupiny. Zkřížená rezistence může být různého rozsahu.

Některé léky ztrácejí svou účinnost, jakmile se vyvine byť jediný druh mutace. Patří k nim nevirapine, efavirenz (NNRTI) a 3TC (NRTI). U jiných léků je potřeba, aby se vyvinula řada různých mutací, než tyto léky zcela ztratí svoji účinnost. U inhibitorů proteázy se nejprve vyvine jeden nebo dva druhy mutací (což poněkud sníží účinnost léků), ale pokud pacient bude léky užívat dál beze změny, vyvinou se tak další druhy mutací, které pak zastaví účinnost léků úplně. Někdy lze překonat rezistenci zvýšením dávky léku.

Mutace viru vedoucí k rezistenci na léky vznikají obvykle jenom tehdy, pokud pokračuje léčba a virová nálož neklesá žádoucím tempem. Vysoká virová nálož (množství kopií viru v krvi) zvyšuje možnost rezistence. To je důvod, proč se lékaři stále snaží snížit virovou nálož na co nejnižší úroveň, ale již při množství 50 a 500 kopií/ml se každý den vytváří dost nových kopií HIV na to, aby vzniklo nebezpečí rezistence. Teprve pod úrovní 50 kopií/ml vzniká denně tak malé množství nových HIV, že tvorba mutací je velmi nepravděpodobná. Jestliže po 2-3 měsících je virová nálož stále nad 500 kopií/ nebo po 6 měsících nad 50 kopií, je třeba změnit terapii.

Rezistentním kmenem HIV se lze ovšem také nakazit v rámci primoinfekce – tato situace je pak označována jako tzv. primární

rezistence²⁷. Sedláček²⁸ uvádí, že asi 10 % primárních infekcí je vyvoláno rezistentní mutantou. Pak je samozřejmě výběr léčiv komplikovanější. Proto se nyní obecně doporučuje provést testy rezistence ještě před započítím anti-HIV léčby, nebo dokonce již při zjištění HIV positivity.

Rozvoj rezistence může být podmíněn jak vlivy ze strany pacienta (nízká adherence, poruchy farmakokinetiky), tak i viru HIV samotného, respektive jejich kombinací. Pro dlouhodobý úspěch virové suprese má klíčový význam schopnost pacienta udržet dostatečně vysokou adherenci k léčbě. Nedostatečná míra adherence je jedním z hlavních faktorů vzniku rezistence vůči všem skupinám antiretrovirotik. Ideální míra adherence je 100 % a již při poklesu adherence pod hodnoty 95 % prudce stoupá riziko evoluce rezistence a tím také selhání léčby. Vyžadovaná adherence pro úspěšnou léčbu, píše Staňková²⁹, by neměla poklesnout pod 95 % - což v praxi znamená vynechání jedné dávky léku maximálně 1x za tři týdny.

Pakliže pacient nějakou z dávek léků vynechá či opozdí, pak během této doby hladiny léků v krvi klesnou pod nejnižší úroveň, která ještě zabezpečuje kontrolu nad HIV, a tím i ochranu před rizikem vzniku rezistence.

3. Psychologie nemoci HIV/AIDS

Charakteristika nemoci HIV/AIDS by nebyla úplná bez pohledu psychologa. Ne nadarmo se druhá dekáda boje s touto zákeřnou chorobou nazývá dekádou psychologů. V následujícím textu jen shrneme základní fakta, která jsme publikovali jinde³⁰.

Poměrně „mladá“ infekční choroba je dosud mezi lidmi opředena řadou mýtů. Nejčastěji je spojována s pohlavní promiskuitou, pohlavními

²⁷ Machala, Jilich (2008), str. 76

²⁸ Sedláček (2008), str. 644

²⁹ Staňková (2008), str. 499

³⁰ Braun (2001, 2003, 2008, 2010)

deviacemi či narkomanií. V každém případě nemoc jedince společensky stigmatizuje. Nevyvolává lítost jako v případě rakoviny či jiných závažných chorob a lidé se nesnadno svěřují svému okolí.

Přitom se jedná o nemoc dosud nevyléčitelnou, infaustní, kde přetrvává mínění veřejnosti, že dotyčný má již „smrt na jazyku“. Nemocný tak na sdělení zjištěné diagnózy zůstává osamocen. Má obavy před reakcí rodičů, přátel, svého sexuálního partnera. Obává se také vzniklé aféry a fám, které nemoc provázejí. Není výjimečné, že se k HIV diagnóze přidružují další sexuálně přenosné nemoci. To situaci ještě zhoršuje (povinná depistáž sexuálních kontaktů nemocného).

Všechna stadia Kübler-Rossově³¹ prochází obvykle bez kontaktu s druhými, sociálně se stahuje a dominují poruchy nálady, které ale sám není vždy schopen účelně řešit. Sociální oslabení je často umocněno pocity viny (např. při své nevěře), vzteku (nakažení od svého partnera) a bezmoci (nelze nic dělat). Zcela specifická je situace maminek (gravidních žen), u nichž byla nákaza zjištěna v době mateřství povinnými screeningy. Jejich vlastní obava o sebe je násobena obavou o život svého dítěte. Současná věda neumožňuje dát jasnou prognózu dítěte dříve než za 18 měsíců po porodu.

Všeobecně platí, že se nemoc týká převážně mladých lidí. Mnohdy ještě nemají vybudovaný svůj sociální statut (studenti). Také v partnerském životě obvykle nemají dosud stabilitu, jakou pro sebe potřebují. Na seznámení pak řada z nich rezignuje, obávají se absurdnosti, že by se s nimi chtěl někdo seznámit. V každém případě téma smrti a konečnosti života není „na pořadu dne“.

Nelze zapomínat na klienty z řad injekčních uživatelů drog. Jejich životní styl léčbě mnoho nenapomáhá. Je pro ně typické od problémů spíš utíkat, než se jim postavit čelem. Jejich chování může skutečně být

³¹ Kübler-Ross (1993)

nezodpovědné, což ohrožuje jejich okolí. Podobně nemoc HIV/AIDS diskvalifikuje komerční sexuální pracovníky.

Psycholog by se měl všem osobám věnovat již v době, kdy přicházejí na testy (ať už dopadnou jakkoliv). Měl by vyzvednout jejich zodpovědný přístup, popř. odpovídat na otázky spojené s přenosem HIV a obavami nad svým chováním v minulosti. Všeobecně platí, že informovanost populace o nemoci HIV/AIDS klesá. Doba, kdy velké kampaně burcovaly povědomí lidí, kdy se na každé škole věnovala pozornost prevenci rizikového sexuálního chování, je pryč.

Psycholog by měl také nabízet pomoc při prokázání HIV positivity. Klienti jej vyhledávají (nebo je odesílá lékař), pokud období vyrovnání se s realitou trvá neúměrně dlouho. U pacientů-gayů se nezvykle často spojuje toto období i s coming outem (vyrovnáním se se svou sexuální orientací). Psycholog může hrát i roli mediátora mezi klientem a okolím (např. rodinou, partnerem atd.)

Svou roli sehrává psycholog i v průběhu trvání nemoci. Mnoho klientů vykazuje úzkostnou symptomatologii, somatizují a jsou na sebe často velmi přehnaně zaměřeni. Naopak jiní klienti nemoc bagatelizují, odmítají změnit své (např. sexuální) chování, byť jim to zákon ukládá, atd. Nemoc HIV/AIDS může přinášet i problémy v oblasti zaměstnání, cestování atd. S přibývajícím roky jsou obvykle nemocní konfrontováni s úbytkem kognitivních funkcí na organickém podkladě a dalšími zdravotními obtížemi a jejich život se tím komplikuje.

Nejzásadnějším úkolem psychologa je neustálé zvyšování adherence klientů k HAART léčbě, zabránění vzniku rezistence a mírnění dopadu vedlejších účinků léků na průběh léčby. Tím psycholog markantně přispívá k péči lékařů. Psycholog může využívat toho, že zná klienta dlouhodobě, jeho osobnostní charakteristiky a specifika.

Nejsmutnější fází psychologovy péče o nemocné HIV/AIDS jsou fáze terminální. Vyrovnání se s blížícím se koncem života bývá obtížné. Je zřejmé, že thanatologická péče má svůj význam. Specifickým znakem je to, že klient jednou do klientely psychologa vchází a zůstává až do konce.

Z hlediska psychoterapeutického vedení je zde také několik nepříznivých okolností. Jednak lze konstatovat vyšší procento klientů s poruchami osobnosti, kteří nejsou k psychoterapii motivováni. Ale ani u těch, kteří si psychoterapii sami vyhledají, nelze obvykle zahájit dlouhodobou systematickou péči. Motivace s ústupem somatických obtíží rapidně klesá. Obvykle se tedy psycholog specializuje na krizovou intervenci, krátkodobou podpůrnou psychoterapii, párovou či skupinovou psychoterapii.

Psychologa by při práci s HIV pozitivními klienty vždy mělo zajímat, jaké je jeho sociální zázemí, jak jej dokáže sám aktivně budovat, jaká je jeho osobnostní výbava – především jeho temperamentové vlastnosti, copingové strategie, adaptabilita, intelekt – jeho případná psychiatrická komorbidita, motivovanost k léčbě a ke změně životního stylu, jeho self-efficacy.

Dosud se ne vždy daří pracovat s celým rodinným systémem, jak by bylo potřeba. Není ani dost psychoterapeutických institucí specializovaných na problém HIV/AIDS a na problémy HIV pozitivních cizinců.

4. Pojmy compliance a adherence

Bez vymezení základních pojmů se neobejdeme, v literatuře se kromě nich setkáme i pojmy konkordance (odpovědnost pacienta za léčbu v souladu s doporučením lékaře) a perzistence (kontinuita pokračování léčby po doporučenou dobu).

4. 1 Kompliance

Kompliance a adherence jsou nejen ústřední pojmy této práce, ale také současné medicíny. Lze zaznamenat enormní nárůst odborných článků, jež se zabývají pacienty s nejrůznějšími diagnózami a jejich dodržováním léčebného režimu.

Ještě před deseti lety byly ovšem tyto pojmy v naší psychologické literatuře prakticky neznámé. Přitom důležitost spolupráce pacienta a lékaře zdůrazňovali autoři již dávno. V práci Haškovec³², Heverochova žáka, je pacient vyzýván k důvěře v lékaře, který „vchází do tajů rodinných, ale přináší sem i požehnání, zaplašuje slzy a zármutek rodinných členů a sílu vlévá v poklesající mysl nemocného“. Knoblochová³³ ve své kapitole Motivace k léčbě píše: „lékař má mít dále přehled o silách, které u nemocného podporují snahu o uzdravení, a naopak, které uzdravení brzdí.“

Myslivoček³⁴ ve své poválečné učebnici psychiatrie nabádá, že „nemocný prožívá svou nemoc jinak, než jak se na ně objektivně dívá lékař“. A že „mnoho závisí pro průběh choroby na tom, jak se nemocný staví ke svému onemocnění“.

Jako slovníková hesla se pojmy „kompliance“ a „adherence“ neobjevují – Černocký³⁵, Geist³⁶, Hyhlík-Nakonečný³⁷, Sillamy³⁸, Hartl³⁹. Velký lékařský slovník⁴⁰ vnímá pojmy „adherence“ a „kompliance“ v ryze biologickém duchu (compliance = schopnost roztažení a adherence = přilnutí, např. bakterií ke sliznici).

³² Haškovec (1907), str. 30

³³ Knoblochová (1968), str. 79

³⁴ Myslivoček (1948), str. 201

³⁵ Černocký (1940)

³⁶ Geist (1970)

³⁷ Hyhlík, Nakonečný (1977)

³⁸ Sillamy (2001)

³⁹ Hartl (1993) a (2009)

⁴⁰ Vokurka, Hugo (2010)

Kompliance a adherence se stávají zásadním pojmem moderní medicíny a tudíž i moderní klinické psychologie. Hledají se objektivnější metody, jak kompliance a adherence k léčbě monitorovat a účinně zvyšovat.

Velký podíl na zavedení pojmu compliance a adherence do naší odborné literatury má Křivohlavý⁴¹. Ve svém článku precizně definuje oba zmíněné pojmy.

Baštecká a Goldmann⁴² zavedli pojmy compliance a adherence do klinicko-psychologických učebnic.

Češková⁴³ se specializuje na podíl adherence a compliance u psychiatrických pacientů a vnímá ji jako naprosto nezbytnou součást kvalitní a efektivní léčby.

Shodně s Křivohlavým chápeme pojmy compliance a adherence jako ústřední pojmy vztahu lékař-pacient. Pojem compliance dle něj⁴⁴ charakterizuje ochotu poslechnout lékaře (zdravotníka) a pojem adherence zachování či dodržování toho, co bylo pacientovi lékařem (zdravotníkem) nařízeno.

Kompliance doslova znamená ochotu vyhovět tomu, co druhý člověk ode mne žádá, být povolný k tomu, co druhý člověk ode mne chce, poddat se jeho vůli, vyhovět mu, a tím nastolit určitou harmonii mezi jeho vůlí a mým chováním.

Janů a Racková⁴⁵ upozorňují, že budeme-li překládat slovo compliance (compliance) do češtiny přesně, dozvíme se ze slovníku, že znamená soulad, poddajnost nebo spolupráci – dodržování doporučených postupů.

⁴¹ Křivohlavý (2000)

⁴² Baštecká, Goldmann (2001) a (2003)

⁴³ Češková (2006) a (2008)

⁴⁴ Křivohlavý (2000), str. 272

⁴⁵ Janů a Racková (2004), str. 245

Dle Češkové⁴⁶ lze volně kompliance definovat jako podrobení se instrukcím a radám zdravotního profesionála. Problematická bývá hlavně částečná compliance, která je bariérou optimální účinnosti, často je nepoznaná a podceňována.

Baštecká⁴⁷ dodává, že compliance představuje pozitivní sladění pacientova osobního přístupu k užívanému léku i celé léčbě a vliv tohoto přístupu na výsledek terapie. Ukazuje se, že vliv kvality compliance na efekt léčby je značný a že zásadním způsobem ovlivňuje pacientovu spolupráci se zdravotníky. Vyrůstá nejen z objektivních faktorů, jako jsou třeba vedlejší či nežádoucí účinky léku, ale i z faktorů subjektivních, jimiž může být vztah k personálu nebo osobnostní vlastnosti.

Kompliance vede ke zlepšování stavu i při léčbě placebem. Pokud se zvýší compliance, pak už není medikace tak důležitá⁴⁸.

4. 2 Modely compliance

Pro naši práci je důležité seznámit se základními modely dodržování a nedodržování příkazů lékaře. Budeme vycházet z textu Křivohlavého⁴⁹, který z literatury přehledně stanovuje 6 základních modelů (model učení, kognitivní modely a biomedicínský model).

Model učení – vychází z psychologie operantního učení. Podstatnou charakteristikou zde je existence kladného či negativního důsledku toho, co pacient dělá. Když jsou důsledky (chápané v celé šíři) pro pacienta kladné, pacient bude podruhé opět dělat to, co dělal. Hovoříme o posilování. Jsou-li důsledky daného druhu činnosti pacienta pro něj negativní, mluvíme o neposilování, oslabování, ba až vyhasínání toho, co mělo být děláno. Pochvala posiluje, snížení bolesti také. Lze rozlišit vnější

⁴⁶ Češková (2006), str. 16

⁴⁷ Baštecká (2003), str. 81

⁴⁸ Epstein (1984), str. 386

⁴⁹ Křivohlavý (2002), str. 42-44

a vnitřní podněty (stimuly, incentive). Pochvala je vnější, zlepšení zdravotního stavu vnitřní. Kladné incentive jsou účinnější než negativní.

Kognitivní modely – vycházejí též z psychologie učení, ale kladou větší důraz na to, co si pacient myslí, jak situaci chápe, jak si ji pro sebe interpretuje a jaké jsou jeho představy, postoje a přesvědčení. Toto jeho přesvědčení se týká nejen toho, do jaké míry je to, co mu lékař radí, dobré a prospěšné, ale i toho, do jaké míry je on sám schopen dělat to, co se mu radí, zvládat situaci, do které se dostal, a dodržovat léčebný režim, který je mu předepisován. Následující tři kognitivní modely byly klinicky ověřovány:

a) Model rozumem vedené činnosti (Reasoned Action Model). Vychází z mimořádné důležitosti tzv. intencí (záměrů). Tím se rozumí to, co člověk chce z vlastní vůle dělat. Tento záměr je přitom chápán jako funkce dvou faktorů: postoje – v dané situaci přesvědčení pacienta o tom, že skutečně to, co má dělat, povede k žádoucímu cíli, když to dělat bude, a osobní norma – ta se vytváří na základě toho, co pacient vidí, že lidé, na které se dívá s úctou a kteří jsou mu vzorem, považují za správné či nesprávné. Roli zde hraje i to, jak se tito lidé dívají na snahu dodržovat takové příkazy, které mu lékař dává.

Tento model byl ověřován Millerem, Wikoffem a Hiattem (1992) u pacientů s hypertenzí. Ukázalo se, že chování pacientů je skutečně do určité míry spouštěno faktory, které tento model bere do úvahy. Podstatně důležité z hlediska dodržování příkazů lékaře byly intence pacientů a jejich motivace dělat to, co si lékař přeje. Pouze u kouření se ukázalo, že ačkoliv motivace byla mimořádná, jejich zájem (intence) přestat kouřit byl chabý. U braní léků záměr postupně ochaboval.

b) Model zdravotního přesvědčení (Health Belief Model) uvažuje o čtyřech základních faktorech: 1. vnímání vlastní zranitelnosti či míry podléhání nemocem (susceptibilita) při nedodržení rady lékaře, 2. vnímání závažnosti důsledků nedodržení příkazů lékaře, 3. vnímání rovnováhy mezi tím, co člověk pro své zdraví udělá, a jak se mu to vrátí ve formě

zlepšeného zdravotního vztahu, 4. vnímání překážek, které se kladou do cesty poslechnutí příkazů lékaře.

I tento model byl prověřován, Křivohlavý⁵⁰ uvádí výzkum Bonda, Aikena a Sommervilla (1992) na skupině diabetiků. Tři z uvedených faktorů se ukázaly jako podstatně důležité (užívají však vlastní označení faktorů) z hlediska poslušnosti uposlechnutí příkazů lékaře. První z nich je vztah mezi tím, co to pacienta bude stát a co z toho bude pacient mít. Faktor „terče“, kterým autoři rozumí vnímání určitého symptomu nemoci jako příznaku toho, že jde o opravdu vážné onemocnění, se ukázal účinný při ovlivňování toho, zda pacient bude dodržovat příkazy zdravotníka. Třetí faktor, dle autorů „ohrožení“, definují jako vztah mezi vážností onemocnění a vnímáním vlastní zranitelnosti. Ukazuje se, že má podstatný vliv u krátkodobých onemocnění, nikoliv u chronických chorob.

c) Model osobního přesvědčení o schopnosti zvládat situaci (Self-Efficacy model). V jádru stojí přesvědčení pacienta o tom, do jaké míry je on sám schopen něco udělat či zvládnout určitou těžkost. To podle autorů určuje, zda se pacient pokusí dělat, co dělat má. V souladu s českou psychologickou literaturou překládáme tento model jako vnímání vlastní účinnosti.

Pro ilustraci je Křivohlavým uváděn výzkum Mc Auleyho (1993) u pacientů s nadváhou a kardiovaskulárními obtížemi. Ukázalo se, že tento model umožňuje dobře předvídat, kdo bude a kdo nebude dodržovat nařízené tělesné cvičení. Osobní přesvědčení o tom, že to zvládnou, se ukázalo jako důležité. Výzkum Borelliho a Mermelsteina (1994) ukázal totéž u pacientů, kteří se rozhodli nekouřit. S tímto modelem se často setkáváme při výzkumech adherence u HIV pozitivních pacientů ve světové literatuře.

⁵⁰ Křivohlavý (2000), str. 273

Biomedicínský model dodržování příkazů lékaře je klasickým modelem. Uvádí přehled statisticky zjištěných vztahů mezi různými demografickými aspekty a dodržováním zdravotních příkazů. Zjišťuje se vliv věku, pohlaví, onemocnění atd. Výsledkem bývají zjištění, že např. ženy lépe dodržují předepsaný léčebný režim apod.

4.3 Adherence

Původnější termín compliance však v novějších monografiích nahrazuje pojem adherence. Dokonce bývají oba pojmy zaměňovány. Janů a Racková⁵¹ se domnívají, že compliance vyjadřuje širší terapeutické postupy. Pojem compliance v poslední době dostává do jisté míry negativní nádech. Evokuje totiž slepou poslušnost a bezmyšlenkovitou submisivitu pacienta před jeho ošetřujícím lékařem a nadřazenost lékaře ve vztahu lékař-pacient. Proto je compliance postupně v literatuře nahrazována aktuálnějším termínem adherence, významově posilujícím aktivní roli pacienta či pacientky při léčbě a péči o vlastní zdraví, který vztah lékař-pacient popisuje jako rovnovážný, mající charakter spolupráce, namísto paternalistického přístupu lékaře k pacientovi.

Ve svém zásadním článku Vukovichová⁵² vnímá adherenci jako ideální stav v péči o pacienty s dlouhodobou psychickou nemocí. Upozorňuje však také na to, že je to často nereálné. V řadě případů (především u nedobrovolné léčby) je nutné se spokojit s nastolením compliance.

Termín adherence znamená doslova pevně se držet, věrně respektovat, ba dokonce lpět na tom, co mi bylo přikázáno – a v tom smyslu pak i dodržovat a zachovávat příkazy lékaře. Z psychologického hlediska zde jde jednak o schopnost pacienta dělat to, co je mu nařízeno,

⁵¹ Janů a Racková (2004), str. 245

⁵² Vukovichová (2010), str. 77

jednak o vůli skutečně chovat se tak, jak si lékař (zdravotník) přeje a zahrnuje vůli pacienta zahájit léčbu a užívat léky podle předpisu.

Obecně akceptovatelná definice „adherence k léčbě“ vychází z třicet let starého konceptu Haynese⁵³, který adherence charakterizoval jako míru souznění mezi chováním pacienta, zahrnujícím nejen braní doporučených léků, ale i přijetí dietních návyků či určitého životního stylu, a radou lékaře.

Adherence k léčbě je definována jako míra, se kterou subjekty účastníci se terapie dodržují doporučení a pravidla spojená s léčbou⁵⁴. Vytřísalová⁵⁵ mluví o rozsahu, ve kterém se pacientovo chování (užívání léčiv, dodržování režimových opatření) shoduje s radami zdravotníka nebo s léčebnými standardy. Kromě adherence a compliance zařazuje další pojmy konkordance a perzistence.

V užším významu je pojem adherence zaměřen na pacienta a míru dodržování nařízení a doporučení, daných jemu jeho ošetřujícím lékařem nebo zdravotníkem obecně. Ještě více lze tento pojem omezit na rozsah, jakým se užívání léčivých přípravků pacientem kryje s jejich předepsaným dávkováním, tedy kolik předepsaných dávek pacient ve skutečnosti užil. Opačně pojem non-adherence značí jistou míru nedodržování doporučení a pravidel spojených s léčbou.

Historie výzkumu adherence je poměrně mladá, první studie tohoto typu byly publikovány na začátku sedmdesátých let, kdy se poprvé začalo uvažovat, že neočekávaný neúspěch či selhání terapie nemusí být nutně vinou léku, ale svoji roli může sehrávat i pacient a jeho celkový přístup k léčbě. Od té doby probíhá poměrně extenzivní výzkum této problematiky, kdy bylo celkově ve studiích hodnoceno přes 200 faktorů ovlivňujících adherence k léčbě, bohužel žádný z nich se doposud neprokázal být jejím nezávislým prediktorem. Komplexnost problematiky adherence k terapii

⁵³ Příkryl, Kučerová (2009), str. 171

⁵⁴ Červený (2008)

⁵⁵ Vytřísalová (2009), str. 225

znemožňuje zavedení „zlatého standardu“ výzkumu v této oblasti, kdy obecně nedostatek validních metod je hlavní překážkou výzkumu⁵⁶.

Z dosavadních znalostí vyplývá, že nejlépe lze ovlivnit adherenci zohledněním faktorů souvisejících s léčbou. Pro lékaře to znamená zaměřit se na optimální volbu léku pro konkrétního nemocného a využít všech znalostí o nemocném a možnostech optimální léčby.

4. 4 Způsoby měření adherence

Vzhledem k tomu, že adherence je základním kamenem úspěchu léčby, uvažují lékaři o ověřování míry adherence u svých pacientů. Nelze totiž spoléhat pouze na informace ze strany pacienta. Byly vypracovány mnohé metody měření, které lze členit na přímé a nepřímé.

Přímé metody přinášejí přímý důkaz, že pacient léky opravdu užívá. Nejčastěji se jedná o detekci léčivé látky nebo jejího metabolitu v biologickém materiálu (krev, moč). Detekce je prováděna v pravidelných intervalech nebo náhodně. Okrajově lze užívat i metodu přidávání biologického markeru k podávanému léčivému přípravku.

Přítomnost léčivé látky nebo metabolitu v odebraném biologickém materiálu potvrzuje užití této látky pacientem před analýzou. Ačkoli jsou tyto metody považovány za nejpřesnější a o pacientově adherenci nejvíce vypovídající, nejsou vhodné ve všech případech. Nemusí též vždy zohledňovat rozdíly ve farmakokinetice jednotlivců, přítomnost léčivé látky nemusí zcela jasně značit adherenci k léčbě, stejně jako její nepřítomnost non-adherenci. Mimo to jsou náročné na provedení i ekonomicky. Z těchto důvodů jsou přímé metody uplatnitelné pouze při jediné dávce léčivého přípravku, při občasné podávání nebo při hospitalizaci. Neméně důležitá je technika odběru biologického materiálu. Pokud má léčivá látka krátký

⁵⁶ Červený (2008)

biologický poločas, je například obtížné odhalit fluktuaci pacientovy adherence mezi návštěvami lékaře, takzvaný efekt bílého pláště („white coat effect“).

Pro potřeby měření míry adherence u HIV pozitivních pacientů uvádějí Sedláček, Stehlík a Stožický⁵⁷ metodiku stanovení AZT a jeho glukuronitidu v moči pomocí vysokotlaké kapalinové chromatografie.

Většina užívaných metod je však metodami nepřímými. Jedná se o pozorování zdravotního stavu pacienta, dotazníky a výpovědi pacientů, diáře, počítání tablet, lékové záznamy zdravotnických zařízení a nejnověji elektronické lékovky zaznamenávající čas užití léčivého přípravku⁵⁸.

Každá z těchto metod má svoje klady i zápory. Zdravotní stav pacienta se může zlepšit, i když je jeho adherence k léčbě nulová, stejně tak i při stoprocentní adherenci může dojít k jeho zhoršení. Interview a dotazníky mají tendenci nadhodnocovat pacientovu adherenci k léčbě, v porovnání s výsledky zjištěnými na základě počítání tablet zhruba o 20 %⁵⁹. Se stejným problémem se potýká i stanovení adherence na základě patientských záznamů o vyzvednutých léčivých přípravcích za určitou dobu v lékárně. Tato metoda je použitelná pouze za předpokladu kvalitních dat a navíc pouze v případě, že pacient navštěvuje buď stále stejnou lékárnou, nebo je k dispozici systém centralizovaných patientských záznamů.

Počítání tablet je jednou z nejrozšířenějších nepřímých metod stanovení adherence k léčbě jak v klinických studiích, tak v klinické praxi pro svoji jednoduchost a finanční nenáročnost. Jednoduše jde o spočítání jednotek (tablet, kapslí...), které pacient nevyužíval do další plánované návštěvy svého lékaře, a na základě tohoto jednoduchá kalkulace míry adherence například v procentech. Obdobně lze postupovat i u inhalátorů

⁵⁷ Sedláček, Stehlík, Stožický (2001), str. 80-82

⁵⁸ Červený (2008)

⁵⁹ Červený (2008)

a jiných aplikačních forem s počítadlem dávek. Užívání této metody vyžaduje přesné vedení zdravotnické dokumentace o množství předepsaných a vydaných léčivých přípravků.

Studium adherence na základě dat poskytnutých lékárnou o vyzvednutých léčivých přípravcích za určitou dobu je v poslední době v zahraničí se zaváděním centralizovaných patientských záznamů mezi zdravotnickými zařízeními stále více populární. Kalkulace adherence se provádí na základě údajů o množství vyzvednutých léčivých přípravků, dávkovacího schématu a doby do dalšího obstarání léčivých přípravků. Vzorec pro udání adherence (v užším smyslu slova):

Adherence = $\frac{\text{užité dávky}}{\text{předepsané dávky}} \times 100$ (během sledovaného období, obvykle 180 dní).

Mannheimer a kol.⁶⁰ posuzovali dva nástroje pro měření adherence – každodenní hlášení, které ukazuje počet vynechaných dávek v předchozích třech dnech, a celkové hlášení vynechaných léků za posledních 7 dní. Adherence byla měřena přes 12 měsíců, kdy se zároveň měřily imunologické charakteristiky. Oba nástroje se ukázaly stejně užitečné. Opět se prokázala souvislost adherence s úspěšností léčby. Lu a kol.⁶¹ uvažují o vhodnější periodě sledování adherence, preferuje měsíční periodu (oproti 3 a 7denní, která je v zahraničních studiích obvyklá).

Velkým pokrokem ve výzkumu adherence bylo zavedení mikroprocesorové technologie, jejímž výsledkem je MEMS (Medication Event Monitoring System). Jedná se nejčastěji o speciální lékovku, zaznamenávající přesný čas otevření a vyjmutí dávky. Tato technologie vedla k objevu non-adherentního chování pacientů typu „lékové prázdniny“ („drug holiday“) a již zmiňovaného „efektu bílého pláště“, kdy je pacient plně adherentní k léčbě pouze před návštěvou lékaře. MEMS umožňuje hodnotit adherenci pacienta k léčbě nejen z hlediska kvantitativního, ale

⁶⁰ Manheimer a kol. (2008), str. 161

⁶¹ Lu a kol.(2008), str. 89

zaznamenáváním přesného času otevření lékovky a možností statistického zpracování získaných dat i z hlediska kvalitativního (vynechávané a opožděné dávky, užívání v nevhodnou dobu atd.). Toto je zvláště cenné pro kontrolu adherence např. v klinických studiích, obecně se uvádí, že data získaná pomocí technologie MEMS se nejvíce blíží skutečnosti⁶². I tato metoda má svoje nevýhody, především v nutnosti vhodně předplnit léčivý přípravek z originálního obalu do MEMS lékovky a její neskladnost. Zajímavostí je, že několik studií prokázalo obecně zvýšení adherence k léčbě ve studiích s tímto zařízením, pravděpodobně tím, že pacient si je vědom skutečnosti, že je monitorován⁶³.

Doposud se však žádná z výše popsaných metod nestala standardem výzkumu adherence k léčbě. Podle přesnosti získaných dat a toho, jak se blíží skutečnosti, jsou metodiky řazeny sestupně: MEMS > počítání tablet > patientské záznamy > interview a dotazníky⁶⁴. Problematika adherence k léčbě je komplexní, a proto jsou ve studiích často využívány kombinace jednotlivých metod. V běžné denní praxi jsou využitelné metodiky ve spodní části škály, které jsou nenáročné finančně i na provedení.

4.5 Non adherence

Za určitých okolností pacient léčebný režim přestane dodržovat. Klesá jeho motivovanost k léčbě a vyléčení, a to i v případě velmi závažných chorob.

Mnoho analytiků farmaceutického průmyslu, píše Adamec⁶⁵, se domnívá, že non adherence je jedna z největších překážek pro ekonomický růst firem. Představuje také ohromnou zátěž pro zdravotnický systém. Adherence se podle něj pohybuje na 50-60 % u většiny léků, u

⁶² Červený (2008)

⁶³ Červený (2008)

⁶⁴ Červený (2008)

⁶⁵ Adamec (2007), str.22

některých se pohybuje dokonce jen na 10-20 %. Celosvětově se jedná o ztráty 25 mil. eur ročně.

Jiné údaje uvádějí, že odhad non adherence se pohybuje mezi 15-93 % v závislosti na typu choroby. Vysoká adherence je u infekčních chorob, u krátkodobé léčby antibiotiky je cca 30 % (pacienti ukončují léčbu předčasně). Pokud se navíc jedná o změnu životního stylu a chování, je to 20-80 %. Při krátkodobé léčbě je průměrná adherence 78 %, u chronické klesá k 54 %, u prevence asi 60 %.

Často citovaná studie z roku 1960 říká, že pouze 19 % pacientů v obecné populaci dodržuje 10denní dávku antibiotik⁶⁶.

Vyšší adherence je prý u chronických onemocnění vyžadujících dlouhodobou léčbu (hypertenze, hypercholesterolemie, diabetes, astma, osteoporóza a deprese). Pacienti nejsou stoprocentně adherentní ani v případě, že non adherence pacienta přímo ohrožuje na životě (transplantační medicína).

Nejčastější příčiny non adherence lze shrnout takto:

- 1) strach z vedlejších účinků
- 2) objevení vedlejších účinků
- 3) nedostatek přesvědčení, že předepsané léky skutečně pomohou v léčbě
- 4) strach z možného vzniku závislosti na lécích
- 5) obtíže při zavedení léčebného režimu do běžného života

Řada zdravotnických zařízení i patientských svépomocných organizací nabízí edukační a motivační programy, které mají za cíl podpořit adherenci. Adamec poznamenává, že patientské programy musí vycházet z dobré analýzy populace pacientů a pokrývat tři zásadní oblasti – informace, motivace, podpora – a měly by se dotknout z hlediska zaměření lékařů, pacientů i rodinných příslušníků a přátel. Problémem

⁶⁶ Bergman, Wernere (1963), str. 1335

těchto programů je i používáný jazyk, terminologie. Často ani vysokoškolsky vzdělaní lidé nemusí všemu rozumět. Svůj význam má také sociokulturní specifika pacientů.

Pacienti obvykle také dostávají různé tištěné informační materiály, které by měly jednoduchou formou vysvětlit potřebné léčebné postupy. V některých případech jsme se však v praxi setkali i se situací, že příbalový leták k léku odradil pacienta od jeho užívání.

Vývoj techniky umožňuje vytvořit různá elektronická zařízení – například elektronické dávkovače léků, které signalizují dobu, kdy má být lék podán, a také monitorují, zda skutečně byl lék vyjmut z dávkovače. Mnohdy bývá toto zařízení elektronicky spojeno s ústředím, kde má zdravotník ihned přehled, zda je vše v pořádku. Pokud ne, může neprodleně zjednat nápravu. U medikací, které musí být dodrženy v přesném čase, může zdravotník-operátor upozorňovat na vhodný čas např. SMS zprávou. Svou roli sehrává i internetové poradenství a monitoring, které jsou přístupné 24 hodin denně. Mnohdy se pro ně rozhodnou pacienti, kterým vyhovuje, že „na druhé straně“ je anonymní lékař a i oni mohou zůstat v anonymitě. Vyšší úroveň adherence se ukazuje v případech, kdy léčebné postupy spolunavrhne sám pacient.

5. Adherence a non adherence u HIV

Dva roky po zahájení léčby HIV/AIDS metodou HAART byl publikován průlomový článek Alticeho a Friedlanda⁶⁷, jenž označuje následující období za „Éru adherence“. Autoři uvádějí, že ačkoliv nové léčebné postupy vypadají velmi slibně, řada faktorů bude záviset na samotných pacientech, zda léčba bude účinná. Redefinují AIDS jako zvládnutelné chronické onemocnění. Vyzývají odborníky k zájmu o různé skupiny pacientů a jejich potřeby, k vytváření různých podpůrných strategií

⁶⁷ Altice, Friedland (1998), str. 504

k udržení co nejvyšší míry adherence pacienta k léčbě. Potvrzují spoluzodpovědnost lékařů.

Chesney a kol.⁶⁸ píše, že i když non adherence není nic nového ani specifického pro HIV/AIDS, získala novou pozornost. Je specifickým úkolem. Amberbir a kol.⁶⁹ nazývají adherenci k léčbě „Achillovou patou“ úspěchu léčby. Jak bylo popsáno výše, pokud pacient nedodrží léčbu (a další doporučení lékaře), může v jeho těle virus HIV mutovat a vytvářet tak kopie rezistentní na lék. Nejen že se tím umožní nárůst virové nálože v krvi pacienta, ale pacient sám se tak stává nositelem rezistentního viru, jenž může infikovat další osoby. To výrazně komplikuje jejich případnou léčbu.

Mannheimerová a kol.⁷⁰ studovala zákonitosti dlouhodobé adherence a její dopad na biologické výsledky pro HIV pozitivní pacienty. Za rok se u adherentních pacientů prokazatelně zlepšily biologické ukazatele – snížení virové nálože a zvýšení počtu CD4+ buněk. Adherence předpovídala nedetekovatelné množství viru za rok. Nedetekovatelné množství viru v krvi mělo 72 % účastníků, kteří hlásili 100 % adherenci. Ne-běloši vykazovali nižší míru adherence a starší pacienti vyšší míru adherence.

Studie (Little a kol.⁷¹) ukazuje, že se celková prevalence fenotypové rezistence na jeden či více léků zvýšila z 3,4 % v letech 1995-98 na 12,4 % v letech 1999-2000, a to ve všech lékových skupinách. U rezistence na dva a více léků došlo také ke zvýšení z 1,1 % na 6,2 %. Údaje pocházejí z 10 severoamerických měst. Podobné výsledky ovšem přinesla i studie CATCH z Evropy a Izraele (Wensing a kol.⁷²). U 1600 nově diagnostikovaných pacientů s HIV+ zaznamenali 9,6 % genotypově rezistentních na jeden či více antiretrovirových léků.

⁶⁸ Chesney a kol. (2000), str. 1599

⁶⁹ Amberbir a kol. (2008), str. 265

⁷⁰ Mannheimer a kol. (2002), str. 1115

⁷¹ Little a kol. (2002), str. 385

⁷² Wensing a kol. (2003)

Složitost souvislosti adherence k HAART a rezistence prokázala studie Bangsberga a kol.⁷³ Jednoduché schéma: „non adherence vede k lékové rezistenci“ není úplně přesné. Podle něj jedna čtvrtina všech rezistencí k ART preparátům se objevila u pacientů s mírou adherence 92-100%! Nejčastěji k tomu dochází na úrovni 81%. Ve studiích Harrigana a kol.⁷⁴ a Kinga a kol.⁷⁵ je shodně řečeno, že léková non adherence je nejčastější u pacientů s 80-90% adherencí.

Di Matteo a kol.⁷⁶ konstatuje, že adherence je při dlouhodobém užívání jakýchkoliv léků obvykle 50-75%, u HAART to je podobné jako u jiných chronických nemocí. Zdá se, že je také přibližně 70%. Míra se liší podle toho, jak dodržování léčby posuzujeme. Každá z metod měření adherence má svá specifika a omezení.

Studie Golina a kol.⁷⁷ posuzovala 140 pacientů, jejichž adherence byla zjišťována pomocí tří metod – elektronický uzávěr lékovky, počítání pilulek a vlastní report. Adherence dosáhla v průměru 71%, ale pouze 6% pacientů dosáhlo ideální úroveň adherence – nad 95%.

Nilsson Schönnesson a kol.⁷⁸ zjistil, že ze skupiny 144 pacientů v terapii po dobu 2-3 let tvrdilo 61%, že přesně dodržovalo léčbu, ale jen 39% ve správný čas.

V USA proběhla řada studií, které využívají různé metody měření adherence a monitorují nejrůznější skupiny obyvatel. Manheimerová a kol.⁷⁹ zjistila ve své studii adherenci 85% vlastním reportem, Altice-Friedland⁸⁰ uvádějí 46-88%, Mills a kolegové⁸¹ v rozsáhlé studii uvádějí

⁷³ Bangsberg (2004), str. 696

⁷⁴ Harrigane a kol. (2005), str. 339

⁷⁵ King (2003), str. 118

⁷⁶ Di Matteo (2002), str. 794

⁷⁷ Golin (2002), str. 756-765

⁷⁸ Nilsson Schönnesson a kol. (2006), str. 406

⁷⁹ Manheimerová a kol. (2002), str. 1115

⁸⁰ Altice, Friedland (1998), str. 503

⁸¹ Mills (2006), str. 438

rozmezí 33 - 88 %. Paterson a kol.⁸² u svých pacientů potvrzuje 75% adherenci (měřeno systémem MEMS). Bangsberg a kol.⁸³ studoval chudé obyvatelstvo a zjistil míru adherence 89 % vlastním reportem, 73 % počítáním pilulek, 67 % pomocí MEMS. V další studii pak Mills a kol.⁸⁴ srovnával míru adherence v 31 studiích ze Severní Ameriky a 27 studiích ze subsaharské Afriky. Zjistil průměrnou adherenci 55 %, resp. 77 %. Wagner a kol.⁸⁵ sledoval pacienty se závažnou psychickou nemocí a zjistil jejich míru adherence 66 % (metodou MEMS). Howard a kol.⁸⁶ dokládá 64 % metodou MEMS ve skupině žen. Mc Nabb a kol.⁸⁷ odhalil ve skupině městských osob s historií injekčního užívání drog míru adherence 80 % počítáním pilulek a 53,5 % metodou MEMS. Arnsten a kol.⁸⁸ u takových osob uvádí míru adherence 78 % vlastním reportem a 53 % formou MEMS.

Od roku 1996, kdy se v masovém měřítku rozšířilo využívání HAART, bylo provedeno mnoho výzkumů důvodů non adherence a hledají se cesty, jak míru adherence zvýšit.

Důvody non adherence u pacientů v Mississippi (v USA problémový region) hledá Rivet Amico⁸⁹. Sledovaných 72 pacientů, kteří vynechali dávky léků v posledních třech dnech, uvádělo nejčastěji jako důvod: neměli lék u sebe, zaspali čas, kdy měl být lék aplikován, lék jim došel, byli zaneprázdněni jinými věcmi a jiné. Tyto důvody byly v podstatě shodné u různých skupin respondentů, ale ukazuje se, že intervence k posílení adherence by měly respektovat, že stigma, genderové odlišnosti a omezené možnosti mají zde svůj vliv.

⁸² Paterson a kol. (2000), str. 21

⁸³ Bangsberg a kol. (2000), str. 357

⁸⁴ Mills (2006), str. 679

⁸⁵ Wagner a kol. (2003), str. 179

⁸⁶ Howard a kol. (2002), str. 2175

⁸⁷ McNabb a kol. (2001), str. 700

⁸⁸ Arnsten a kol. (2001), str. 1417

⁸⁹ Rivet Amico (2007), str. 1210

Studie Mellinse a kol.⁹⁰ zkoumá faktory spojené s adherencí u HIV pozitivních s vysokým rizikem non adherence – lidé žijící s psychickým onemocněním zneužívající drogy. Studie zkoumala 1138 HIV pozitivních s psychickou nemocí a zneužíváním drog v posledním roce, s tím spojené problémy, demografické charakteristiky, využití péče v posledních třech měsících, zdravotní stav, jejich víru a dodržování medikace vlastním reportem. Mezi respondenty bylo 62 % medikovaných a 45 % z nich uvádělo výpadky v užívání v posledních 3 dnech. Non adherence byla spojena s vyšší virovou náloží. Faktory byly spojeny s užitím drogy, alkoholu, zvýšenou úzkostí, menší účastí na lékařských kontrolách, vynecháváním psychofarmak a nižší vírou. Zvýšená úzkost byla významně spojena s non adherencí, nezávisle na zneužívání drog. U této komorbidity je nutné pracovat na zvýšení adherence.

Falagas a kol.⁹¹ uvažují socioekonomický statut jako determinantu adherence k léčbě. Hodnotí 116 studií s tímto tématem a 17 monografií. Z těchto studií jen jedna třetina našla statisticky významnou souvislost mezi adherencí a sociálním statutem. Nelze tak souvislost jednoznačně prokázat.

Alfonso a kol.⁹² se zabývali psychologickými otázkami, které mají vliv na adherenci k léčbě u pacientů na multilékové záchranné léčbě (MDRT), užívané u dlouholetých pacientů, často se špatnou prognózou, neboť mnoho možností léčby nezbyvá. MDRT může být spojena s četnými denními dávkami, vyšší zátěží tabletami, zjevnou toxicitou a lékovými interakcemi. To vše může snižovat adherenci. Studie zkoumá konvergence a divergence mezi pacienty a zdravotníky, s cílem poznat mezery v léčbě a faktory, které mohou mít vliv na adherenci k MDRT. Vynořila se shodná témata: vývoj pracovního vztahu a faktory léčby, požadavky na informace a připravenost k léčbě. Nebyly rozdíly ve významu vnímané perspektivy. Pacienti i lékaři souhlasili s potřebou připravenosti, dobrovolnosti a

⁹⁰ Mellins a kol. (2009), str. 168

⁹¹ Falagas a kol. (2008), str. 13

⁹² Alfonso a kol. (2009), str. 119

schopnosti zahájit MDRT, což maximalizovalo adherence. Lékařovy představy o zahájení MDRT založené pouze na zdravotních důvodech musí být prodiskutovány pro zajištění pacientovy adherence. Adherence k MDRT vyžaduje podstatné změny chování, což se ukázalo jako hlavní problém. Nechat čas pro vytvoření odpovědnosti za léčbu může optimalizovat adherence. Je rozhodující dát pacientům čas na informované rozhodnutí, prozkoumat a řešit jejich ochotu a připravenost svěřit léčbu a vytvořit si vztah k lékaři, což může podpořit adherence.

Kremerová a kol.⁹³ uvažují duchovní víru a vědomí těla jako bariéry či stimuly k rozhodnutí o HIV léčbě a adherence k léčbě. Na základě rozhovorů se 79 pacienty, kterým lékař nabízel antiretrovirové léky, se ukázalo, že rozhodování bylo ovlivněné se zdravím související duchovní vírou (víra v Boha, pomoc vyšších sil a ochrany, boží vyšší síla ovládající zdraví) a vírou ve své tělo (mysl ovládá tělo, tělo si řekne, kdy začít s léčbou). Věřící v Boha častěji odmítnou léčbu a svému tělu pravděpodobněji odkládají léčbu. Věřící, kteří pomocí víry lépe zvládali vedlejší účinky, měli významně lepší adherence a méně vedlejších účinků. Méně vedlejších účinků bylo významně spojeno s vírou v myslí ovládané tělo, vírou v Boha, v pomoc vyšších sil, ochrany. Duchovno pomáhá adherence.

Mannheimerová a kol.⁹⁴ dokládá, že kvalita života HIV pozitivních s HAART má vliv na adherence. Její studie hodnotí změny v kvalitě života během léčby u 1050 osob. Významné zlepšení kvality života bylo vidět po 1-4 měsících nového léčebného ART režimu a vydrželo po 12 měsíců. Účastníci, kteří uváděli 100% adherence, dosáhli významně vyšších skóre než ti s horší adherence, zvláště pokud 100% adherence vydržela. Ti s adherence nad 80 % měli horší skóre po 12 měsících než na začátku, ti s menší adherence než 80 % měli zhoršení.

⁹³ Kremerová a kol. (2009), str. 127

⁹⁴ Mannheimerová a kol. (2005), str. 10

Alfonso a kol.⁹⁵ se zabývá pacienty, kteří udržují nezjistitelnou virovou nálož. Jeho studie zkoumá, jak dosáhli tohoto úspěchu. Účastnilo se 20 pacientů infekčních klinik ve městských centrech. Ze 438 shromážděných významných faktorů bylo 316 hodnoceno jako nápomocných a 122 jako neúčinných. Nápomocné zahrnovaly: vyřešení nerozhodnosti, využití osobních sil, pěstování pomocných vztahů. Neúčinné kategorie byly nálada, nedostatek sociální opory, finanční potíže a medicínské faktory. Výsledky této studie podtrhují úsilí pacientů udržovat své zdraví a připomenout zdravotníkům, aby nepředpokládali, že pacienti nečelí nepřetržitým podnětům. Výsledky předkládané studie naznačují, že psychosociální faktory přispívají ke zlepšením klinických výsledků pacientů užívajících HAART.

Park⁹⁶ se ve své studii pokouší určit, zda dodržování lékařských kontrol brzy po nasazení HAART je prediktor dlouhodobého léčebného efektu. Studium 387 HIV pozitivních dospělých trvalo nejméně jeden rok od nasazení HAART, mezi lednem 1998 a prosincem 2004. Analýza odhalila, že pokročilé klinické stádium, méně nových léků v HAART a delší celková uplynulá doba bez návštěv lékaře jeden rok od nasazení HAART byly významné rizikové faktory pro výskyt zdravotních komplikací spojených s AIDS nebo smrtí. Dodržování lékařských návštěv krátce po nasazení HAART je nezávislý prediktor dlouhodobého klinického postupu u pacientů.

Colombrini⁹⁷ zkoumá rizikové faktory non adherence HAART a porovnává, zda některý v literatuře uvedený faktor nemůže být spojen s non adherencí a může ji predikovat. Analýza se týkala 60 osob, které vcelku dodržovaly léčebný režim. Adherence se objevila u 73,3 % respondentů. Analýza ukázala, že černoši měli vyšší riziko non adherence. Ti, kteří nereferovali o vedlejších účincích, se ukázali jako rizikovější. Adherence byla v této studii vyšší, než se obecně uvádí v literatuře.

⁹⁵ Alfonso a kol. (2006), str. 326.

⁹⁶ Park (2007), str. 268

⁹⁷ Colombrini (2008), str. 490

Sociodemografické a kulturní faktory mohou bránit kompliance s HAART. Důležité dle autorů je také věnovat pozornost depresivním symptomům.

Vědecké výzkumy se provádějí na celém světě, hledají se obecné i specifické faktory adherence či non adherence.

Mo a Mak⁹⁸ se zabývaly úmyslnou a neúmyslnou non adherencí u 102 pacientů v Hongkongu. Zjistili, že pouze 26,5 % respondentů, kteří prošli sledováním, byli adherentní. Jednalo se o starší pacienty s vyšší mírou vnímání vlastní účinnosti (self-efficacy). Ti neúmyslně nonadherentní byli diagnostikováni dříve a také začali léčbu dříve než ti úmyslně adherentní. Úmyslně adherentní měli horší duševní zdraví, vyšší stupeň sebestigmatu a únikových strategií než neúmyslně neadherentní. Další zajímavé závěry lze najít ve výzkumu Biadgiligna a kol.⁹⁹ citovaném níže.

Pinhero a kol.¹⁰⁰ se zabývali populací HIV pozitivních na HAART z jižní Brazílie, zkoumali 195 osob (vlastním reportem), kde jen 56,9 % bylo příslušně adherentních. Hlavním výsledkem studie bylo, že nejvýraznějším prediktorem adherence bylo vnímání vlastní účinnosti (self-efficacy), dále pak frekvence užívání léků. Ze sociodemografických položek hrála roli jen doba vzdělání. Vnímání vlastní účinnosti zvyšuje adherenci a snižuje vnímání tělesných obtíží.

Problematický region je Afrika. Amberbir a kol.¹⁰¹ zjistil nadějnou míru adherence 94,3 % u 400 pacientů ze svého vzorku. Častěji adherentní byli pacienti s dobrou sociální oporou, kteří netrpěli depresí. Sociální opora a pomůcky pro zapamatování byly nezávislé ukazatele adherence. Autoři ovšem připomínají, že adherence je dynamický proces, který nelze spolehlivě předpovědět, neboť se týká takových lidských vlastností, které se mohou v čase měnit.

⁹⁸ Mo a Mak (2009), str. 785

⁹⁹ Biadgilign (2009), str. 148

¹⁰⁰ Pinhero (2002), str. 1173

¹⁰¹ Amberbir (2008), str. 8

Klienty šesti nemocnic v Addis Abebě zkoumal Biadgilign a kol.¹⁰² Jednalo se o rodiče HIV pozitivních dětí (jak dobře adherentních, tak non adherentních). Ukázalo se, že pro rodiče jsou překážkami: léková zátěž, strach ze stigmatu a diskriminace, cena a dostupnost dopravy, nepochopení prospěchu z léčby, ekonomické problémy domácnosti, nedostatečná výživa. Adherenci podporovaly připomínkové nástroje, následné poradenství, znaky zlepšení zdravotního stavu dítěte, blízkost kliniky a odkrytí HIV statusu v okolí.

Sherrová a kol.¹⁰³ podrobně zkoumala podmínky dodržování ART v Británii. Na vzorku 779 mužů a žen dokázala, že začátečníci s léčbou a ti, co jen jednou měnili léky, udávali výrazně nižší míru symptomatických obtíží a vyšší kvalitu života než ti, co léčbu měnili opakovaně. Ti vykázali vyšší míru zátěže a distresu. Ti, co léčbu ukončili, vykázali nižší míru kvality života a téměř pětina z nich se nikomu se svou HIV pozitivitou nesvěřila. Míra sebevražedných myšlenek se u jednotlivých skupin nelišila. Autoři doporučují změny v léčebné kombinaci posoudit s ohledem na psychologický dopad.

Cohen a kol.¹⁰⁴ sledoval skupinu 56 HIV pozitivních imigrantů – etiopských Židů – v Izraeli. Ukázalo se, při použití citlivého kulturně modifikovaného nástroje (SRQ-E), že existuje vztah mezi psychickým distresem, psychosociálními proměnnými a množstvím CD4+ a virovou náloží. Autoři také našli souvislost mezi adherencí k léčbě, množstvím životních stresorů a mírou sociální opory.

Naik a kol.¹⁰⁵ píše o léčebných nákladech jako hlavní překážce adherence k HIV/AIDS léčbě pacientů z nižší střední třídy v Mumbáí v Indii. Jeho studie charakterizuje sociální, ekonomické a behaviorální faktory nejčastěji spojené s adherencí k HAART v městech Indie.

¹⁰² Biadgilign (2009), str. 148

¹⁰³ Sherrová (2008), str. 442

¹⁰⁴ Cohen (2007), str. 45

¹⁰⁵ Naik (2009), str. 23

Při hodnocení adherence se zkoumaly příjmy, vzdělání, znalosti o jejich lécích, doprava, vedlejší účinky, náklady na léčbu, vzdálenost od kliniky a spokojenost s klinikou. 75 % pacientů ohlásilo, že náklady na HAART byly jedinou překážkou. Navíc se ukázalo, že ti, co měli znalosti o svých lécích, byli více adherentní a ti, co zneužívali drogy či alkohol, byli méně adherentní. S jinými faktory nebyla korelace.

I práce Barclého a kol.¹⁰⁶ ukazuje, že u HIV pozitivních respondentů do 50 let byla zjištěna dvojnásobně nižší míra adherence než u starších. Potvrzuje dále, že u mladší skupiny byla hlavním faktorem non adherence nízká míra vnímané vlastní účinnosti a nedostatek vnímané účinnosti léčby, u starších respondentů snížená míra neurokognitivních funkcí. U mladších lze vycházet z modelu přesvědčení o zdravotním stavu (Health Beliefs Model).

Jednotlivé výzkumy nás inspirují k tomu, že je třeba věnovat pozornost specifickým skupinám obyvatelstva. Mezi ně patří populace dětí a jejich rodičů, ženy, narkomani, vězňové a třeba i bezdomovci. Zároveň však jsou specifickou skupinou ti, jejichž adherence opakovaně selhala.

Specifická situace je v adherenci dětí a dospívajících. Wrubel¹⁰⁷ ve své studii prokazuje, jak tato adherence souvisí s tím, jak se k léčbě staví rodiče dětí a dospívajících. Adherence rodičů má vliv na adherenci dětí. Pokud rodič negativně prožívá vedlejší účinky léčby svých dětí, pak se adherence snižuje. Murphyho¹⁰⁸ výzkum 231 adolescentů z USA zase ukazuje, jak důležité je u této populace sledovat pravidelnost docházky do školy, užívání alkoholu a také depresivní symptomatologii. U dlouhodobě léčených je pak nezbytné zařadit podpůrné intervenční programy, jinak adherence klesá. Jen 50 % adolescentů si dokázalo udržet nulovou virovou nálož v průběhu této studie.

¹⁰⁶ Barclé a kol. (2007), str. 40

¹⁰⁷ Wrubel a kol. (2005), str. 2423

¹⁰⁸ Murphy a kol. (2005), str. 764

Hosek a kol.¹⁰⁹ také studoval adherenci k léčbě mezi mladými. Cílem bylo prozkoumat negativní vliv poznávacích schopností, formálního uvažování a zneužití látek na adherenci k léčbě u mladých. 66 % respondentů vynechalo dávku v posledním týdnu a 42 % vynechalo dávku předchozí den. Analýza ukázala, že jak deprese, tak věk prvního užití marihuany byly statisticky významnými prediktory non adherence.

Naar-King a kol.¹¹⁰ zjišťuje, že u této populace sociální opora není spojena s adherencí, ale sociální opora spolu s dodržováním medikace je spojena s vnímanou vlastní účinností (self-efficacy). Pokud se tedy tato vnímaná vlastní účinnost (self-efficacy) zvýší a možný distress sníží, třeba pomocí KBT, lze očekávat zvýšení adherence.

Studie Veinota a kol.¹¹¹ se zaměřila na hlavní témata adherence u dospívajících mezi 12-24 lety v Kanadě. Mnozí netušili, proč jsou vlastně léčeni, léčba bránila jejich procesu identifikace s okolím. Ukázalo se, že mladí potřebují specifický druh intervencí pro dosažení optimální adherence.

Simoni¹¹² zkoumá specifika adherence u dětské populace. Shah¹¹³ dodržování HAART u dětí (jen 50% adherence).

Marhefka a kol.¹¹⁴ studovali zkušenosti s pediatrickou ART z hlediska tří faktorů: režimu zodpovědnosti, překážek adherence a strategie zapamatování vzít si lék. Výzkum se týkal pečovatелů o děti ve věku 2-15 let. Tři čtvrtiny rodičů hlásilo minimálně 90% adherenci svých dětí v posledním půlroce. Nejvíce uváděli, že mají odpovědnost za medikaci svých dětí. Více než polovina rodičů uváděla nějakou překážku v adherenci. Ti, co hlásili více překážek v adherenci, měli také méně adherentní děti. Těmito bariérami bylo zapomínání, změny v rutíně,

¹⁰⁹ Hosek a kol. (2005), str. 166

¹¹⁰ Naar-King a kol. (2006), str. 44

¹¹¹ Veinot a kol. (2006), str. 261

¹¹² Simoni (2007), str. 1371

¹¹³ Shah (2007), str. 55

¹¹⁴ Marhefka a kol.(2008), str. 637

zanepřázdnění a odmítání léku dítětem. 86 % rodičů hlásilo nějakou strategii zapamatování, což nemělo na adherenci vliv. Užití více strategií zapamatování souviselo s vyšší pravděpodobností, že hlásili zapomínání jako překážku. Pro některé rodiny s organizačními a motivačními těžkostmi v adherenci nestačí používání číselně paměťových strategií. Intenzivnější intervence, jako domácí asistence dávkování ošetřovatelkou, může být nezbytná.

Práce Merzelové, Van Devanterové a Irvinové¹¹⁵ se zabývala adherencí mezi dospívajícími. Nástupem dospívání obvykle míra adherence klesá. Rozhovory s 30 lékaři z New Yorku, kteří se starají o 14 dětí ve věku nad 10 let (nakažené byly perinatálně), odhalily několik psychosociálních příčin non adherence. Únava z braní léků a odpor k léčbě byly hlavním problémem mezi nejstaršími dětmi. Někdy se podařilo, že lékař nabídl dítěti spolupráci při užívání léků. Sdělení HIV statutu dítěti se ukázalo jen jako omezeně úspěšná podpora adherence. Sociální opora měla nepřímý vliv na adherenci, především když zdravotník pomohl v případě potřeby. Zdravotníci byli důležitým zdrojem vysvětlení a podpory pro rodiče. Studie ilustruje souhrn končícího dospívání s dalšími souvisejícími psychosociálními faktory, jež mají vliv na adherenci u starších dětí a dospívajících.

Merenstein a kol.¹¹⁶ se zabýval souvislostmi zátěže péče o dítě, složením rodiny a adherencí k ART u 1419 adherentních žen v USA. Jak počet, tak „typ“ dospělých žijících v domácnosti, právě jako využití zdravotní péče, nebyly spojeny s mírou adherence. Větší zátěž péčí o dítě a počet dětí osmnáctiletých a mladších v jedné domácnosti byly nepřímo úměrné adherenci k HAART. Zhodnocení potíží v péči o dítě a složení domácnosti patientek tudíž musíme vzít v úvahu při rozhovoru o adherenci k HAART.

¹¹⁵ Merzelová a kol. (2008), str. 977

¹¹⁶ Merenstein a kol. (2009), str. 289

Fumaz a kol.¹¹⁷ zkoumali vzorek 107 HIV pozitivních žen (věk <46 let) v ART terapii. Ženy s menstruačními obtížemi měly nižší míru adherence, nižší míru uspokojení se sexuálním životem. Více než polovina dávala své menstruační obtíže do souvislosti s ART medikací (tato podskupina měla výrazně nedostatečnou adherenci). Konstatují, že pacientovy názory a přesvědčení o souvislosti mezi ARV medikací a jeho ostatními zdravotními obtížemi by měly být vždy posouzeny před vytvořením strategie intervence v klinické praxi, obzvláště pokud se zdá adherence nedostatečná.

Práce Arrivillagové a kol.¹¹⁸ se zabývá sociální pozicí, genderovou rolí a adherencí k léčbě mezi 269 kolumbijskými ženami žijícími s HIV/AIDS. Cílem bylo analyzovat vztahy mezi adherencí k léčbě a sociálním postavením žen s HIV/AIDS. Ženy nižšího sociálního postavení měly výrazně vyšší pravděpodobnost nízké adherence k léčbě a většina sociálních pozic měla výrazný vliv na adherenci. Proměnné typu národní zdravotní plán, HIV pozitivní dítě, úroveň virové nálože byly statisticky spolehlivé v předpovědi adherence k léčbě u účastnic studie. Účast v dotovaném zdravotním plánu nebo nepojištění predikovalo špatnou adherenci oproti členství v příspěvkovém plánu. Ženy s HIV pozitivními dětmi a virovou náloží vyšší než 400 kopií/ml měly nižší adherenci. Zlepšování adherence k HAART u kolumbijských žen vyžaduje odstranění bariér v systému národní zdravotní péče a komplexní zdravotní službě a zavádění programů, které vezmou v úvahu roli ženy jako matky. Nálezy zdůrazňují potřebu integrovat faktory vycházející z genderové nerovnosti a sociálního postavení v analýze adherence k léčbě a obhajovat sociální determinanty zdravotního přístupu.

Visnegarwala a kol.¹¹⁹ zkoumá adherenci žen, které zahajovaly terapii. Léky jim byly podávány kurýrem, na klinice lékařem, nebo je braly doma. Ukázalo se, že služba kurýra zvýšila adherenci i po skončení jeho

¹¹⁷ Fumaz a kol. (2009), str. 463

¹¹⁸ Arrivillagová a kol. (2009), str. 502

¹¹⁹ Visnegarwala a kol. (2006), str. 332

docházení, a navíc se zvýšila spokojenost žen. Užívání na klinice se ukázalo také úspěšné, byť po skončení adherence klesla.

Cohn a kol.¹²⁰ zkoumali ART adherenci a zdravotní chování u 149 žen s HIV v průběhu a po ukončení těhotenství. Využili vlastních reportů žen a jako adherentní označovali ty, které po dobu 3 měsíců nevynechaly dávku. Ukázalo se, že ženy závislé (i v minulosti) na drogách a ty, které i v průběhu těhotenství nebraly pravidelně předepsané vitamíny – a stačil jeden z těchto faktorů – nebyly v budoucnu adherentní.

Reback¹²¹ se zaměřil na adherenci mezi homosexuálními a bisexuálními závislými na metamfetaminu. Zjistil, že překážkami u plánované non adherence bylo vyrovnání se s náročným režimem užívání léků, sexuální chování pod vlivem drog a obava z míchání drog a léků. Nehovořili o non adherenci, prý jen dosáhli kontroly nad svými životy. Neplánovaná non adherence byla způsobena drogami a narušeným režimem jídla a spánku.

Purcell a kol.¹²² dokazuje úspěšnost vrstevnického programu mezi injekčními uživateli drog jako prevenci dalšího šíření HIV sexuální a injekční cestou a zároveň podpory adherence. Spire¹²³ hodnotí substituční program opioidů (OST) a Sorensen a kol.¹²⁴ zlepšení adherence u metadonových účastníků pomocí intervence, která se ukazuje jako efektivní.

Atkinson a kol.¹²⁵ zkoumali 130 Afroameričanů závislých na cracku/kokainu s nasazeným HAART. Autoři vytvořili model dodržování časového rozvrhu užívání léků. Nepříznivý dopad psychické nepohody může být zmírněn kvalitou vztahu mezi pacientem a lékařem. Adherence souvisela i s vnímanou vlastní účinností (self-efficacy). Potenciální

¹²⁰ Cohn a kol. (2008), str. 29

¹²¹ Reback a kol. (2003), str. 775

¹²² Purcell a kol. (2007), str. 35

¹²³ Spire (2007), str. 262

¹²⁴ Sorensen a kol.(2007), str. 54

¹²⁵ Atkinson a kol.(2008), str. 260

intervence může být vzájemné poradenství (peer counselling) a sociální podpora (social support). Doporučují vzdělávací semináře pro lékaře a sestry – medicína zaměřená na pacienta (patient-centered medicine).

Knowlton a kol.¹²⁶ zkoumal 466 heterosexuálních HIV pozitivních uživatelů drog ze čtyř měst v USA, kteří byli na HAART. Výrazně lepších výsledků dosahovali ti s emoční podporou, se stabilním bydlením a s lepším počátečním zdravotním stavem. Úspěšní byli také ti, kteří uvedli dobrou komunikaci s lékaři (naslouchá mi, pomáhá mi se rozhodnout). Afroamerický původ současně se zneužíváním drog souvisely jen okrajově. Kromě toho i míra vnímané vlastní účinnosti hrála významnou roli.

Carrico a kol.¹²⁷ zkoumal 858 HIV pozitivních účastníků, kteří vlastním reportem uváděli rizikové chování z hlediska přenosu HIV. Zabýval se užíváním drog, emotivitou, imunostatutem a non adherencí. Zjistil, že pravidelní uživatelé drog měli 5x vyšší virovou nálož a byli dvakrát více non adherentní. Pokud by se podařilo více pracovat s emotivitou pacientů, lze očekávat lepší výsledky.

Studie Varely a kol.¹²⁸ se zabývala adherencí u 38 mužů a žen, kteří kromě HIV positivity byli také uživatelé drog a měli další psychiatrické onemocnění, medikované psychofarmaky. Vypovídali, že lidé kolem nich (partneři, rodina, lékaři) měli svou významnou roli v adherenci k psychofarmakům. Důvodem non adherence byl strach z relapsu, vedlejší účinky léků, toxicity léků, stigma, nedostatek kontroly nad léčbou a silná pohnutka k prodeji léků. Autoři nabízejí strategie pro lékaře, které mohou vést ke zlepšení adherence u pacientů. Tyto strategie vycházejí z raportu mezi lékařem a pacientem: zajistit čas na vznik raportu, probírat nežádoucí účinky, nabízet vhodný čas kontrol, nebát se podpurných prostředků

¹²⁶ Knowlton a kol. (2006), str. 486

¹²⁷ Carrico a kol. (2007), str. 785

¹²⁸ Varela a kol.(2007), str. 5

adherence (včetně denních záznamů, připomínkových zařízení), nabízet podpůrné programy a zájem o sociální zázemí a oporu klientů.

V jedné ze svých studií Parsons a kol.¹²⁹ zkoumali 143 mužů a žen, alkoholiků, na HAART. Část z nich absolvovala intervenční kurz na principu KBT. U všech se měřila virová nálož, množství CD4+ buněk, adherence (vlastním reportem) a množství vypitého alkoholu. K vyhodnocení došlo po třech měsících a po půl roce. Ačkoliv se stav pití nezměnil, po třech měsících došlo ke zlepšení adherence a biologických výsledků. Po půl roce se však neudržely. Bez zpevňujících sezení se tedy nedá předpokládat trvalý efekt u alkoholiků.

Parsons a kol.¹³⁰ zkoumali také další faktory, které ovlivňují výsledek léčby na vzorku 275 žen a mužů alkoholiků. Jednalo se o dopad alkoholismu, vnímanou vlastní účinnost (self-efficacy), adherenci a biologické výsledky. Vnímaná vnitřní účinnost predikovala výšku virové nálože, ne však počet CD4+ buněk. Přesto je tento faktor pro výsledek léčby významný.

Waldrop-Valverde a Valverde¹³¹ zkoumali bezdomovectví a psychologický distres jako faktor antiretrovirové non adherence u HIV pozitivních injekčních uživatelů drog, kteří jsou obvykle spojováni s nižší adherencí. Studie zhodnotila efekt stavu bydlení (bezdomovectví/nejisté bydlení versus bydlení) a psychologického distresu měřeného přes depresi, úzkost a zjevného stresu pomocí vlastního reportu HIV pozitivních injekčních uživatelů drog. Výsledky této studie ukazují, že bezdomovci a nejistě bydlící hlásí vyšší úroveň úzkosti a zjevného stresu než jejich bydlící protějšky. Skupiny referovaly podobné úrovně deprese. Nicméně deprese byla významně vázaná k adherenci. Statut bydlení, užívání alkoholu či drog a další demografické proměnné včetně pohlaví, rasy, etnika a stupeň vzdělání nebyly s adherencí spojeny. Tato studie našla

¹²⁹ Parsons a kol. (2007), str. 443

¹³⁰ Parsons a kol. (2008), str. 95

¹³¹ Waldrop-Valverde, Valverde (2005), str. 326

poměrně vysokou adherenci mezi bezdomovci závislími na nitrožilně aplikované droze a lidmi s nejistým bydlením.

Kidder a kol.¹³² srovnával zdravotní statut, využívání léčebné péče, užívání antiretrovirotik a míru adherence mezi bezdomovci a lidmi s přístřeším. Výzkum se týkal skoro 8 tisíc čerstvě zjištěných HIV pozitivních. Zdravotní stav bezdomovců (4 % vzorku) byl horší, byli častěji nepojištěni, navštěvovali pohotovostní lékaře a byli více hospitalizováni. Bezdomovci měli nižší hladinu CD4+ buněk, méně brali léky a měli nižší míru adherence. Potřebovali také více sociálních a zdravotních služeb, ale obě skupiny tyto služby potřebovaly. Ukázalo se, že vyřešené bydlení je jedním z důležitých prediktorů adherence.

Petersen a kol.¹³³ zkoumal ve čtyřleté studii 245 bezdomovců (mužů i žen) s ohroženým bydlením a HIV v San Francisku. K měření adherence používal nehlášenou kontrolu počtu pilulek a měření virové nálože. Respondenti využívali pill box organizér a bylo zjištěno, že tyto organizéry vedly ke zlepšení adherence v různých populacích s odlišnou mírou adherence. A jsou tedy vhodným nástrojem pro udržení adherence u chronických onemocnění.

Kushel a kol.¹³⁴ dokázal na svém vzorku 280 bezdomovců, že pokud lidé bez přístřeší procházejí case managementem, zvyšuje to jejich adherenci a dokonce i počet CD4+ buněk, aniž by stoupla návštěvnost ambulancí či počet hospitalizací.

Tým vědců Baillargeona¹³⁵ zajímal přístup k léčbě u pacientů propuštěných z vězení. Přerušování ART v prvních týdnech po propuštění z vězení může zvýšit riziko nepříznivých klinických výsledků, přenosu viru HIV a lékové rezistence v této populaci. Vzorek 2115 HIV pozitivních vězňů propuštěných v letech 2004-2007 byl zkoumán po 10, 30 a 60

¹³² Kidder a kol. (2007), str. 2238

¹³³ Petersen a kol. (2007), str. 908

¹³⁴ Kushel a kol. (2006), str. 234

¹³⁵ Baillargeon a kol. (2009), str. 848

dnech. Ukázalo se, Hispánci a Afroameričané byli adherentní jen krátce po propuštění. Vězni s nezjistitelnou virovou náloží také dodržovali léčbu spíše prvních 10 dní. Vězni podmíněčně propuštění byli adherentní během 30 dní i 60 dní. Propuštění s asistencí byli lépe adherentní. Jen malé procento texaských vězňů na léčbě bylo adherentních ještě 60 dní po propuštění.

Výzkum doplnil i Barton¹³⁶, který tvrdí, že mnohem závažnější jsou nálezy u vězňů propuštěných z okresních věznic. Týká se to podle něj zhruba 12 milionů přijatých a propuštěných osob během roku. Mnoho věznic netestuje HIV. Pozoroval, že HIV léčba poskytovaná ve vězení je často přerušena po propuštění. Vězni se obvykle vracejí zpět do společnosti s omezeným přístupem ke zdravotní péči.

Copenhaver a kol.¹³⁷ ukazuje, že upravená EBI (Evidence-Based Intervention) integruje snížení HIV rizika a adherenci k léčbě a je použitelná mezi vězni, kteří se vracejí z vězení. Mezi zářím 2006 a únorem 2007 vedli strukturované rozhovory s klíčovými investory a cílovou populací v Hartfortu a New Heavenu v Connecticutu. EBI se skládá ze čtyř 45 minutových sezení, která pokrývají předem specifikovaná témata tak, že účastníci smějí využít obsah sezení podle své potřeby vzhledem k jejich vlastnímu HIV rizikovému profilu a otázkám ART adherence. EBI byla přizpůsobena tak, aby mohla být poskytnuta individuálně či skupinově, za sebou či v týdenních intervalech, uvnitř vězení těsně před propuštěním či v zařízení, kam by mohl propuštěný docházet.

Mannheimerová a kol.¹³⁸ uvádí novou metodu měření adherence k ART. Center for Adherence Support Evaluation (CASE) adherence index je jednoduše složená míra vlastní reportované ART adherence a ve srovnání s mírou adherence měřenou standardním třídním vlastní reportem u účastníků 12 adherentních programů po celých USA. CASE

¹³⁶ Barton (2009), str. 147

¹³⁷ Copenhaver (2009), str. 277

¹³⁸ Mannheimerová a kol. (2006), str. 853

index, sestávající ze 3 otázek k adherenci, byl spolu s třídním vlastním reportem administrován při rozhovoru každé tři měsíce po jeden rok. Výsledky byly porovnávány. HIV statut předpovídal CASE index stejně dobře jako klasický 3denní vlastní report.

Llabre a kol.¹³⁹ srovnává multifaktorové měřicí modely adherence k HAART s jednoduchými pro určení optimální validity předpovědi virové nálože. Opakovaná měření adherence byla shromážděna za 15měsíční periodu užitím tří různých měřících metod – vlastní report, interview a elektronické měření léků u 323 účastníků aktuálně na HAART. Jednofaktorové modely se skládaly z různých měření, časem byly vyvinuty pro každou metodu adherence, a virové nálože. Tři metody měření adherence byly kombinované v sekundární měřicí model. Sekundární model adherence se hodí a vysvětluje 45 % odlišností HIV virové nálože. Modely využívající pouze jednu metodu hodnocení adherence vysvětlují mezi 20-24 % odlišností. Modely, které zahrnují jak vlastní report, tak elektronické měření, optimalizují odhad validity. Používání alespoň dvou metod měření adherence (každé měření je provedeno v jiný čas) dává spolehlivé a validní měření adherence k léčbě, která predikuje biologické výsledky, jako je virová nálož.

5.1 Prediktory adherence

Většina vědců hledá metody efektivní predikce adherence, jež by byla v každodenní praxi přínosem. Jak se zde ukazuje, není to tak snadné, výsledky studií jsou často až protichůdné. Budeme-li v principu vycházet z publikací Reitera a kol.¹⁴⁰ a Ickovicse, Meada¹⁴¹, můžeme popsat pět hlavních kategorií proměnných pro adherenci:

1. Proměnné na straně pacienta
2. Léčebný režim

¹³⁹ Llabre (2006), str. 701

¹⁴⁰ Reiter a kol. (2000), str. 67

¹⁴¹ Ickovics, Meade (2002), str. 98

3. Charakteristika onemocnění
4. Vztah pacienta a zdravotníka
5. Klinické prostředí

5. 1. 1 Proměnné na straně pacienta

Představují nejen sociodemografické charakteristiky (věk, pohlaví, rasa, etnikum, vzdělání, finanční příjem, gramotnost, způsob bydlení, pojištění), ale také psychosociální faktory (duševní zdraví, užívání návykových látek, sociální opora, znalosti o nemoci, postoje k HIV).

Důkazy o spojení adherentního chování se sociodemografickými faktory jsou protichůdné. Výzkumy ukazují, že pokud byly nějaké souvislosti zjištěny - mladší věk, nebělošské etnikum, nízký příjem, nižší gramotnost, nestabilní bydlení - souvisejí s non adherencí. Pohlaví, úroveň vzdělání, zdravotní pojištění a HIV rizikové aktivity obvykle nejsou s adherencí spojovány.

Cambiano a kol.¹⁴² přímo říkají, že věk, etnická skupina, roční období, léčebný režim či předchozí virologické selhání nejsou s adherencí spojeny.

De Truchis a kol.¹⁴³ se zabýval adherencí u 528 sociálně znevýhodněných obyvatel na 27 klinikách ve Francii. Zhruba 65 % z nich se ukázalo jako adherentních. Největší vliv na to měla prognóza nemoci a zdravotní stav. Zajímavé je, že ženy v této populaci vykázaly nižší míru adherence.

Johnson a kol.¹⁴⁴ zkoumal 244 starších (nad 50 let) pacientů. Neprokázal souvislost mezi mírou adherence a výsledky neuropsychologických testů. Intervence ke zlepšení adherence u HIV+

¹⁴² Cambiano a kol. (2010), str. 1153

¹⁴³ De Truchis a kol. (2000)

¹⁴⁴ Johnson (2009), str. 541

starších pacientů má větší naději na úspěch, pokud je doprovázena posílením sociální podpory, adaptačních copingových mechanismů. Zdravotnický personál poskytující léčbu by měl aktivně podporovat pacienty, aby aktivně vytvářeli sociální podporu.

Kremer¹⁴⁵ s kolegy provedli výzkum mezi 79 dlouholetými pacienty s HIV, kteří se měli rozhodnout, zda chtějí zahájit HAART. Zkoumali 10 kategorií – virová nálož a množství CD4+ buněk, kvalita života, znalosti o rezistenci, vztah k vlastnímu tělu a zdraví, vedlejší účinky, složitost léčebného režimu, víra a světonázor, zkušenost s HIV symptomy a preference alternativní medicíny. Ti, co se rozhodli neužívat léčbu (27 %), byli zastánci alternativní medicíny, báli se vedlejších účinků a negativního dopadu na kvalitu života.

Vervoort a kol.¹⁴⁶ zjistil na 30 pacientech v Nizozemí a Belgii, že adherence je primárně ovlivněna vztahem k HIV pozitivitě, resp. nepřijetím HIV positivity. To vede ke dvěma odlišným postojům – rozhodnutí dodržovat léčebný režim či léčbu podřídít ostatním životním prioritám. Ti první jsou odhodláni hledat řešení problémů souvisejících s adherencí, u nich má význam zahájit přípravu na léčbu a adherenci brzy, potřebují rady, jak se chovat ve specifických situacích, kdy se objeví překážky. Druzí dodržují adherenci, pouze pokud je výrazně neomezuje v jiných (subjektivně) důležitých aspektech života, je-li to možné, měla by zůstat v centru pozornosti snaha, aby pacient přijal svou nemoc, předtím než bude zahájena HAART terapie. Není-li to možné nebo nepodaří-li se to, měli bychom se soustředit na omezení možných třecích ploch, zlepšování dovedností vedoucích k minimalizaci konfliktů. Měli bychom se snažit připravit pacienty na situace, které ohrožují adherenci. Základní postoj k léčbě by měl být posouzen vždy před zahájením HAART terapie.

¹⁴⁵ Kremer a kol. (2006a), str. 335

¹⁴⁶ Verwoort a kol. (2009), str. 431

Horne a kol.¹⁴⁷ zkoumají model nezbytnosti (necessity-concerns framework) jako možný prediktor adherence. U chronických nemocí lze přesvědčení, které ovlivní rozhodnutí pacienta o léčbě, zařadit do dvou skupin – osobní zájem na léčbě a obavy z možných nežádoucích účinků či následků. Studie zahrnovala 136 převážně bílých gayů, kterým lékař doporučil HAART. 28 % odmítlo, 72 % přijalo. Po 12 měsících byli znovu posouzeni. Souhlas s HAART byl spojen s vyšší mírou vnímání osobní potřeby léčby a obavami z možných nežádoucích účinků. V době trvání studie došlo k výraznému poklesu adherence. Míra vnímání potřeby léčby a obavy z nežádoucích následků před HAART predikovaly následnou adherenci. Nebyl závislý na míře deprese a na klinických výsledcích. Ti, co jednou přerušili, byli i dále méně adherentní.

Gruber a kol.¹⁴⁸ porovnával 17 studií zaměřených na psychosociální prediktory adherence k užívání HAART. Nestabilní bydlení a nedostatek sociální podpory snížily adherenci ve všech studiích. Nejnezjistitelnější prediktor non adherence ve všech studiích bylo zneužívání drog, zvláště kokainu. Nižší věk a vzdělání se neukázaly jako prediktory non adherence. Deprese predikovala adherenční chyby, pouze pokud byla zjišťována vlastními reporty. Při elektronickém monitoringu se to neprokázalo. Autoři užívají čtyřpoložkovou stupnici vnímaného stresu (Perceived Stress Scale), čímž omezili tajemí ze strany respondentů.

Ohova¹⁴⁹ studie hodnotila adherenci k ART mezi bílými, hispánskými a černými muži a izolovala faktory spojené s adherencí v každé rasové skupině. Data byla shromážděna od 1102 mužů mezi dubnem 2002 a říjnem 2006. Vlastním reportem stoprocentní adherence byla definována jako 100 % vzetí předepsaného léku v období uplynulých 4 dní. Proměnné spojené s adherencí byly určeny pro každou rasovou skupinu. Adherence byla také analyzována podle etnika v každé rasové skupině. Výsledky ukázaly, že Hispánci 2,16x a černoši 1,37x

¹⁴⁷ Horne a kol. (2007), str. 334

¹⁴⁸ Gruber a kol. (2007), str. 23

¹⁴⁹ Oh a kol. (2009), str. 290

pravděpodobněji než bílí nehlásili stoprocentní adherenci. Hispánci původem ze Střední a karibské Ameriky měli nižší adherenci, černoši z Karibiku měli také nižší adherenci než ti z jiných regionů.

Holmes a kol.¹⁵⁰ zkoumal HIV/AIDS specifickou kvalitu života u 116 příjemců HAART. Byli ve středním věku, Afroameričané, a téměř polovina z nich s nízkou adherencí (pod 95 %). Studie trvala rok. Na non adherenci měla největší vliv finanční nouze a zneužívání drog a alkoholu.

Barfod a kol.¹⁵¹ ukázal psychologické a behaviorální faktory spojené s adherencí k HAART a úspěšností léčby. V této studii se cíleně ptá všech pacientů ohromné populace uživatelů HAART v západním Dánsku a centrální Kodani na tyto faktory a zkoumal souvislosti mezi jejich odpověďmi a převažujícím léčebným selháním. Odpovědi byly spojovány s daty demografickými, historií nemoci a účinkem léčby. Zjistil, že celkový počet léčebných selhání byl 20 %, především u pacientů bez uspokojení z léčby a s depresí.

Ubbiali a kol.¹⁵² zjistil ve své pilotní studii významné genderové rozdíly mezi adherentními a non adherentními jedinci. Psychologické profily non adherentních mužů se zdály méně soustředěné na příbuzné aspekty a všímaly si významu lékařů a dalších důležitých lidí. Zatímco non adherentní ženy byly více vztahově orientované. Proto se lékaři snaží o genderově specifikované intervence.

Větší souvislost najdeme mezi některými psychosociálními faktory a adherentním chováním. K nim patří deprese, psychiatrické diagnózy, aktivní užívání drog nebo alkoholu, stresové životní události, nedostatečná sociální opora.

¹⁵⁰ Holmes a kol. (2007), str. 323

¹⁵¹ Barfod a kol.(2005), str. 317

¹⁵² Ubbiali a kol. (2008), str. 571

Johnson a kol.¹⁵³ použil pro svých 545 pacientů model SPS (Social Problem-solving), který platil pro 97 % respondentů. Ukázal, že ti, co mají konstruktivní přístup k řešení problémů, mají vyšší míru optimální psychologické adaptace. A vyšší pravděpodobnost adherence.

Boarts a kol.¹⁵⁴ posuzoval vztah mezi posttraumatickou stresovou poruchou (PSDT), depresivními symptomy a adherencí u dětí. Ve vzorku 57 dětí se projevila souvislost PSDT, deprese a nižší adherence. Samotná deprese pak měla vliv na laboratorní výsledky.

Také Vranceanu a kol.¹⁵⁵ prokázal spojitost non adherence a posttraumatické stresové poruchy, jež hraje vážnou roli hned po symptomech deprese. Gonzalez a kol.¹⁵⁶ ukazuje, že špatná nálada nemusí znamenat horší adherenci, ale důvěra v léčbu spolu se vzděláním predikují lepší adherenci.

Reif a kol.¹⁵⁷ se zabýval vztahem mezi různými nenaplněnými psychosociálními potřebami, užíváním psychofarmak a adherencí u 526 dospělých na jihovýchodě USA. Většina účastníků udala, že v posledním roce nebyla naplněna některá z jejich potřeb: bydlení, oblečení, stravování, stravovací doplňky, poradenství, právní pomoc či finanční podpora. Míra adherence pak byla snížena.

Lima a kol.¹⁵⁸ zkoumali dopad adherence na vztah mezi symptomy deprese a mortalitou. Z 563 klientů, kteří zahajovali HAART, 51 % vykazovalo od počátku symptomy deprese, 23 % mělo nižší adherenci. Celková míra mortality byla 10 % z různých důvodů. Jedinci s depresí a nižší adherencí měli vyšší pravděpodobnost úmrtí než ti bez deprese. Depresivní symptomy jsou spojeny s vyšší mírou mortality u jedinců na začátku HAART, výrazněji u non adherentních.

¹⁵³ Johnson a kol. (2006), str. 355

¹⁵⁴ Boarts a kol. (2006), str. 253

¹⁵⁵ Vranceanu a kol. (2008), str. 313

¹⁵⁶ Gonzales a kol. (2007), str. 46

¹⁵⁷ Reif a kol. (2006), str. 277

¹⁵⁸ Lima a kol. (2007), str. 1175

Andrade a kol.¹⁵⁹ studovala 64 dospělých (paměťově oslabených a neoslabených). Ukázalo se, že připomínková zařízení mají význam hlavně po ty paměťově oslabené, u neoslabených nebyl zaznamenán efekt.

Balfour a kol.¹⁶⁰ se zaměřil na zlepšování psychologické připravenosti pro úspěšnou adherenci k HIV léčbě a redukci deprese před zahájením HAART formou psychoedukativní intervence. Ta je zamýšlena pro zlepšení pacientovy připravenosti a zvýšení schopnosti adherence před zahájením léčby. 63 HIV pozitivních pacientů se podílelo na pokusu sestávajícím ze čtyř sezení psychoedukativní intervence (podpůrná terapie pro podporu adherence k HAART – STAART). Náměty sezení zahrnovaly učení se technikám zvýšení adherence k léčbě a nácviku strategií zvládnání stresu a deprese. Pacienti opakovaně vyplnili dotazníky hodnotící psychickou připravenost k HAART a depresivní nálady. Pacienti referovali významně vyšší mínění o připravenosti k léčbě po STAART. Mezi pacienty s depresí, kteří prošli intervencí, byla zaznamenána významně nižší míra hlášené deprese po 4 sezeních. STAART intervence zvýšila připravenost k HAART lepším připravením pacienta před zahájením léčby. Je to užitečné ve snižování depresivních symptomů v depresi HIV pozitivních pacientů.

5. 1. 2 Léčebný režim

Mezi tyto faktory patří množství předepsaných léků, složitost režimu (frekvence dávek a dietní omezení), konkrétní antiretrovirový preparát a vedlejší efekty krátkodobé a dlouhodobé léčby.

Složitost léčby a nežádoucí účinky jsou prokazatelně spojeny s non adherencí. Ve výzkumu Barletta a kol.¹⁶¹ se ukázalo, že i počet tablet, které má pacient požit, hraje v adherenci svou roli. V tomto ohledu bude aplikace léků jednou denně velkým příslibem. Další studie ukazují, že

¹⁵⁹ Andrade a kol. (2005), str. 875

¹⁶⁰ Balfour a kol. (2006), str. 830

¹⁶¹ Barlett a kol. (2001), str. 1369

zdravý léčebný režim v denní rutině je důležitý. Specifický druh léčiv s adherencí nesouvisí.

Crisp, Williams, Timpson, Ross¹⁶² zkoumali kompliance a spokojenost s léčbou u HIV pozitivních Afroameričanů, kteří kouří crack. Zjistili, že s kompliancí vysoce koreluje množství pilulek, které má pacient užít, a koreluje také s vírou v jejich účinnost. Dokonce víc jak polovina respondentů plně dodržovala komplianci.

Cambiano a kol.¹⁶³ prokazují ve svém dlouhodobém sledování, že ani délka léčby nemusí mít negativní vliv na adherenci. Rathbun¹⁶⁴ používá instrument SOC (stupeň změny), který dobře předpovídá adherenci po zahájení léčby HAART.

Ingersoll a kol.¹⁶⁵ sumarizovala články z let 1998 – 2007 o adherenci k léčbě u chronických chorob - včetně astmatu, antikoncepce, cukrovky, HIV, hypertenze, kardiovaskulárních nemocí, duševních poruch, bolesti atd. Hledali vztahy mezi léčebným režimem a adherencí k medikaci. Ačkoliv se jednalo o metodologicky nestejnorodé studie, ukázalo se, že léčebný režim, výslovně četnost dávek léků a složitost režimu, hraje podstatnou roli.

Parienti a kol.¹⁶⁶ naopak dokazuje, že braní nevirapinu jednou denně (místo klasického dvakrát denně) nezvyšuje adherenci.

Schrader a kol.¹⁶⁷ zjistil významné zlepšení vlastní referované gastrointestinální tolerability, kvality života, spokojenosti pacienta a adherence s liponavirem/ritonavirem ve formě tablet ve srovnání s měkkou gelovou kapslí. Tablety mají řadu výhod, bere se jich méně, žádné uchovávání v ledničce a dietní opatření.

¹⁶² Crisp a kol. (2006), str. 199

¹⁶³ Cambiano a kol. (2010), str. 1153

¹⁶⁴ Rathbun a kol. (2007), str. 208

¹⁶⁵ Ingersoll, Cohen (2008), str. 213

¹⁶⁶ Parienti a kol. (2007), str. 2217

¹⁶⁷ Schrader a kol. (2008)

Mansoor a kol.¹⁶⁸ posuzoval nejpoužívanější metodu předávání zdravotních informací – tištěný příbalový leták. Dopad takových informací na adherenci k léčbě je údajně nepředvídatelný. Terapie HIV a souvisejících oportunních infekcí obvykle zahrnuje polyterapii a komplexní režim, což jsou rizikové faktory pro non adherenci. Cílem studie bylo zhodnotit dopad medicínských informací na adherenci k chronické trojkombinační léčbě u pacientů s nižší gramotností. Použili dva odlišné letáky pro tablety trojkombinace v angličtině a řeči isixhosa (místní jazyk) včetně piktogramů. Ukázalo se, že druhá forma měla za následek výrazné zvýšení adherence k léčbě v krátkém čase, zatímco nevýznamné zlepšení bylo spojeno s použitím komplexních informací. Vhodně navržené a napsané materiály mohou mít pozitivní dopad na zlepšení adherence, spolu se slovní konzultací umožní pacientům udělat vhodné rozhodnutí ohledně braní léků.

Bangsberg a kol.¹⁶⁹ zkoumá vztah mezi adherencí a rezistencí a doporučuje přizpůsobit lékový režim tomu, aby se překrýval a nedal tak možnost vzniknout rezistenci.

Williams a kol.¹⁷⁰ posuzoval úspěšnost dodávek léků do domácnosti kurýrem u 171 účastníků na minimálně trojkombinaci léků a s drogovou či psychiatrickou historií. Měření adherence probíhalo i po skončení těchto docházek v porovnání se standardně užívající skupinou. Podle výsledků byli navštěvovaní kurýrem mnohem adherentnější.

Garcia a kol.¹⁷¹ se zajímal o nedostatečný efekt v motivaci k adherenci. Braní léků přináší nový prvek do životního stylu. Autoři zkoumají každý ze stavebních kamenů – informace, motivace a chování a rizikové faktory v životě HIV pozitivních na HAART v Salvadoru, Bahie a Brazílii. Na vzorku 76 pacientů se ukázalo, že motivační rozhovor před zahájením HAART může mít svou hodnotu.

¹⁶⁸ Mansoor a kol. (2006), str. 7

¹⁶⁹ Bangsberg a kol. (2007), str. 65

¹⁷⁰ Williams a kol. (2006), str. 204

¹⁷¹ Garcia a kol. (2005), str. 494

Goicoechea a kol.¹⁷² ve své studii zkoumal využití upravené terapie DOT (Directly Observed Therapy) s léčebným monitorováním léků (Therapeutic Drug Monitoring) u pacientů s výraznou depresí. Zvyšování nonadherence u HIV pozitivních pacientů s průvodní psychiatrickou diagnózou zůstává náročným léčebným dilematem. Jednou strategií může být použití krátkého kurzu modifikované DOT v kombinaci s TDM jako intervence k adherenci. Individuální léková farmakokineze může být hodnocena podle zvýšené frekvence návštěv lékaře, kdy je možné poskytnout další nácvik a psychosociální podporu. V práci je uveden případ 43leté ženy se silnými depresivními symptomy a trvalým virologickým selháním i přes vhodnou terapii. Ačkoliv byla intervence pacientkou dobře přijata, zlepšení medicínské adherence se v čase snižovalo. To signalizovalo, že ne všichni pacienti jsou schopni dosáhnout doživotní adherence a mají prospěch ze soustavné DOT.

Purdy a kol.¹⁷³ dokázal, že DOT má v adolescenci svůj význam pro snížení virové nálože.

Santos a kol.¹⁷⁴ srovnává postoje k přímo administrované ART (DAART) mezi HIV pozitivními v městské veřejné nemocnici. DAART je jeden z přístupů zvýšení adherence k HAART mezi HIV pozitivními a je vyzkoušena pro některé pacienty, jako jsou vězni a pacienti léčení metadonem. Komunitně vedené dobrovolné DAART programy nejsou prostudované. 47 pacientů výzkumu mělo problémy s dodržením HAART terapie. Přesto 83 % z nich preferuje vlastní řízení terapie před DAART. Významný počet účastníků si myslí, že DAART je dotěrný a nepraktický, a málokdo z nich se chce setkávat denně se zdravotníky. Poměrně významná část pacientů však zápasila s non adherencí a tříštila lékařskou péči, evidentně vynechávala lékařské kontroly, často navštěvovala pohotovost a byla častěji hospitalizována.

¹⁷² Goicoechea a kol. (2006), str. 233

¹⁷³ Purdy a kol. (2008), str. 158

¹⁷⁴ Santos a kol. (2006), str. 808

Ubially a kol.¹⁷⁵ ověřovali statistický vícefaktorový model na základě údajů získaných z dotazníků MHLC Form C (Wallston, Stein & Smith, 1994) od 478 HIV pozitivních italských respondentů. Zdá se, že tento dotazník může být účinným nástrojem k pochopení a zvládnutí specifických obtíží s dodržováním léčebného režimu (adherence) u různých pacientů, zvláště s přihlédnutím k jejich přesvědčením ohledně zdravotního stavu.

Johnson a kol.¹⁷⁶ se zaměřili na studium nežádoucích účinků HAART, které vlastními reporty uvádělo 258 pacientů, a dále na vnímání vlastního zdravotního stavu a míru neuroticismu. Jedinci s vyšším neuroticismem udávali častější a závažnější vedlejší účinky léčby. Vyšší míra neuroticismu byla spojená s horším vnímáním vlastního zdravotního stavu skrze vedlejší účinky, ačkoliv laboratorní výsledky nenaznačovaly postup nemoci. Posouzení míry neuroticismu může ovlivnit detekci budoucích problémů s vedlejšími účinky vystupňovanými až do úzkosti nebo deprese.

Fumaze a kol.¹⁷⁷ zajímala trvalá adherence k léčbě u těch, co přežili éru před HAART. Míra adherence byla měřena vlastním reportem a měřením plazmových koncentrací léků. 67,5 % těchto pacientů bylo výrazně adherentních (nad 95 %), jen 5 % bylo pod 90 %! Nižší adherenci dosahovali mladší pacienti, ženy, současní narkomani, pacienti s koinfekcí hepatitidy C. Adherence se nelišila růzností zneužívaných drog či zda berou prášky jednou či dvakrát denně. Pacienti s nižší adherencí častěji přerušovali léčbu bez doporučení lékaře. Adherentní pacienti vykazovali vyšší vnímání rizika rozvoje nemoci a současně výhod terapie, vyšší vnímanou vlastní účinnost a záměr být adherentní. Byli více ovlivněni možnostmi brát léky. Pacienti měli adherenci více jak 90 % více jak 10 let. Adherence více souvisela s vírou ve zdraví a nemoc než s charakterem léčby či stupněm znalostí o léčbě.

¹⁷⁵ Ubially a kol. (2008a), str. 495

¹⁷⁶ Johnson a kol. (2007), str. 69

¹⁷⁷ Fumaz a kol. (2008), str. 796

5. 1. 3 Charakteristika nemoci

Zahrnuje stav a dobu trvání nemoci, oportunní infekce a další příznaky související s HIV.

Několik studií¹⁷⁸ popisuje vztah mezi symptomy HIV a non adherencí. Jiné studie popisují vztah mezi nízkými CD4+ a non adherencí, ačkoliv tento stav je méně jednoznačný. Dvě studie¹⁷⁹ popisují zvýšení adherence v souvislosti s prodělanými oportunními infekcemi. Autoři předpokládají, že zkušenost s nemocí probouzí touhu po zdraví a motivaci k dodržování léčby.

Stirratt a kol.¹⁸⁰ zkoumali vzorek 215 respondentů, z nichž 19 % udávalo, že vynechalo v poslední době dávku z obavy z prozrazení jejich HIV pozitivního statutu. Tito pacienti také vykazovali vyšší míru depresivity, nižší vnímanou vlastní účinnost (self-efficacy), nižší motivovanost a slabší vnímání nebezpečí non adherence.

Vanable a kol.¹⁸¹ zkoumali u 221 mužů a žen vztah sexuálního rizika, adherence, sdělení positivity a zážitky se stigmatizací. Stigma bylo spojeno s vyšším výskytem deprese, nedávnou péčí psychiatra a vyšší mírou příznaků HIV. Stigma bylo spojeno s nižší mírou adherence, častějším prozrazením HIV positivity jiným lidem než sexuálním partnerům. Naopak stigma nemělo vliv na sexuální riziko. Se stigmatem koreluje deprese, nižší adherence a prozrazení HIV positivity.

Rintamaki¹⁸² poukázal na spojitost mezi společenským stigmatem nemocných HIV a adherencí, ve městech i na venkově. Třetina pacientů nedokázala udržet dostatečnou adherenci. 20 % stresovalo stigma spojené s HIV. Lidé, kteří vnímali toto stigma silně, měli 3,3x vyšší

¹⁷⁸ viz Guilford a kol. (2000), Wagner (2002), Holzemer a kol. (1999)

¹⁷⁹ viz Singh a kol. (1996) a Gao (2000)

¹⁸⁰ Stirratt a kol. (2006), str. 483

¹⁸¹ Vanable a kol. (2006), str. 473

¹⁸² Rintamaki a kol. (2006), str. 359

pravděpodobnost non adherence. Lékaři by měli lidem s obavou ze stigmatu věnovat pozornost a nabízet i psychologickou pomoc.

Corlesse a kol.¹⁸³ zaujal vztah lipodystrofických symptomů a adherence. Studoval proto 165 pacientů ze tří amerických měst – ukázalo se, že účastníci vzali léčbu jako důležitou navzdory množství referovaných tukových tělesných změn. Doba od nakažení nehrála roli, ani typ lipodystrofických změn. Kvalita života může pomoci ke zlepšení adherence.

5. 1. 4 Vztah pacient – lékař

Tento vztah charakterizuje, že možný efekt adherence počítá s pacientovou celkovou spokojeností a důvěrou v lékaře a další personál, názorem na lékařovu kompetenci, lékařovou ochotou k zapojení pacienta do rozhodovacího procesu, citovostí vztahu (vřelost, otevřenost, spolupráce atd.), shodou rasy a etnika mezi pacientem a lékařem a přiměřeností doporučení.

Klinických studií, které zkoumají vliv vztahu pacienta a lékaře na míru adherence, mnoho není. Pacientova důvěra v lékaře je spojena se zlepšující se adherencí alespoň ve dvou studiích uvězněných žen¹⁸⁴. Kvalitativní studie¹⁸⁵ s využitím focus groups HIV pozitivních mužů a žen prokazují zvyšující se adherenci, jestliže má pacient dlouholetý a důvěrný vztah s konkrétním lékařem.

Zajímavou studii publikoval Barfod a kol.¹⁸⁶ v roce 2006. Zkoumal obtíže v komunikaci lékařů s pacienty (v San Francisku a Kodani) jako hlavní bariéry léčby. Lékařům bylo trapné se na adherenci ptát a celkem snadno se nechali od pacientů přesvědčit o své totální adherenci. Identifikoval neobratnost a důvěřivost jako klíčové otázky. Model

¹⁸³ Corless a kol. (2005), str. 577

¹⁸⁴ viz Altice a kol. (2001) a Mostashari (1998)

¹⁸⁵ viz Stone (1998)

¹⁸⁶ Barfod a kol. (2006), str. 317

komunikace lékařů zahrnoval: rozhodnutí zeptat se na adherenci, přípravu a formulaci otázek, jak reagovat na otázky pacienta. Tři determinanty jsou lékařovo vnímání adherence, neobratnost a důvěřivost.

Kremer¹⁸⁷ zjistil, že pacienti mají tendence spíše se svěřit s adherencí než non adherencí. 21 % uživatelů HAART se nepřiznalo, že vynechali dávku. Tvrdili, že to nebylo důležité nebo se lékař nezeptal, neviděli jej od té doby, vynechání bylo jen výjimečné nebo se to v laboratorních výsledcích neprojevovalo. Navíc se obávali, že lékař je pak nepodpoří, nemohou s ním mluvit o svých pocitech, nevěří mu, a tak s ním nediskutují, nemají potřebu, aby to lékař věděl, nebo jej vůbec neznají.

Fehringarová a kol.¹⁸⁸ zkoumali dynamiku komunikace mezi lékařem a pacientem týkající se adherence k HAART a chráněného sexuálního chování mezi lidmi HIV pozitivními v brazilském Rio de Janeiru. Provedli pozorování konzultací mezi lékaři a pacienty s HIV ve dvou velkých klinikách. Ihned po těchto pozorováních byly vedeny rozhovory s pozorovanými účastníky, které se týkaly jejich komunikace s lékaři, celkového zážitku z kliniky a otázek spojených s adherencí a chráněným sexem. Nálezy z těchto pozorování ukázaly, že se rozhovor lékař – pacient soustřeďoval téměř výhradně na biomedicínské aspekty související s ošetřením, např. symptomy. Ve většině pozorování byla zmíněna adherence k HAART. Nicméně otázky lékaře o adherenci byly obecné, uzavřené a otevřená výměna se týkala jen potenciálních potíží vzhledem k adherenci. Na bezpečné chování v souvislosti s HIV/STD byly zřídka adresované, jen když měl pacient příznaky STD nebo byl gravidní. V rozhovorech referovali pacienti spokojenost se svým lékařem, ale hlásí také různá témata a nápady vztahující se k HAART a chráněnému sexuálnímu chování, o kterých se s lékařem nebavili. Jeden ze způsobů udržení adherence k HAART a chráněného sexuálního chování mezi lidmi s HIV by mohlo být zlepšení komunikace lékař – pacient o těchto tématech, včetně častějšího dotazování na ně ze strany lékařů.

¹⁸⁷ Kremer a kol. (2006b), str. 520

¹⁸⁸ Fehringarová a kol. (2006), str. 637

Johnson a kol.¹⁸⁹ se zaměřil na pozitivní interakce pacienta se zdravotníkem, adherenci vnímané vlastní účinnosti a adherenci k medikaci mezi HIV pozitivními dospělými. Vlastními reporty a v rozhovorech měřená adherence, demografické a léčebné proměnné, interakce se zdravotníky a vnímaná vlastní účinnost k adherenci byly administrovány 2765 HIV pozitivním dospělým na HAART. Výsledky ukázaly, že pozitivní interakce se zdravotníkem může podporovat vyšší vnímanou vlastní účinnost adherence, což souvisí s lepší adherencí léčby.

Stone a kol.¹⁹⁰ uvádí podíl lékařů na nerovnosti v HIV péči. Zkoumá roli lékařova vnímání adherence. Národnostní a rasové menšiny v USA mají rozdílné počty nemocných, ale i mortalitu. Jedním z důvodů je i to, že u minorit má většina lékařů předpoklad, že mají horší adherenci.

Coxová¹⁹¹ srovnává 238 HIV pozitivních pacientů a jejich lékařů, jejich vnímání adherence a pravidelnosti návštěv ve vztahu k životnímu stylu, psychosociálnímu a ve zdraví důvěřujícímu modelu. Studie probíhala 12 měsíců, tendence lékařů byla důvěřovat adherenci především u starších pacientů, pokud byli zaměstnáni, ukázali se jako altruisté, a proto vstoupili do studie a brali HIV velmi seriózně. Adherentní pacienti byli starší, měli rodinu nebo HIV pozitivní přátele a věřili, že účast ve studii stojí za to.

5. 1. 5 Klinické prostředí

Prostředí, ve kterém dostávají klienti péči, může zcela jasně limitovat možnosti léčby a adherence. Tím míníme dosažitelnost pokračující primární péče, účast v programech věnovaných adherenci, dopravní dostupnost, dostupnost péče o děti, příjemné prostředí kliniky, vstřícnost při plánování schůzek, vnímané utajení a spokojenost s předchozí zkušeností se systémem zdravotní péče.

¹⁸⁹ Johnson a kol. (2006), str. 258

¹⁹⁰ Stone (2005), str. 189

¹⁹¹ Coxová (2009), str. 257

Ačkoliv vliv tohoto faktoru se zdá jasně předvídatelný, klinické studie zaměřené na vztah mezi klinickým prostředím a adherentním chováním jsou velmi vzácné. Nespokojenost s předchozí zkušeností se systémem zdravotní péče je spojena s non adherencí¹⁹²

Z uvedeného vyplývá, že je mnoho faktorů způsobujících non adherenci, které jsou ze strany lékařů neovlivnitelné – vyšší věk, nízký příjem, nízká gramotnost a klientovo sociální prostředí. Tyto faktory však může lékař využít pro vytipování pacientů s prognózou horší adherence a může tak zvýšit úsilí v péči. Jiné faktory lze označit za potenciálně měnitelné – deprese, abúzus návykových látek, bezdomovectví, složitost léčebného režimu, nežádoucí účinky a terapeutický vztah mezi lékařem a klientem. Měnitelným faktorům je třeba se věnovat nejlépe před zahájením ART a dále trvale v průběhu terapie.

Frick¹⁹³ sledoval 261 příjemců HIV primární péče, 109 na HAART, ostatní tvořili kontrolní skupinu. Pokud lékař nabízel terapii, setkal se pacient také s lékárníkem, dietologem a sociálním pracovníkem. Cílem bylo předat co nejvíce informací, připravit jej k léčbě a identifikovat bariéry adherence. Každý zapsal svůj nálezy a doporučení do HAART protokolu, zda je pacient schopen léčby, či potřebuje další přípravu. Výsledky se ukázaly příznivé, pacienti zůstávali i po roce v léčbě, snížila se i jejich virová nálož. Jako bariéry adherence byly z protokolů identifikovány obavy z vedlejších účinků, psychické problémy, zneužívání alkoholu a drog, nestabilní bydlení. Multidisciplinární přístup byl tedy efektivní.

Cruess a kol.¹⁹⁴ zkoumali vztah mezi psychosociálními a behaviorálními charakteristikami pacientů. Využili vlastní reportovaný inventář MBMD (Millonova Behaviorální lékařská diagnostika). Posuzuje široké spektrum faktorů, které ovlivňují léčbu a přizpůsobení se nemoci. Má 5 základních kategorií – psychiatrická indikace, copingové strategie,

¹⁹² viz Chesney (2000), str. 171

¹⁹³ Frick a kol. (2006), str. 511

¹⁹⁴ Cruess a kol. (2007), str. 277

moderátory stresu, léčebná prognóza, management provázení. Dotazník má 165 otázek a zabere 20-25 min. Lze jej vyhodnotit na počítači a vytvoří profil pacienta s korekcí pacientova stylu odpovídání. Autoři zjistili, že některé indexy MBMD (obzvláště míra zneužívání léků) mohou potenciálně identifikovat pacienty s problematickou adherencí již v počátcích léčby – těmto pacientům bude dobré věnovat větší pozornost.

Připravenost na léčbu je zásadním kamenem dobré adherence, což dokázal i švédský výzkum 828 dospělých na HAART Södergarda a kol.¹⁹⁵, který ukázal, že připravenější jsou adherentní. Doporučuje také se zahájením léčby nespěchat.

Rueda a kol.¹⁹⁶ prostudoval 19 studií s 2159 účastníky, které referovaly o nejrůznějších typech intervencí pro posílení adherence. Ukázalo se, že ty, které byly delší než 12 týdnů, byly úspěšnější. Méně úspěšné (až neúspěšné) byly ty zaměřené na marginální skupiny obyvatel a ženy.

Diiorio a kol.¹⁹⁷ se zaměřili na využití motivačního rozhovoru k podpoře adherence. Účastnilo se 247 osob, ve výzkumné a kontrolní skupině. Všichni byli na začátku či změně léčby. Účastníci motivačních rozhovorů byli za sezení placeni. Sezení byla zaměřená na budování důvěry, odstranění nerozhodnosti a motivaci k léčbě. Adherence byla měřena pomocí MEMS. Měření trvalo rok a ukázalo se, že účastníci intervenčních rozhovorů měli tendenci dodržovat předepsané dávky, a to i po skončení sezení.

Weissová a kol.¹⁹⁸ popisuje adherenci k HAART z pohledu klientů v podpůrných léčebných programech, včetně vzdělávání, hodnocení léčebného režimu, poradenství a připomínkových pomůcek. Málo se ví o využití či účinnosti těchto služeb. Účastníci v tomto projektu hlásili užitek z

¹⁹⁵ Södergard a kol. (2007), str. 108

¹⁹⁶ Rueda a kol. (2006)

¹⁹⁷ Diiorio a kol. (2008), str. 273

¹⁹⁸ Weissová a kol. (2006), str. 155

využití široké nabídky aktivit. Vzdělávací úsilí pomohlo klientům rozpoznat HIV jako zvládnutelné spíše než terminální onemocnění. Informace jsou soustředěné na poskytnutí speciálního režimu klientům a konkrétní znalosti a dovednosti. Efektivní komunikací s lékaři a farmaceuty byla ulehčena adherence personálem, který aktivně obhajoval klientovy potřeby. Programově založená sociální opora byla zvláště cenná pro mnoho účastníků, pomáhá jim udržet potřebnou motivaci a sílu. Vzdělávací, praktický a podpůrný servis byl považován za cenný.

Song a kol.¹⁹⁹ zjistil, že intervence na podporu adherence u 208 mladých pacientů navštěvují ti, co mají více osobní pevnosti. Soutěživé typy a ti s mnoha sexuálními partnery sezení nevyhledávali. Užívání sociální podpory, víra a sebedestruktivní a únikový copingový styl byly spojeny s docházkou na sezení.

Van Servellen a kol.²⁰⁰ se pokusil zvýšit adherenci pomocí zlepšení zdravotní gramotnosti ve vztahu lékař – pacient mezi chudými, španělsky mluvícími HIV pozitivními latinos. Výsledky však nebyly zcela průkazné.

Milam a kol.²⁰¹ zkoumal účinnost krátké intervence k adherenci. Zjistil (u 437 respondentů po 10 měsících), že intervence je účinná v tom, aby dobře adherentní pacienti byli stále adherentní. U méně adherentních v počátku je potřeba dlouhodobé intervence.

Johnson a kol.²⁰² studoval 204 mužů a žen ve 4 městech USA, kteří ve vlastních reportech uváděli nižší adherenci (pod 85 %). Po rozdělení vzorku do výzkumných skupin – první skupina absolvovala 15 sezení na podporu adherence, druhá skupina pracovala individuálně, třetí v rámci KBT a poslední byla kontrolní – byly výsledky kontrolovány po 5, 10, 15 a 25 měsících. KBT bylo úspěšné ve zvýšení adherence. Efekt se projevil pouze ve dvou momentech – v 5 a 15 měsících. KBT a kontrolní skupina

¹⁹⁹ Song a kol. (2006), str. 136

²⁰⁰ Van Servellen a kol. (2005), str. 745

²⁰¹ Milam a kol. (2005), str. 356

²⁰² Johnson a kol. (2007), str. 574

vykazovaly zlepšení adherence, ale KBT byla o 10 až 13 % lepší. To stačí pro snížení virové nálože na polovinu a o 20-30 % nižší riziko stádia AIDS. Zlepšení u KBT skupiny vymizela, efekt je relativně krátkodobý.

Bigler²⁰³ upřesňuje, že úspěšná intervence na podporu adherence musí kombinovat několik metod. Parsons²⁰⁴ využívá KBT intervence u hazardních pijanů.

Dieckhaus²⁰⁵ ve své studii uvádí multidisciplinární program na podporu adherence (Connecticutský projekt), který je založený na mnohostranném odhadu různých nabízených cílených intervencí a následných sledování. 249 pacientů zvýšilo míru adherence z 89,1 % na 96,8 %. Nevýhodou studie byla vysoká počáteční adherence účastníků a také vysoký počet těch, kteří z výzkumu vystoupili.

Chiou²⁰⁶ charakterizuje Symptom Management Program u 67 pacientů. Polovina navštěvovala každý týden sezení, po skončení následovalo telefonické poradenství. Ukázalo se to velmi podpůrné.

Westling²⁰⁷ se zaměřil na zjištění, jak je adherence ovlivňována nalezením smyslu života. 41 chudých žen s HIV dostalo za úkol slohové cvičení, jedny na téma nejlepší možná budoucnost, druhé psaly neutrální téma. Adherence byla měřena na začátku a konci výzkumu vlastními reporty. Studie zjistila, že při odhalení smyslu života byla adherence vyšší. Wagner a kol. vyvinuli intervenční přístup KBT – model IMB behaviorální změny. Složky modelu byly: informace o HIV a léčbě, důležitost adherence, přizpůsobení léčebného režimu denním zvyklostem, využívání dovedností k řešení problémů, k překonání identifikovaných překážek adherence, přeformování přístupu pacienta k léčbě k dosažení vyšší míry sebepodpory a organizování pozitivní sociální podpory k adherenci.

²⁰³ Bigler a kol. (2007), str. 268

²⁰⁴ Parsons a kol. (2007), str. 443

²⁰⁵ Dieckhaus, Odesina (2007), str. 81

²⁰⁶ Chiou a kol. (2006), str. 169

²⁰⁷ Westling a kol. (2007), str. 627

Podarilo se také eliminovat nežádoucí účinky léčby. Bohužel efekt byl krátkodobý, neměl vliv na virologické ukazatele.

Berg²⁰⁸ se zaměřil ve své studii na behaviorální aspekty HIV péče: adherenci, depresi, zneužívání drog a rizikové sexuální chování. Snažil se odhalit vliv na výsledky léčby, kvalitu života a snížení šíření HIV.

Paasche-Orlow²⁰⁹ porovnával zdravotní vzdělání, ART a HIV RNA supresi u 235 alkoholiků. Předpokládal, že nízká gramotnost bude představovat horší adherenci. To se však nepotvrdilo. Rovnice: vyšší zdravotní vzdělání = lepší adherence a nižší virová nálož rozhodně neplatí!

Jones²¹⁰ popisuje skupinovou intervenci podporující adherenci u žen.

Fenomenologická studie Enriqueze a kol.²¹¹ v USA prokázala, že pacienti, kteří byli non adherentní a vnímaní jako těžko léčitelní, se vrátili k zodpovědné adherenci poté, co byli připraveni cílenou intervencí. Připravenost se ukazuje jako významný prvek adherence.

Javanbakht a kol.²¹² se zaměřili na 90 HIV pozitivních v USA, kteří selhávali v adherenci vůči HAART, a provedli intervenci pomocí finanční podpory (case management). Tato skupina měla výrazně lepší výsledky ve snížení virové nálože a zlepšení funkce imunitních systémů.

Dosud největší systematické zkoumání příčin dodržování léčebného režimu realizoval Mills²¹³ a jeho kolegové v rozsáhlé studii. Z celkového počtu 84 prací se pouze dva výzkumy týkaly rozvojových zemí (Brazílie, Uganda, Cote d'Ivoire, Jižní Afrika, Malawi, Botswana, Kostarika a

²⁰⁸ Berg a kol. (2007), str. 181

²⁰⁹ Paasche-Orlow (2006), str. 835

²¹⁰ Jones a kol. (2007b), str. 79

²¹¹ Enriquez a kol. (2004), str. 438

²¹² Javanbakht a kol. (2006), str. 143

²¹³ Mills a kol. (2006)

Rumunsko). 37 výzkumů bylo kvalitativních. Adherence byla ve výzkumech prokázána v rozmezí 33 - 88 %.

Autoři studovali bariéry a facilitátory adheence z jednotlivých výstupů a jednotlivé prediktory sestavili do těchto širokých kategorií:

Faktory

- související s pacientem (vidět pozitivní výsledky, strach z prozrazení, deprese)
- přesvědčení o léčbě (víra v účinnost léků, vedlejší účinky)
- denní režim (připomenutí braní, narušení rutiny)
- mezilidské vztahy (důvěryhodnost zdravotníka, sociální izolace)

Jako bariéry bylo možné označit celkem 33 faktorů. Uvádíme jejich seznam:

Související s pacienty:

- strach z prozrazení, obava z braní léků na veřejnosti
- pocity deprese, beznaděje a sesypání se
- aktuální závislost
- zapomenutí na lék ve správný čas
- podezíravost k efektu léčby
- potřeba být bez léčby či preference přírodního přístupu
- pocit, že léčba připomíná HIV statut
- potřeba mít vše pod kontrolou
- nepochopení lékařské instrukce
- přetrvávající pochyby či neschopnost přijmout HIV statut
- nedostatek sebehodnoty
- finanční omezení
- bezdomovectví
- souběžná nemoc ovlivňující adheenci (třeba i podvýživa v chudých zemích)

Související s důvěrou v léčbu:

- vedlejší účinky (skutečné či přepokládané)

- komplikovaný režim užívání
- chuť, velikost, počet a frekvence dávkování léků
- pocit zbytečnosti léčby (jsem zdravý)
- pochyby o účinnosti HAART
- snížení kvality života
- nejistota dlouhodobého účinku
- nežádoucí tělesné změny

Denní režim:

- narušení běžného života nebo chaotický plán
- shledání HAART příliš nepohodlným nebo obtížně dodržovatelným
- potíže s dodržováním v práci, rodině nebo s pečovatelskými povinnostmi
- těžkosti v balancování četných tvrdých dietních opatření
- zaspání dávky
- pobyt mimo domov bez léků s sebou
- roztržitost či zaneprázdnění
- problém s doplněním léku a další lékařské problémy
- problémy s konkrétní dávkou, např. během dne nebo brzy po ránu

Mezilidské vztahy:

- nedostatek víry nebo odpor ke zdravotníkům
- sociální izolace
- záporná publicita HAART nebo lékařské instituce
- neradostné sociální zázemí

V rozvojových zemích se objevovaly specifické bariéry: otázka financí a problém s cestováním za zdravotní péčí. Bariér se však v těchto zemích projevilo jen 18.

Jako facilitátory léčby, identifikovali jich 14, lze označit:

Související s pacienty:

- vlastní sebehodnota
- medikace důležitější než braní drog

- vidění pozitivních výsledků léčby
- akceptace vlastního HIV statutu

Související s důvěrou v léčbu:

- víra v účinnost HAART a léčby
- porozumění potřebě dobré adherence
- jednoduchý lékový režim

Denní režim:

- učit se sladit HAART s běžným denním režimem
- snadno aplikovatelný režim
- používání připomínkových přístrojů

Mezilidské vztahy:

- pozitivní vztahy s lidmi
- důvěryhodný vztah s lékaři
- otevřený HIV statut v rodině, mezi přáteli a sociální opora
- žít pro někoho (zvláště pro děti)
- být aktivní ve spolurozhodování
- připomínky od členů rodiny, přátel

Výzkumná část

Kvalitativní přístup v psychologických vědách, píše Miovský²¹⁴, je přístupem, který pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativních metod. Právě pro svou jedinečnost a neopakovatelnost.

Filip²¹⁵ se zamýšlí, že východiskem poznání kvalitativního přístupu je interpretace. Povaha pravdy je skrytá, kritérium pravdivosti je zcela pragmatické, existenciální, perspektivistické, dialogické. Postoj výzkumníka je zainteresovaný, způsob poznávání je evidence. Časová dimenze je poznávaným věcem inherentní.

Při přípravě výzkumu jsme vycházeli z Mayringových pěti postulátů, jak je uvádí ve své učebnici Miovský²¹⁶:

- 1) V centru pozornosti výzkumníka stojí vždy lidé. Jsou obecným východiskem i cílem zkoumání.
- 2) Na začátku je nutná co nejpřesnější deskripce předmětu
- 3) Předmět zkoumání není nikdy zcela jasný a ohraničený
- 4) Fenomény je třeba zkoumat pokud možno v přirozeném prostředí
- 5) Zobecňování výsledků se neděje automaticky, ale musí být krok za krokem zdůvodněno a musí být brán zřetel na vlastnosti předmětu a smysl, kontext.

Jako základní nástroj výzkumu jsme si zvolili narativní rozhovor, především proto, že dle Chrze²¹⁷ v případě „narativního rozhovoru“ je strukturující aktivita výzkumníka omezována na minimum, tj. je zde vytvářen prostor pro spontánní strukturaci respondentovy zkušenosti. Takto je umožněno, aby si zkoumaná osoba takřikajíc „řekla to své“.

²¹⁴ Miovský (2006), str. 17

²¹⁵ Filip (2004), str. 538

²¹⁶ Miovský (2006), str. 77

²¹⁷ Chrz (2004), str. 24

6. Formulace výzkumného problému

Naší snahou je zjistit, jak to, že pro některé klienty s diagnózou HIV/AIDS je problém užívat řádně antiretrovirovou medikaci, tedy být adherentní s léčbou HAART. Nemáme dosud žádný výzkum specifický pro naše klienty. Daná oblast, byť je důležitá, nestála dosud v centru pozornosti žádné strategie.

Adherence je základní podmínkou efektivní péče o klienty. Bez ní je klient ohrožen na životě. Zároveň jsou vynakládány ohromné finanční částky do léků, které nakonec nevedou k efektu. Fawcett tvrdí, že nonadherence je nejdražší nemoc²¹⁸.

Od počátku jsme se nebránili dalšímu zpřesňování výzkumného problému, podle toho, kam nás budou jednotliví respondenti směřovat.

6.1 Proč kvalitativní metodologie

Rozhodnutí o kvalitativním výzkumu bylo dáno tím, že se jedná o problematiku širokého kontextu. Nejen v literatuře, ale také z našich letitých zkušeností se ukazuje, že výzkumnou otázku nelze zjednodušit na: „Proč neberete léky?“

Nejdůležitější důvody pro kvalitativní přístup:

a) Jedná se o klienty zcela heterogenní, kdy se ukazuje, že jediné jejich pojítka je v jejich bazální diagnóza, a to ještě není zcela jednotné. Stádium jejich přijetí choroby (popření), jejich věk, stádium choroby a dosavadní terapeutické úspěchy jsou odlišné.

b) Vzhledem k tomu, že nemoc je stále stigmatizována, je motivovanost pacientů „vypovídat pravdu“ obvykle nízká. Odpovědi zjednodušují do

²¹⁸ Fawcett (1995), str. 4

krátkých sdělení. Mnoho cenných údajů by mohlo uniknout. Sestavit také příslušný dotazník, aby informačních úniků bylo málo, by bylo spíše nemožné.

c) Adherence k léčbě je složitá otázka narážející na mnoho dalších, netušených souvislostí. Životní styl klientů, jejich vztahovost nelze dopředu odhadovat.

d) Malý počet HIV pozitivních klientů způsobuje, že veškerá současná kvantitativní šetření jsou soustředěna na malý výzkumný vzorek. Klienti opakovaně referují, že již vyplňovali mnoho dotazníků, jsou jimi přesyceni.

e) Řada kvalitních světových výzkumů je pojmána kvalitativně, u nás podobný kvalitativní výzkum nebyl nikdy uskutečněn.

6. 2 Mapování terénu

Ačkoliv autor pracuje na AIDS centru již od roku 1998 a kontakt s klienty má ještě déle, přesto bylo přistoupeno k detailnějšímu mapování terénu adherence a non adherence mezi pacienty s diagnózou HIV/AIDS.

AIDS Centrum FN Bulovka

Vedoucí lékař: doc. MUDr. Marie Staňková, CSc.

Odborní lékaři: MUDr. Hanuš Rozsypal, CSc.

doc. MUDr. Ladislav Machala, Ph.D.

MUDr. Viktor Aster

MUDr. David Jilich

Psycholog: PhDr. Richard Braun

Psychiatr: MUDr. Ivo Procházka, CSc.

Staniční sestra lůžkové části: Ludmila Bendová

Sestra ambulance: Jaroslava Sedláková

V podstatě denně se lékaři dotazují, zda je léčba perspektivní z pohledu motivace pacienta k léčbě. Dotazování na léčebný režim je součástí standardního průběhu kontroly, které pacient podstupuje. Z mnoha biologických markerů mohou lékaři tvrzení pacientů ověřovat. Pro autora také poskytli informaci, zda pacient patří do skupiny problematicky adherentních pacientů či ne.

Autor se rozhodl do sběru informací zahrnout i zdravotní sestry. Mají s pacienty mnohem intenzivnější kontakt, a to nejen na lůžkové části AIDS Centra, ale taktéž v ambulanci. V době výzkumu pracovaly na ambulanci dvě sestry, na lůžkové části pět zdravotních sester.

Pro zdravotní sestry byl připraven krátký orientační výzkum, sestavený z pěti otázek. Jejich odpovědi byly nahrány a zanalyzovány. Získali jsme sedm odpovědí.

Otázky pro kvalitativní výzkum – zdravotní sestry

1. Zkuste prosím odhadnout, kolik HIV pozitivních pacientů skutečně dodržuje doporučení lékaře (včetně pravidelného brání léků).
2. Co by se dalo říct o lidech, kteří léčbu a léčebná doporučení nedodržují?
3. Proč si myslíte, že někteří pacienti selhávají v léčbě (nedodržují léčebná doporučení)?
4. Co bychom jim mohli poradit pro zlepšení jejich dodržování léčebných doporučení?
5. Co by se mohlo na AIDS centru zlepšit pro dodržování léčebných doporučení našich pacientů?

Ukázalo se, že zdravotní sestry se vcelku shodovaly, že adherentní je zhruba 50 - 60% klientů. Také se domnívaly, že lékařům nesdělují vždy pravdu. Určitě chtějí vypadat v očích lékařů lépe.

O neadherentních pacientech se vyjadřovaly s despektem, ubírají léky lidem, kteří by je spíše potřebovali, prodávají je pochybným existencím (což se opravdu někdy prokázalo, ale rozhodně ne vždy²¹⁹),

Léčbu prý nedodržují z několika důvodů. Buď tomu vůbec sestry nerozumí, proč se to děje, nebo jsou nevděční a nezodpovědní, nebo jim nedochází, jak je to důležité...

²¹⁹ pozn. autora

Zdravotní sestry se domnívají, že již všechny rady o tom, jak být adherentní dostali od lékařů, ony samy jim to také opakují. Sestry už neví, co jiného by měly dělat.

Určitě by se něco našlo, co by se dalo vylepšovat, ale nyní si nevybaví, co. Mají pocit, že AIDS Centrum pro jejich možnou adherenci udělalo maximum.

Zvláště z posledních odpovědí nemůžeme být klidní a při hledání cest, jak zvyšovat adherenci u všech (nejen problémových) pacientů, je nutné převzít svůj díl spoluodpovědnosti za daný stav.

7. Design výzkumu

Kvalitativní metodologie umožňuje širokou varietu metod. Jak bylo uvedeno, základní metodou získávání dat byl zvolen narativní rozhovor. Chrz²²⁰ poznamenává, že prostřednictvím narativní konstrukce je život ztvárněn a současně také interpretován. Jako text či diskurs jsou zde chápány nejen vyprávění samotná, ale také ten, kdo vypráví, i to, o čem se vypráví, tedy osoby, jejich jednání a prožívání, události, věci, historické a kulturní souvislosti, apod. Narativní výzkum je možné chápat jako interpretaci interpretace, jako rekonstrukci konstrukce či jako převyprávění vyprávění.

Základní snahou výzkumu bylo co nejméně ovlivňovat respondenty v jejich výpovědi a dostat se tak i k materiálu, který není standardně dostupný. Tomu byl upraven i časový rámec výzkumu. Nešlo jen o to, aby měl klient pro své vyprávění dostatek času, ale aby mohlo vyprávění probíhat v delším časovém horizontu.

Z hlediska struktury rozhovoru byla dána určitá dějová linie úvodní instrukcí, ale do průběhu bylo zasahováno minimálně.

²²⁰ Chrz (2004), str. 22

7. 1 Časový rámec

Data byla sbírána v rozmezí března 2007 a června 2010, kdy rozhovory probíhaly. Byli osloveni klienti, kteří v té době byli hospitalizováni v AIDS Centru FN Bulovka, nebo vyhledali pomoc psychologa z jiných důvodů. Celkem bylo sesbíráno 52 hodin rozhovorů s 12 respondenty.

Počet sezení, uskutečněných u jednotlivých respondentů, se pohyboval od 2 do 7. Doba rozhovoru byla obvykle 40 – 60 minut a sezení byla přerušována nenásilně, jakmile se téma vyčerpalo. Na dalších sezeních se občas stávalo, že respondent některá dříve sdělená fakta opakoval. Nebylo výjimečné, že sezení sklouzlo mimo daný tematický rámec. Byly zjištěny i situace, kdy klient měnil svá předchozí slova.

Mezi jednotlivými částmi rozhovoru nebyl delší interval než 4 týdny. Často se odehrávaly několik dní po sobě (hospitalizovaní respondenti). Obvyklejší však bylo, že byl rozhovor uskutečněn v řádech týdnů.

7. 2 Technické zabezpečení

Všechny rozhovory probíhaly v prostorách AIDS Centra FN Bulovka. Buď v ambulantní části, či v části lůžkové. Vždy pak v prostorách, jež klienti znají. Při rozhovorech byl vždy přítomný pouze respondent a psycholog. Všechny rozhovory vedl tentýž výzkumník (autor).

Po dobu rozhovoru nebyli účastníci nikým rušeni, nebyl vytvářen časový tlak. Dialog byl vedený v příjemné, uvolněné atmosféře. U hospitalizovaných klientů nebyl voleno období nějakých nejistot či vážných změn v životě respondenta.

Rozhovory byly zaznamenány se souhlasem klienta na diktafon a v nejbližší možné době přepisovány (opět pouze jednou osobou, autorem).

Před smazáním záznamu byl text s obsahem rozhovoru ještě kontrolován nezávislou kolegyní - psycholožkou.

7.3 Metody získávání dat

Jak bylo uvedeno, hlavní metodou získávání dat byl volen narativní rozhovor. První část rozhovoru vždy obsahovala „zahřívací“ fázi, kdy nebyl rozhovor zaznamenáván. Jednalo se o část zdvořilostních frází, ubezpečení, atd. Poté začal samotný rozhovor.

Všechny rozhovory začínaly stejně:

„Dobrý den, píšu nyní práci, která se zabývá dodržováním léčebného režimu, braním léků, zajímá mě i Váš názor. Pokud Vám to nevadí, rád bych si s Vámi popovídal.“

Pokud by pacient namítal, že dosud léky nebere, je vyslovena další poznámka:

„To je v pořádku, zajímá mě, co si o tom myslíte i Vy.“

Na této formulaci bylo vždy striktně trváno. Pak byla učiněna poznámka technického rázu, že: *„bych si rád náš rozhovor nahrál, aby mi nic důležitého neuniklo, pokud s tím vyjádříte souhlas. Dodržím pochopitelně anonymitu, nebudete vystupovat pod svým jménem a nakonec budou nahrávky zlikvidovány.“*

V průběhu rozhovoru byly vstupy psychologa minimální, i za cenu toho, že se rozhovor stácel mimo dané téma. Bylo častěji voleno nenásilné ukončení rozhovoru, než striktní direktivní vracení k tématu. To samozřejmě s sebou přineslo problém s ohromným množstvím materiálu (viz příloha) k analýze a její složitost.

Na závěr rozhovoru bylo klientovi poděkováno a nabídnuto, pokud by jej zajímaly výstupy z této práce, budou mu poskytnuty, opět bez záznamu.

Kromě toho byly zaznamenané rozhovory doplněny o informaci ze strany lékařů, do které skupiny je klient zařazen. Lékaři vycházeli z objektivizovaných dat o průběhu léčby u jednotlivých klientů, popř. z jejich vlastních rozhovorů s danými klienty. O zařazení do příslušné skupiny nebyli klienti informováni.

7. 4 Metody fixace dat

Audiozáznam je jedním z nejčastěji užívaných nástrojů pro zaznamenávání a fixaci dat. Nespornou výhodou je, píše Miovský²²¹, komplexnost záznamu a jeho autentičnost. Výzkumník si nemusí dělat poznámky a když, tak pouze, jestliže zachytí něco, co se v záznamu nemůže objevit. Jsou zaznamenány veškeré kvality mluveného slova, síla hlasu, délka pomlk, různé doprovodné zvuky či řečové vady. Nezkreslený záznam může posloužit i jako důležitý kontrolní materiál při kontrole validity externím auditorem.

Diktafon, umožňující digitální záznam, byl položen tak, aby byl vidět, ale aby celou situaci rozhovoru nerušil (např. svým vlastním zvukem).

8. Výzkumný vzorek

Metoda výběru v kvalitativním výzkumu, píše Charvát²²², není většinou dána předem, mění se. Žádná metoda není exkluzivní, téměř vždy se jedná o kombinaci metod. Metoda výběru by měla být podřízena cílům výzkumu tak, aby bylo dosaženo nasycení zkoumaného problému, popř. dobrého pokrytí charakteristik cílové populace. Metoda výběru účastníků by měla být detailně popsána.

²²¹ Miovský (2006), str. 197-198

²²² Charvát (2004), str. 78

Náš výzkum mezi pacienty s diagnózou HIV/AIDS se v něčem podobá situaci mezi toxikomany. Charvát upozorňuje, že v adiktologickém výzkumu se téměř vždy rezignuje na dosažení všeobecné reprezentativnosti vzhledem k cílové populaci. Všeobecná reprezentativnost znamená v tomto případě vlastnost konkrétního souboru, která nám dává jistotu, že sebraná data a jejich parametry odpovídají celé populaci. Dokonce je téměř nemožné dostat požadavkům náhodného výběru.

Někdy se mluví o dostatečné reprezentativitě či o zvyšování reprezentativity. Pojem reprezentativity není směřován jen k cílové populaci, ale také ke zkoumanému problému. Výzkumník často sleduje specifický mnohotvárný problém a konstrukci souboru tomu přizpůsobuje. Toho se hodláme držet i my.

Nechceme se zabývat pouze pacienty, kteří v léčbě selhávají. Nestačí nám zabývat se tím, proč k tomu dochází, jaké mají motivační struktury pro non adherenci. Stejně tak zajímavé může být, proč někteří pacienti v léčbě pokračují úspěšně. Podobně nás může inspirovat, s čím k léčbě přistupují dosud neléčení pacienti.

Rozhodli jsme se tedy oslovit veškeré HIV pozitivní, které jsme v zápětí rozdělili do třech skupin. Hlavním kritériem dělení bylo, zda jsou či nejsou medikováni a pomocným kritériem, zda jsou problematictí uživatelé. Tato kritéria se autor dozvěděl od lékařů. Vznikly tři skupiny zkoumaných osob a cílem bylo je mít početně vyvážené. Respondenti nebyli se svým zařazením do výzkumných skupin seznámeni, aby tím průběh explorační nebyl ovlivněn.

8. 1 Způsoby výběru

Jak bylo řečeno vzorek byl plánovaný jako příležitostný výběr. Výběr nebyl složitý, byli osloveni všichni klienti, kteří byli v uvedené době

hospitalizováni v lůžkové části AIDS Centra FN Bulovka, a nebo vyhledali péči psychologa. Omezen byl pouze výběr neproblémových uživatelů, kterých by jinak bylo početně nejvíce. Nebyl to původní záměr, došlo k tomu z kapacitních důvodů. Proto byl výběr do této kategorie zastaven předčasně (zhruba v červenci 2008). Tím se příležitostný výběr stal částečně kvótovaným.

Nikdo z oslovených klientů spolupráci neodmítl. Mohlo to být dáno i tím, že všichni respondenti autora výzkumu znali (často již řadu let). Proto ani navázání příslušné spolupráce nebyl problém.

8. 2 Popis vzorku

Počet respondentů se ustálil na počtu 12, ve třech zmíněných skupinách. Ve skupině neproblémových uživatelů 4 (změněná křestní jména začínají písmenem A), ve skupině problémových uživatelů 5 (změněná jména začínají písmenem B) a bez léčby 3 (změněná jména začínají písmenem M). Ve vzorku byly dvě ženy – jedna jako neproblémová uživatelka a jedna jako neléčená (byť v průběhu zahájila léčbu). Dva respondenti v průběhu výzkumu zemřeli (ze skupiny problémových uživatelů). Jeden zemřel přibližně půl roku po skončení rozhovorů (problémový uživatel). U jednoho respondenta nebyl rozhovor zcela ukončen pro abúzus drog. Dva pacienti se stali v průběhu výzkumu (po skončení rozhovorů) uživateli HAART (oba zatím bezproblémoví).

Rozhovory probíhaly ve dvou až sedmi sezeních a všichni respondenti dotazovatele již znali. Celkem výzkum obsáhl 52 hodin zaznamenaných rozhovorů a vedl je vždy sám autor.

Adam (*1965) byl zjištěn v roce 2000. Je vysokoškolák v invalidním důchodu, gay, nyní se u něj objevují první vážnější zdravotní komplikace. Na HAART od roku 2000. Pochází z jižních Čech, kde i žije. Docházel na skupinu pro HIV pozitivní.

Alan (*1974) byl zjištěn v roce 2007. Pochází z malé vesnice, středoškolák, nyní pracuje v Praze v hotelnictví. Na HAART od roku 2008. Bisexuál, má bratra – dvojče. Docházel na skupinu pro HIV pozitivní.

Andrej (*1968) byl zjištěn v roce 1999. Nemá vzdělání, pochází ze západních Čech, nyní žije v Praze, v invalidním důchodu, gay. Na HAART od roku 2001.

Anna (*1969) byla zjištěna v roce 1994. Je vdaná, má syna a dceru, manžel též HIV pozitivní. Žije v Praze a pracuje v neziskovém sektoru. Na HAART od roku 1997.

Bert (*1965) byl zjištěn v roce 2005. Pochází z Brna, kde i žije a pracuje. Gay, žije v dlouhodobém vztahu. Jeho partner byl v roce 2010 také zjištěn jako HIV pozitivní, ale on jej nenakazil. Na HAART od roku 2007. Půl roku o skončení výzkumu zemřel.

Bedřich (*1978) byl zjištěn v USA v roce 2000. Pochází ze severní Moravy, nyní bez domova, zdržuje se v Praze. Je bez vzdělání, ex-user tvrdých drog. Nechává se najímat na brigády. Je heterosexuál s historií gay prostituce. Na HAART od roku 2000.

Boris (*1975) byl zjištěn v roce 1992. Pochází z vesnice v severních Čechách, žije v Praze. Vyučen, v invalidním důchodu. Gay s historií gay prostituce. V dlouhodobém vztahu, partner HIV negativní. Na HAART od roku 1995. V roce 2008 zemřel.

Bohdan (*1969) byl zjištěn v roce 2007. Pochází z Prahy, nyní shání práci. Bydlí v Domě světla. Závislý na drogách. Heterosexuál, ženatý, dvě dcery. Na HAART od roku 2007. Pro opakovanou výraznou intoxikaci nemohly být rozhovory dokončeny.

Bernard (*1975) byl zjištěn v roce 2000. Narkoman (pervitin, heroin), po několika léčbách. Gay s historií gay prostituce. Nyní v Praze, aktivně se zapojil do osvětových besed. Na HAART od roku 2001. Zemřel v roce 2009.

Martin (*1980) byl zjištěn v roce 2009. Pochází z Moravy, žije a pracuje v Praze, v umělecké oblasti. Je gay, žije v dlouhodobém vztahu se starším mužem. Přiznává výraznou promiskuitu v minulosti.

Marek (*1964) byl zjištěn v roce 2007. Pochází z Ostravy, žije v Praze, v současnosti bez zaměstnání. Je gay, partnera nemá. Docházel na skupinu pro HIV pozitivní.

Magda (*1967) byla zjištěna v roce 1995. Je rozvedená, má dceru. Nakazila se od přítele – narkomana. Žije sama v Praze, pracuje na 4 hodiny v obchodě. Po skončení našich rozhovorů byla nasazena HAART (2008), užívá zatím bezproblémově.

Vezmeme-li náš vzorek statisticky, výzkumu se účastnilo 10 mužů a 2 ženy. Z hlediska sexuální orientace se 7 respondentů identifikovalo jako homosexuální, 1 jako bisexuální a 4 jako heterosexuální (2 ženy, jeden muž s historií gay prostituce). Ve vzorku byli 4 problémoví uživatelé tvrdých drog, všichni ve skupině problémových pacientů. Průměrný věk skupiny neproblémových pacientů je 41 let, problémových pacientů 37,6 let a pacientů bez medikace 39,5 let (na konci výzkumu). Věk respondentů se pohyboval od 30 do 46 let.

9. Metody analýzy materiálu

V učebnicích kvalitativní metodologie, píše Konopásek²²³, se ukazuje, že pasáže týkající se interpretace dat, bývají vágní, chudé a mlživé. Umění dělat kvalitativní výzkum se pro mnohé soustřeďuje do otázek: Jak analyticky vyložit text sebraných dat? Jak ho interpretovat? Jednodušeji řečeno: Co si počít se sebranými rozhovory, se zaznamenaným pozorováním, s vlastními poznámkami z terénu?

Interpretaci a analýzu dat nelze v kvalitativním výzkumu chápat jako něco, co se odehrává jedním jediným způsobem a v jasně ohraničeném časovém období, odděleně od ostatních činností.

Fixováním kvalitativních dat vzniká základní materiál²²⁴. Ten je v dalším postupu upravován, aby byla možná analýza. Převedení dat do textové podoby nazýváme transkripcí. To však není mechanický převod. Může docházet k určité redukci dat, která se děje, jak uvádí Hendl²²⁵ spojitě během jejich analýzy. Nejedná se o operace oddělené od ostatních kroků analýzy.. Problém spočívá v požadavku, že přitom nesmíme zbavit data jejich kontextu.

Techniku transkripce, kterou jsme použili my, nazývá Hendl²²⁶ shrnujícím protokolem (vychází ovšem z doslovné transkripce). Technika nezachovává celý text. Předpokládá, že v textu jsou zbytečná data nebo, že by jeho kompletní transkripce byla nákladná. Přímo při poslechu (přepisu) nahrávky se provádí jistý způsob shrnutí.

Hendl²²⁷ uvádí i možnosti redukování dat. Redukce textu se děje některým z těchto způsobů:

- vypuštění výpovědi (tvrzení, která lze odvodit z textu), které se opakují, se vypouštějí

²²³ Konopásek (2005), str. 85

²²⁴ Miovský (2006), str. 205

²²⁵ Hendl (2005), str. 207

²²⁶ Hendl (2005), str. 209

²²⁷ Hendl (2005), str. 210

- zobecnění: výpovědi, které jsou zachyceny v textu na vyšší úrovni zobecnění, nahrazují odpovědi méně obecné
- konstrukce: z několika specifických výpovědí se konstruuje jedna globální výpověď, která zachycuje věcně vztahy v jejich celku, specifické výpovědi se vypouštějí.
- integrace: výpověď, jež je obsažena v nějaké jiné výpovědi vytvořené konstrukcí se vypouští
- selekce: jisté ústřední výpovědi se zcela zachovávají, když zobrazují podstatná, obecná tvrzení
- vázání: obsahově související, v textu rozptýlené výpovědi se podávají na jednom místě vázaně.

Mioviský²²⁸ vyjmenovává možné dílčí úpravy dat:

1. redukce prvního řádu – dělá přepis plynulejší (bez slovní vaty), hlavně u materiálu, kde jde o obsah a ne o dílčí mluvní projevy
2. kódování dat – dělení a datové segmenty a následné třídění
Tři možnosti třídění:
 - a) a priori specifické schéma
 - b) a priori nspecifické schéma
 - c) zakotvené a posteriori, induktivně, kontextové vázané schéma
3. editorování (doplňování poznámkami)
4. barvení textu (dle významových struktur)
5. práce s časovými osami (chronologické srovnání výpovědí)

V našem případě jsme u přepisu použili redukci prvního řádu, vynechána byla slovní vata a běžné hovorové obraty. Vynechali jsme také vulgaritu a pozměnili slangové výrazy (kde se nenarušil smysl výpovědi). Text byl rozdělen na samostatné sémantické segmenty (Mioviský hovoří o datových segmentech). Ty pak byly tříděny do kategorií.

²²⁸ Mioviský (2006), str. 209-211

9. 1 Ukázka práce s materiálem

V následující ukázce je ilustrována práce s původním materiálem. Nejprve je zaznamenána nečištěná verze výpovědi.

Bert: Tohle jako... víte... to se nedá... ono to prostě nejde takhle... já už minule říkal, že jsem to nezvládal, teda ty prášky. (rozčiluje se). Mě hrozně sralo, že jsem je zapomínal, a to třeba buď doma, nebo třeba v Brně. Víte..to je pořád... pořád třeba musíte mít v hlavě, že je máte někdy vzít.. jenže... ale to se asi blbě vysvětluje... neumím to tak... ale já normálně prášky беру... to jen někdy...

Redukce 1. řádu:

Bert: To se nedá, ono to prostě nejde /braní HAART/... nezvládal jsem prášky /HAART/... (rozčiluje se)...rozčilovalo mě, že jsem je /prášky/ zapomínal buď doma, nebo v Brně... pořád musíte mít v hlavě, že je máte vzít /HAART/... špatně se to vysvětluje... normálně prášky беру /HAART/... to jen někdy /ne/...

Dělení na sémantické segmenty:

Bert:

1. To se nedá, ono to prostě nejde /braní HAART/
2. Nezvládal jsem ty prášky /HAART/
3. (rozčiluje se) Rozčilovalo mě, že jsem /prášky/ je zapomínal buď doma nebo v Brně
4. Pořád musíte mít v hlavě, že je máte vzít /HAART/
5. Špatně se to vysvětluje... že jen někdy /neberu/
6. Normálně prášky /HAART/ беру

Kódování:

Bert:

1. To se nedá, ono to prostě nejde /braní HAART/ 3.3 -
2. Nezvládal jsem ty prášky /HAART/ 3.3 -
3. (rozčiluje se) Rozčilovalo mě, že jsem /prášky/ je zapomínal buď doma nebo v Brně 1.2 -

4. Pořád musíte mít v hlavě, že je máte vzít /HAART/ 3.3 -
5. Špatně se to vysvětluje... že jen někdy /neberu/ 3.3 -
6. Normálně prášky /HAART/ beru 3.3

V relevantních segmentech jsme odlišovali data podle námi vytýčených kritérií. Postupně se vytvořily 4 tematické okruhy, které doplnila anamnestická faktografie.

9. 2 Metody validizace dat

Výraznou podmínkou našeho výzkumu bylo ověření validity daných dat. Miovský²²⁹ nabízí několik způsobů kontroly:

- kontrola transkripce opakovaným poslechem
- kontrola transkripce prostřednictvím vnitřního auditu (jiný člen výzkumného týmu)
- kontrola transkripce prostřednictvím vnějšího auditu (osoba odjinud)
- kontrola transkripce prostřednictvím účastníka
- provádění transkripce paralelně dvěma výzkumníky

Z metod nabízených Miovským jsme zvolili první a třetí způsob. Při transkripci byl opakován, kontrolován obsah samotným výzkumníkem a také nezávislou kolegyní – psycholožkou.

9. 3 Metoda kódování dat

Při tvorbě tematických okruhů jsme vycházeli z postupné analýzy výpovědí. Jakmile jsme narazili na nějaký nový významný motiv, byl zařazen do seznamu okruhů.

²²⁹ Miovský (2006), str. 207.

Ve druhém kole byl jednotlivým segmentům přiřazen kód. Ten se skládal z významového okruhu (první číslice), subkategorie (druhá číslice) a znaménka + nebo -, tedy podpůrné či brzdící konotace vzhledem k adheenci, pokud to bylo možné.

Kódování pomohlo nejen sumarizovat jednotlivé významové okruhy, ale také definovat bariéry a facilitátory adheence u jednotlivých klientů.

Seznam okruhů (v závorce je uvedena četnost segmentů ve vzorku)

0. Anamnestická faktografie (30)

1. Témata spojená s pacientem (412)

- 1.1 zdravotní komplikace jiné, zdravotní stav, jiná medikace (38)
- 1.2 vlastnosti, postoje, dovednosti, schopnosti (paměť) (37)
- 1.3 zájmy, záliby, sport (23)
- 1.4 práce, studium (74)
- 1.5 psychická pohoda či problémy, sebevražedné pokusy (66)
- 1.6 experimenty a závislosti (alkohol, drogy) (87)
- 1.7 denní režim, denní starosti (30)
- 1.8 problémy se zákonem (17)
- 1.9 sebepřijetí, emoce, akceptace (vč. sex. orientace) (23)
- 1.10 tragické události (8)
- 1.11 prostituce (9)

2. Sociální zázemí pacienta (508)

- 2.1 seznamování (40)
- 2.2 partnerství, manželství (185)
- 2.3 rodinné vztahy (122)
- 2.4 sexuální život (52)
- 2.5 přátelé (64)
- 2.6 bydlení (39)
- 2.7 podpůrná skupina (6)

3. Nemoc, léčba, režim (292)

- 3.1 nakažení, okolnosti, přijetí diagnózy, vnímání nemoci (61)
- 3.2 projevy nemoci či léčby, změna tělesného schématu (49)
- 3.3 léky, lékový režim (145)
- 3.4 vedlejší účinky (15)
- 3.5 stigma (17)
- 3.6 informace o nemoci (5)

4. Personál, lékaři, sestry, AIDS Centrum, Dům světla (64)

V tomto seznamu se jasně ukazuje převaha dvou tematických okruhů. Oba souvisejí s pacientem – buď přímo (okruh 1) nebo s jeho sociálním zázemím (okruh 2). Okruh „Personál, lékaři, sestry, AIDS Centrum, Dům světla“ stál spíše v pozadí.

V jednotlivých subkategoriích byla pozornost nejvíc koncentrována na tři:

- 2.2 partnerství, manželství (185)
- 3.3 léky, lékový režim (145)
- 2.3 rodinné vztahy (122)

Vzhledem k tomu, že na braní léků a dodržování léčebného režimu byly rozhovory centrovány, zdá se, že nejtěsnější vztahy byly pro klienty zcela nejvýznamnější.

9. 4 Analýza příčin adherence a non adherence

Nejdůležitějším výstupem výzkumu je zjištění příčin adherence a non adherence z výpovědí respondentů. Až nyní se ukázalo, jak bylo cenné zapojit do výzkumu klienty bez medikace, monitorovat jejich obavy a nastavení. Podobně významné výstupy jsme získali z analýzy výpovědí pacientů s dobrou adherencí. V čem je zakotvena jejich stabilita a co ji ohrožuje. Nepochybně hlavním problémovým okruhem byly výpovědi

pacientů se špatnou adherencí, opakovaně selhávajících v léčebném režimu, kteří se navíc mohou brzy setkat s problémem rezistence.

Již v průběhu analýzy se ukázalo zcela nezbytné označovat zmíněné faktory buď jako podporovatele adherence (facilitátory) nebo jako brzdy a blokátory (bariéry).

A. Pacienti neberoucí léky

bariéry

a) související s pacientem

jsem bez práce
bojím se, že jsem selhal
bojím se smrti
mívám deprese, psychické problémy
jsem zaměřen na své tělo
bývám nedochvilný
zapomínám
nemám zkušeností s nějakou nemocí
nepřijímám svůj věk
beru psychofarmaka

facilitátory

mám naději
mám i jiné bolesti
mám kde bydlet
jsem ctižádostivý
beru psychofarmaka pravidelně
sportuji

b) související se zázemím pacienta

obávám se samoty
mám špatné zkušenost při seznámení
mám horší zázemí, nemám se
o koho opřít
nemám sex
partner mi ne vždy rozumí
bojím se, že mě kvůli HIV nechá
neznám nikoho HIV pozitivního
jsem promiskuitní

mám přátele, otevřeně
komunikujeme
jsem v partnerství, mám podporu
partnera
znám HIV pozitivní osoby
mám rodinu
potřebuji mezi lidmi
chci rodinu
chodím na skupinu

c) související s nemocí a léčbou

v práci neví o mé HIV+	hledám informace z netu
mám strach z vedlejších účinků	připravuji se na braní léků
mám strach z léků	jsem smířen s HIV+
mám strach z hospitalizace	jsem už dlouho HIV pozitivní
nejsem vyrovnán s HIV	braní léků bez problémů zvládám

d) související s lékaři a léčebným zařízením

obávám se, zda je dobře pečováno	mám důvěru v lékaře
vadí mi nevhodná čekárna	ptám se lékařů

B. Neproblémoví uživatelé

bariéry

a) související s pacientem

mám další zdravotní obtíže, bolest
mám deprese
bojím se, že umřu
jsem nezaměstnaný, nemám peníze
piju alkohol, marihuana
mám výkyvy nálad

facilitátory

změnil jsem životní režim
jsem cílevědomý, mám smysl
života
jsem abstinentsní
mám strach ze smrti
mám naději
hlídám si sportovní vyžití
pečuji o sebe
mám vnitřní disciplínu
jsem hypochondr
jsem zamilovaný do pečovatele
beru další medikaci
nepřipouštím si komplikace
mám invalidní důchod
naučila jsem se s tím žít

b) související se zázemím pacienta

mám problémy v partnerství (nevěra, alkohol)	mám rodinu, potřebuje mě matka mě kontroluje
nikdo z okolí neví HIV statut	chodím na skupinu
odešel partner, s nikým nežiju	brácha mi pomáhá
jsem bez sexu	sdílíme výsledky s partnerem
jsem bez přátel	
mám partnera HIV+ a spíme spolu	
lidi mě nepoznávají	
nestýkám se s rodinou, nepomůžou mi	
můj nakazitel již zemřel	
seznámit se je těžké	
v partnerství spíš poslouchám	
manžel to zvládá hůř než já, má zdr. komplikace	
bojím se, že manžel umře, nechci být sama	

c) související s nemocí a léčbou

léky nezabírají, jsem rezistentní	nemám vedlejší účinky
falešná představa o fungování léků	mám dobré výsledky
stigmatizace	důvěřuji lékům
vnímám tělesné změny	mám drahé léky
mám dávicí reflex	čtu si o tom na internetu
zhubl jsem	nepřipouštím si komplikace
kvůli HIV jsem přišel o pracovní příležitost	dobře zvládám režim léků
beru morfin, lékař mi ho píše	nemám problémy s léčbou
kombinuji léky	

d) související s lékaři a léčebným zařízením

čekání na ošetření	miluji lékaře
sestřičky na oddělení se nezastaví za mnou	přestoupil jsem k jinému lékaři jsem aktivní při rozhodování lékaře

doktoři neví, co se mnou
doktor mě odmítl kvůli HIV

C. Problémoví uživatelé

bariéry

a) související s pacientem

nemohu brát, cestuji, jsem u rodičů
nemám bydlení
beru tvrdé drogy
jsem ve finanční nejistotě
nemám v životě rád
bojím se dluhů u VZP
jsem lehkomyšlný, dělám si, co chci
jsem psychicky nemocný
mám strach ze smrti
kolabuju, mám další zdravotní potíže
nemyslím na budoucnost
pravidelně piju
mám traumatizující zážitek
beru psychofarmaka
co s takovým životem

b) související se zázemím pacienta

nemám sex
trpím samotou
nemám pravé přátele
rodina mi nemůže pomoci
jsem promiskuitní
zemřeli mi přátelé
přítel bere drogy

facilitátory

mám strach ze smrti
mám vyřešené bydlení
mám strach z invalidizace
jsem zamilovaný
změnil jsem životní styl
nebojím se práce
jsem vyděšenější z oslepnutí

c) související s nemocí a léčbou

je mi zle, zvracím	mám naději, že zvládnu brát
nic mě nebolí	mám informace o braní léků
pochybuju o tom, že jsem nemocný	věřím lékům, které mám
nechci brát léky, nemá to smysl	mám nyní lepší prášky
zapomínám, zmeškávám, občas	snažím se brát
vynechám	není těžký brát poctivě
system braní léků je složitý	
léky nezabírají, léčba není úspěšná	
nesdělují HIV pozitivitu ani partnerům	
vždy se vymluvím z péče	
nejde to dodržet, snažil jsem se	
nechápu, že jsem přestal brát léky	

d) související s lékaři a léčebným zařízením

lžu doktorům	mám osobní vztah k lékaři
na AIDS Centru mě nepomohli	anonymita pracoviště kliniky
nevěřím lékařům	sestry mi drží palce
nezasluhuji si péči lékařů	

Z tohoto přehledu je na první pohled patrné, že u problémových pacientů převládají bariéry nad facilitátory (poměr 37:20). U pacientů neproblémových je poměr zhruba vyrovnán (poměr 32:30). U pacientů, kteří dosud léky neberou, je mírná převaha vnímaných bariér (poměr 25:20). Definovali jsme 94 bariér a 70 facilitátorů.

Tab. 1: Přehled bariér

	a)	b)	c)	d)	celkem
Pacienti A	10	8	5	2	25
B	6	13	9	4	32
C	15	7	11	4	37
celkem	31	28	25	10	94

V této tabulce bariér správné adherence k léčbě je patrné, že nejvíce takových bariér jde ze strany pacienta (jeho osobnosti). U pacientů bez medikace a u pacientů selhávajících v léčbě je to zřetelné. U pacientů s dobrou adherencí je větší důraz na sociální zázemí. U všech skupin respondentů jsou bariéry ze strany lékařů, AIDS Centra, méně významné.

Tab. 2: Přehled facilitátorů

	a)	b)	c)	d)	celkem
Pacienti A	6	7	5	2	20
B	14	5	8	3	30
C	7	4	6	3	20
celkem	27	16	19	8	70

Z této tabulky facilitátorů lze v celkovém součtu opět vnímat převahu facilitátorů na straně pacienta (jeho osobnosti). Výrazně je to patrné u respondentů s dobrou adherencí (skupina B). Opět zde prvořadou roli nelze přisoudit lékařům, AIDS centru. Ukazuje se, že facilitátorů je méně než možných bariér.

9. 4. 1 Příčiny non adherence společné všem skupinám respondentů

Budeme-li analyzovat odpovědi celé skupiny 12 respondentů (odpovědi se u jednotlivých skupin respondentů dublují), lze jasně stanovit, že jsme identifikovali 49 facilitátorů. Z tohoto počtu jsou čtyři obecné, společné všem skupinám respondentů.

Facilitátory jsou:

- mám naději
- mám podporu partnera
- mám rodinu
- léky zvládám

Jsou to tedy facilitátory z okruhů a), b) a c). Žádný faktor z okruhu lékařů, léčebných zařízení. V následujícím textu vybíráme tvrzení, která je dokumentují.

Mám naději:

Adam

34.	Jít do toho naplno, nepodat se tomu.
88.	Snad je to za mnou

Alan

8.	Já je budu brát přesně, to jsem věděl
15.	Myslím, že docela jsem poslušný pacient, doktor se bát nemusí
76.	prostě je polknu a basta

Anna

61.	Snažím se teď brát všechno vážně.
62.	Hlavně ty léky,
63.	to jsem se naučila.
64.	věřím, že i pomáhají /léky/.

Bedřich

7.	Ale teď už určitě začnu /brát léky/.
165	ale snažím se.

Bert

8.	Teď už to určitě bude bez problémů.
----	-------------------------------------

Bohdan

35.	Tak jsem si řekl, že musím brát.
99.	Řekl jsem si, že to fakt nemám zapotřebí a že nechci, aby mě to dorazilo.

Magda

58.	Jinak ty moje současné zdravotní komplikace myslím s HIV zrovna nesouvisejí,
59.	ale třeba mi to pomůže i na to.

Marek

3.	Nebojím se toho /brání léků/.
----	-------------------------------

Mám podporu partnera:

Adam

48.	Já jsem žil dlouho s Jonášem,
50.	Byli jsme spolu osm let
51.	nedalo se na to snadno zapomenout
52.	On byl o rok a půl dýl pozitivní jak já
53.	když jsem šel na testy bylo to jasný.
54.	My jsme spolu nepřestali spát
55.	vždyť to patří ke vztahu – všechno spolu sdílet
56.	Přijmout toho druhého se vším všudy

Andrej

37.	A já mu slíbil, že na sebe dám pozor,
38.	že budu brát prášky
39.	To fakt dělám.
42.	vůbec se mě nezřekl, že jsem nakaženej.
65.	Já mu vždycky říkal, jak mi dopadly výsledky
66.	a dokonce jsem mu dával číst ty zprávy od Vás
67.	On mi taky dával ty svoje

Anna

12.	Můj muž je HIV pozitivní už dlouho
13.	a naučili jsme se s tím nějak žít.
20.	Potřebuje mě

Bedřich

14.	Tam mě vzala Alexandra do ohromný nemocnice – jmenovala se.. no už si nevzpomenu, ale byla ohromná.
15.	(to byla moje holka tam)

Bert

27.	Jsem osm let s partnerem
34.	Kdybych ho nakazil, do smrti bych si to vyčítal
35.	Je hodně mladší než já, má život před sebou
36.	Nechci partnera obtěžovat, aby si řekl, že má depresivního přítele...
37.	Ale když je nejhůř, tak to tak udělám. Jsem v nepohodě.
78.	Partner říká, že jsem špatnej pacient, ale on tomu nerozumí

Bohdan

69.	Ona /manželka/ mi nevěří, že to zvládnu, a to je důvod
70.	Já to chci – přestat /s drogama/
71.	Když jsem jí řekl, že jsem HIV pozitivní, tak to vzala docela dobře

72.	ani jí to neštvalo
73.	ani se neptala, jak jsem se nakazil

Boris

107.	Teď jsem poslední roky s Jirkou,
108.	chce po mě, abych se léčil
109.	ale sám vidí, že to nejde
110.	Je mou velkou oporou
111.	potřebuju vedle sebe autoritu.
123.	Vlastně jediný, kdo to od počátku věděl, je Jirka
138.	Taky bylo komický, že chtěl Jakub se mnou jít na testy,
139.	neví o mé pozitivitě a já přemýšlel, jak to zahraju
140.	jako, že jsem pozitivní – jako šok
141.	Nakonec k tomu nedošlo
142.	Ale prý by se o svého HIV pozitivního partnera staral a to jsem mu fakt věřil
149.	Jirka mě děsně hlídá

Magda

9.	Mě nakazil feťák, co jsem s ním chvíli byla
10.	On byl ale fantastickéj mužskej

Martin

8.	Můj přítel, Petr, to vzal skvěle
9.	Musel jsem to chytit ještě před tím, než jsme byli spolu
49.	Na partnera netlačím, když se mnou nebude spát
50.	Já teď stejně na sex nemám moc pomyšlení
51.	ale chybí i jeho dotyky.
52.	On to moc neumí
53.	i když je jinak moc fajn
54.	je pozitivně laděný,
55.	snaží se mě držet v pohodě
83.	S Petrem jsme 4 roky
92.	Petr asi moc neví, co je nebezpečný a co ne

Mám rodinu:

Adam

37.	Tady na Bulovce řekli můj mamě, že jsem HIV pozitivní
40.	Pořád mě pak hlídala /matka/, abych bral léky.

Anna

16.	Já jsem teď hodně přecitlivělá,
17.	ale mám syna a malou dceru, musím nějak fungovat

19.	Teď se musím rozhodnout, chci se věnovat spíš dceři a manželovi
20.	Potřebuje mě

Bernard

71.	Táta se snažil líp. Utěšoval mě.
-----	----------------------------------

Bohdan

34.	Já mám dvě holky /dcery/ a to bych je třeba ani neviděl
35.	Tak jsem si řek, že musím brát
45.	Já když jsem s tou mladší na vycházce, tak jsem naměkko
46.	Normálně mě to dojalo.
47.	Moje stará se ani nesnaží mi bránit v kontaktu s holkama,
48.	ale nedovolí mi, abysme žili dohromady
49.	Oni bydlej v azylovém domě někde. Nesmí mi říct kde
69.	Ona /manželka/ mi nevěří, že to zvládnou, a to je důvod
70.	Já to chci – přestat /s drogama/

Boris

4.	Teď mám s rodičema bezvadnej vztah, i s tátou
5.	My jsme z malý vesničky
6.	tak tam moc nejezdím
7.	Spíš teď oni za mnou
8.	Taky mám staršího brácha o osm let
88.	Svěřil jsem se mámě

Magda

12.	Z toho manželství mám dceru
13.	ale už je velká, nepotřebuje mě
14.	já už teď žiju sama

Léky zvládám:

Adam

5.	Tak mi doktor nasadil tu kaletru,
6.	taky dobrý, ale stejně to stagnovalo
7.	Teď mám ty drahý léky, on říká, že je to mercedes mezi léky
8.	Jinak vedlejší účinky jsem neměl žádný,
9.	to je totiž úplnej nesmysl.
10.	Nikdy mi nic nebylo
11.	Žádný ty blbý kecý – to je totiž spíš záležitost psychiky
12.	teď mám virovou nálož na nule a CD4+ 680
13.	Léky беру
14.	snažím se,
15.	ale není pravda, že se musej brát přesně

16.	Za ty roky, co to beru, je třeba vezmu v rozmezí 1-2 hodin a nehraje to roli
17.	To mám už vyzkoušený
25.	Jo, léky, to bylo v pohodě..
26.	Víte, měl jsem úplně jiné starosti.
27.	Nakonec se mi život rozdělil na dvanáctihodinové úseky – od prášků do prášků.
28.	Beru je pravidelně.
29.	Nevadí mi to.
31.	Jsem spíš hypochondr. Hodně nemoci prožívám.
32.	Bojím se, co by jinak bylo. To je hodně velká motivace.
33.	Na začátku byly nějaké komplikace, ale to si nesmíte připouštět.
34.	Jít do toho naplno, nepodat se tomu.

Alan

5.	Já jsem vždycky bral prášky pravidelně
6.	Doktor uvažoval, zda je nasadit nebo ne
7.	a já mu řekl, že budu rád
8.	Já je budu brát přesně, to jsem věděl
9.	Nejsem nezodpovědný
15.	Myslím, že docela jsem poslušný pacient, doktor se bát nemusí
16.	Já jsem dost zásadovej
17.	přísněj na sebe
69.	S braním léků jsem neměl až takový problémy
70.	Mám to načasovaný tak, že je beru, když dorazím do práce
71.	Nejdřív jsem si dával upozornění na mobil, ale to už teď nemusím, mám v sobě budíka
73.	nestává se mi, že bych snad zaspal.
74.	Vím, že kluci mluvili o vedlejších účincích, ale to já nemám a neměl jsem
75.	To si nesmí člověk připouštět
76.	prostě je polknu a basta

Andrej

113.	Prášky jsou hodně závislý jestli jsem v pohodě
114.	když ano, polknu snadno
115.	Já beru ještě zyrtec a bylo to zpočátku náročný
116.	Tak kaletra je sám o sobě velký prášek, někdy jí pūlím, někdy sním celou
117.	Mám totiž dávicí reflex
118.	Když se něco děje, třeba jak jsem byl v Nehvizdech, tak to vůbec nešlo.
119.	Lámu si je, ale pak jsou ostrý hrany a to je problém.
125.	Byl jsem půl roku bez léků, snažím se dodržovat léčbu
126.	Zhruba 1x za 14 dní si dávku nevezmu,
127.	hlavně to bylo když byl v otroctví v Nehvizdech
128.	Dost mi jde o to, abych neměl nějaké zdravotní problémy

Anna

1.	Aha, tak budeme povídat o léčbě
2.	S tím já nemám problém
3.	Víte, kdybych se měla před vším hroutit, nic bych nedokázala.
61.	Snažím se teď brát všechno vážně
62.	Hlavně ty léky,
63.	to jsem se naučila
64.	věřím, že i pomáhají /léky/
65.	a dlouho mě budou držet /léky/
85.	To si pak vždycky říkám, že je důležité brát léky
86.	abych tu byla alespoň já, když manžel tu nebude

Bedřich

160.	Já vím, že i vy říkáte, že se prášky musej brát
161.	Já jsem od minule prášky bral
162.	podívejte mám i flašku se všema
163.	a vím, že je mám vzít ráno a večer
164.	Občas nechytanu tu správnou hodinu
165.	ale snažím se.

Bernard

6.	Já bych ty prášky bral, ale je mi po nich blbě
9.	Každý si tu myslí, že jsem se rozhodl prášky nebrat
10.	ale to není pravda, já jen trpím, když je polykám
134.	Dřív jsem se snažil, abych je bral
135.	Doktoři mi nadávali, že je neberu,
136.	ale já je bral

Bert

8.	Teď už to určitě bude bez problémů
9.	Tyhle prášky jsou mnohem lepší, co mi dal pan doktor.
71.	normálně prášky беру /HAART/
72.	to jen někdy /ne/

Bohdan

1.	No, víte já jsem teď dostal nový prášky
2.	a snažím se
6.	Prášky mi nasadil doktor hned, asi jsem na tom byl blbě
7.	Teď mám nový /prášky/
8.	No to proto, že ty starý jsem přestal brát
9.	Vůbec to nechápu
10.	Prostě takový zatmění
64.	Teď mám kaletu a ještě nějaký dva prášky. zatím беру poctivě
65.	není to tak těžký

Magda

21.	Ale ty nízký CD4 mě vyděsily
22.	ani se teda práškům bránit nebudu

Marek

1.	No, já jsem si o práškách všechno sehnal na internetu
2.	a taky jsem se na to ptal pana doktora
3.	Nebojím se toho,
4.	vždyť to se dá zařídit / <i>pravidelné braní léků</i> /
5.	Jde jen o to, aby se člověk naučil takovýho toho biologického budíka
6.	Já ani na antibiotika nepotřebuju, abych si hlídal čas
7.	normálně si to tak dám do hlavy a pak už se řídí mů tělo samo
8.	po 12 hodinách si to připomenu sám od sebe
9.	Tak to bude s těma práškama <i>HAART</i> /jednou stejně

Analýzou odpovědí celé skupiny respondentů lze identifikovat 74 bariér. Celkem pět bariér je společných pro všechny tři skupiny respondentů.

Bariéry jsou:

- jsem bez práce, finance
- bojím se smrti
- mívám psychické problémy
- obávám se samoty
- nemám sex

Všechny bariéry jsou z okruhu a) a b). Týkají se samotného pacienta či jeho sociálního zázemí. V následujícím textu vybíráme tvrzení, která je dokumentují.

Jsem bez práce, nemám finance:

Adam

22.	Jen mě mrzí, že teď nemám práci
23.	s penězma vycházím blbě
24.	Ta poslední práce byla blbost, jen jsem byl unavenej
71.	Hodně mi dělalo problém si najít práci
72.	vyřídili mi invalidní důchod – na demenci
73.	To jako že už budu jen víc a víc blbej

74.	Byl jsem u hlídací agentury, skladník
75.	chtěl jsem zpátky i učit,
76.	to mě vždycky bavilo
77.	ale to už moc nešlo /učit/

Alan

1.	Mrzí mě, že jsem musel na papíry, kvůli praxi v cizině vyplnit HIV pozitivitu
2.	Nejprve jsem si řekl, že na to kašlu a že to nenapišu, ale nakonec jsem to napsal
3.	Chtěl jsem pracovat ve Španělsku. Já tu zemi šíleně miluju
4.	No, nevybrali mě, řekli, že kvůli úsporným opatřením, nebo tak něco, ale to byla blbost

Bedřich

60.	Ani teď nedělám na smlouvu, protože by mi všechno vzali, dělám jen brigády
116.	Chodím na Výstaviště a nechávám se najímat na práci
117.	Peníze nemám

Bert

42.	Ani já, ani partner nemáme peníze na to, abysme si koupili dům, nebo nějaký bydlení.
43.	V Ch. platěj mizerně
48.	Asi mu chvílema lezeme na nervy,
49.	ale nemám fakt prachy

Bohdan

59.	nemám teď moc prachů
60.	K taxíku jsem se vrátit nemohl
61.	Snažím se něco najít, abych se neflákal
62.	To by nemuselo dobře dopadnout
75.	Štve jí, že nic nemáme
76.	že nás honili exekutoři

Boris

54.	Já se vždycky snažil vydělávat peníze,
55.	jsem na nich závislý
56.	Obchodoval jsem na burze, snažil jsem se dělat kadeřníka.
57.	Měl jsem i živnostenský list
58.	jsem vyučený krejčí,
59.	ale s tím se neumím uživit
60.	Před rokem mi dali dokonce exekuci na účet

Marek

25.	Ted' jsem zrovna bez práce
26.	a mohl bych Vám vyprávět o diskriminaci homosexuálů
27.	Mě vyhodili z místa skladníka

Bojím se smrti:

Adam

32.	Bojím se, co by jinak bylo. To je hodně velká motivace.
36.	doktoři moc neví, co s tím.

Anna

54.	Je mi hrozně líto manžela
55.	co když umře
56.	chodí na interferon, vůbec to nepomáhá
60.	Taky mám strach, že umřu já

Bernard

111.	Sestry mi tu držej palce
112.	ale já už chvílema pochybuju
113.	Zhubl jsem a jsem hodně unavenej

Bert

10.	Mám pocit, že mě doktoři jen chlácholí,
11.	až na stránkách DS jsem se dozvěděl, co mě opravdu čeká.
77.	Pořád mě zajímá, kolik se s tím člověk dožije a nikdo z doktorů mi na to neodpovídá, asi se bojeje

Boris

3.	Začínám mít strach, aby to nebyla konečná
178.	Víte, že čím dál tím víc mám strach ze smrti
180.	Někdy mě to tak přepadne, že si musím vzít další prášky
181.	Když mi tu na vizitě nasadili prášky „na slepo“, nevím, co si o tom mám myslet
182.	Asi už neví, co se mnou
183.	Nebo mi už nechtějí udělat nějaký důležitý vyšetření?
184.	Myslím, že už se odsud nedostanu

Magda

3.	Výsledky nejsou dobrý, CD4 mi klesly na 120
4.	Já jsem pozitivní už patnáct let
5.	tak se to na tom těle musí projevit
21.	Ale ty nízký CD4 mě vyděsily

60.	To ale neznamená, že jsem klidná
61.	Ty špatný výsledky mě vyděsily.

Martin

6.	Nevyrovnal jsem se s tím, že bych měl být pozitivní
7.	To je přece hrozné, já jsem sice nežil jako mnich, ale tohle...
25.	Já se fakt bojím, že taky brzo umřu
28.	nevím, co mě čeká
68.	Ta chvíle, kdy mě sem zavřou na oddělení – to bude mazec
69.	Už si řeknu, že končím

Mívám psychické problémy

Adam

31.	Jsem spíš hypochondr. Hodně nemoci prožívám.
62.	To bylo hnusný období, když si to teď uvědomuju
63.	měl jsem často deprese
64.	ale já je vlastně mám i teď /deprese/, když mi tělo vypovídá službu
67.	nemůžu se divit, že jsem pak takovej skleslej

Andrej

28.	Ten David mě dostal z nejhoršího
29.	když mi bylo fakt blbě, tak jsme si povídali
107.	No já beru i morfin, to už od roku 2001
108.	Asi bych nemohl bez toho
109.	a pak prášky od psychiatra
111.	Neměl bych to kombinovat, ale dělám to
112.	Někdy jsem na tom tak, že večer ani nevstanu, nemůžu ani prášky
120.	V roce 2001 jsem dostal antidepresivum od psychiatra, ale bylo mi zle, dva dny jsem spal a pak vstal úplně malátný.
122.	Morfin mám vyzkoušený
123.	Nemůžu už být bez něj
124.	Psychiatryně mi napsala, že jsem přelékovaný

Anna

16.	Já jsem teď hodně přecitlivělá,
33.	Asi jsem hodně náladová, vždycky jsem měla výkyvy nálad
34.	Od doby, co byl manžel nevěrný, jsem úplně v háji
35.	Vždy jsem mívala stavy, kdy se mi nálada měnila
36.	ale nyní to už hraničí
37.	Nemůžu si odpočinout
92.	Já už jsem z něj vyčerpaná
93.	potřebuju, aby se už zase sebral a fungoval
94.	Nechci se teď o něj starat
95.	sama jsem v háji.

Bedřich

99.	Já vím, že když chci něco rychle říct, že zadržnu a třeba to pak vypadá, že koktám.
-----	---

Bernard

60.	Víte, byl jsem v K-čku, když mu bylo fakt blbě
61.	a tam mi nějaká terapeutka pomohla
62.	Jenže to bylo jen na chvíli
63.	Co Vám budu povídat, skončil jsem na Nuseláku a vezli mě do Bohnic
64.	Nejdřív jsem byl na krizáči, pak detox
77.	Vždycky, když jsem si sahal na život, tak jsem si přál, aby mě máma měla ráda

Bert

36.	Nechci partnera obtěžovat, aby si řekl, že má depresivního přítele...
37.	Ale když je nejhůř, tak to tak udělám. Jsem v nepohodě.

Bohdan

28.	Já teď musím brát, jsem úplně vyděšenej
-----	---

Boris

37.	Celou tu dobu ale mám depresivní stavy, taky úzkosti a asi sociální fóbii
38.	neumím vycházet jen tak z domu
39.	Mám stavy úplný apatie
40.	nejsem rád sám doma, potřebuju někoho, aby se mnou žil.
41.	O víkendech to bývalo lepší, to jsem vždycky někam šli, večer se bavit
42.	ale všední den jen nejnnutnější pochůzky
43.	a to jsem třeba ani nedorazil na schůzku, co jsme měl dohodnutý.
49.	Větší problémy mi vždycky dělalo to střídání nálad
50.	Většinou jsem takovej veselej kluk
61.	bojím se, že mi vezmou i psa. na tom jsem fakt závislej.
62.	No s práškama jsem vždycky experimentoval /psychofarmaka/
63.	Jednu chvíli jsem měl i tři psychiatry, každý mi psal jiný léky
64.	Já si to pak vždycky kombinuju podle toho, jak to cítím
65.	No někdy to byly fakt šlehy
66.	ale obvykle jsem to bral podle toho, jak jsem ten den potřeboval fungovat
67.	Jestli jsem někam šel nebo ne.
68.	Měl jsem diagnostikovanou i schizofrenii
87.	Před několika lety mi vztah s otcem zkazilo moje podezření, já si

	to fakt asi vsugeroval, nebo jsem to převzal z televize, že mě táta sexuálně zneužil.
90.	Tam našim doktor vysvětlil, že jsem paranoidní, že je budu pořád z něčeho podezírat.
91.	A je to fakt, děje se mi to nejen u našich.
101.	Možná ty můj stavy zhoršilo i to přepadení
102.	Tady v centru Prahy mě přepadli tři chlapi
105.	Pak jsem vždycky potřeboval, aby se mnou někdo bydlel
106.	aby mi z toho nehráblo.
143.	Taky jsem kvůli Jakobovi tenkrát spolykal prášky
144.	Nešlo to
145.	Jakub mě hrozně trápil
146.	tenkrát to odskákal i spolubydlicí, Oliver, uštípl jsem mu zub
147.	Měl jsem takový záchvaty
148.	Nebo to dělal ten biston a prothiaden, co jsem bral.
159.	Já vím, že jsem i psychicky marod.
160.	Moje psychiatryně mě před rokem poslala do sanatoria pro psychotiky
161.	Já se dodnes bojím svých emocí
162.	dokážu být hodně emotivní
163.	hodně agresivní.
164.	Jakmile má nastat emoční reakce řeším to buď alkoholem nebo Neurolem
165.	Bez prášků už nic nezvládám
166.	Bývám nesoustředěný, všechno si musím psát, bez diáře a svých poznámek se už neobejdu.
167.	Ona to asi nebude sociální fobie, asi se jen vymlouvám, když se mi něco nechce udělat
168.	Ale chtěli mi ublížit
169.	Hlavně bývalý přítel, ten mě chtěl otrávit jídlem
170.	nemohl jsem nějakou dobu vůbec chodit do samoobsluhy, protože byl s prodavačkama domluvenej, aby mi prodali jedovaté jídlo
171.	Dělal to dost chytře, pomalu a nenápadně
172.	Odposlouchával mi mobil
173.	ale to jsem si už zvykl a někdy jsem schválně při telefonování provokoval
174.	Býval jsem hodně napjatý

Martin

6.	Nevyrovnal jsem se s tím, že bych měl být pozitivní
7.	To je přece hrozné, já jsem sice nežil jako mnich, ale tohle...
17.	Možná i to je důvod, proč mám teď depresivní stavy
35.	Jak jste mě odeslal k panu doktorovi /psychiatr/, tak jsem začal ty prášky brát /antidepresiva/
36.	Beru je pravidelně
37.	ale myslím si, že bych to měl zvládnout bez nich
38.	Přece nejsem tak neschopnej

39.	Už ale tolik nebrečím, minule se omlouvám, že jsem tu řval i u vás
40.	Nejvíc mě u tohohle stavu štve, že člověk nemůže nic dělat, na nic se soustředit
71.	Nikdy jsem nebyl nemocný
72.	Už to, že teď beru tyhle prášky mě drtí
73.	Až mi doktoři řeknou, že potřebuju léky na HIV, sesypu se.
94.	Já jsem teď hodně přecitlivělý

Obávám se samoty:

Andrej

55.	Se seznámením to je těžký,
57.	Ze začátku dobrý,
58.	ale on mě měl spíš jako svýho sluhu
59.	To byl obrovský barák, já tam celý den makal
60.	dával mi vždycky úkoly a on si jezdil kdoví kde.
71.	Co jsem mohl dělat, než si to nechat líbit.

Anna

57.	Já bych zůstala sama
58.	Vždyť mám jen jeho
59.	I když mě zklamává

Bedřich

105.	Já už holku asi mít nebudu
143.	Víte já jsem dost dřevo
144.	kdyby byla nechtěla ona, tak jsem snad pořád panic
145.	Já jsem měl jen pár ženskejch

Bernard

25.	Jenže chlapy mě zklamali,
26.	každý mě jen nechal přespat
72.	Jsem ale hrozně sám
73.	Už když jsem se snažil najít si kluka
74.	našel jsem si jednoho, byl o tři roky starší než já, ale už fakt chlap, z Chomutova
75.	Hned večer chtěl sex, to mi nejde takhle rychle
76.	No a ráno mi řekl, že mu vadí má barva pleti.
78.	I můj dvě sestry mě nemusí
119.	Vidíte, vždycky mě bavilo starat se o některé pacienty
120.	chodil jsem sem za nima
121.	a teď mě tu nechávají celý dny samotnýho

Bohdan

30.	Vůbec si nedokážu představit, že bych oslepl
31.	To je přece hrozný, musej ho vodit
32.	Holky na něj kašlou
33.	kdo by chtěl takového mrzáka

Boris

29.	Já se ho mockrát bál
30.	Ale na druhou stranu jsem se z toho /vztahu/ dlouho vzpamatoval.
31.	Ty vztahy, co jsem měl byly vždycky problém
40.	nejsem rád sám doma, potřebuju někoho, aby se mnou žil.

Magda

6.	Ale mě teď spíš trápí, že se nemůžu nějak seznámit
7.	Když to klapne a sejdu se s nějakým mužským, pak mu řeknu, že jsem pozitivní, tak zdrhne.
8.	To je hrozný, ty chlapi
36.	Já bych ráda ještě měla rodinu, proto se docela ráda seznámím
37.	Jenže to každého odradí, že jsem HIV pozitivní
38.	Mě by bylo líp, kdybych se mohla o někoho opřít
39.	abych na to nebyla tak sama.

Marek

42.	Nemám teď partnera, už rok a půl
43.	Nejdřív jsem chtěl, pak zase ne
44.	Teď se už bojím, že by to nevyšlo
45.	Jsem HIV+, kdo by mě takhle chtěl
46.	Možná nějakej „hrůza“, ale já nechci chodit k každým

Martin

83.	S Petrem jsme 4 roky
84.	nechce nic řešit
96.	Odtahuje se, když ho potřebuju
97.	Myslím, že až budu mít nasazený prášky, tak mě nechá
98.	Najde si někoho zdravýho

Nemám sex:

Adam

54.	My jsme spolu nepřestali spát
55.	vždyť to patří ke vztahu – všechno spolu sdílet
56.	Přijmout toho druhýho se všim všudy
57.	No vlastně jsme pak sex dost omezili

58.	ale občas jsme spolu byli.
78.	S nikým nežiju

Alan

13.	Víte, já jsem spíš na chlapy
14.	s Natašou spolu stejně nespíme

Andrej

176.	Naposledy jsem s klukem spal v roce 2005
177.	S M. to bylo tak, že si lehl a já ho musel uspokojit, o mě se nejednalo

Bedřich

101.	Víte, já jsem musel zajít za sexuologem,. protože jsem nenormální
102.	Snad mi pomůže
103.	Já sexuálně vůbec nežiju, holku nemám
104.	Nemám sex vůbec, jenom rukou
145.	Já jsem měl jen pár ženských
150.	No a ženský, ty jsem měl, jen když byly opilý,
151.	tak jsem se nebál
152.	Já s nima moc zkušeností nemám

Bernard

87.	Já bych nechtěl nikoho z Prahy!
88.	Vždy tedy s kondomem, což mě také ruší
89.	Nejsem ani moc na sex, mě bere spíš mazlení

Bert

27.	Jsem osm let s partnerem
28.	ale je to takový nijaký
29.	Nespíme spolu.
30.	Jsem spíše eroticky zaměřen,
31.	Teď, i když jsem nadržovaný, stejně nakonec na sex rezignuju.
32.	Na sex chuť nemám, ani masturbace mě neuspokojuje
58.	No, partner je prý taky nakaženej, říkal mi to dnes pan doktor
59.	Já vím, že ne ode mně, nespíme spolu už dlouho

Boris

149.	Jirka mě děsně hlídá
150.	řekl jsem mu, že šlapu
151.	my jsme spolu dlouho nespali
155.	Nikdy jsem Jirku nepovažoval za výlučného partnera

156.	Měl jsem vždycky i jiné
157.	Třeba jsem se seznámil s klukem na eskort seznamce, nebyl z Prahy
158.	ale hned jsme na to vlítli (smích).

Marek

23.	Já žiju s Petrem, ale to je už starší pán, tak jsme každý jinde
24.	Spíš se o něj starám, nespíme spolu
42.	Nemám teď partnera, už rok a půl

Martin

14.	Víte, my jsme spolu přestali spát
49.	Na partnera netlačím, když se mnou nebude spát
50.	Já teď stejně na sex nemám moc pomyšlení
89.	O víkendu jsme měli sex
90.	vytáhl jsem kondom
91.	Šlo o orální sex
92.	Petr asi moc neví, co je nebezpečný a co ne

9. 4. 2 Příčiny non adherence specifické pro skupinu selhávajících pacientů

V jednotlivých skupinách našich respondentů je prioritní směřování na příčiny non adherence u pacientů se špatným léčebným režimem, selhávajících v léčbě. V naší analýze jsme identifikovali celkem 7 unikátních facilitátorů a 22 unikátních bariér, specifických pouze pro skupinu selhávajících pacientů.

Jsou to tyto facilitátory:

- mám strach z invalidizace
- nebojím se práce
- mám oporu v rodičích
- mám štěstí na lidi
- mám osobní vztah k lékaři
- anonymita AIDS Centra
- sestry mi drží palce

Bariéry:

- nemohu brát, cestuji..
- nemám bydlení
- nemám v životě řád
- bojím se dluhů u VZP
- jsem lehkomyšlný, dělám si co chci
- nemyslím na budoucnost
- co s takovým životem
- mám traumatizující zážitek
- přítel bere drogy
- zemřeli mi přátelé na AIDS
- nic mě nebolí
- pochybuji o své HIV pozitivitě
- nechci brát léky, nemá to smysl
- zmeškávám, občas vynechám
- braní je složité
- vymlouvám se z péče
- nejde to dodržet
- nechápu, že jsem přestal brát
- lžu doktorům
- na AIDS Centru v Brně mi nepomohli
- nevěřím lékařům
- nezasluhuji péči lékařů

Zatímco facilitátory jsou z oblastí a), b) a d), faktory související s nemocí a léčbou se neprojeví. Mezi bariérami se objevily všechny čtyři oblasti faktorů. Nejvíce byly zastoupeny bariéry související s pacientem a související s nemocí a léčbou.

9. 5 Shrnutí výstupů

Redukcí výpovědí 12 respondentů ve třech skupinách (neberoucí pacienti, problémoví pacienti, neproblémoví pacienti) jsme získali pestré

informace, které bylo potřeba analyzovat. Validizace dat, fixovaných diktafonem, proběhla opakovaným poslechem a vnějším auditem.

Při analýze jsme definovali celkem 4 významové okruhy rozhovorů a jeden okruh faktografický. Byly to:

- 0 – Anamnestická faktografie (30x)
- 1 – Témata spojená s pacientem (412x)
- 2 – Sociální zázemí pacienta (508x)
- 3 – Nemoc, léčba, režim (292x)
- 4 – Personál, lékaři, sestry, AIDS centrum, Dům světla (64x)

Nejvíce se respondenti zabývali třemi okruhy – partnerství a manželství, léky a léčebný režim a rodinné zázemí.

Již v průběhu prvotní analýzy se ukázalo, že respondenti nezmiňovali pouze to, co jejich adherenci podporovalo, ale i co ji brzdilo. V následující fázi byly identifikovány facilitátory a bariéry adherence u jednotlivých skupin. Bylo jich nakonec 74 (bariér), resp. 49 (facilitátorů).

Z tohoto počtu se vydefinovalo celkem 5 bariér, společných všem skupinám respondentů. Byly to: jsem bez práce, nemám finance; bojím se smrti; mívám psychické problémy; obávám se samoty a nemám sex.

Dále jsme identifikovali čtyři společné facilitátory. Tedy: mám naději; mám podporu partnera; mám rodinu a léky zvládám.

Dále nás zajímaly specifické důvody adherence či non adherence u nejproblematictější skupiny respondentů. Hledali jsme v nich podstatu odlišnosti těchto pacientů od neproblémových pacientů a nebo neberoucích pacientů. Zjistili jsme 7 unikátních facilitátorů a 22 unikátních bariér pro skupinu problémových pacientů.

10. Diskuse

Výsledky našeho výzkumu je třeba diskutovat. Jednou z cest bude znovu analyzovat a kontextovat získaná data a jinou cestou bude srovnání našich výstupů s dalšími výzkumy ze světové odborné literatury.

Pro náš výzkum jsme zvolili vzorek respondentů z řad klientů AIDS Centra FN Bulovka. Zamysleme se nad tím, jaké omezení z toho může vyplývat. Vzorek tvoří 10 mužů a 2 ženy. Tento poměr zhruba odpovídá poměru mužů a žen infikovaných virem HIV v dispenzarizaci AIDS Centra FNB. Z celkového počtu 12 respondentů se 7 respondentů identifikovalo jako homosexuální, 1 jako bisexuální a 4 jako heterosexuální (2 ženy, jeden muž s historií gay prostituce). V tomto případě je vzorek opět poměrně odpovídající poměru našich klientů z hlediska sexuální orientace.

Ve vzorku jsou tři současní či bývalí prostituti (poskytovali služby mužům). Tedy rizikově se chovající jedinci, čtyři přizvávají sexuální promiskuitu. Čtyři respondenti jsou nebo byli závislí na tvrdých drogách.

Zajímavým zjištěním se zdá počet 5 respondentů, kteří uvedli další závažné psychické problémy (až psychotického okruhu). Jsou ze všech tří skupin.

Věk respondentů se pohyboval mezi 30 – 46 lety. To je samozřejmě také specifické. Průměrný věk skupiny neproblémových pacientů je 41 let, problémových pacientů 37,6 let a pacientů bez medikace 39,5 let (na konci výzkumu). Nejčastější věk zjištění HIV positivity je mezi 20 – 35 rokem.

Vzorek je specifický tím, že se jedná o jedince, kteří vyhledali péči psychologa, nebo byli v příslušném období hospitalizováni v AIDS Centru FN Bulovka. To může ovlivnit výpovědní hodnotu materiálu.

Jako výhodu je třeba uvést to, že výzkum prováděl tentýž výzkumník za co nejstandardnějších podmínek. Forma rozhovoru umožnila

získat poměrně široké spektrum odpovědí, což je dáno i poměrně vysokým počtem variant okruhů, na které přišla řeč – okruhy byly označeny čísly 0, 1, 2, 3 a 4, viz dále.

Identifikace zásadních bariér (74) a zásadních facilitátorů (49) umožnila podrobnější analýzu. Výrazná převaha bariér odpovídá publikovaným zahraničním pracím, jak zmiňujeme dále. Při samotné analýze se ukázalo, že se jednotlivé skupiny respondentů od sebe lišily. To může být zcela zásadní při praktické aplikaci výstupů v běžné psychoterapeutické praxi a v infektologické péči.

Název naší práce slibuje analýzu faktorů (rozuměj: všech faktorů). Z našeho pohledu nelze téma vyčerpat beze zbytku, ale v naší práci jsme se věnovali skutečně všem faktorům, které jsme v materiálech zjistili. Bez ohledu na to, zda adherenci bránily či jí podporovaly.

Je důležité zdůraznit, že naše zkušenosti s léčbou pomocí kombinované antiretrovirové terapie máme zatím jen krátkodobé zkušenosti. Jedná se o posledních 15 let, kdy se rapidně změnily terapeutické možnosti u nemoci HIV/AIDS. Výzkum pokračuje dál, signály z výzkumných pracovišť jsou nadějně. Lze jen stěží předpovídat další vývoj podmínek adherence s léčbou.

Při srovnání s dosud publikovanými reprezentativními výzkumy jsme vycházeli z prací Reitera a kol.²³⁰ a Ickovicse, Meada²³¹. V jejich pracích můžeme najít pět hlavních kategorií proměnných pro adherenci:

1. Proměnné na straně pacienta
2. Léčebný režim
3. Charakteristika onemocnění
4. Vztah pacienta a zdravotníka
5. Klinické prostředí

²³⁰ Reiter a kol. (2000), str. 67

²³¹ Ickovics, Meade (2002), str. 98

Z tohoto přehledu jsem vycházel při studiu relevantní zahraniční odborné literatury. Jsou to však práce, které vznikly téměř před deseti lety. Navíc jejich dělení kategorií proměnných pro naše respondenty není užitečné.

Mnohem víc jsme získali podrobným studiem Millsovy a kol.²³² metaanalýzy. Je to dosud největší systematické zkoumání příčin dodržování či nedodržování léčebného režimu u HIV pozitivních pacientů z celého světa. Z celkového počtu 84 zkoumaných prací, pouze dva výzkumy se týkaly rozvojových zemí (Brazílie, Uganda, Cote d'Ivoire, Jižní Afrika, Malawi, Botswana, Kostarika a Rumunsko).

Autoři zcela jasně stanovili faktory podporující adherenci s HAART, které nazývají facilitátory, a faktory adherenci brzdící až blokuující, které nazvali bariéry. Faktory (facilitátory i bariéry) byly:

1. související s pacientem (vidět pozitivní výsledky, strach z prozrazení, deprese)
2. přesvědčení o léčbě (víra v účinnost léků, vedlejší účinky)
3. denní režim (připomenutí braní, narušení rutiny)
4. mezilidské vztahy (důvěryhodnost zdravotníka, sociální izolace).

Porovnání facilitátorů, kterých autoři určili 14, s našimi nálezy lze jednoznačně stanovit, že jsme je všechny u našich respondentů identifikovali také. Navíc jsme definovali hned několik facilitátorů, které v práci Millse uvedeny nejsou:

- mám naději
- mám dobré bydlení
- sportuji
- mám informace z netu
- připravuji se na léčbu
- jsem zamilovaný do lékaře, ošetřovatele
- AIDS Centrum je anonymní

²³² Mills a kol. (2006b)

Porovnáním bariér, autoři jich uvedli 33, však zjistíme, že mnoho bariér se v našem výzkumu v podstatě neobjevilo (ve smyslu – nelze je definovat takto). Patří mezi ně:

Související s pacienty:

- potřeba být bez léčby či preference přírodního přístupu
- pocit, že léčba připomíná HIV statut
- potřeba mít vše pod kontrolou
- nepochopení lékařské instrukce
- nedostatek sebehodnoty

Související s důvěrou v léčbu:

- snížení kvality života
- nejistota dlouhodobého účinku

Denní režim:

- těžkosti v balancování četných tvrdých dietních opatření
- zaspání dávky
- problém s doplněním léku a další lékařské problémy
- problémy s konkrétní dávkou, např. během dne nebo brzy po ránu

Mezilidské vztahy:

- nedostatek víry nebo odpor ke zdravotníkům
- záporná publicita HAART nebo lékařské instituce

Naopak v našem souboru se objevily u Millse nepublikované bariéry:

- mám strach ze smrti
- jsem zaměřen na své tělo, jsem hypochondr
- nevedu sexuální život
- mám za sebou traumatizující zážitek
- lžu lékařům
- nezasloužím si péči lékařů
- AIDS Centrum má nevhodné prostory

V naší práci jsme stanovily okruhy bariér a facilitátorů odlišně od uvedených prací, takto:

1. Faktory související s pacientem
2. Faktory jeho sociálního zázemí
3. Nemoc, léčba, režim
4. Personál, lékaři, sestry, AIDS centrum, Dům světla

Toto schéma lépe korespondovalo s nálezy z rozhovorů s respondenty. Rozlišili jsme bariéry (5) a facilitátory (4) společné všem skupinám respondentů. I mezi nimi se objevily faktory nepublikované ve zmíněných studiích.

Bariéry:

- bojím se smrti
- nemám sex

Facilitátory:

- mám naději

Ve stručnosti lze vyjádřit, že většina námi identifikovaných příčin adherence a non adherence odpovídá příčinám publikovaným ve zmíněných zahraničních studiích. V oblasti facilitátorů jsme navíc odhalili v našem souboru 7 specifických faktorů a v oblasti bariér také 7 specifických faktorů. Tři nepublikované faktory (2 bariéry a 1 facilitátor) byly dokonce společné všem skupinám našich respondentů. Bude důležité je zohlednit při sestavování programu zamýšlených aktivit pro naše klienty.

11. Přínos práce pro praxi

Uvedené výstupy výzkumu mají ohromný dopad na současnou praxi AIDS Center po celé republice. Jsme jednou z mála vyspělých zemí, která nemá aderenční programy pro pacienty, kteří se na léčbu připravují, užívají léčbu již dlouho a je tudíž předpoklad poklesu adherence a nebo pro pacienty, kteří v adherenci selhali.

Podobný nedostatek cítíme i v různých skupinách našich pacientů – u narkomanů, bezdomovců, psychicky nemocných pacientů, v současnosti vězněných, apod. Nejsme také spokojeni s dosavadní možností depistáže pacientů s problémovou adherencí pomocí vhodných diagnostických nástrojů, které by měly prognostický charakter.

Oproti dalším zemím není u nás zatím aktuální potřeba věnovat se dospívajícím HIV pozitivním pacientům či rodičům majících HIV pozitivní dítě.

Sami jsme podnikli několik kroků – od roku 2005 existuje svépomocná skupina pro HIV pozitivní osoby. Za dobu její existence jí prošly desítky HIV pozitivních osob. Podobně máme první dobré zkušenosti s „návikem“ užívání léků v příslušném režimu před jejich nasazením, pomocí lentilek. Jsou to ovšem zatím jen první pokusy.

Své nezastupitelné místo mají i nestátní neziskové organizace, věnující se HIV pozitivním – Společnost AIDS pomoc a také již deset let fungující Dům světla.

V příloze je zařazen jeden ze zajímavých programů pro upevnění adherence HIV pozitivních pacientů a také dva publikované diagnostické nástroje.

12. Shrnutí

Tato práce identifikuje pomocí kvalitativní metodologie hlavní příčiny adherence či non adherence u HIV pozitivních pacientů v ČR, oslovených v rámci jejich dispenzarizace v AIDS Centru FN Bulovka. Základním nástrojem byl narativní rozhovor s 12 respondenty, v období března 2007 a června 2010. Pacienti byli rozděleni do 3 skupin podle jejich přístupu k léčebnému režimu. První skupinu představovali problémoví uživatelé léků, dlouhodobě non adherentní. Bylo jich vybráno celkem 5. Čtyři

respondenti tvořili skupinu neproblémových uživatelů antiretrovirové léčby (HAART) a další tři respondenti neměli dosud léčbu nasazenou.

V práci byly definovány hlavní bariéry léčby. V rozhovorech, které představovaly 52 hodin (rozpětí 2 – 7 setkání, obvykle v délce 40 – 60 minut), bylo nakonec zjištěno 74 bariér, které blokovaly kýženou adherenci (tj. lékaři definovanou) a celkem 49 facilitátorů, umožňujících odpovídající léčebný režim.

Důležitým poznáním byla pětice bariér, společná všem skupinám respondentů. Byly to: „jsem bez práce, nemám finance“; „bojím se smrti“; „mívám psychické problémy“; „obávám se samoty“ a „nemám sex“. Zároveň identifikovali čtyři společné facilitátory, a to: „mám naději“; „mám podporu partnera“; „mám rodinu“ a „léky zvládám“.

Nejproblematictější skupina respondentů – problémoví uživatelé HAART – vykazala specifické facilitátory a bariéry, které se v jich skupinách respondentů již neobjevily. Zajímaly nás jejich specifické důvody adherence či non adherence. Hledali jsme podstatu odlišnosti těchto pacientů od neproblémových pacientů a pacientů neberoucích HAART léčbu. Zjistili jsme 7 unikátních facilitátorů a 22 unikátních bariér pro tuto skupinu pacientů.

Výsledky výzkumu bychom rádi využili v terapeutické péči o klienty AIDS Center v ČR.

13. Summary

This work identifies by quality methodology the main causes of adherence or non adherence of HIV positive patients in Czech republic, addressed within their dispensary at AIDS centre FN Bulovka. The fundamental tool was a narrative interview with 12 respondents, between March 2007 and June 2010. Patients were divided into 3 groups according

to their attitude to the treatment regimen. The first group represented problematic drug users, long-term non adherent. There were a total of five selected. Four respondents were a group of unproblematic users of antiretroviral therapy (HAART) and the other three respondents had not been put on treatment then.

The thesis defined the main barriers to treatment. In the interviews, which accounted for over 52 hours (range 2 - 7 meetings, usually 40 - 60 minutes in length) eventually 74 barriers were found that blocked the desired adherence (ie. medically defined) and a total of 49 facilitators, allowing appropriate treatment regimen.

An important cognition was a quintuplet of barriers common to all groups of respondents. They were “I am unemployed, without finance”; “I am afraid of death”; “sometimes I have mental problems”; “I fear loneliness” and “I do not have sex”.

Also identified, were four common facilitators, namely: “I have hope”; “I have my partner’s support”; “I have a family” and “I can manage the drugs”.

The most problematic group of respondents – the problematic users of HAART – reported specific facilitators and barriers which in their groups of respondents haven’t yet emerged.

We were interested in their specific reasons for adherence or non adherence. We looked for differences in the nature of these patients from non-problematic patients and patients who are not accepting the HAART treatment. We found 7 unique facilitators and 22 unique barriers for that group of patients.

We would like to use the result of the research in therapeutic care for clients of AIDS centers in Czech republic.

14. Seznam literatury

1. ADAMEC, Tomáš. *Nonadherence pacientů*. Pharm Business Magazine; 2007, 3(4), 22
2. ALFONSO, Victoria, GELLER, Josie, BERMBACH, Nicole, DRUMMOND, Anne a MONTANER, Julio S.G. *Becoming a "Treatment Success": What Helps and What Hinders Patients from Achieving and Sustaining Undetectable Viral Loads*. AIDS Patient Care & STDs, Volume 20, Number 5, 2006
3. ALFONSO, Victoria, TOULSON, Adrienne, BERMBACH, Nicole, ERSKINE, Yvonne a MONTANER, Julio. *Psychosocial Issues Influencing Treatment Adherence in Patients on Multidrug Rescue Therapy: Perspectives from Patients and Their Health Care Providers*. AIDS Patient Care & STDs, Volume 23, Number 2, 2009
4. ALTICE, Frederik L. a FRIEDLAND, Gerald H. *The Era of Adherence to HIV Therapy*. Annals of Internal Medicine, September 1998, 129(6): 503-505
5. ALTICE, F.L., MOSTASHARI, F. a FRIEDLAND, G.H. *Trust and the acceptance of and adherence to antiretroviral therapy*. J Acquir Immune Defic Syndr 2001; 28:47-58.
6. AMBERBIR, Alemayehu, WOLDEMICHAEL, Kifle, GETACHEW, Belaineh, GIRMA, Belaineh a DERIBE, Kabede. *Predictor of Adherence to Antiretroviral Therapy among HIV-infected Persons: A Prospective Study in Southwest Ethiopia*. BMC Public Health, 2008, 8
7. ANDRADE, A.S., McGRUDER, H.F., WU, A.W., CELANO, S.A., SKOLASKY, R.L. Jr, SELNES, O.A., HUANG, I.C. a McARTHUR, J.C. *A programmable prompting device improves adherence to highly active antiretroviral therapy in HIV-infected subjects with memory impairment*. Clin Infect Dis. 2005 Sep 15;41(6):875-82.
8. ARNSTEN, J.H., DEMAS, P.A., FARZADEGAN, H., GRANT, R.W., GOUREVITCH, M.N., CHANG, C.J., BUONO, D., ECKHOLDT, H., HOWARD, A.A. a SCHOENBAUM, E.E. *Antiretroviral therapy adherence and viral suppression in HIV-infected drug users: comparison of self-report and electronic monitoring*. Clin Infect Dis 2001; 33:1417-23.
9. ARRIVILLAGA, Marcela, ROSS, Michael, USECHE, Bernardo, ALZATE, Martha Lucia a CORREAL, Diego. *Social position, gender role, and treatment adherence among Colombian women living with HIV/AIDS: social determinants of health approach*. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 26(6), 2009, pp. 502-510

10. ATKINSON, J.S., NILSSON SCHÖNNESSON, L., WILLIAMS, M.L. a TIMPSON, S.C. *Associations among correlates of schedule adherence to antiretroviral therapy (ART): A path analysis of a sample of crack cocaine using sexually active African-Americans with HIV infection.* AIDS Care, 2008, 20(2), 260-269.

11. BAILLARGEON, Jacques, GIORDANO, Thomas P., RICH, Josiah D., WU Helen Z., WELLS Katherine, POLLOCK, Brad H. a PAAR, David P. *Assessing Antiretroviral Therapy Following Release From Prison.* JAMA. 2009; 301 (8): 848-857

12. BALFOUR, L., KOWAL, J, SILVERMAN, A, TASCIA, G.A., ANGEL, J.B., MACPHERSON, P.A., GARBER, G, COOPER, C.L. a CAMERON, D.W. *A randomized controlled psycho-education intervention trial: Improving psychological readiness for successful HIV medication adherence and reducing depression before initiating HAART.* AIDS Care. 2006 Oct;18(7):830-8

13. BANGSBERG, D.R., HECHT, F.M., CHARLEBOIS, E.D., ZOLOPA, A.R., HOLODNIY, M., SHEINER, L., BAMBERGER, J.D., CHESNEY, M.A. a MOSS, A. *Adherence to protease inhibitors, HIV-1 viral load, and development of drug resistance in an indigent population.* Aids 2000; 14:357-66.

14. BANGSBERG, David R., MOSS, Andrew R. a DEEKS, Steven G. *Paradoxes of adherence and drug resistance to HIV antiretroviral therapy.* Journal of Antimicrobial Chemotherapy (2004) 53, 696-699

15. BANGSBERG, D.R., KROETZ, D.L. a DEEKS, S.G. *Adherence-resistance relationships to combination HIV antiretroviral therapy.* Curr HIV/AIDS Rep. 2007 May;4(2):65-72

16. BARCLAY, Terry R., HINKIN, Charles H., CASTELLON, Steven A., MASON, Karen I., REINHARD, Matthew J., MARION, Sarah D., LEVINE, Andrew J. a DURVASULA, Ramani S. *Age-associated predictors of medication adherence in HIV-positive adults: Health beliefs, self-efficacy, and neurocognitive status.* Health Psychology, 2007, 26(1), pp. 40-49

17. BARFOD, Toke S., GERSTOFT, Jan, RODKJAER, Lotte, PEDERSEN, Court, NIELSEN, Henrik, MØLLER, Aksel, HAGELSKAJAER KRISTENSEN, Lena, SØRENSEN Henrik T. a OBEL, Niels. *Patients' Answers to Simple Questions About Treatment Satisfaction and Adherence and Depression Are Associated with Failure of HAART: A Cross-Sectional Survey.* AIDS PATIENT CARE and STDs, Volume 19, Number 5, 2005, pp. 317-325

18. BARLETT, J.A., DeMASI, R., QUINN, J., MOXHAM, C. a ROUSSEAU, F. *Overview of the effectiveness of triple combination therapy in antiretroviral-naive HIV-1 infected adults.* Aids 2001; 15:1369-77.

19. BARTON, Keith. *Treatment for Individuals With HIV/AIDS Following Release From Prison*. JAMA 2009;302(8):147-148.
20. BAŠTECKÁ, Bohumila a kol. *Klinická psychologie v praxi*. 1.vyd. Praha: Portál, 2003, 416 s. ISBN 80-7178-735-3
21. BAŠTECKÁ, Bohumila a GOLDMANN, Petr. *Základy klinické psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 440 s. ISBN 80-7178-550-4
22. BERG, C.J., MICHELSON, S.E. a SAFREN, S.A. *Behavioral aspects of HIV care: adherence, depression, substance use and HIV-transmission behaviors*. Infect Dis Clin North Am. 2007 Mar;21(1):181-200
23. BERGMAN, A. B., WERNERE, R.J. *Failure of children to receive penicillin by mouth*. N Engl J Med. 1963;268:1334-8.
24. BIADGILIGN, Sibhatu, DERIBEW, Amare, AMBERBIR, Alemayehu a DERIBE, Kebede. *Barriers and facilitators to antiretroviral medication adherence among HIV-infected paediatric patients in Ethiopia: A qualitative study*. Journal of Social Aspects of HIV/AIDS, VOL. 6 NO. 4 December 2009, pp. 148-154
25. BIGLER, S., NICCA, D. a SPIRIG, R.. *Interventions to enhance adherence of patients with HIV on ART: a literature review (článek v němčině)*. Pflege. 2007 Oct;20(5):268-77.
26. BOARTS, J.M., SLEDJESKI, E.M., BOGART, L.M. a DELAHANTY, D.L. *The differential impact of PTSD and depression on HIV disease markers and adherence to HAART in people living with HIV*. AIDS & Behavior, 2006, 10(3), 253-261.
27. BRAUN, Richard. *Psychologické aspekty HIV/AIDS*. In BRAUN, Richard a kol. *Problematika dětské pornografie a její prevence na škole*. 1. vyd. Praha: VÚP, 2003.87 s.
28. BRAUN, Richard. *Psychologická a psychoterapeutická péče o pacienty s diagnózou HIV/AIDS*. disertační práce FF UK Praha, 2001, 155 s.
29. CAMBIANO, V., LAMPE, F.C., RODGER, A.J., SMITH C.J., GERETTI, A.M., LODWICK, R.K., PURADIREDDA, D.I., JOHNSON, M., SWADEN, L. a PHILLIPS, A.N. *Long-term trends in adherence to antiretroviral therapy from start of HAART*. AIDS. 2010 May 15;24(8):1153-62.
30. CARRICO, A.W., JOHNSON, M.O., MOSKOWITZ, J.T., NEILANDS, T.B., MORIN, S.F., Charlebois, E.D., Steward, W.T., Remien, R.H., Wong, F.L., Rotheram-Borus, M.J., Lightfoot, M.A. a Chesney, M.A. *Affect regulation, stimulant use, and viral load among HIV positive persons on anti-retroviral therapy*. Psychosomatic Medicine, 2007, 69(8), 785-792.

31. CHARVÁT, Miroslav. *Problematika výběru účastníků kvalitativního výzkumu z řad uživatelů nelegálních drog*. In: MIOVSKÝ, Michal., ČERMÁK, Ivo a ŘEHAN, Vladimír (eds). *Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku III*. 1. vyd., Olomouc: FF UPOL, 2004, 251 s. ISBN 80-244-0909-7
32. CHESNEY, M.A. MORIN, M. SHERR, L. *Adherence to HIV combination therapy*. Soc Sci Med, 2000 Jun; 50(11): 1599-1605
33. CHESNEY, M.A. *Factors affecting adherence to antiretroviral therapy*. Clin Infect Dis 2000; 30 Suppl 2: pp 171-6.
34. CHIOU, P.Y., KUO, B.I., LEE, M.B., CHEN, Y.M., CHUANG, P, a LIN, L.C. *A programme of symptom management for improving quality of life and drug adherence in AIDS/HIV patients*. J Adv Nurs. 2006 Jul;55(2):169-79.
35. CHRZ, Vladimír. *Výzkum jako narativní rekonstrukce*. In: MIOVSKÝ, Michal., ČERMÁK, Ivo a ŘEHAN, Vladimír (eds). *Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku III*. 1. vyd., Olomouc: FF UPOL, 2004, 251 s. ISBN 80-244-0909-7
36. COHEN, Miri, ARAD, Sandra, LORBER, Margalit a POLLACK, Shimon. *Psychological Distress, Life Stressors, and Social Support in New Immigrants With HIV*. Behavioral Medicine, Vol 33, Summer 2007. pp. 45-54
37. COHN, S.E., UMBLEJA, T., MRUS, J., BARDEGUEZ, A.D., ANDERSEN, J.W. a CHESNEY, M.A. *Prior illicit drug use and missed prenatal vitamins predict nonadherence to antiretroviral therapy in pregnancy: Adherence analysis*. AIDS Patient Care & STDs, 2008, 22(1), 29-40.
38. COLOMBRINI, M.R., COLETA, M.F. a LOPES, M.H. *Risk factors for non-compliance to treatment with highly effective antiretroviral therapy (original v portugalštině)*. Rev Esc Enferm USP. 2008 Sep;42(3):490-5.
39. COPENHAVER, Michael, CHOWDHURY, Sutopa a ALTICE, Frederick L. *Adaptation of an Evidence-Based Intervention Targeting HIV-Infected Prisoners Transitioning to the Community: The Process and Outcome of Formative Research for the Positive Living Using Safety (PLUS) Intervention*. AIDS Patient Care & STDs, Volume 23, Number 4, 2009, pp. 277-287
40. CORLESS, I.B., KIRKSEY, K.M., KEMPPAINEN, J., NICHOLAS, P.K., McGIBBON, C., DAVIS, S.M. a DOLAN, S. *Lipodystrophy-associated symptoms and medication adherence in HIV/AIDS*. AIDS Patient Care STDs. 2005 Sep;19(9):577-86.

41. COX, Lisa E. *Predictors of Medication Adherence in an AIDS Clinical Trial: Patient and Clinician Perceptions*. Health & Social Work; Volume 34, Number 4, November 2009, pp. 257-264
42. CRISP, Beth., WILLIAMS, Mark, TIMPSON, Sandra, a ROSS Michael, W. *Medication compliance and satisfaction with treatment for HIV disease in a sample of African-American crack cocaine smokers*. AIDS and behavior, 2006; 8(2), pp. 199-206
43. CRUESS, D.G., MINOR, S., ANTONI, M.H. a MILLON, T. *Utility of the Millon Behavioral Medicine Diagnostic (MBMD) to predict adherence to highly active antiretroviral therapy (HAART) medication regimens among HIV-positive men and women*. Journal of Personality Assessment, 2007, 89(3), 277 - 290.
44. ČERNOCKÝ, Karel. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: ČGU, 1940, 244 s.
45. ČERNÝ, Rudolf a MACHALA, Ladislav. *Neurologické komplikace HIV/AIDS*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007, 303 s. ISBN 978-80-246-1222-5
46. ČERVENÝ, Petr. *Adherence k léčbě*. 2008. dostupný z <http://www.medon-solutio.cz/online2008/index.php?linkID=txt2&lang=1>. Staženo 10.7.2009
47. ČEŠKOVÁ, Eva et al. *Kompliance v klinické praxi*. In: Raboch, Jiří, ZRZAVECKÁ, Irena a DOUBEK, Pavel (2006)
48. ČEŠKOVÁ, Eva. *Aktuální trendy v léčbě závažných psychických poruch*. Psychiat. pro Praxi, 2008; 9(2): 60-64
49. de TRUCHIS, P. et al. *Treatment Compliance in HIV-infection among Populations Presenting with Multiple Adverse Social Factors – A French Survey Conducted by the IPPOTHERS Group*. Příspěvek na International Conference on AIDS 9 - 14. července 2000.
50. DIECKHAUS, Kevin D. and ODESINA, Victoria. *Outcomes of a Multifaceted Medication Adherence Intervention for HIV-Positive Patients*. AIDS Patient Care and STDs, Volume 21, Number 2, 2007, pp. 81-91
51. DIORIO, C., MCCARTY, F., RESNICOW, K., MCDONNELL HOLSTAD, M., SOET, J., YEAGER, K., SHARMA, S. M., MORISKY, D. E. a LUNDBERG, B. *Using motivational interviewing to promote adherence to antiretroviral medications: A randomized controlled study*. AIDS Care, March 2008; 20(3): 273-283
52. Di MATTEO, M.R., GIORDANI, P. J., LEPPER, H.S. a CROGHAN, T.W. *Patient adherence and medical treatment outcomes: a meta-analysis*. Med Care 2002; 40:794-811.

53. DUŠEJOVSKÁ, Olga. BRAUN, Richard. *Když na dveře psychologa zaklepe HIV pozitivní*. Psychologie dnes, 2003, 9(4); s.18-19
54. DUŠEJOVSKÁ, Olga. BRAUN, Richard. *HIV pozitivní žena*. Psychologie dnes, 2003, 9(7-8); s.16-17
55. ENRIQUEZ, M., LACKEY, N.R., O'CONNOR, M.C. a MCKINSEY, D.S. *Successful adherence after multiple HIV treatment failures*. Journal of Advanced Nursing, Volume 45, Number 4, February 2004, pp. 438-446
56. EPSTEIN, L.H; *The direct effects of compliance on health outcome*. Health Psychol; 1984 Jan; 3(4); 385-393
57. FALAGAS, M. E., ZARKADOULIA, E. A., PLIATSIKA, P. A. a PANOS, G. *Socioeconomic status (SES) as a determinant of adherence to treatment in HIV infected patients: a systematic review of the literature*. Retrovirology. 2008 Feb 1;5:13.
58. FAWCET, H. *Compliance: definitions and key issues*. J Clin Psychiatry 1995; 56 (suppl.1): 4-8
59. FEHRINGER, Jessica, BASTOS, Francisco I., MASSARD, Elize, MAIA, Leonardo, PILOTTO, J.H. a KERRIGAN, Deanna. *Supporting Adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy and Protected Sex Among People Living with HIV/AIDS: The Role of Patient-Provider Communication in Rio De Janeiro, Brazil*. AIDS Patient Care and STDs, Volume 20, Number 9, 2006 637-648
60. FILIP, Miroslav. *Dilema kvantitativního a kvalitativního přístupu – je metodologický pluralismus východiskem? Československá psychologie 2004; ročník 48 (6), str. 538-552*
61. FRICK, P., TAPIA, K., GRANT, P., NOVOTNY, M. a KERZEE, J. *The effect of a multidisciplinary program on HAART adherence*. AIDS Patient Care & STDs, 2006, 20(7), 511-524.
62. FUMAZ, C. R., MUÑOZ-MORENO, J.A., MOLTO, J., FERRER, M.J., LÓPEZ-BLÁZQUEZ, R., NEGREDO, E., PAREDES, R., GÓMEZ, G. a CLOTET, B. *Sustained antiretroviral treatment adherence in survivors of the pre-HAART era: attitudes and beliefs*. AIDS Care, Vol. 20, No. 7, August 2008, 796-805
63. FUMAZ, C.R., MUNOZ-MORENO, J.A., FERRER, M.J., NEGREDO, E., PÉREZ ÁLVAREZ, N., TARRATS, A. a CLOTET, B. (2009). *Low levels of adherence to antiretroviral therapy in HIV-1-infected women with menstrual disorders*. AIDS Patient Care & STDs, 23(6), 463-468.
64. GARCIA, R., PONDĀ, M., LIMA, M. SOUZA, A.R., STOLZE, S.M. a BADARŮ, R. *Lack of effect of motivation on the adherence of HIV-*

positive/AIDS patients to antiretroviral treatment. Braz J Infect Dis. 2005 Dec;9(6):494-9

65. GAO X., NAU, D.P., ROSENBLUTH, S.A., SCOTT, V. a WOODWARD, C. *The relationship of disease severity, health beliefs and medication adherence among HIV patients.* AIDS Care 2000; 12:387-98.

66. GEIST, Bohumil. *Psychologický slovník.* 1. vyd. Praha: ÚDI NADAS, 1970, 239 s.

67. GIFFORD, A.L., BORMANN, J.E., SHIVELY, M.J., WRIGHT, B.C., RICHMAN, D.D. a BOZZETTE, S.A. *Predictors of self-reported adherence and plasma HIV concentrations in patients on multidrug antiretroviral regimens.* J Acquir Immune Defic Syndr 2000; 23:386-95.

68. GOICOECHEA, Miguel, BEST, Brookie, SEEFRIED, Edward, WAGNER, Glenn, CAPPARELLI, Edmund a HAUBRICH, Richard. *Failure of Modified Directly Observed Therapy Combined with Therapeutic Drug Monitoring to Enhance Antiretroviral Adherence in a Patient with Major Depression.* AIDS Patient Care and STDs, Volume 20, Number 4, 2006, pp. 233-237

69. GOLIN C.E., et al. *A prospective study of predictors of adherence to combination antiretroviral medication.* J Gen Intern Med October 2002;17:756-65.

70. GONZALEZ, J.S., PENEDO, F.J., LLABRE, M.M., DURÃÑ, R.E., ANTONI, M.H., SCHNEIDERMAN, N. a HORNE, R. *Physical symptoms, beliefs about medications, negative mood, and long-term HIV medication adherence.* Ann Behav Med. 2007 Aug;34(1):46-55

71. GRUBER, V.A., SORENSEN, J.L. a HAUG, N.A. *Psychosocial predictors of adherence to highly active antiretroviral therapy: Practical implications.* Journal of HIV/AIDS & Social Services, 2007, 6(1-2), 23-37.

72. HAŠKOVEC, Ladislav. *O nervose.* 1. vyd. Praha: J.Otto, 1907. 31.s.

73. HARRIGAN, P.R., HOGG, R.S., DONG, W.W., YIP, B., WYNHOVEN, B., WOODWARD, J., BRUMME, C.J., BRUMME, Z.L., MO, T., ALEXANDER, C.S. a MONTANER, J.S. *Predictors of HIV drug-resistance mutations in a large antiretroviral-naive cohort initiating triple antiretroviral therapy.* J Infect Dis 2005; 191:339-47.

74. HARTL, Pavel. *Psychologický slovník.* 1. vyd. Praha: Budka, 1993, 297 s. ISBN 80-901549-0-5

75. HARTL, Pavel a HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník.* 2. vyd. Praha: Portál, 2009, 774 s. ISBN 978-80-7367-569-1

76. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005, 408.s. ISBN 80-7367-040-2
77. HOLMES, W.C., BILKER, W.B., WANG, H., CHAPMAN, J. a GROSS, R. *HIV/AIDS specific quality of life and adherence to antiretroviral therapy over time*. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 2007, 46(3), 323-327.
78. HOLZEMER, W.L., CORLESS, I.B., NOKES, K.M., TURNER, J.G., BROWN, M.A., POWELL-COPE, G.M., INOUE, J., HENRY, S.B., NICHOLAS, P.K. a PORTILLO, C.J. *Predictors of self-reported adherence in persons living with HIV disease*. AIDS Patient Care STDS 1999; 13:185-97.
79. HORNE, R., COOPER, V., GELLAITRY, G., DATE, H.L. a FISHER, M. *Perceptions of highly active antiretroviral therapy in relation to treatment uptake and adherence: The utility of the necessity-concerns framework*. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 2007, 45(3), 334-341.
80. HOSEK, Sybil G., HARPER, Gary W. a DOMANICO, Rocco. *Predictors of medication adherence among HIV-infected youth*. Psychology, Health & Medicine, May 2005; 10(2): 166 – 179
81. HOWARD, A.A., ARNSTEN, J.H., LO, Y., VLAHOV, D., RICH, J.D., SCHUMAN, P., STONE, V.E., SMITH, D.K. a SCHOENBAUM, E.E. *A prospective study of adherence and viral load in a large multi-center cohort of HIV-infected women*. Aids 2002; 16:2175-82.
82. HYHLÍK, František a NAKONEČNÝ, Milan. *Malá encyklopedie současné psychologie*. 2. vyd. Praha: SPN, 1977, 340 s.
83. ICKOVICS, J.R. a MEADE, C.S. *Adherence to antiretroviral therapy among patients with HIV: a critical link between behavioral and biomedical sciences*. J Acquir Immune Defic Syndr 2002; 31 Suppl 3: pp.98-102.
84. INGERSOLL, Karen S. a COHEN, Jessye. *The impact of medication regimen factors on adherence to chronic treatment: a review of literature*. J Behav Med (2008) 31:213–224
85. JANŮ, Luboš a RACKOVÁ, Sylva. *Compliance v léčbě schizofrenie*. Psychiat. pro Praxi 2004; 5(5):245-249
86. JAVANBAKHT, Marjan, PROSSER, Paul, GRIMES, Tim, WEINSTEIN, Michael a FARTHING, Charles. *Efficacy of an Individualized Adherence Support Program with Contingent Reinforcement Among Nonadherent HIV-Positive Patients*. Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care (JIAPAC), Vol. 5, No. 4, 143-150 (2006)

87. JILICH, David, MACHALA, Ladislav a STAŇKOVÁ, Marie. *Současné možnosti aktivní imunizace pacientů s HIV infekcí*. Prakt. Lék. 2008, No. 11. 649-652
88. JOHNSON, C.J., HECKMAN, T.G., HANSEN, N.B., KOCHMAN, A. a SIKKEMA, K.J. *Adherence to antiretroviral medication in older adults living with HIV/AIDS: A comparison of alternative models*. AIDS Care, 2009, 21(5), 541-551.
89. JOHNSON, M.O., ELLIOTT, T.R., NEILANDS, T.B., MORIN, S.F. a CHESNEY, M.A. *A social problem-solving model of adherence to HIV medications*. Health Psychology, 2006 (a), 25(3), 355-363.
90. JOHNSON, Mallory O. CHESNEY, Margaret A. GOLDSTEIN, Rise B., REMIEN, Robert H., CATZ, Sheryl, GORE-FELTON, Cheryl, CHARLEBOIS, Edwin a MORIN, Stephen F. *Positive Provider Interactions, Adherence Self-Efficacy, and Adherence to Antiretroviral Medications Among HIV-Infected Adults: A Mediation Model*. AIDS Patient Care and STDs, Volume 20, Number 4, 2006 (b). pp. 258-268
91. JOHNSON, M.O., CHARLEBOIS, E., MORIN, S.F., REMIEN, R.H. a CHESNEY, M.A., *Effects of a behavioral intervention on antiretroviral medication adherence among people living with HIV: The Healthy Living Project Randomized Controlled Study*. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 2007 (a); 46(5), 574-580.
92. JOHNSON, M.O. a NEILANDS, T.B. *Neuroticism, side effects, and health perceptions among HIV-infected individuals on antiretroviral medications*. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 2007 (b), 14(1), 69-77.
93. JONES, D.L., McPHERSON-BAKER, S., LYDSTON, D., CAMILLE, J., BRONDOLO, E, TOBIN, J.N. a WEISS, S.M. *Efficacy of a group medication adherence intervention among HIV positive women: the SMART/EST Women's Project*. AIDS Behav. 2007 Jan;11(1):79-86.
94. KIDDER, Daniel P., WOITTSKI, Richard J., CAMPSMITH, Michael L. a NAKAMURA, Glenn V. *Health Status, Health Care Use, Medication Use, and Medication Adherence Among Homeless and Housed People Living With HIV/AIDS*. American Journal of Public Health, December 2007, Vol 97, No. 12, pp. 2238-2245
95. KING, M., BRUN, S., TSCHAMPA, J., MOSELEY, J. a KEMPF, D. *Exploring the effects of adherence on resistance: use of local linear regression to reveal relationships between adherence and resistance in antiretroviral-naive patients treated with lopinavir/ritonavir or nelfinavir*. Antivir Ther S8, 118 (abstract). 2003.
96. KNOBLOCHOVÁ, Jiřina et al. *Psychoterapie*. 1. vyd. Praha: SZdN, 1968, 272 s.

97. KNOWLTON, A., ARNSTEN, J., ELDRED, L., WILKINSON, J., GOUREVITCH, M., SHADE, S., DOWLING, K. a PURCELL, D. (2006). *Individual, interpersonal, and structural correlates of effective HAART use among urban active injection drug users*. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 41(4), 486-492.
98. KONOPÁSEK, Zdeněk. *Co znamená interpretovat text?* In: MIOVSKÝ, Michal., ČERMÁK, Ivo a CHRZ, Vladimír (eds). *Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku IV*.
99. KREMER, H., IRONSON, G., SCHNEIDERMAN, N., a HAUTZINGER, M. *To take or not to take: Decision-making about antiretroviral treatment in people living with HIV/AIDS*. AIDS Patient Care & STDs, 2006 (a), 20(5), 335-349.
100. KREMER, H. a IRONSON, G. *To tell or not to tell: Why people with HIV share or don't share with their physicians whether they are taking their medications as prescribed*. AIDS Care, 2006 (b); 18(5), 520-528.
101. KREMER, Heidemarie, IRONSON, Gail a PORR, Martina. *Spiritual and Mind-Body Beliefs as Barriers and Motivators to HIV-Treatment Decision-Making and Medication Adherence? A Qualitative Study*. AIDS Patient Care & STDs, Volume 23, Number 2, 2009
102. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Kompliance – dodržování lékařových příkazů pacientem*. Prakt. Lék., 80, 2000, No. 5, pp.272-275
103. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002, 200 s. ISBN 80-247-0179-0
104. KÜBLER-ROSSOVÁ, Elisabeth. *O smrti a umírání*. 1. vyd. Turnov: Arica, 1993; s. 251. ISBN 80-900134-6-5
105. KUSHEL, M.B., COLFAX, G., RAGLAND, K., HEINEMAN, A., PALACIO, H. a BANGSBERG, D.R. *Case management is associated with improved antiretroviral adherence and CD4+ cell counts in homeless and marginally housed individuals with HIV infection*. Clinical Infectious Diseases, 2006, 43(2), 234-242.
106. LIMA, V.D., GELLER, J., BANGSBERG, D.R., PATTERSON, T.L., DANIEL, M., KERR, T., MONTANER, J.S.G. a HOGG, R.S. *The effect of adherence on the association between depressive symptoms and mortality among HIV-infected individuals first initiating HAART*. AIDS, 2007, 21(9), 1175-1183.
107. LITTLE, S.J., HOLTE, S., ROUTY, J.P., DAAR, E.S., MARKOWITZ, M., COLLIER, A.C., KOUP, R.A., MELLORS, J.W., CONNICK, E., CONWAY, B., KILBY, M., WANG, L., WHITCOMB, J.M., HELLMANN, N.S. a RICHMAN, D.D. *Antiretroviral-drug resistance among patients recently infected with HIV*. N Engl J Med. 2002 Aug;347(6):385-94

108. LLABRE, Maria M., WEAVER Kathryn E., DURÁN, Ron E., ANTONI, Michael H., McPHERSON-BAKER, Shvawn a SCHNEIDERMAN, Neil. *A Measurement Model of Medication Adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy and Its Relation to Viral Load in HIV-Positive Adults*. AIDS Patient Care & STDs, Volume 20, Number 10, 2006, pp. 701-711
109. LU, M., SAFREN, S.A., SKOLNIK, P.R., ROGERS, W.H., HARDY, H. a WILSON, I.B. *Optimal recall period and response task for self-reported HIV medication adherence*. AIDS Behav. 2008 Jan;12(1):86-94.
110. MACHALA, Ladislav a JILICH, David. *Současné možnosti a problémy antiretrovirové terapie*. Prakt. Lék. 2008, 88, No. 2, pp. 71-77
111. MANNHEIMER, Sharon, FRIEDLAND, Gerald, MATTS, John , CHILD, Carroll a CHESNEY, Margaret. *The Consistency of Adherence to Antiretroviral Therapy Predicts Biologic Outcomes for Human Immunodeficiency Virus–Infected Persons in Clinical Trials*. Clinical Infectious Diseases 2002; 34:1115–21
112. MANNHEIMER, S. B., MATTS, J., TELZAK, E., CHESNEY, M., CHILD, C., WU A. W. a FRIEDLAND G. *Quality of life in HIV-infected individuals receiving antiretroviral therapy is related to adherence*. AIDS CARE (January 2005), VOL. 17, NO. 1, pp. 10-22
113. MANNHEIMER, S. B., MUKHERJEE, R., HIRSCHHORN, L. R., DOUGHERTY, J., CELANO, S. A., CICCARONE, D., GRAHAM, K. K., MANTELL, J. E., MUNDY, L. M., ELDRED L. BOTSKO, Michael a FINKELSTEIN, R. *The CASE adherence index: A novel method for measuring adherence to antiretroviral therapy*. AIDS Care, October 2006; 18(7): 853-861
114. MANNHEIMER, S., THACKERAY, L., HUPPLER HULLSIEK, K., CHESNEY, M., GARDNER, E. M., WU, A. W., TELZAK, E. E., LAWRENCE, J., BAXTER, J. a FRIEDLAND, G. *A randomized comparison of two instruments for measuring self-reported antiretroviral adherence*. AIDS Care, February 2008; 20(2): 161-169
115. MANSOOR, L. E. a DOWSE R. *Medicines information and adherence in HIV/AIDS patients*. Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics (2006) 31, 7–15
116. MARHEFKA, Stephanie L., KOENIG, Linda J., ALLISON, Susannah, BACHANAS, Pamela, BULTERYS, Marc, BETTICA, Linda, TEPPER, Vicki J. a ABRAMS, Elaine J. *Family Experiences with Pediatric Antiretroviral Therapy: Responsibilities, Barriers, and Strategies for Remembering Medications*. AIDS Patient Care & STDs, Volume 22, Number 8, 2008, pp. 637-647
117. McNABB, J., ROSS, J,W,, ABRIOLA, K., TURLEY, C, NIGHTINGALE, C.H. a NICOLAU, D,P. *Adherence to highly active*

antiretroviral therapy predicts virologic outcome at an inner-city human immunodeficiency virus clinic. Clin Infect Dis 2001; 33:700-5.

118. MELLINS, Claude Ann, HAVENS, Jennifer F., McDONNELL, Cheryl, LICHTENSTEIN, Carolyn, ULDALL, Karina, CHESNEY, Margaret, SANTAMARIA, E. Karina a BELL, James. *Adherence to antiretroviral medications and medical care in HIV-infected adults diagnosed with mental and substance abuse disorders.* AIDS Care, Vol. 21, No. 2, February 2009, 168-177

119. MERENSTEIN, Daniel, SCHNEIDER, Michael F., COX, Christopher, SCHWARTZ, Rebecca, WEBER, Kathleen, ROBISON, Esther, GANDHI, Monica, RICHARDSON, Jean a PLANKEY, Michael W. *Association of Child Care Burden and Household Composition with Adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy in the Women's Interagency HIV Study.* AIDS PATIENT CARE and STDs, Volume 23, Number 4, 2009, pp. 289-296

120. MERZEL, Cheryl, VanDEVANTER, Nancy a IRVINE, Mary. *Adherence to Antiretroviral Therapy among Older Children and Adolescents with HIV: A Qualitative Study of Psychosocial Contexts.* AIDS Patient Care & STDs, Volume 22, Number 12, 2008, pp.

121. MILAM, J., RICHARDSON, J.L., McCUTCHAN, A., STOYANOFF, WEISS, J., KEMPER, C., LARSEN, R.A., HOLLANDER, H., WEISMULLER, P. a BOLAN, R. *Effect of a brief antiretroviral adherence intervention delivered by HIV care providers.* J Acquir Immune Defic Syndr. 2005 Nov 1;40(3):356-63.

122. MILLS, E.J., NACHEGA, J.B., BANGSBERG, D.R., SINGH, S., RACHLIS, B., WU, P., WILSON, K., BUCHAN, I., GILL, C.J. a COOPER, C. *Adherence to HAART: A Systematic Review of Developed and Developing Nation Patient-Reported Barriers and Facilitators.* PLoS Med. 2006(a) Nov;3(11):e438.

123. MILLS, E.J., NACHEGA, J.B., BUCHAN, I., ORBINSKI, J., ATTARAN, A., SINGH, S., RACHLIS, B., WU, P., COOPER, C., THABANE, L., WILSON, K., GYUATT, G.H. a BANGSBERG, D.R. *Adherence to antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa and North America: a meta-analysis.* JAMA, 2006 (b), Aug, 9; 296(6): 679-690

124. MIOVSKÝ, Michal., ČERMÁK, Ivo a ŘEHAN, Vladimír (eds). *Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku III.* 1. vyd., Olomouc: FF UPOL, 2004, 251 s. ISBN 80-244-0909-7

125. MIOVSKÝ, Michal., ČERMÁK, Ivo a CHRZ, Vladimír (eds). *Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku IV.* 1. vyd., Olomouc: FF UPOL, 2005, 251 s. ISBN 80-244-1159-8

126. MIOVSKÝ Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu.* 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 332 s. ISBN 80-247-1362-4

127. MO, Phoenix, MAK, Winnie. *Intentionality of medication non-adherence among individuals living with HIV/AIDS in Hong Kong*. AIDS Care, Volume 21, Number 6, June 2009 , pp. 785-795

128. MOSTASHARI, F., RILEY, E., SELWYN, P.A. a ALTICE, F.L. *Acceptance and adherence with antiretroviral therapy among HIV-infected women in a correctional facility*. J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol 1998; 18:341-8.

129. MURPHY, D.A., BELZER, M., DURAKO, S.J., SARR, M., WILSON, C.M., a MUENZ, L.R. (2005). *Longitudinal antiretroviral adherence among adolescents infected with human immunodeficiency virus*. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 159(8), 764-770.

130. MYSLIVEČEK, Zdeněk. *Psychiatrie I*. 1. vyd. Praha: SZdN, 1949, 236 s.

131. NAAR-KING, S., TEMPLIN, T., WRIGHT, K., FREY, M., PARSONS, J.T. a LAM, P. *Psychosocial factors and medication adherence in HIV-positive youth*. AIDS Patient Care & STDs, 2006; 20(1), 44-47.

132. NAIK, Eknath, CASANAS, Beata, PAZARE, Amar, WABLE, Gauri, SINNOTT, John a SALIHU, Hamisu. *Cost of treatment: The single biggest obstacle to HIV/AIDS treatment adherence in lower-middle class patients in Mumbai, India*. Indian J Sex Transm Dis & AIDS 2009; Vol. 30, No. 1, pp. 23-27

133. NILSSON SCHÖNNESSON, L., DIAMOND, P.M., ROSS, M.W., WILLIAMS, M. a BRATT, G. (2006). *Baseline predictors of three types of antiretroviral therapy (ART) adherence: A 2-year follow-up*. AIDS Care, 18(4), 406-414.

134. OH, D.L., SARAFIAN, F., SILVESTRE, A., BROWN, T., JACOBSON, L., BADRI, S. a DETELS, R. *Evaluation of adherence and factors affecting adherence to combination antiretroviral therapy among White, Hispanic, and Black men in the MACS Cohort*. J Acquir Immune Defic Syndr. 2009 Oct 1;52(2):290-3.

135. PAASCHE-ORLOW, M.K., CHENG, D.M., PALEPU, A., MELI, S., FABER, V. a SAMET, J.H. *Health literacy, antiretroviral adherence, and HIV-RNA suppression: a longitudinal perspective*. J Gen Intern Med. 2006 Aug;21(8):835-40.

136. PARIENTI, J.J., MASSARI, V., RELIQUET, V., CHAILLOT, F., Le MOAL, G., ARVIEUX, C., VABRET, A a VERDON, R. *Effect of twice-daily nevirapine on adherence in HIV-1-infected patients: a randomized controlled study*. AIDS. 2007 Oct 18;21(16):2217-22.

137. PARK W. B., CHOE, P. G., KIM S.-H., JO J. H., BANG, J. H., KIM, H. B., KIM, N. J., OH, M. a CHOE, K. W. *One-year adherence to clinic visits*

after highly active antiretroviral therapy: a predictor of clinical progress in HIV patients. Journal of Internal Medicine 2007, 261; 268–275

138. PARSONS, J.T., GOLUB, S.A., RÖSOF, E. a HOLDER, C. *Motivational interviewing and cognitive-behavioral intervention to improve HIV medication adherence among hazardous drinkers: A randomized controlled trial.* Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 2007, 46(4), 443-450.

139. PARSONS, J.T., ROSOF, E. a MUSTANSKI, B. *Medication adherence mediates the relationship between adherence self-efficacy and biological assessments of HIV health among those with alcohol use disorders.* AIDS & Behavior, 2008, 12(1), 95-103.

140. PATERSON, D.L., SWINDELLS, S., MOHR, J., BRESTER, M., VERGIS, E.N., SQUIER, C., WAGENER, M.M. a SINGH, N. *Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection.* Ann Intern Med 2000; 133:21-30.

141. PETERSEN, M.L., WANG, Y., van der LAAN, M.J., GUZMAN, D., RILEY, E. a BANGSBERG, D.R. *Pillbox organizers are associated with improved adherence to HIV antiretroviral therapy and viral suppression: A marginal structural model analysis.* Clinical Infectious Diseases, 2007, 45(7), 908-915.

142. PINHEIRO, C. A. T., de-CARVALHO-LEITE, J. C., DRACHLER, M. L. a SILVEIRA, V. L.: *Factors associated with adherence to antiretroviral therapy in HIV/AIDS patients: a cross-sectional study in Southern Brazil.* Braz J Med Biol Res, October 2002, Volume 35(10) 1173-1181

143. PŘIKRYL, Radovan a KUČEROVÁ, Hana. *Adherence a postoje pacientů k medikaci antipsychotiky.* Psychiat. pro Praxi 2009; 10(4):171-174

144. PURCELL, D.W., LATKA, M.H., METSCH, L.R., LATKIN, C.A., GÁLMEZ, C.A., MIZUNO, Y, ARNSTEN, J.H., WILKINSON, J.D., KNIGHT, K.R., KNOWLTON, A.R., SANTIBANEZ, S, TOBIN, K.E., ROSE, C.D., VALVERDE, E.E., GOUREVITCH, M,N,, ELDRED, L. a BORKOWF C.B. *Results from a randomized controlled trial of a peer-mentoring intervention to reduce HIV transmission and increase access to care and adherence to HIV medications among HIV-seropositive injection drug users.* J Acquir Immune Defic Syndr. 2007 Nov 1;46 Suppl 2:S35-47.

145. PURDY, J.B., FREEMAN, A.F., MARTIN, S.C., RYDER, C., ELLIOT-DeSORBO, D.K., ZEICHNER, S. a HAZRA, R. *Virologic response using directly observed therapy in adolescents with HIV: an adherence tool.* J Assoc Nurses AIDS Care. 2008 Mar-Apr; 19(2): 158-65.

146. RABOCH, Jiří, ZRZAVECKÁ, Irena a DOUBEK, Pavel. *Nemocná duše – nemocný mozek: klinická zkušenost a fakta*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006, 286 s. ISBN 80-7262-420-2
147. RATHBUN, R.C., FARMER, KC., LOCKHART, S.M. a STEPHENS, J.R. *Validity of a stage of change instrument in assessing medication adherence in indigent patients with HIV infection*. *Ann Pharmacother*. 2007 Feb;41(2):208-14.
148. REBACK, C.J., LARKINS, S. a SHOPTAW, S. *Methamphetamine abuse as a barrier to HIV medication adherence among gay and bisexual men*. *AIDS Care*, 2 003, Volume 15, Number 6, pp. 775-785
149. REIF, S., WHETTEN, K., LOWE, K. a OSTERMANN, J. *Association of unmet needs for support services with medication use and adherence among HIV-infected individuals in the southeastern United States*. *AIDS Care*, 2006, 18(4), 277-283.
150. REITER, G.S., WOJTUSIK, L., HEWITT, R., SEGAL-MAURER, S., JOHNSON, M, FISHER, A., ZACKIN, R., MASTERS, H a BANGSBERG, D.R. *Elements of success in HIV clinical care*. *Topics in HIV Medicine* 2000;8:67.
151. RINTAMAKI, Lance S., DAVIS, Terry C., SKRIPKAUSKAS Silvia, BENNETT, Charles L. a WOLF, Michael S. *Social Stigma Concerns and HIV Medication Adherence*. *AIDS Patient Care and STDs*, Volume 20, Number 5, 2006, pp. 359-368
152. RIVET AMICO, K., KONKLE-PARKER, D.J., CORNMAN, D.H., BARTA, W.D., FERRER, R., NORTON, W.E., TRAYLING, C., SHUPER, P., FISHER, J.D. a FISHER, W.A. *Reasons for ART non-adherence in the Deep South: Adherence needs of a sample of HIV-positive patients in Mississippi*. *AIDS Care*, November 2007; 19(10): 1210-1218
153. ROZSYPAL, Hanuš. *AIDS – klinický obraz a léčba*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 1998, 236 s. ISBN 80-85800-92-6
154. ROZSYPAL, H., STAŇKOVÁ, M., SEDLÁČEK, D., SNOPOKOVÁ, S., KAPLA, J., ASTER, V., MACHALA, L., JILICH, D., DLOUHÝ, P., KOLČÁKOVÁ, J., ZJEVÍKOVÁ, A., JERHOTOVÁ, J. a OLBRECHTOVÁ, L. *Doporučený postup komplexní péče o dospělé infikované HIV*. *Klinická mikrobiologie a infekční lékařství*, 2010;16(5): s.181-189
155. RUEDA, S., PARK-WYLLIE, L., BAYOUMI, A., TYNAN, A., ANTONIOU, T., ROURKE, S. a GLAZIER, R. *Patient support and education for promoting adherence to highly active antiretroviral therapy for HIV/AIDS*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3, 2006, July 19, Article No. CD001442.

156. SAFREN, S.A., O'CLEIRIGH, C., TAN, J.Y., RAMINANI, S.R., REILLY, L.C., OTTO, M.W., a MAYER, K.H. (2009). *A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for adherence and depression (CBT-AD) in HIV-infected individuals*. Health Psychology, 28(1), 1-10.
157. SANTOS, C. Q., ADEYEMI, O., a TENORIO, A. R. *Attitudes toward directly administered antiretroviral therapy (DAART) among HIV-positive inpatients in an inner city public hospital*. AIDS Care, October 2006; 18(7): 808-811
158. SEDLÁČEK, Dalibor, STEHLÍK, P. a STOŽICKÝ, F. *Příspěvek ke kontrole adherence léčby antiretrovirovými přípravky*. Klin mikrobiol inf lék 2001; 7(3): 80-82
159. SEDLÁČEK, D., STAŇKOVÁ, M., MACHALA, L., ROZSYPAL, H., SNOPOKOVÁ, S., DOSTÁL, V., KOLČÁKOVÁ, J., DLOUHÝ, P. a JERHOTOVÁ, J. *Komplexní postup antiretrovirové léčby osob infikovaných virem lidské imunodeficiencie (HIV) v České republice*. Klin mikrobiol inf lék 2007;13(1):28-34
160. SEDLÁČEK, Dalibor. *Nové léky pro léčbu infekce HIV/AIDS a revize evropské klasifikace HIV/AIDS*. Prakt. Lék. 2008, No. 11. 643-647
161. SHAH, C.A. *Adherence to high activity antiretroviral therapy (HAART) in pediatric patients infected with HIV: issues and interventions*. Indian J Pediatr. 2007 Jan;74(1):55-60
162. SHERR, Lorraine, LAMPE, Fiona, NORWOOD, Sally, LEAKE DATE, Heather, HARDING, Richard, JOHNSON, Margaret, EDWARDS, Simon, FISHER, Martin, ARTHUR, Gilly, ZETLER, Sarah a ANDRESON, Jane. *Adherence to antiretroviral treatment in patients with HIV in the UK: a study of complexity*. AIDS Care, Volume 20, Issue 4 April 2008 , pages 442 - 448
163. SHIVAIROVÁ, Olga, ASTER, Viktor, KÖNIG, Jaroslav, MACHALA, Ladislav, BRAUN, Richard a STAŇKOVÁ, Marie. *Kvalita života HIV pozitivních osob*. E-psychologie, 2010, dostupné z <http://www.e-psycholog.eu/clanek/89>
164. SCHRADER, Shannon, CHUCK, Susan K., RAHN, Laurie W., PAREKH, Paras a EMRICH, Katherine G. *Significant improvements in self-reported gastrointestinal tolerability, quality of life, patient satisfaction, and adherence with lopinavir/ritonavir tablet formulation compared with soft gelcapsules*. AIDS Research and Therapy 2008, 5:21
165. SIEGEL, Lawrence a EL-SADR, Wafaa. *New perspectives in HIV Treatment Interruption: The SMART Study*. The PRN Notebook October. 2006, Volume 11, Number 2.

166. SILLAMY, Norbert. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Olomouc: UP, 2001, 246 s. ISBN 80-244-0249-1
167. SIMONI, J.M., MONTGOMERY, A., MARTIN, E., NEW, M., DEMAS P.A. a RANA, S. *Adherence to antiretroviral therapy for pediatric HIV infection: a qualitative systematic review with recommendations for research and clinical management*. *Pediatrics*. 2007 Jun;119(6):e1371-83.
168. SINGH, N., SQUIER, C., SIVEK, C., WAGENER, M., NGUYEN, M.H. a YU V.L. *Determinants of compliance with antiretroviral therapy in patients with human immunodeficiency virus: prospective assessment with implications for enhancing compliance*. *AIDS Care* 1996; 8:261-9.
169. SÖDERGARD, B., HÖFER, S., HALVARSSON, M., SÖNNERBORG, A., TULLY, M.P. a LINDBLAD, A.K. *A structural equation modeling approach to the concepts of adherence and readiness in antiretroviral treatment*. *Patient Education & Counseling*, 2007; 67(1-2), 108-116.
170. SONG, J., LEE, M.B., ROTHERAM-BORUS, M.J. a SWENDEMAN, D. *Predictors of intervention adherence among young people living with HIV*. *Am J Health Behav*. 2006 Mar-Apr;30(2):136-46.
171. SORENSEN, J.L., HAUG, N.A., DELUCCHI, K.L., GRUBER, V., KLETTER, E, BATKI, S.L., TULSKY, J.P., BARNETT, P. a HALL, S. *Voucher reinforcement improves medication adherence in HIV-positive methadone patients: a randomized trial*. *Drug Alcohol Depend*. 2007 Apr 17;88(1):54-63.
172. SPIRE, B., LUCAS, G.M. a CARRIERI, M.P. *Adherence to HIV treatment among IDUs and the role of opioid substitution treatment (OST)*. *Int J Drug Policy*. 2007 Aug;18(4):262-70.
173. STAŇKOVÁ, Marie. *Novinky v antiretrovirové terapii HIV/AIDS infekce*. *Interní Med*. 2008; 10(11): 498-501
174. STIRRATT, M.J., REMIEN, R.H., SMITH, A., COPELAND, O.Q., DOLEZAL, C. a KRIEGER, D. *The role of HIV serostatus disclosure in antiretroviral medication adherence*. *AIDS & Behavior*, 2006, 10(5), 483-493.
175. STONE, V.E., CLARKE, J., LOVELL, J., STEGER, K.A., HIRSCHHORN, L.R., BOSWELL, S., MONROE, A.D., STEIN, M.D., TYREE, T.J. a MAYER, K.H. *HIV/AIDS patients' perspectives on adhering to regimens containing protease inhibitors*. *J Gen Intern Med* 1998; 13:586-93.
176. STONE, V.E. *Physician contributions to disparities in HIV/AIDS care: the role of provider perceptions regarding adherence*. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2005 Nov;2(4):189-93.

177. UBBIALI, A., DONATI, D., CHIORRI, C., BREGANI, V., CATTANEO, B., MAFFEI, C. a VISINTINI, R. *The usefulness of the Multidimensional Health Locus of Control Form C (MHLC-C) for HIV+ subjects: an Italian study.* AIDS Care, Vol. 20, No. 4, 2008, 495-502
178. UBBIALI, A., DONATI, D., CHIORRI, C., BREGANI, V., CATTANEO, B., MAFFEI, C. a VISINTINI, R. *Prediction of adherence to antiretroviral therapy: can patients' gender play some role? An Italian pilot study.* AIDS Care, Vol. 20, No. 5, May 2008, 571-575
179. URBÁNKOVÁ, Olga a BRAUN, Richard. *HIV Pacienti: pomáhá terapie ve skupině.* Psychologie dnes, 2008, 14(12). pp. 38-41.
180. van SERVELLEN, G., NYAMATHI, A., CAPRIO, F., PEARCE, D., GARCIA-TEAGUE, L, HERRERA, G. a LOMBARDI, E. *Effects of a treatment adherence enhancement program on health literacy, patient-provider relationships, and adherence to HAART among low-income HIV-positive Spanish-speaking Latinos.* AIDS Patient Care STDS. 2005 Nov;19(11):745-59.
181. VANABLE, P.A., CAREY, M.P., BLAIR, D.C. a LITTLEWOOD, R.A. *Impact of HIV-related stigma on health behaviors and psychological adjustment among HIV-positive men and women.* AIDS & Behavior, 2006, 10(5), 473-482.
182. VARELA, T.A., MONTBACH, J. a SHIPE, S. *Psychoactive medication adherence in substance users living with HIV/ AIDS.* Journal of Addictions Nursing, 2007, 18(1), 5-12.
183. VEINOT, T.C., FLICKER, S.E., SKINNER, H.A., McCLELLAND, A., SAULNIER, P., READ, S.E. a GOLDBERG, E. (2006). *"Supposed to make you better but it doesn't really": HIV-positive youths' perceptions of HIV treatment.* Journal of Adolescent Health, 38(3), 261-267.
184. VERNAZZA, Pietro, HIRSCHL, Bernard, BERNASCONI, Enos a FLEPP, Markus. *HIV-positive individuals without additional sexually transmitted diseases (STD) and on effective anti-retroviral therapy are sexually non-infectious.* Schweizerische Ärztezeitung / Bulletin des médecins suisses / Bollettino dei medici svizzeri / 2008; 89:5
185. VERVOORT, S.C.J.M., GRYPDONCK, M.H.F., de GRAUWE, A., HOEPELMAN, A.I.M. a BORLEFFS, J.C.C. *Adherence to HAART: Processes explaining adherence behavior in acceptors and non-acceptors.* AIDS Care, 2009, 21(4), 431-438.
186. VISNEGARWALA, F., RODRIGUEZ-BARRADASS, M.C., GRAVISS, E.A., CAPRIO, M., NYKYFORCHYN, M. a LAUFMAN, L. *Community outreach with weekly delivery of anti-retroviral drugs compared to cognitive-behavioural health care teambased approach to improve*

adherence among indigent women newly starting HAART. AIDS Care, 2006, 18(4), 332-338.

187. VOKURKA, Martin a HUGO, Jan. *Velký lékařský slovník*. 9. atual. vydání. Praha: Maxdorf, 2010, 1159 s. ISBN 978-80-7345-202-5

188. VRANCEANU, A.M., SAFREN, S.A., LU, M., COADY, W.M., SKOLNIK, P.R., ROGERS, W.H. a WILSON, I.B. *The relationship of post-traumatic stress disorder and depression to antiretroviral medication adherence in persons with HIV.* AIDS Patient Care STDS. 2008 Apr;22(4):313-21.

189. VUCKOVICH, Paula K. *Compliance versus adherence in serious and persistent mental illness.* Nursing Ethics; 2010, 17(1), 77-85

190. VYTRŽISALOVÁ, Magda. *Adherence k medikamentózní léčbě – známá neznámá.* Remedia 2009; 19: 225-230.

191. WAGNER, G.J. *Predictors of antiretroviral adherence as measured by self-report, electronic monitoring, and medication diaries.* AIDS Patient Care STDS 2002; 16:599-608.

192. WAGNER, G.J., KANOUSE, D.E., KOEGEL, P. a SULLIVAN, G. *Adherence to HIV antiretrovirals among persons with serious mental illness.* AIDS Patient Care STDS 2003; 17:179-86.

193. WALDROP-VALVERDE, Drenna a VALVERDE, Eduardo. *Homelessness and Psychological Distress as Contributors to Antiretroviral Nonadherence in HIV-Positive Injecting Drug Users.* AIDS Patient Care & STDs, Volume 19, Number 5, 2005

194. WEISS, Linda, FRENCH, Tyler, WATERS, Mark, NETHERLAND, Julie, AGINS Bruce a FINKELSTEIN, Ruth. *Adherence to HAART: Perspectives from clients in treatment support programs.* Psychology, Health & Medicine, May 2006; 11(2): 155 – 170

195. WENSING, A.M.J., van de VIJVER, D.A.M.C. a ASJO, B. *Analysis from more than 1600 newly diagnosed patients with HIV from 17 European countries shows that 10% of the patients carry primary drug resistance: the CATCH-Study.* In: Program and abstracts of the 2nd IAS Conference on HIV Pathogenesis and Treatment; July 13-16, 2003; Paris. Abstract LB1.

196. WESTLING, E., GARCIA, K. a MANN, T. *Discovery of meaning and adherence to medications in HIV-infected women.* J Health Psychol. 2007 Jul;12(4):627-35.

197. WILLIAMS, M.L., BOWEN, A.M., TIMPSON, S.C., ROSS, M.W. a ATKINSON, J.S. *HIV prevention and street-based male sex workers: An evaluation of brief interventions.* AIDS Education & Prevention, 2006; 18(3), 204-215.

198. WRUBEL, J., MOSKOWITZ, J.T., RICHARDS, T.A., PRAKKE, H., ACREE, M. a FOLKMAN, S. (2005). *Pediatric adherence: Perspectives of mothers of children with HIV*. *Social Science & Medicine*, 61(11), 2423-2433.

15. Přílohy

Seznam příloh:

1. Program na podporu adherence společnosti Community Media Trust
2. The Three Questions: Adherence Self-Reporting Made Easier by HRSA Care Action, 2005
3. Adherence Support Questionnaire
4. Přepisy rozhovorů s jednotlivými účastníky výzkumu

Příloha 1. Program na podporu adherence společnosti Community Media Trust (CMT)²³³

ARV Adherence

Tento program se týká adherence k antiretrovirotikům.

Aby byla léčba HIV účinná, je velmi důležitá vysoká adherence. Vysoká adherence v tomto kontextu znamená, že pacient užívá své ARV léky pravidelně každý den, v předepsaných intervalech a za daných podmínek (např. současně s jídlem).

Slabá adherence může mít velmi neblahé následky.

Kapitola 1: Co je adherence?

- Aby byla léčba HIV účinná, je nutné dodržovat vysokou adherenci, tedy užívat všechny předepsané ARV léky každý den ve stanovený čas.
- Vysoká adherence je důležitá u většiny léčiv, ovšem u ARV léků je zcela zásadní
- Zahájení léčby ARV zamezí replikaci viru HIV. To dává imunitnímu systému šanci se zotavit a posílit.
- Současně s tím jak se snižuje virová nálož v krvi pacienta, dochází k nárůstu počtu CD4 buněk. Pokud pacient dodržuje vysokou adherenci a ARV léčba je účinná, virová nálož může poklesnout na „nezjistitelnou“ hladinu. Nejistitelná hladina neznámá, že by virus z krve zmizel, pouze skutečnost že počet virových částic v krvi je tak nízký, že jej nelze změřit (méně než 50 částic viru v malé kapce krve).
- Při zahájení léčby ARV užíváte obvykle kombinaci nejméně tří různých ARV léků. Někdy se tomu též říká trojitá terapie nebo HAART (*Highly Active Antiretroviral Therapy*). Tyto tři léky dohromady tvoří tvou

²³³ dostupné z http://www.beatit.co.za/media/treatment_information/Adherence.pdf

léčebnou kombinaci. První kombinace, kterou budeš zřejmě užívat, se sestává z Nevirapinu, 3TC a d4T (případně Efavirenu místo Nevirapinu).

Otázky:

- Co je adherence?
- K čemu obvykle vede léčba, pokud je dodržována vysoká adherence?

Kapitola 2: Proč je vysoká adherence důležitá?

- Pokud nedodržuješ léčebné postupy (*adherence*), vir HIV v tvém těle získá vůči lékům rezistenci (naučí se s nimi bojovat)
- ARV léky zabraňují viru HIV v jeho množení. Braní jednotlivých léků přesně ve stanovený čas je důležité, neboť pokud dojde k vynechání dávky, vir okamžitě využije příležitosti a začne se replikovat. Tyto kopie viru mohou být nepatrně odlišné a výsledkem může být, že užívaná kombinace ARV léků bude proti těmto pozmeněným virovým částicím méně účinná.
- U infekce HIV je velmi důležité se vyvarovat rezistence. Jedinou možností léčby rezistentního HIV je přejít na jinou skupinu ARV léků. To se nazývá novou léčebnou kombinací. V současné době jsou v Jižní Africe veřejně k dispozici pouze dvě léčebné kombinace.
- Rezistentní HIV může být přeneseno na jinou osobu a původní léky nebudou účinkovat ani u této nově infikované osoby.

Shrnutí: Proč je vysoká adherence důležitá?

- Při nedodržování léčebných postupů (*bad adherence*) přestaneš reagovat na léčbu
- Rezistentní HIV omezují účinnost ARV léků proti infekci HIV
- Rezistentní HIV může být přenesen na někoho jiného

- Jedinou možností jak postupovat u rezistentního HIV je přejít na jinou léčebnou kombinaci
- V Jižní Africe jsou ve veřejném zdravotnictví k dispozici pouze dvě léčebné kombinace
- Měl by ses snažit vydržet u jedné kombinace léků co nejdéle to je možné
- Vysoká adherence ti dává velkou naději, že se ti to podaří

Otázky:

- Co se stane při nízké adherenci?
- Proč je rezistentní HIV problém?
- Proč je to ještě větší problém v Jižní Africe nebo v jiné zemi s omezeným přístupem k ARV?

Kapitola 3: Proč mají někteří pacienti nízkou adherenci?

- Je důležité se soustředit na aspekty, které nám usnadňují užívat řádně a pravidelně předepsané léky a snažit se odstraňovat aspekty, které nám to naopak ztěžují.
- Pokud pociťujete vedlejší účinky léčby ARV, nezapomeňte, že za žádných okolností nesmíte ukončit léčbu sami. Musíte se vrátit ke svému lékaři a ten vám pomůže.
- Mnoho aspektů může dodržování adherence komplikovat:
 - deprese
 - nepřiznaná HIV pozitivita v sociálním okolí
 - užívání alkoholu nebo návykových látek
 - klinice nebo nemocnici mohou dojít zásoby ARV léků
 - dlouhá cesta na kliniku nebo do nemocnice, kde pacient získává léky
- Nikdy nesmíš sdílet své léky s jinými. Pokud dáš polovinu svých léků někomu jinému:
 - ARV léky nebudou účinné u tebe

- ARV léky nebudou účinné u druhé osoby
 - vir HIV v tvém těle si vytvoří rezistenci na danou kombinaci ARV
 - čím dál tím méně kombinací ARV léků bude u tebe působit
- Je velmi důležité, aby si každý, kdo potřebuje léčbu, vyzkoušel a dostal své vlastní ARV léky. Vše je mnohem snazší, pokud ses svěříš se svou nemocí někomu, komu můžeš věřit. Pokud budeš dostávat léky z místní kliniky, měl bys mít někoho, kdo bude vědět o tvé nemoci a bude ti pomáhat myslet na tvůj léčebný režim a dodržovat jej.

Otázky:

- Jaké faktory ztěžují pravidelné užívání léků?

Kapitola 4: Strategie pro zajištění vysoké adherence – zvládání závislosti na návykových látkách

- Jedním z možných negativních důsledků užívání alkoholu může být poškození jater. Kromě toho může nadměrné pití i jinak ohrožovat tvé zdraví. Což znamená, že si na jedné straně snažíš pomáhat užíváním ARV léků, ale zároveň si poškozuješ zdraví nadměrným pitím.
- Pokud býváš často pod vlivem alkoholu, je mnohem vyšší pravděpodobnost, že sklouzneš k nechráněnému sexu a nakazíš tak další lidi. To je velmi špatné pro společnost jako celek.
- Časté pití může také ovlivňovat dodržování léčebného režimu (*adherence*).
- Nadměrné pití může vést k celé řadě problémů. Proto doporučujeme nejen těm, kteří již započali léčbu ARV, ale skutečně každému HIV+ vyvarovat se nadměrného pití. Musíme se snažit být nápomocni a podpořit ty, kteří mají s pitím problém, aby jej zvládli.

Shrnutí: Zvládání závislosti na návykových látkách?

- Zneužívání návykových látek oslabuje imunitní systém

- Zneužívání návykových látek nás činí zranitelnějšími vůči infekci HIV a jiným oportunním infekcím
- Zneužívání návykových látek oslabuje ARV adherenci
- Nebojte se vyhledat pomoc a podporu
- Závislost na návykových látkách lze zvládnout

Otázky:

- Proč může alkohol způsobovat problémy s dodržováním léčebného režimu (*adherencí*)?
- Jaké zdravotní problémy může alkohol způsobit?
- Čím je alkohol nebezpečný pro společnost?

Kapitola 5: Strategie pro zajištění vysoké adherence – svěřit se

- Strategie, která napomáhá vysoké adherenci, spočívá v odhalení vlastní HIV+ a co nejvyšší míře otevřenosti o svém HIV stavu.
- Přiznání HIV stavu je důležité, jelikož ti pomůže získat podporu a usnadní ti dodržování léčebného režimu (*adherence*). Také je to obvykle velká úleva svěřit se někomu, že žijeme s HIV. Je mnohem méně stresující být otevřený a nižší míra stresu prospívá zdraví.
- Přiznání HIV stavu (*disclosing*) je okamžik, kdy se HIV+ člověk rozhodne, že je připraven svěřit se svou pozitivitou druhé osobě. Zjednodušeně řečeno to znamená, že řeknete někomu jinému, že máte HIV.

Otázky:

- Co je odhalení se / přiznání?
- Jak napomáhá vysoké adherenci?

Kapitola 6: Strategie pro zajištění vysoké adherence – mít pomocníka, který tě podporuje v léčbě (*treatment supporter*)

- Mít někoho, kdo podporuje HIV+ v léčbě (*treatment supporter*), mu může velmi pomoci s dodržováním léčebného režimu (*adherence*), obzvláště pokud onen člověk nemá zajištěnu dostatečnou podporu doma. To je také důvod, proč jsou tolik důležité domácí návštěvy.
- Během domácích návštěv je vzdělávána i rodina. Dobře poučená rodina může sehrát významnou roli při podpoře HIV+, například jej upozorňovat v momentě, kdy si má vzít lék, apod. Mít někoho, kdo podporuje HIV+ v léčbě je velmi důležité, protože pokud nikdo takový v jeho okolí není a nemá ani dostatečné zázemí v rodině, je u něj výrazně vyšší pravděpodobnost nedodržení léčebného režimu (*non-adherence*).
- HIV+ může být požádán, aby přizval osobu, která jej podporuje v léčbě, na sezení (*adherence counselling*) a získal tak určitou podporu

Otázky:

- Jak může osoba, která podporuje HIV+ v léčbě (*treatment supporter*), být nápomocna při dodržování léčebného režimu (*adherence*)?
- Jak mohou prospět domácí návštěvy tvé adherence, pokud je zároveň přítomna rodina?
- Kdy je nutné vzít si s sebou člověka, který podporuje HIV+ v léčbě?

Kapitola 7: Strategie pro zajištění vysoké adherence – jiné nápady

- Je mnoho faktorů, které komplikují dodržování vysokého stupně adherence. Naštěstí je ale také řada věcí, které ji zase usnadňují.
- Musíš být nápaditý ve vymýšlení způsobů, jak si zapamatovat a zafixovat ten správný okamžik, kdy užívat léky, např.:
 - dívat se pravidelně na určitý pořad v televizi nebo poslouchat vysílání v rádiu – pak si pokaždé uvědomíš, že to je čas, kdy si máš vzít svůj lék

- používat krabičku na léku (*pillbox*)
- nastavit si upomínky v telefonu
- požádat přátele, aby ti zavolali a upozornili tě
- učiň si z užívání léků každý den ve stejný čas součást své denní rutiny

Otázky:

- Jak zajistíme, abychom nezapomněli vzít si včas léky?
- Napadnou vás nějaké jiné neotřelé způsoby, které byste doporučili ostatním a které jim usnadní pamatovat na včasné užívání léků?

Závěr

Naučili jsme se, jak důležité soustavné dodržování léčebného režimu (*good adherence*) – tedy užívat léky pravidelně každý den ve stanovených časech. Poznali jsme, že slabá adherence může vést k rozvoji rezistence, což má za následek, že léčba přestane účinkovat. Poznali jsme různé faktory, které mohou ohrožovat dodržování léčebného režimu, jako například závislost na alkoholu, pociťované vedlejší účinky léčby, nezveřejnění HIV stavu v nejbližším okolí (*lack of disclosure*) a nedostatek účinné podpory od zdravotnických pracovníků.

Svěření se s HIV pozitivitou je obzvláště citlivou otázkou. V současné době, kdy existuje účinná léčba HIV, utajování a strach se staly jedněmi z nejnebezpečnějších aspektů nemoci. Utajování a strach jsou účinnějšími zabijáky než vir sám.

Příloha 2. **The Three Questions: Adherence Self-Reporting Made Easier by HRSA Care Action, 2005**²³⁴

The SPNS Adherence Initiative included an in-depth analysis of different adherence measures used at 11 clinical sites. Measures examined in the study were missed dose in past 3 days, self-reported adherence, and viral load. The SPNS study found that an index based on a score of three simple questions was as good a predictor of undetectable viral load as—or better than—a longer self-report measure commonly in use.

The SPNS self-report questions are as follows:

(circle the number that corresponds with your answer to each question and add together to get score)

1. How often do you feel that you have difficulty taking your HIV medications on time? By “on time” we mean no more than 2 hours before or 2 hours after the time your doctor told you to take it.

1. All of the time
2. Most of the time
3. Rarely
4. Never

2. On average, how many days PER WEEK would you say that you missed at least one dose of your HIV medications?

1. Every day
2. 4 to 6 days/week
3. 2 or 3 days/week
4. Once a week
5. Less than once a week
6. Never

²³⁴ Dostupné z: <http://hab.hrsa.gov/publications/may2005/>

3. When was the last time you missed at least one dose of your HIV medications?

Within the past week

1. 1 to 2 weeks ago
2. 3 to 4 weeks ago
3. Between 1 and 3 months ago
4. More than 3 months ago
5. Never

Scoring

> 10 equals good adherence

< 10 = poor adherence

Příloha 3. Adherence Support Questionnaire²³⁵

We cannot predict whether a person will be adherent, but we can identify factors in their lives which will make adherence easier or more difficult. This information will help you and the patient make better plans for medication-taking. Ask only the questions you feel will be helpful and pertinent to the client's life.

A. Reason for seeking services

1. Why are you interested in ART right now?
2. What are you hoping the medications will do for you?
3. Have you ever taken any HIV medications before? If so, what was it like? What difficulties did the medication give you?
4. This program provides support to people trying to take HIV medications. Why are you looking for support?
5. What kind of help do you think you need to be able to take HIV medications?

B. Basic Needs

1. Do you have a place to live?
IF NO,
2. Where do you usually sleep at night?
3. Where do you keep your stuff?
4. Do you have a place to "hang out" if you're not feeling well?
IF YES,
5. Where do you live?
6. How long have you lived there?
7. How stable do you think your housing situation is?
8. Do you have a steady source of income?
9. How many meals a day do you usually eat?
10. Can you always get food when you're hungry?
11. Can you get water or another drink when you need it?
12. Do you have your own bathroom?

²³⁵ dostupné z <http://hivinsite.ucsf.edu/pdf/ap7.pdf>

13. Do you have easy access to a bathroom?

C. Routine

1. Do you have a daily routine? Tell me about it:

morning:

afternoon:

evening:

night:

2. Do you sleep during the day?

3. Do you watch the same TV shows every day? At what times?

4. Do you use drugs or alcohol regularly?

5. IF YES, Do you have usual times of day you drink or use?

6. Does your routine ever get disrupted? By what?

7. Are there days of the week or times of month when your routine is different?

8. When you're going about your daily life, do you ever have hassles with police?

9. Do you get taken into jail often?

D. Competing life priorities

1. Do you take care of anybody beside yourself (child, partner)?

2. Do you know most days where you are going to sleep and eat?

3. Do you spend a lot of time most days working or "hustling" for stuff you need?

(for example, money, drugs, food or a place to sleep)

4. Do you use drugs or alcohol?

5. Which drugs (including alcohol)?

6. Do you use them most every day?

7. Do you use them (or use them more) at certain times of the month?
When?

8. Is your memory or ability to plan affected when you're using?

E. Other health issues

1. Do you have other health problems, besides HIV, that affect your daily life a lot?
2. What, if anything, do you do about these other health problems?
3. Have you ever had any mental health issues?
4. Have you ever taken medication for mental health issues?

F. Social support

1. Do you live alone or with other people?

IF WITH OTHERS,

2. Who do you live with?
3. How long have you lived with him/her/them?
4. Does this person know about your HIV status?
5. Are there people in your life who you help out or who help you out regularly?

IF YES,

6. What do you do for each other?
7. Do you have friends who know about your HIV status?
8. Do you have friends or acquaintances that take ART?
9. Can you think of anybody who could help remind you to take your medications?

Příloha 4. Přepisy rozhovorů s jednotlivými účastníky výzkumu

Adam			
č.	sdělení	pozn.	kód
1.	Léky беру od roku 2001, měl jsem vysokou nálož, víc jak milion, myslím, tak to začlo hned.	3.1	
2.	Měl jsem dvě rezistence	3.2	
3.	Nejdřív to bylo dobrý a po roce mi to kleslo na 30000, ale pak se to vůbec nehýbalo dolů.	3.2	-
4.	Nebyla to moje chyba, prostě jsem začal být rezistentní.	3.2	
5.	Tak mi doktor nasadil tu kaletru,	3.3	
6.	taky dobrý, ale stejně to stagnovalo	3.2	
7.	Teď mám ty drahý léky, on říká, že je to mercedes mezi léky	3.3	
8.	Jinak vedlejší účinky jsem neměl žádný,	3.4	+
9.	to je totiž úplnej nesmysl.	3.1	
10.	Nikdy mi nic nebylo	3.4	+
11.	Žádný ty blbý kecý – to je totiž spíš záležitost psychiky	3.4	
12.	teď mám virovou nálož na nule a CD4+ 680	3.2	+
13.	Léky беру	3.3	+
14.	snažím se,	3.3	+
15.	ale není pravda, že se musej brát přesně	3.3	-
16.	Za ty roky, co to беру, je třeba vezmu v rozmezí 1-2 hodin a nehraje to roli	3.3	-
17.	To mám už vyzkoušený	3.3	-
18.	S alkoholem to nijak nepřeháním	1.6	+
19.	Docela bych řekl, že jsem se zklidnil	1.6	
20.	Jsem víc v pohodě,	1.5	+
21.	nikde moc necourám	1.7	+
22.	Jen mě mrzí, že teď nemám práci	1.4	-
23.	s penězma vycházím blbě	1.4	-
24.	Ta poslední práce byla blbost, jen jsem byl unavenej	1.4	
25.	Jo, léky, to bylo v pohodě..	3.3	+
26.	Víte, měl jsem úplně jiné starosti.	1.5	+
27.	Nakonec se mi život rozdělil na dvanáctihodinové úseky – od prášků do prášků.	3.3	+
28.	Beru je pravidelně.	3.3	+
29.	Nevadí mi to.	3.3	+
30.	Teď si o tom hodně čtu	3.6	+
31.	Jsem spíš hypochondr. Hodně nemoci prožívám.	3.1	+
32.	Bojím se, co by jinak bylo. To je hodně velká motivace.	1.9	+
33.	Na začátku byly nějaké komplikace, ale to si nesmíte připouštět.	3.3	+
34.	Jít do toho naplno, nepodat se tomu.	3.3	+
35.	Navíc mě zlobí žaludek	1.1	-
36.	doktoři moc neví, co s tím.	4.1	-
37.	Tady na Bulovce řekli můj mámě, že jsem HIV pozitivní	4.1	-
38.	Ona čekala, až se vrátím z nějakého vyšetření a doktor jí to zatím řekl	4.1	-
39.	Byl jsem naštvaný, ale nakonec to možná k něčemu bylo	4.1	
40.	Pořád mě pak hlídala /matka/, abych bral léky.	3.3	+
41.	Jenže jsem doma nebydlel.	2.6	-
42.	Táta umřel, když jsem byl malý	2.3	
43.	a ona si pak vzala svého přítele	2.3	
44.	S tím jsme se pořád hádali, navíc mě nesnáší	2.3	
45.	Domů jsem jezdil,	2.3	
46.	spíš za bráchou, to jo.	2.3	
47.	On mi dokonce, když mi bylo nejhůř nabídl práci u něj v obchodě, abych zastoupil jeho ženu, která nezvládá péči o jejich 6 dětí.	2.3	
48.	Já jsem žil dlouho s Jonášem,	2.2	
49.	to byla spíš Itálie	2.2	
50.	Byli jsme spolu osm let	2.2	

51.	nedalo se na to snadno zapomenout	1.5	-
52.	On byl o rok a půl dýl pozitivní jak já	2.2	-
53.	když jsem šel na testy bylo to jasné.	3.1	
54.	My jsme spolu nepřestali spát	2.4	-
55.	vždyť to patří ke vztahu – všechno spolu sdílet	2.4	
56.	Přijmout toho druhého se vším všudy	2.2	
57.	No vlastně jsme pak sex dost omezili	2.4	
58.	ale občas jsme spolu byli.	2.4	
59.	Kdo jiný by mě mohl nakazit	3.1	
60.	Spíš mě štvalo, že jsem ho dva roky živil	2.2	
61.	nebyl schopnej najít práci.	2.2	
62.	To bylo hnusný období, když si to teď uvědomuju	1.5	
63.	měl jsem často deprese	1.5	
64.	ale já je vlastně mám i teď /deprese/, když mi tělo vypovídá službu	3.2	-
65.	Mám už za sebou další ozařování	3.2	-
66.	a je mi z toho furt blbě	3.2	-
67.	nemůžu se divit, že jsem pak takovej skleslej		
68.	Já i na ty testy šel hodně pozdě	3.1	-
69.	bál jsem se, jak to dopadne.	3.1	
70.	Teda spíš jsem oddaloval to sdělení, že mám HIV	3.1	
71.	Hodně mi dělalo problém si najít práci	1.4	
72.	vyřídili mi invalidní důchod – na demenci	1.4	
73.	To jako že už budu jen víc a víc blbej	1.2	-
74.	Byl jsem u hlídací agentury, skladník	1.4	
75.	chtěl jsem zpátky i učit,	1.4	
76.	to mě vždycky bavilo	1.3	
77.	ale to už moc nešlo /učit/	1.4	-
78.	S nikým nežiju	2.2	-
79.	mám dost svých starostí.	1.5	-
80.	Ostatní o mě mluvěj, že piju	1.6	-
81.	že jsem často opilej a bez sebe,	1.6	-
82.	ale to si myslím, že přehání		
83.	Teď jsme na Štědrý den šli s maminkou k bráchovi	2.3	
84.	a s neteří jsme hráli Carcassone	2.3	
85.	a docela mě potěšilo, že jsem ještě i vyhrával.	2.3	
86.	Nejvíce bolesti jsem zažil s těma zubama, to je prostě strašný	1.1	
87.	a teď s tou rakovinou	3.2	-
88.	Snad je to za mnou	3.2	+
89.	Jsem rád za kluky na skupině	2.7	+
90.	Jsem teď doma ,	2.3	
91.	tak nemůžu chodit často	2.7	
92.	ale po skupině vždycky někam vyrazíme	2.7	+
93.	shodil jsem docela dost kilo	3.2	-
94.	a lidi mě spíš nepoznávají.	3.2	-

Alan			
č.	sdělení	pozn.	kód
1.	Mrzí mě, že jsem musel na papíry, kvůli praxi v cizině vyplnit HIV pozitivitu	3.5	-
2.	Nejprve jsem si řekl, že na to kašlu a že to nenapíšu, ale nakonec jsem to napsal	3.5	-
3.	Chtěl jsem pracovat ve Španělsku. Já tu zemi šíleně miluju	3.5	-
4.	No, nevybrali mě, řekli, že kvůli úsporným opatřením, nebo tak něco, ale to byla blbost	3.5	-
5.	Já jsem vždycky bral prášky pravidelně	3.3	+
6.	Doktor uvažoval, zda je nasadit nebo ne	3.3	+
7.	a já mu řekl, že budu rád	3.3	+
8.	Já je budu brát přesně, to jsem věděl	3.3	+

9.	Nejsem nezodpovědný	1.2	+
10.	Nyní žiju s partnerkou, Nataša	2.2	+
11.	Ono je to takové soužití nesoužití	2.2	-
12.	Docela bych stál o to, abych bydlel sám	2.2	-
13.	Víte, já jsem spíš na chlapy	1.9	-
14.	s Natašou spolu stejně nespíme	2.4	-
15.	Myslím, že docela jsem poslušný pacient, doktor se bát nemusí	3.3	+
16.	Já jsem dost zásadovej	1.2	+
17.	přísněj na sebe	1.2	+
18.	Když si něco umanu, tak toho chci dosáhnout	1.2	+
19.	Třeba jsem si řekl, že budu studovat arabštinu, tak jsem se do toho dal	1.2	+
20.	Rád sportuju, běhám	1.3	+
21.	Nejsem sice žádný přeborník, ale chci se dostat na půlmaraton	1.3	+
22.	Mám takovou partu chlapů	2.5	+
23.	o mé orientaci skoro nikdo neví	1.9	-
24.	Bydlím s Natašou, tak se nikdo neptá	2.2	
25.	Když jsem jel do Střelských Hoštic, nemohl jsem tam být celou dobu	2.5	
26.	No, to by asi Nataša neviděla ráda	2.2	-
27.	Pořád se ptala, jak se mi tam vede	2.2	
28.	My spolu dost dbáme na to, jak vypadáme	1.3	+
29.	Ona je fakt kočka, i když je mnohem starší než já	2.2	+
30.	Máme doma vlastní solárko, chodíme do posilovny	1.3	+
31.	ale to každý zvlášť	1.3	
32.	Udělal jsem si potápěčský kurz v Egyptě	1.3	+
33.	Nemám rád narozeniny a neslavím je, není důvod	1.9	-
34.	Ani Silvestra moc ne	1.9	-
35.	Šel jsem spát v jedenáct, tohle mě nebere	1.9	-
36.	Klidně bych si vzal i službu v práci, nevadí mi to	1.4	
37.	Taky si беру pravidelně Štědrý den, ale to je proto, že my hned druhý den odjíždíme mimo republiku na lyže.	1.4	
38.	Jo, dávám si bacha na to, jak vypadám	1.3	+
39.	epiluju si i prsa	1.3	+
40.	To mi moc nejde dohromady se solárkem, tak ho pak vynechávám	1.3	+
41.	K zubaři chodím do takové jedné prestižní ordinace	1.1	+
42.	je vždycky zábavný, koho tam potkám	1.1	+
43.	můj zubař o tom ví	1.1	+
44.	Zajímavý je, že v jiný klinice mě doktor odmítl, že jsem HIV pozitivní. Že prý na to není zařízen, ale to nebyl zubař.	3.5	-
45.	Vždycky na Novej rok si píšu do nového diáře předsevzetí a ve starým si řeknu, co jsem udělal a co ne	1.7	-
46.	Teď tam budu mít tu stáž ve Španělsku. To se nepodařilo, kvůli HIV	3.5	-
47.	Možná je to směšný, ale já nevypadám na svůj věk	1.3	+
48.	jsem rád, když si toho druží všimnou	1.3	+
49.	Když to porovnám s bráchou – ten na sebe totálně dlabe	1.3	
50.	My jsme ale byli vždycky jiný	2.3	
51.	I když nás vychovávali stejně	2.3	
52.	Ze začátku jsem byli vždycky ve všech rvačkách	2.3	
53.	ale pak já byl ve škole premiant	1.4	
54.	a on na to dlabal	2.3	
55.	Kdybych mu nepomáhal, nevím, jak by dopadl	2.3	+
56.	Není vůbec cílevědomý, nechce ničeho dosáhnout	2.3	
57.	ale to já ano	1.2	+
58.	Člověk přece musí chtít někam směřovat	1.2	+
59.	Já se třeba seznámím s nějakým fajn mužským, ale pak si tak říkáme, co kdo z nás chce a on nic	2.1	+
60.	Jako kdyby mu to bylo úplně jedno	2.1	-
61.	Jsem pak naštvanej, třeba se i pohádáme	2.1	-
62.	Nikdy jsem nevyznával „teď a tady“.	1.2	+

63.	Nejde mi o to si je užívat	1.2	+
64.	I v tý práci se snažím stoupat	1.4	+
65.	Už jsem vedoucím a proto chci dál	1.4	+
66.	Do ciziny	1.4	+
67.	Mám rád, když to v práci klope	1.4	+
68.	ale pracujou se mnou takový existence	1.4	+
69.	S braním léků jsem neměl až takový problémy	3.3	+
70.	Mám to načasovaný tak, že je беру, když dorazím do práce	3.3	+
71.	Nejdřív jsem si dával upozornění na mobil, ale to už teď nemusím, mám v sobě budíka	3.3	+
72.	Tím jak po nocích moc neřádím,	1.7	+
73.	nestává se mi, že bych snad zaspal.	3.3	+
74.	Vím, že kluci mluvili o vedlejších účincích, ale to já nemám a neměl jsem	3.4	+
75.	To si nesmí člověk připouštět	3.4	+
76.	prostě je polknu a basta	3.3	+
77.	Jinak drogy – to jde fakt mimo mě	1.6	+
78.	Nataša se směje, že jsem hypochondr, že se pořád hlídám	1.3	+
79.	ale to ona taky	1.3	+
80.	Kdybych si měl něco píchnout do ruky, tak to bych umřel.	1.6	+
81.	To fakt ne	1.6	+
82.	Hlavně bych měl strach, že bych pak neměl sebe pod kontrolou	1.2	+
83.	– to je důvod, proč ani ten alkohol nepřeháním.	1.6	+
84.	Piju jen víno, stejně	1.6	+
85.	Jo, domů už nejezdím	2.3	+
86.	Nataša by někdy chtěla, byla tam se mnou jen párkrát	2.3	+
87.	ale už si s nima nemám co říct	2.3	
88.	Víte, maminka je taková prostá ženská	2.3	
89.	O nevěře se bavit moc nechci, není to zrovna dobrý téma.	2.2	-
90.	No, líbí se mi přístup doktorů tady,	4	+
91.	myslím, že maj fakt úroveň.	4	+
92.	Jedině to šílený čekání	4	-
93.	a to, že se pak v čekárně potkávám s lidma, to mě netěší.	4	-

Andrej			
č.	sdělení	pozn.	kód
1.	Víte, já byl nakaženej už dávno, někdy v roce 1989	3.1	
2.	Nejdřív jsem byl na testech jako negativní, ale pak na další jsem už nešel	3.1	
3.	To až pak v roce 1998	3.1	
4.	Nejdřív mě zjistili v Plzni	3.1	
5.	ale tam to fakt bylo hrozný	4	-
6.	S doktorem se nedalo na ničem dohodnout	4	-
7.	choval se ke mně jak k nějakýmu prašivýmu psovi	4	-
8.	Asi je hodně homofóbní.	4	-
9.	Já mu volal třeba i sobotu a neděli, psal SMS a on mi třeba ani neodpověděl	4	-
10.	Tak jsem požádal o přestup sem k paní docentce a pak k panu docentovi	4	+
11.	Jsem moc spokojenej.	4	+
12.	Já jsem se ani nedoučil	1.4	-
13.	Fakt mi učení nikdy nešlo	1.4	-
14.	šel jsem dělat do fabriky	1.4	-
15.	Abych měl prachy, tak jsem si přivydělával i v pizzerii	1.4	+
16.	Víte někdy mě baví o sobě mluvit v ženským rodě	1.9	
17.	třeba si řeknu – ty jsi tak pitomá, nebo tak. Ale to je spíš jen legrace	1.9	
18.	Jak jsem byl takovej rozjetej, tak jsem potřeboval prachy	1.4	-
19.	dělal jsem i na Šumavě v hotelu	1.4	+
20.	Já měl i sedm let přítele	2.2	+
21.	Jsem ten typ co spíš poslouchá	1.2	+
22.	tak mě jednou vykopl	2.2	-
23.	To je mezi teplejma častý	1.7	

24.	Vůbec jsem nevěděl. proč	2.2	-
25.	Když jsem přišel do Prahy, tak jsem bydlel i na Domě světa	2.6	+
26.	Tam se mi moc líbilo	2.6	+
27.	Víte, byl tam jeden ošetřovatel a ten mi hodně pomohl	2.1	+
28.	Ten David mě dostal z nejhorsího	2.2	+
29.	když mi bylo fakt blbě, tak jsme si povídali	2.2	+
30.	on mi masíroval záda	2.5	+
31.	Je to strašně hodnej kluk,	2.5	+
32.	taky moc pěkej	2.5	+
33.	vždycky jsem měl erekci, když se mě dotknul	2.4	+
34.	Ale on byl heterosexuál, tak to nemělo šanci,	2.2	+
35.	ale byl zlatej	2.2	+
36.	Na druhou stranu, asi bych to neměl tady říkat, ale my se spolu i líbali	2.2	+
37.	A já mu slíbil, že na sebe dám pozor	3.3	+
38.	že budu brát prášky	3.3	+
39.	To fakt dělám	3.3	+
40.	Davidovi tenkrát prý vynadali, že je se mnou tak blízko, tak se stáhl	2.5	-
41.	I s mým obvodákem mám skvělý vztahy,	4	+
42.	vůbec se mě nezřekl, že jsem nakaženej.	4.	+
43.	Tady se sestrama je to někdy těžký	4.	-
44.	Mě je blbě a ony se vůbec za mnou nezastaví	4.	-
45.	nepoptaj se.	4.	-
46.	Vyčítají mi, že pro sebe chci nějaké ty výhody	4.	-
47.	Třeba se sociální pracovníci si chci domluvit nějaký dávky na přilepšenou	4.	-
48.	vždyť mám na to nárok	1.3	-
49.	Kdysi jsem žádal o byt	2.6	-
50.	– nešlo to bydlet s matkou a ještě v tom našem městě	2.6	-
51.	Matka mi pořád četla dopisy,	2.2	-
52.	vůbec jsem neměl soukromí	2.2	-
53.	a vím, že spousta kluků byt v Praze získala	2.6	
54.	jako že jsou nemocní a nemoc vyžaduje pobyt v Praze.	2.6	
55.	Se seznámením to je těžký,	2.1	-
56.	teď jsem bydlel u M. v Nehvizdech	2.6	+
57.	Ze začátku dobrý,	2.2	+
58.	ale on mě měl spíš jako svýho sluhu	2.2	-
59.	To byl obrovský barák, já tam celý den makal	2.6	-
60.	dával mi vždycky úkoly a on si jezdil kdoví kde.	2.6	-
61.	M. byl voják z povolání	2.2	
62.	má dceru, ale víte, on byl vždycky homosexuál	2.2	
63.	On je o 4 roky starší	2.2	
64.	a asi má stihomam, pořád se obává, že ho někdo sleduje	2.2	
65.	Já mu vždycky říkal, jak mi dopadly výsledky	3.2	+
66.	a dokonce jsem mu dával číst ty zprávy od Vás	3.2	+
67.	On mi taky dával ty svoje	2.2	+
68.	Pak se ale seznámil v Babylónii s nějakým Američanem	2.1	-
69.	prý na sex a už to jelo	2.1	-
70.	Byl pořád s ním, pak ho vystřídal další, hlavně že mladší kluk, no samá nevěra	2.2	-
71.	Co jsem mohl dělat, než si to nechat líbit.	2.2	-
72.	Nejprve jsme bydleli v Zelenči	2.6	-
73.	To jsme ještě byli spolu	2.2	+
74.	ale pak mě nechali bydlet v pokoji pro služku a sloužil jsem jemu a jeho bohatému přítelíčkoví.	2.2	-
75.	Ono už před tím, když jsem byl s Honzou – to jsme bydleli 7 let v Praze	2.2	-
76.	Byl do mě blázen	2.2	+
77.	taky jsem byl o tolik mladší.	2.2	
78.	Taky byl nevěrný,	2.2	-
79.	dokonce jsme se na půl roku rozešli.	2.2	-

80.	Našel jsem v jeho nočním stolku načatou krabičku prezervativů, ale my je vůbec nepoužívali.	2.2	-
81.	Prý je měl na své experimenty při onanii	2.2	-
82.	Pak řekl že jede za matkou do Jizerských hor a šel na Valdek	2.2	-
83.	Tak jsem si řekl, že to tak nejde, šel jsem na Valdek taky	1.4	-
84.	Dost jsem se líbil, protože jsem chlupatý, tam jsem si našel chlapa na sex hned	2.4	-
85.	Já jsem se nakazil někdy v roce 90/91	3.1	-
86.	Ten kluk, co mě nakazil, Jirka, už nežije	3.1	-
87.	Jednou jsme se potkali a on se zhrozil, jak jsem zhubnul	3.2	-
88.	Pak už jsem ho ani nepotkával.		-
89.	Já vůbec nesnáším bolest	1.1	-
90.	Když do mě sestřičky rvaly hadičku kvůli nějakému vyšetření, tak to fakt nešlo.	1.1	-
91.	Nebo mi chirurg promačkával břicho. to tak bolelo, že jsem myslel, že nebudu.	1.1	-
92.	Máma je spíš taková jednoduchá, má jen 4 třídy školy	2.3	-
93.	Manžel od ní utekl, tak se asi hodně upnula na mě.	2.3	-
94.	Když jsem odešel z domova, přestala o sebe dbát	2.3	-
95.	Už neuklízí a je jí to jedno	2.3	-
96.	Nerad tam jedu	2.3	-
97.	Miluška /sestra/ je taky problém	2.3	-
98.	ona je tady v Praze, je už vdova	2.3	-
99.	nevídáme se.	2.3	-
100.	U ní jsem bydlet nemohl, nikdy jsme si nebyli blízko	2.6	-
101.	No na Davida pořád myslím, jenže teď má velkou konkurenci	2.2	+
102.	Víte tady je jeden doktor a to fakt krásnej chlap	4	+
103.	Myslím, že se mu asi taky líbím	4	+
104.	protože, když spolu mluvíme, tak on sklopí zrak.	4	+
105.	Já Vám nefeknu jméno, ale vy si to stejně domyslíte	4	+
106.	A asi mi nemůžete říct, jestli mám šanci? Že byste se přimluvil? (smích).	4	+
107.	No já beru i morfin, to už od roku 2001	1.1	-
108.	Asi bych nemohl bez toho	1.1	-
109.	a pak prášky od psychiatra	1.1	
110.	Beru léky proti bolesti	1.1	
111.	Neměl bych to kombinovat, ale dělám to	1.1	-
112.	Někdy jsem na tom tak, že večer ani nevstanu, nemůžu ani prášky	3.3	-
113.	Prášky jsou hodně závislý jestli jsem v pohodě	3.3	-
114.	když ano, polknu snadno	3.4	-
115.	Já beru ještě zyrtec a bylo to zpočátku náročný	3.3	-
116.	Tak kaletra je sám o sobě velký prášek, někdy jí půlím, někdy sním celou	3.3	+
117.	Mám totiž dávicí reflex	3.3	-
118.	Když se něco děje, třeba jak jsem byl v Nehvizdech, tak to vůbec nešlo.	3.3	-
119.	Lámu si je, ale pak jsou ostrý hrany a to je problém.	3.3	-
120.	V roce 2001 jsem dostal antidepressivum od psychiatra, ale bylo mi zle, dva dny jsem spal a pak vstal úplně malátný.	1.1	-
121.	Paní docentka je opatrná něco napsat, pan docent to klidně napíše	4	-
122.	Morfin mám vyzkoušený	1.1	-
123.	Nemůžu už být bez něj	1.1	-
124.	Psychiatryně mi napsala, že jsem přelékovaný	1.1	+
125.	Byl jsem půl roku bez léků, snažím se dodržovat léčbu	3.3	+
126.	Zhruba 1x za 14 dní si dávku nevezmu,	3.3	-
127.	hlavně to bylo když byl v otroctví v Nehvizdech	3.3	-
128.	Dost mi jde o to, abych neměl nějaké zdravotní problémy	3.3	+
129.	Mám hodně zdravotních problémů - konečník, měl jsem perforované střevo to mi zanedbali v Plzni, proto jsem přešel sem do Prahy.	1.1	-
130.	Paní docentka mě ihned odeslala na operaci	1.1	-
131.	V levé noze mám cystu, bolí, špatné zuby	1.1	-

132.	Marihuanu kouřím už od roku 2001	1.6	-
133.	To jsem jí dostal od kámoše	1.6	-
134.	Strašně jsem se zhulil	1.6	-
135.	Ted' ale tak jednou, dvakrát do měsíce a bez účinku	1.6	-
136.	jsem na morfinu	1.1	-
137.	a ten někdy zapíjím „kořaličkou“ To je vaječný koňak	1.6	-
138.	Kouřím ted' víc jak 40 cigaret denně	1.6	-
139.	Alkohol jinak moc nemusím, cokoliv je kořeněné, nemůžu se napít, ani pivo	1.6	-
140.	Mám rád víno, ale to má tak jednou ročně.	1.6	-
141.	V dětství jsem měl úraz hlavy, sestra mě shodila ze schodů	1.1	-
142.	Máma nic nevěděla		-
143.	Krvácel jsem a zvracel.	1.1	-
144.	To mě pak poslali v Plzni na neurologii	1.1	-
145.	Ted' mám šílenou bolest nohou.	3.4	-
146.	Těžko už zjistím od čeho, doktoři taky neví.	4	-
147.	M. nejdřív prodával v Botanicu, pak tam zkrachoval	2.2	-
148.	Jeho Patrik, kdyby mu dělal to, co mě, tak by ho kopnul do p....	2.2	-
149.	Je zdravěj, tedý zatím, když jsem slyšel, co dělá s klukama bez gumy...	2.2	-
150.	Přátel moc nemám	2.5	-
151.	Když se máma dozvěděla, že jsem HIV+, tak mi zrušila pobyt, mám ho ted' na úřadě na náměstí.	2.3	-
152.	Mám o 13 let staršího brácha	0	
153.	ten si mě řekl o prachy	2.2	-
154.	Já mám důchod, ale půjčil jsem mu	2.2	
155.	Myslíte si, že by on půjčil mě? To sotva.	2.2	-
156.	Jednou jsem si ho takhle vytestoval. Napsal jsem mu smsku a on se ani neozval	2.2	-
157.	Sestra je o 12 let starší, je to vdova	2.2	
158.	má syna, ten když se dozvěděl o mý HIV+, tak svou matku vydíral	3.5	-
159.	Nestýkám se ted' s nikým z rodiny	2.3	-
160.	Nemám moc přátel, většinou kolem HIV+ a DS,	2.5	-
161.	nemůžu se moc nikomu svěřovat	2.5	-
162.	ale samota mi nevadí	2.5	+
163.	Zvykl jsem si na ní v Nehvizdech	1.2	+
164.	Já měl v Nehvizdech spoustu svých věcí – DVD, 2 počítače	2.6	+
165.	Přivezl mi je na DS, ale chtěl to osobně předat	2.6	-
166.	Já se nechal zapřít	2.6	-
167.	Tak to odvezl a mám to tam.	2.6	-
168.	Nechci s ním komunikovat	2.5	-
169.	Naše spory vyvrcholili ted' o Velikonocích, kdy M. zavolal do DS, aby si pro mě přijeli.	2.5	-
170.	Se sexem jsem s klukama začínal v 17 letech	2.4	-
171.	Nejdelší vztah jsem měl 5 let, netuším, proč skončil	2.2	-
172.	on bydlí nedaleko na Ládví, ale neviděli jsme se	2.2	-
173.	Nejraději vzpomínám na vztah v letech 2004-2005, kdy jsme se měli hodně rádi	2.2	+
174.	ale přátelé nás rozeštvali	2.5	-
175.	Rád na to vzpomínám	2.2	+
176.	Naposledy jsem s klukem spal v roce 2005	2.4	-
177.	S M. to bylo tak, že si lehl a já ho musel uspokojit, o mě se nejednalo	2.4	-
178.	Jeho současný přítel Patrik skoro neumí česky, je z Hongkongu	2.5	-

Anna			
č.	sdělení	pozn.	kód
1.	Aha, tak budeme povídat o léčbě		
2.	S tím já nemám problém	3.3	+
3.	Víte, kdybych se měla před vším hroutit, nic bych nedokázala.	1.2	+

4.	Já mám ještě 3 mladší sourozence a vždycky jsem se musela starat.	1.2	+
5.	Já se nejprve vyučila kadeřnicí a pak teprve jsem se dala na studium.	1.2	+
6.	Dnes šéfuju neziskovku, to není žádná sranda	1.4	+
7.	Nejmladší sestra chce studovat psychologii	0	
8.	Všichni o mě říkají, že jsem perfekcionista	1.2	+
9.	ale já si spíš o sobě myslím, že mám ráda pořádek ve věcech	1.2	+
10.	Jsem spíš cílevědomá	1.2	+
11.	Tak jsem byla vychovávána	1.2	+
12.	Můj muž je HIV pozitivní už dlouho	2.2	-
13.	a naučili jsme se s tím nějak žít.	3.1	+
14.	On to zvládá podle všeho hůř	3.1	-
15.	má spoustu zdravotních komplikací	3.2	-
16.	Já jsem teď hodně přecitlivělá,	1.2	-
17.	ale mám syna a malou dceru, musím nějak fungovat	2.3	+
18.	Když jsme si pořizovali dceru, už jsem byla pozitivní, klukovi bylo dvanáct.	2.3	
19.	Teď se musím rozhodnout, chci se věnovat spíš dceři a manželovi	2.3	-
20.	Potřebuje mě	2.2	+
21.	Musím říct, že poslední roky není doma pohoda	2.2	-
22.	myslela jsem několikrát na rozvod.	2.2	-
23.	Víte, on dost pije	2.2	-
24.	navíc jsem zjistila, že mě podvedl	2.2	-
25.	a to mi to ještě řekl, tu jeho ženskou mi představil	2.2	-
26.	je to hrozná zrada	2.2	-
27.	Copak si myslel, že to zvládnou?	1.2	-
28.	Já jí ještě uklidňovala, protože on jí jaksi pozapomněl říct, že je HIV pozitivní a řekl jí to až po sexu.	2.2	-
29.	Nenáviděla jsem ho	2.2	-
30.	Problém u nás je, že nemáme v okolí nikoho, kdo by o naší diagnóze věděl	2.5	-
31.	Nemáme přátele a když, tak nic netuší	2.5	-
32.	my to řekli jen jeho matce a mému otci, ale ti sotva vědí, co jsme jim vlastně řekli, nepochopili to.		-
33.	Asi jsem hodně náladová, vždycky jsem měla výkyvy nálad	1.5	-
34.	Od doby, co byl manžel nevěrný, jsem úplně v háji	2.2	-
35.	Vždy jsem mívala stavy, kdy se mi nálada měnila	1.5	-
36.	ale nyní to už hraničí	1.5	-
37.	Nemůžu si odpočinout	1.8	-
38.	Dokonce jsem se učila tak, že jsem musela mít doma vše uklizené	1.2	
39.	Matka se neuměla postarat	2.3	
40.	bylo to dost na mě	2.3	
41.	Pila	2.3	
42.	já jsem abstinent, jen kafe a ani cigarety	1.6	+
43.	Se synem byly trochu problémy, je introvert, kouří marihuanu	2.3	-
44.	ale byl donedávna bezproblémový	2.3	-
45.	Rozvedla jsem se, když bylo klukovi asi 3,5 roku	2.3	
46.	pak přišel současný manžel	2.2	
47.	S klukem maj hezký vztah	2.3	
48.	ale v poslední době neposlouchá ani jeho	2.3	-
49.	Manžel je sportovec	2.2	
50.	i když má také období, kdy to není on,	2.2	-
51.	ale ten se nesvěřuje vůbec	2.2	-
52.	Měl celou dobu strach, zda dítě bude zdravé	2.2	-
53.	Pak se uklidnil	2.2	
54.	Je mi hrozně líto manžela	2.2	-
55.	co když umře	3.1	-
56.	chodí na interferon, vůbec to nepomáhá	3.2	-
57.	Já bych zůstala sama	3.1	-
58.	Vždyť mám jen jeho	2.2	-

59.	I když mě zklamává	2.2	-
60.	Taky mám strach, že umřu já	3.1	-
61.	Snažím se teď brát všechno vážně	3.3	+
62.	Hlavně ty léky,	3.3	+
63.	to jsem se naučila	3.3	+
64.	věřím, že i pomáhají /léky/	3.3	+
65.	a dlouho mě budou držet /léky/	3.3	+
66.	Výsledky jsou dobrý	3.2	+
67.	Syn na střední moc nevyniká	2.3	-
68.	ráda bych mu pomáhala	2.3	
69.	ale on na mě kašle	2.3	
70.	Až do šesté třídy jsme se vždycky učili spolu	2.3	
71.	Hodně pije, kouří marihuanu	2.3	
72.	Všechno tak nějak vzdává	2.3	
73.	Chodil 5 let na basket	2.3	
74.	to už se na to vykašlal	2.3	
75.	Tak se tak poflakuje	2.3	
76.	občas má holku	2.3	
77.	nemluví o tom	2.3	
78.	Doma nekomunikuje skoro vůbec	2.3	-
79.	Asi jsem jeho výchovu moc nezvládla. (pláče).	1.9	-
80.	Třeba se dožijeme vnoučat	3.1	+
81.	Víte máma byla dost houpá	2.3	
82.	já dnes vidím, jak taky nezvládala	2.3	
83.	Tak jsem jí začala zastupovat už jako malá holka	2.3	
84.	Pomáhala jsem jí se sourozencema.	2.3	+
85.	To si pak vždycky říkám, že je důležité brát léky	3.3	+
86.	abych tu byla alespoň já, když manžel tu nebude	3.2	-
87.	Měli jsme teď s manželem ohromnou krizi	2.2	-
88.	odstěhoval se.	2.2	-
89.	Úplně se pokládá,	2.2	-
90.	byl nevěrný, má tu ženskou prý rád,	2.2	-
91.	ale tím ubližuje naší rodině	2.2	-
92.	Já už jsem z něj vyčerpaná	1.5	-
93.	potřebuju, aby se už zase sebral a fungoval	1.5	-
94.	Nechci se teď o něj starat	2.2	-
95.	sama jsem v háji.	1.5	-

Bedřich			
č.	sdělení	pozn.	kód
1.	Tak to jste přišel kvůli tomu, jak beru léky?		
2.	Léky jsem tedy spíš nebral	3.3	-
3.	Já zapomínám.	3.3	-
4.	ale doktorům to nechci říkat	3.3	-
5.	No, ale když čekám na nocleh, tak třeba si řeknu že si to vezmu, ale vezmu to až třeba za dvacet minut, nebo za půl hodiny.	1.7	-
6.	No, neumím to moc pravidelně	3.3	-
7.	Ale teď už určitě začnu	3.3	+
8.	To se fakt nedalo	3.3	-
9.	kdybych měl třeba brát čtyřikrát denně	3.3	-
10.	copak si to člověk může pamatovat a pořád na to myslet?	3.3	-
11.	To je nesmysl.	3.3	
12.	V Americe to bylo jiný	1.7	
13.	Víte já tam žil šest let	0	
14.	Tam mě vzala Alexandra do ohromný nemocnice – jmenovala se.. no už si nevzpomenu, ale byla ohromná.	3.1	
15.	(to byla moje holka tam)	2.2	
16.	Tam bylo celý patro pro HIV+ , dokonce tam měli i lékárnu jen pro HIV,	4	+

17.	to bylo fajn	4	+
18.	úplně jiný než tady	4	+
19.	Mám strach, že mi v lékárně léky ani nedají	3.3	-
20.	mám nedoplatek na zdravotním	1.8	-
21.	nedělám a neplatím	1.4	-
22.	Udělal mi nějaký splátkový kalendář	1.8	
23.	když jsem se vrátil ze Států dokonce mi odpustili 20.000,-	1.8	+
24.	ale já stejně neplatil	1.8	-
25.	Ve schránce mám asi tunu upomínek	1.8	-
26.	Já jsem na sebe hrdej	1.2	+
27.	nikdy jsem tam nekradl, živil jsem se poctivě	1.2	+
28.	Sice jsme tam jeli fest v drogách	1.6	-
29.	ale nekradl jsem	1.8	
30.	Pak, když jsem se rozkoukal, tak jsem chodil ke krámku s potřebama pro kutily, nebo jako železářství	1.4	+
31.	Tam jsem se vždycky postavil a za chvíli si mě někdo najal – třeba dát zahradu do pořádku, nebo třeba něco opravit, altán, atd.	1.4	+
32.	Žil jsem v Kalifornii	0	
33.	Vrátil jsem se v březnu 2006	0	
34.	Mě vyhostili	0	
35.	To byla sranda, já přiletěl na Ruzyň jen tak nalehko a tady byl zrovna mráz. Fakt jak blázen.	0	
36.	Volal jsem ségře do Olomouce	2.3	
37.	Víte je rozvedená	2.3	
38.	nemohla mi moc pomoci	2.3	-
39.	Hledal jsem na náměstí známý, u kterých bych přespal	2.5	
40.	byl jsem na charitě na noc	2.6	
41.	Pak jsem jel do Brna	2.6	
42.	Měl jsem s sebou jen pár prášků, co mi dali na cestu domů	3.3	
43.	zaplatili mi letenku	0	
44.	Na AIDS centru v Brně mi nepomohli, tak jsem jel zas do Prahy	4	-
45.	Tady se mi udělalo blbě, policajům jsem zkolaboval na chodníku	3.2	-
46.	oni si ještě mysleli, že jsem opilý a kopali do mě	3.2	-
47.	ale pak mě vzali sem,	4	
48.	sám bych to nenašel	4	
49.	Ale fakt mi bylo blbě, první dny jsem o sobě moc nevěděl.	3.2	-
50.	Víte my jsme z Olomouce	2.3	
51.	mám rodiče už starý, v domově	2.3	
52.	Mám tři další sourozence	2.3	
53.	ségru, ta má děti a je rozvedená	2.3	
54.	brácha je zavřenej, s ním se vůbec nevidím	2.3	
55.	a další ségra má děti v domově a sama se léčí na psychiatrii	2.3	
56.	Jsem sice vyučený zámečnick	1.4	
57.	ale dělal jsem cokoliv – kopáče i číšníka	1.4	
58.	v Americe pak jsem byl najímanej, dělali jsme třeba i střechy	1.4	
59.	to byl super kšeft, měl jsem spoustu prachů	1.4	
60.	Ani teď nedělám na smlouvu, protože by mi všechno vzali, dělám jen brigády	1.4	
61.	Práce se nebojím, to ne	1.4	+
62.	Přátele nemáte, když jste na ulici, vždycky vás jen využijou	2.5	-
63.	Ale známých máte vždycky dost	2.5	
64.	Zvlášť, když občas něco vyděláte, tak se vás držej	2.5	
65.	No, Alexandra dělala takovou tu dobrovolnici a chodila po klubech s testama na sliny	2.2	+
66.	Tak mě tam taky vytřela pusou	3.1	
67.	Já jsem pozitivní už od roku 2000,	3.1	
68.	jenže pak jsem se rozjel s drogama, nejdřív kokain	1.6	-
69.	to tam seženete všude	1.6	-

70.	a mě se líp šlo s někým, když jsem byl sjetej	1.6	-
71.	Poznal jsem v Malibu spoustu slavných lidí	0	
72.	Tam a pak v Santa Monice jsem vymetal kluby skoro furt, každé večer	1.7	-
73.	Tam nemělo smysl chodit hned z kraje večera, ale třeba až v jedenáct	1.7	
74.	to jsem se vždycky chytl	1.11	
75.	Nikdy jsem nemusel platit útratu	1.11	
76.	Jenže jsem pak z kokainu přešel na krystal a hned jehlou.	1.6	-
77.	Občas jsem zašel do toho špitálu	4	
78.	nabízeli mi i nějaký programy	4	
79.	To jsem nechodil	4	-
80.	vždycky jsem se vymluvil na Alexandru	4	
81.	Asi po dvou letech jsem šel na prášky	3.3	
82.	Jo, v Americe jsem měl i dva fajn kámoše, staršího Indiána a ještě jednoho bělocha, ten byl hodně mladej,	2.5	
83.	ale oba umřeli na AIDS	2.5	-
84.	Do Států jsem odjel s jedním maníkem tady z Čech	2.5	
85.	teďka žije v Německu,	2.5	
86.	ale do té Kalifornie už jsem dorazil sám.	1.2	
87.	Já radši na budoucnost nemyslím	1.2	-
88.	Když mě odsud propustí, vždycky se snažím co nejdýl vydržet venku	2.6	-
89.	loni dokonce až do listopadu	2.6	-
90.	Když už je pak moc kosa, tak jdu buď do naděje nebo Armády	2.6	-
91.	Teď jsem byl hodně na lodi	2.6	-
92.	Na Dům světla jsem šel až nedávno	2.6	+
93.	Víte, tam se nesmí pít a já se vždycky cestou z práce stavím na jedno nebo dvě	2.6	-
94.	Ale jsou tam alespoň sprchy	2.6	-
95.	Víte, jak jsem měl ty hemoroidy, tak jsem se musel sprchovat	3.2	
96.	Stejně jsem ty kondylomata měl pak z toho	3.2	-
97.	Jak mi je pak operovali, tak to bylo fakt hrozný.	3.2	-
98.	Bolelo mě to pěkně dlouho a to se to prý zase bude vracet	3.2	-
99.	Já vím, že když chci něco rychle říct, že zadržnu a třeba to pak vypadá, že koktám.	1.2	
100.	Normálně mi pomáhá alkohol	1.6	-
101.	Víte, já jsem musel zajít za sexuologem., protože jsem nenormální	2.4	
102.	Snad mi pomůže		
103.	Já sexuálně vůbec nežiju, holku nemám	2.4	-
104.	Nemám sex vůbec, jenom rukou	2.4	-
105.	Já už holku asi mít nebudu	2.4	-
106.	S Alexandrou jsem byl rok a půl.	2.4	+
107.	Ona byla transsexuálka, dole byla ještě kluk, ale nahore holka, měla i prsa	2.2	
108.	Ona šlapala, jako já, ale pak toho zkusila nechat	2.2	-
109.	Já teda taky,	2.4	-
110.	ale ona nevydržela	2.2	
111.	Docela nám to klapalo,	2.2	+
112.	teda jeli jsme furt ve fetu	1.6	-
113.	Ale to fakt fest	1.6	-
114.	ona brala hormony a bylo to dobrý	2.2	
115.	když ale pak zase šlapala, tak už se mi s ní spát nechtělo	2.4	-
116.	Chodím na Výstaviště a nechávám se najímat na práci	1.4	+
117.	Peníze nemám	1.4	-
118.	Prášky teď neberu	3.3	-
119.	Bydlím občas na Domě světla,	4	
120.	ale předtím mě vyhodili pro alkohol	4	-
121.	a byl jsem zas půl roku ve spacáku	2.6	
122.	Možná bych mohl zkusit něco s angličtinou, ale já znám spíš jen street english	1.4	
123.	Domluvím se ale pořád dobře	1.2	

124.	Dokonce jsem pochytil i něco ze španělštiny od Mexikánů	1.2	
125.	Těch je plná Kalifornie a mezi chlapama jsou dost žádaný	0	
126.	I o mě si mysleli, že jsem latinos	0	
127.	Neuvažuji o tom, co bude zítra	1.2	-
128.	To se na ulici naučíte	2.6	
129.	Asi vám připadám jako samotář, ale mě to vyhovuje	2.5	
130.	Mám jednoho kámoše, co spolu děláme a ten za mnou chodí do nemocnice	2.5	+
131.	Občas něco přinese, ale to se nesmí nikde stavět v hospodě, to pak nepříjde	2.5	+
132.	Na SAP ale za mnou nechodí, nechci, aby něco věděl	3.5	-
133.	Tam jsou všichni gayové	0	
134.	Já a G. jsme tam jako heterosexuálové šikanovaný	2.6	
135.	No a teď tu jsem s tuberou	1.1	
136.	Prý tu budu hodně dlouho	4	
137.	tak doufám, že s Váma budu moct mluvit	4	
138.	Třeba bych vám mohl vyprávět, jak jsem vlastně začal šlapat	1.7	
139.	Ale fakt nejsem na kluky	2.4	
140.	já jsem vyrůstal v dětském domově	0	
141.	a tam jsem byl taky poprvé s holkou	2.4	
142.	To nám bylo 15 a šli jsme od rybníka v Sobotíně	2.4	
143.	Víte já jsem dost dřevo	2.4	
144.	kdyby byla nechtěla ona, tak jsem snad pořád panice	2.4	
145.	Já jsem měl jen pár ženskejch	2.4	
146.	Pak jsem ale z domova utekl do Prahy	1.7	
147.	a neměl jsem žádný prachy,		
148.	tak se to nabídlo, abych šlapal	1.7	
149.	To otevřeli Rivieru a já se znal i s majitelem	1.7	
150.	No a ženský, ty jsem měl, jen když byly opilý,	2.4	
151.	tak jsem se nebál	2.1	
152.	Já s nima moc zkušeností nemám	2.4	
153.	Ze Států mě vyhostili, ale to byla fakt totální moje blbost	0	
154.	S kámošem jsme vždycky u něj doma otevřeli pivo, dali si do hlavy nějaký fet	1.6	-
155.	Já jsem od něj dostal ještě nějaký to psaníčko, když jsem šel domů	1.6	-
156.	Kdybych debil šel rovnou, bylo všechno OK, ale já se ještě stavil v krámku, co jsme měli na rohu, a koupil pár piv.	1.6	
157.	No a jak jsem je nesl domů, tak mě zastavili policajti, že je nemám schovaný a sebrali mě.	1.8	
158.	Našli i ten fet a šel jsem před soudce	1.6	
159.	Dostal jsem pokutu a když jsem od soudkyně odcházel, už to bylo celkem v kapce, tak mě vrátila a zeptala se, jak to mám s pobytem. Průsvih, no. Tak mě vyhostili.	1.6	
160.	Já vím, že i vy říkáte, že se prášky musej brát	3.3	+
161.	Já jsem od minule prášky bral	3.3	+
162.	podívejte mám i flašku se všema	3.3	+
163.	a vím, že je mám vzít ráno a večer	3.3	+
164.	Občas nechytinu tu správnou hodinu	3.3	-
165.	ale snažím se.	3.3	+
166.	Mám spoustu dluhů u VZP i na dopravních podnicích	1.8	-
167.	Naštěstí i teď už nechodí obsílky, protože nemám adresu	1.8	-

Bernard

č.	sdělení	pozn.	kód
1.	Všichni se ke mně chovají jako k feťákovi,	1.6	
2.	všichni si myslí, že jsem jen smažka.	1.6	
3.	Už toho mám fakt dost	1.5	-
4.	všichni do mě hučí, abych bral prášky,	3.3	
5.	ale to vždycky nejde	3.3	
6.	Já bych ty prášky bral, ale je mi po nich blbě	3.4	-

7.	Já je stejně vyzvracím, neudrším to v sobě	3.4	-
8.	To je jako bych je nebral vůbec. Úplně zbytečný	3.3	-
9.	Každý si tu myslí, že jsem se rozhodl prášky nebrat	3.3	
10.	ale to není pravda, já jen trpím, když je polykám	3.4	
11.	Víte já se nakazil od feťáka	3.1	-
12.	I já byl na pervitinu deset let a půl roku i herák	1.6	-
13.	věděl jsem, že je nemocnej	3.1	
14.	Ale co s takovým životem	1.6	-
15.	Já byl několikrát na léčení, znám dr. Nešpora	1.6	
16.	Ten mě přivedl i na myšlenku, že trpím transsexualismem	1.5	
17.	Když mě v patnácti matka vyhodila z domova, nevlastní otec mě nesnášel, tři dny jsem spal v psí boudě	2.6	-
18.	Máma je bílá a mě řekla, že cikána nechce	2.3	
19.	Začal jsem chodit do klubů jako bylo Těčko	1.7	
20.	Je mi jedno, co si kdo myslí	0	
21.	vydělával jsem si svým tělem jako transsexuální prostitutka	1.11	-
22.	Šlapal jsem v Chebu, v Praze.	1.11	-
23.	Taky mě znásilnili tři Arabové	1.10	-
24.	To bylo ve Zlatý huse	1.10	-
25.	Jenže chlapy mě zklamali,	2.1	
26.	každý mě jen nechal přespat	2.1	
27.	chtěl sex a pak šlus	2.1	
28.	Pak jsem ale potkal Lászla	2.5	+
29.	To je tak suprovej mužskej	2.5	+
30.	hodně mi pomohl	2.5	
31.	je to fakt kámoš	2.5	+
32.	Stará se o šlapky, má na to celý projekt	2.5	
33.	Jen kdyby ho neobklopovaly ty děvky jako Karel	2.5	
34.	to je normální kuplíř a dealer pervitinu	2.5	
35.	Z toho projektu je teď jen bordel	2.5	
36.	Ale za to Lászlo nemůže.	2.5	
37.	Já mám někdy fakt štěstí na lidi	2.5	+
38.	Tady pan docent, co jsem k němu začal chodit je taky skvělej mužskej	4	+
39.	Nevíte, je ženatej?	4	
40.	Já jsem byl vždycky spíš na starší chlapy. Takový ty mužný typy	2.2	
41.	On je fakt hrozně chytřej	4	
42.	Já to poznám, i když nemám žádnou školu	4	
43.	Já učím děti, jak se nenakazit.	1.4	
44.	Nemluvím s nima už pak o nemocných.	1.4	
45.	Třeba bych jim musel říct, že se někdo nechce léčit	3.3	
46.	I já se někdy nechci léčit.	3.3	
47.	Prostě to na mě přijde a nechci. Není žádná budoucnost.	3.3	-
48.	To je totiž nemoc, o které normálně během života nic nevíte.	3.2	-
49.	Kdybyste nemusel přijít sem na kontroly, nic se vám neděje.	3.2	-
50.	Kdo by tedy myslel na nějaké léky?	3.3	-
51.	Já normálně neberu ani léky na chřipku.	3.3	-
52.	Minule jsem vám tu sliboval, že už začnu určitě brát léky správně, ale nedodržel jsem to.	3.3	-
53.	Já prostě nevím, jak to. Já chvíli bral, pak jsem jednou vynechal, nic se nestalo, tak jsem tak nějak polevil.	3.3	-
54.	To ale nejde jen tak popsat.	0	
55.	Já se třeba stěhoval, co myslíte?	0	
56.	Já tedy vím, říkali to doktoři, že musím ty prášky brát, je mi to jasný a už určitě budu. já se teda vždycky snažím.	3.3	-
57.	já vždycky začnu.	3.3	-
58.	ale já hodně cestuju, tak to je problém,	3.3	-
59.	všichni na mě útočí, ale já si můžu dělat co chci.	3.3	-
60.	Víte, byl jsem v K-čku, když mu bylo fakt blbě	1.6	-

61.	a tam mi nějaká terapeutka pomohla	1.6	+
62.	Jenže to bylo jen na chvíli	1.5	-
63.	Co Vám budu povídat, skončil jsem na Nuseláku a vezli mě do Bohnic	1.5	-
64.	Nejdřív jsem byl na krizáči, pak detox	1.6	-
65.	Člověk pak zůstane bez přátel, když se k tomu nechce vrátit	2.5	-
66.	Víte, je nepsané pravidlo, že když vylezete z léčení všichni mají tendence vás hned dostat zpátky k drogám.	2.5	-
67.	Znám to prostředí	2.5	-
68.	Bydlel jsem na SAPu docela dlouho	4	-
69.	i tam jsou drogy	1.6	-
70.	Když se máma dozvěděla o mé HIV pozitivitě, tak mi vzkázala, ať chci pnu jak čokl. Vlastní matka!	2.3	-
71.	Táta se snažil líp. Utěšoval mě.	2.3	+
72.	Jsem ale hrozně sám	2.5	-
73.	Už když jsem se snažil najít si kluka	2.1	-
74.	našel jsem si jednoho, byl o tři roky starší než já, ale už fakt chlap, z Chomutova	2.1	-
75.	Hned večer chtěl sex, to mi nejde takhle rychle	2.1	-
76.	No a ráno mi řekl, že mu vadí má barva pleti.	2.1	-
77.	Vždycky, když jsem si sahal na život, tak jsem si přál, aby mě máma měla ráda	1.5	-
78.	I mé dvě sestry mě nemusí	2.3	-
79.	Jedna už umřela na rakovinu dělohy	2.3	-
80.	ale to nás nedalo s níma dohromady	2.3	-
81.	Mezi homosexuálama nejsou vztahy kdovíjaký. Intriky, pomluvy	2.1	
82.	Můj nevlastní otec dělal vyhazovače v Pinocchiu	0	
83.	s kýmkoliv jsem se tam bavil – ať to byly šlapky, nebo starší chlapi	2.1	
84.	všichni měli mizerný zkušenosti	2.1	
85.	Nemůžou si nikoho najít	2.1	
86.	všichni jsou promiskuitní	2.4	
87.	Já bych nechtěl nikoho z Prahy!	2.1	
88.	Vždy tedy s kondomem, což mě také ruší	2.4	-
89.	Nejsem ani moc na sex, mě bere spíš mazlení	2.4	
90.	To je asi následek toho znásilnění	1.10	-
91.	Víte tehdy mi bylo třináct!	1.10	-
92.	Mezi homosexuály v Praze jsem fakt známej	2.5	
93.	znám i ty šlapky,	2.5	
94.	vím, jak žijou	2.5	
95.	jak si lžou do kapsy	2.5	
96.	Fungoval jsem vždycky jako vrba, svěřují se mi.	2.5	
97.	Jsem vegetarián, protože fakt hrozně miluju zvířata	1.7	
98.	Bavěj mě přednášky, co dělám pro děcka	1.4	+
99.	projel jsem celou republiku	1.4	+
100.	Chci, aby si dávali majzla.	1.4	+
101.	Při těch přednáškách jsem se zařekl, že se už nikdy nebudu prodávat	1.11	+
102.	Chci najít mužskýho, usadit se, nejlíp na venkově	2.1	+
103.	Když mi nasazovali léky (to bylo někdy v roce 2001), tak jsem byl hospitalizovaný	3.3	+
104.	Já jsem pak přešel k paní docentce, jsem spokojený	4	+
105.	Víte umím to v Praze roztočit	1.7	-
106.	když piju, pak i čtyři piva za večer, já piju černý	1.6	-
107.	Někdy musíte jít se mnou.	0	
108.	Teď jsem ale hodně slabej	3.2	-
109.	musím zeslít.	3.2	-
110.	Hodně jsem zhubl	3.2	-
111.	Sestry mi tu držej palce	4	+
112.	ale já už chvílema pochybuju	3.1	-
113.	Zhubl jsem a jsem hodně unavenej	3.1	-

114.	To asi ta léčba, ty prášky, co mi dávaj	3.3	-
115.	Víte, byl jsem zavřenej	1.8	-
116.	to není zrovna období, na které rád vzpomínám	1.8	
117.	Ted' sem za mnou choděj lidi z televize, natáčeš se mnou.	1.4	+
118.	Ale já byl v televizi už před tím dost často	1.4	+
119.	Vidíte, vždycky mě bavilo starat se o některé pacienty	1.3	+
120.	chodil jsem sem za nima	1.3	+
121.	a ted' mě tu nechávaj celý dny samotnýho	2.5	-
122.	Potřeboval bych tu každý den někoho mít.	2.5	-
123.	Víte, na Domě světla jsem byl dlouho	4	
124.	baví mě ta práce	1.4	+
125.	ale nemám vždycky dobrej pocit	1.4	-
126.	Víte, že ty děti, co jsem jim přednášel mě i volaj, nebo píšou?	1.4	+
127.	S dr. Dvořákovou jsme se bavili o příštích Poděbradech,	1.4	+
128.	že bych tam měl jet a něco povídat	1.4	+
129.	To bych moc rád	1.4	+
130.	Jen nevím, ted' mi operovali uzlinu a nevypadá to dobře	3.2	-
131.	Taky se zajímala, jestli mám kde bydlet, skvělá ženská	1.4	+
132.	Po chemoterapiích mi je čím dál hůř	3.2	-
133.	Prášky nemaj smysl	3.3	-
134.	Dřív jsem se snažil, abych je bral	3.3	-
135.	Doktoři mi nadávali, že je neberu,	3.3	-
136.	ale já je bral	3.3	-
137.	Vždycky ne úplně přesně, ale co to šlo	3.3	-

Bert			
č.	sdělení	pozn.	kód
1.	Tak o tom se mi ani nechce mluvit	3.1	-
2.	Ted' to tu se mnou každěj rozebírá, co jsem kdy vzal a co ne	3.3	
3.	Já vím, že jsem nebral	3.3	-
4.	Ale to nešlo	3.3	-
5.	Já dostal prášky a bylo mi po nich strašně zle	3.4	-
6.	navíc jsem s partnerem řešili jiný starosti	1.5	
7.	– pendloval jsem mezi Brnem a Prahou	1.7	
8.	Ted' už to určitě bude bez problémů	3.3	+
9.	Tyhle prášky jsou mnohem lepší, co mi dal pan doktor.	3.3	+
10.	Mám pocit, že mě doktoři jen chlácholí,	4	-
11.	až na stránkách DS jsem se dozvěděl, co mě opravdu čeká.	4	-
12.	rozčiluje mě, že mi doktoři nefekli, jak se maj léky brát.	4	-
13.	Zjistil jsem to až od kamarádů	3.3	-
14.	Víte, já mám hodně náročnou práci,	1.4	
15.	pracuju tady /v Praze/	1.4	
16.	ale rodinu mám v Brně	2.3	
17.	Tam pořád jezdím	1.7	
18.	tam si nemůžu nic brát s sebou	3.3	-
19.	vždyť by to všichni věděli	3.5	-
20.	Jsou tam /u rodičů/ taky nemocní,	2.3	
21.	tak se snažím jim spíš pomoci	2.3	
22.	zbylo to všechno na mě	2.3	
23.	Já jsem z osmi dětí	2.3	
24.	táta je Rom, máma Němka	2.3	
25.	Matkou jsem byl varován před homosexuály a bylo by těžké se jí přiznat k gayství	1.9	
26.	Zklamal bych jí, že neplním svou funkci plození.	2.3	
27.	Jsem osm let s partnerem	2.2	
28.	ale je to takový nijaký	2.2	
29.	Nespíme spolu.	2.4	
30.	Jsem spíše eroticky zaměřen,	2.4	

31.	Ted', i když jsem nadržovaný, stejně nakonec na sex rezignuju.	2.4	
32.	Na sex chuť nemám, ani masturbace mě neuspokojuje	2.4	
33.	Nebyl jsem nijak zvlášť puritánsky vychováván, spíš jsem se později styděl.	2.4	
34.	Kdybych ho nakazil, do smrti bych si to vyčítal	2.2	
35.	Je hodně mladší než já, má život před sebou	2.2	
36.	Nechci partnera obtěžovat, aby si řekl, že má depresivního přítele...	2.2	
37.	Ale když je nejhůř, tak to tak udělám. Jsem v nepohodě.	1.5	
38.	My byli vyhazovaný z bytu	2.6	-
39.	šikanují nás	2.6	-
40.	ten dům se převádí na majitele a nás vyhazují,	2.6	-
41.	nevím, kam půjdeme	2.6	-
42.	Ani já, ani partner nemáme peníze na to, abysme si koupili dům, nebo nějaký bydlení.	2.6	-
43.	V Ch. platěj mizerně	1.4	
44.	Ani o lidi moc nestojím.	2.5	-
45.	Tady v Praze bydlíme u synovce	2.6	
46.	ale taky to není kdovíco	2.6	
47.	nemáme tolik soukromí	2.6	
48.	Asi mu chvílema lezeme na nervy,	2.6	
49.	ale nemám fakt prachy	2.6	
50.	Mám v Praze sestru	2.3	
51.	chodí sem občas za mnou	2.3	
52.	Máma je pořád v Brně	2.3	
53.	nechci jí nic říkat, to víte jsme věřící	2.3	
54.	Bojím se, že by to neunesla	2.3	
55.	že by mi říkala, že jsem neměl chodit do Prahy	2.3	
56.	V Brně je mnoho kluků, co na testy nechodí	0	
57.	No nejdřív jsem ty prášky bral dobře, to jo	3.3	
58.	No, partner je prý taky nakaženej, říkal mi to dnes pan doktor	2.2	
59.	Já vím, že ne ode mně, nespíme spolu už dlouho	2.2	
60.	ale je to určitě škoda	2.2	
61.	Rád bych mu s tím pomohl, ale mám sám svý starosti	2.2	
62.	Hrozná škoda, že si nedal pozor	2.2	
63.	ale co mu mám já říkat	2.2	
64.	Ještě před dvěma měsíci byl negativní	2.2	
65.	Máme otevřený vztah, tak to v Brně někde chytil	2.2	
66.	To se nedá, ono to prostě nejde /braní HAART/	3.3	-
67.	nezvládal jsem prášky /HAART/... (rozčiluje se)	3.3	-
68.	rozčilovalo mě, že jsem je /prášky/ zapomínal buď doma, nebo v Brně	3.3	-
69.	pořád musíte mít v hlavě, že je máte vzít /HAART/	3.3	-
70.	špatně se to vysvětluje	3.3	
71.	normálně prášky беру /HAART/	3.3	+
72.	to jen někdy /ne/	3.3	-
73.	Jednou to bylo hrozný, nemohli jsme je po Brně sehnat – největší lékárny, třeba na Moravským a třeba viried nebo empivir vůbec nevedli. Ve třech takhle velkých jsme byli, nakonec jsme museli do Bohunic.	3.3	-
74.	Ono taky není vůbec jistý, že jsem nakaženej	3.1	-
75.	Doktoři taky neví všechno, třeba jen ty testy jsou nedokonalý	3.1	-
76.	mě nic nebolí, nemám ani teplotu	3.2	-
77.	Pořád mě zajímá, kolik se s tím člověk dožije a nikdo z doktorů mi na to neodpovídá, asi se boje	3.2	
78.	Partner říká, že jsem špatnej pacient, ale on tomu nerozumí	3.3	
79.	Až jednou bude na práškách, tak mi bude rozumět	3.3	
80.	Já prostě takhle nefunguju.	3.3	

Bohdan

č.	sdělení	pozn.	kód
1.	No, víte já jsem teď dostal nový prášky	3.3	+

2.	a snažím se	3.3	+
3.	Byl jsem zjištěnej před dvěma roky	3.1	
4.	Mám to z fetu	3.1	-
5.	i když vůbec nevím, jak to mohlo vzniknout	3.1	-
6.	Prášky mi nasadil doktor hned, asi jsem na tom byl blbě	3.3	-
7.	Ted' mám nový /prášky/	3.3	+
8.	No to proto, že ty starý jsem přestal brát	3.3	-
9.	Vůbec to nechápu	3.3	-
10.	Prostě takový zatmění	3.3	
11.	Fet to vyhrál	1.6	-
12.	Já se snažil, ale spadl jsem do toho zas.	1.6	+
13.	Ted' jsem měsíc bez drog	1.6	+
14.	a snažím se fungovat bez drog	1.6	+
15.	To si ale neumíte představit	1.6	
16.	To se třeba rozhodnete, že budete čistej, ale pak jdete kolem prvního baráku, kde víte, že se vaří a jste v tom zas.	1.6	-
17.	Já přestával mockrát	1.6	-
18.	Zrovna jsem šel v úterý v Karlíně a koukám na cikána, jak si šlehal v průjezdu	1.6	-
19.	Tak mě přepadla chuť, normálně jsem mu snad záviděl.	1.6	-
20.	Na doktory mám svý figle	4	-
21.	To víte, že jdete zanedlouho na kontrolu, tak se seberu a začnu brát pravidelně	3.3	-
22.	Ty výsledky jsou pak OK	3.3	-
23.	Ty prášky to prostě umožňujou	3.3	-
24.	Taky si hlídám, kolik jsem těch prášků dostal a dokdy je mám mít	3.3	-
25.	Sednu si a spočítám, kdy mi dojdou a doktor se vždycky zeptá	3.3	-
26.	Určitě si tím kontroluje, že nekecám.	3.3	-
27.	ne, já prostě si nezasloužím, aby se doktoři kolem mě tak točili	4	-
28.	Já ted' musím brát, jsem úplně vyděšeněj	3.3	+
29.	Na domě světla je kluk, co oslepl /na základě HIV/	3.2	+
30.	Vůbec si nedokážu představit, že bych oslepl	3.2	+
31.	To je přece hrozný, musej ho vodit	3.2	+
32.	Holky na něj kašlou	3.2	+
33.	kdo by chtěl takovýho mrzáka	3.2	+
34.	Já mám dvě holky /dcery/ a to bych je třeba ani neviděl	2.3	+
35.	Tak jsem si řek, že musím brát	3.3	+
36.	Doktor mi minule vynadal, že čekal lepší výsledky a že se mi to nějak neupravuje	4	-
37.	navíc ty moje žloutenky	3.2	-
38.	Asi jsem tomu tělu dal pořádně zabrat	3.1	-
39.	Tak jsem už čistej, neberu	1.6	+
40.	i když chutě mám.	1.6	
41.	Hlavně mám kámoše, co v tom jedou furt	2.5	-
42.	taky brácha je vaříč, tak je to komplikovaný	1.6	-
43.	On mě podporuje, abych se z toho dostal	1.6	+
44.	ale to je ted', když má odbyt, ale jakmile bude fetu dost, nevím, aby mě do toho zas nehodil.	1.6	-
45.	Já když jsem s tou mladší na vycházce, tak jsem naměkko	2.3	+
46.	Normálně mě to dojalo.	2.3	+
47.	Moje stará se ani nesnaží mi bránit v kontaktu s holkama,	2.3	+
48.	ale nedovolí mi, abysme žili dohromady	2.3	-
49.	Oni bydlej v azylovým domě někde. Nesmí mi říct kde	2.3	-
50.	Ta starší je asi naočkovaná od mámy, nechce mě vidět	2.3	-
51.	Asi se dost zklamala za to, co bylo a co třeba viděla.	2.3	-
52.	Starší brácha fetákama opovrhuje	1.6	-
53.	nikdy by mi nepomohl	2.3	-
54.	Mladší /bratr/ má varnu doma, tak vždycky bylo co	1.6	-

55.	I teď bych dostal /drogu/	1.6	-
56.	Radši jsem vzal kramle do toho domu světla, abych byl pryč	1.7	+
57.	Chci s tím skončit	1.6	+
58.	K máti jdu hlavně na jídlo	2.3	
59.	nemám teď moc prachů	1.4	
60.	K taxíku jsem se vrátit nemohl	1.4	
61.	Snažím se něco najít, abych se neflákal	1.4	+
62.	To by nemuselo dobře dopadnout	1.6	+
63.	Na domě světla bydlím s dvěma dalšíma klukama, ale jeden tam furt není a ten druhý jezdí často pryč.	2.6	
64.	Teď mám kaletru a ještě nějaký dva prášky. zatím беру poctivě	3.3	+
65.	není to tak těžký	3.3	+
66.	Mám i zoloft od psychiatra, tak snad to můžu kombinovat	1.1	+
67.	Doktor mi totiž říkal, že musím mít v pořádku játra	1.1	+
68.	Snad ty druhý prášky nevadí.	3.3	+
69.	Ona /manželka/ mi nevěří, že to zvládnu, a to je důvod	2.2	-
70.	Já to chci – přestat /s drogama/	1.6	+
71.	Když jsem jí řekl, že jsem HIV pozitivní, tak to vzala docela dobře	2.2	+
72.	ani jí to neštvalo	2.2	+
73.	ani se neptala, jak jsem se nakazil	3.1	+
74.	S drogama je to horší, tam mi šanci nedává	1.6	-
75.	Štve jí, že nic nemáme	2.2	-
76.	že nás honili exekutoři	1.8	-
77.	Kvůli ní jsem se začal léčit /s drogama/	1.6	-
78.	ale to prostě nemělo šanci, spad jsem do toho znovu	1.6	-
79.	Na chvíli jsem z toho vypadl, když mi před dvěma rokama nasadil pan doktor léky poprvý	1.6	-
80.	Fakt jsem myslel, že to zvládnu	1.6	-
81.	měl jsem takový silný přesvědčení	1.6	-
82.	Už kvůli holkám /dcerám/, jsem je dlouho neviděl	2.3	-
83.	Manželka byla taky s nima kdoví kde	2.3	-
84.	prostě odešla	2.3	-
85.	Já se jí nedivím, protože doma už nic nebylo	1.8	-
86.	já to nezvládal, i jíst jsme chodili k mý mámě	2.3	
87.	Ale ona /manželka/ jela v drogách taky,	1.6	-
88.	ještě bych řekl, že víc než já	1.6	-
89.	Jo, tak jsem chtěl přestat – teda my jsme přestávali spolu a jí to vyšlo	1.6	+
90.	začala se starat o děti, i něco vydělala	2.3	+
91.	Já jezdil jako taxikář	1.4	+
92.	No bylo to maso	1.6	-
93.	– třeba jsem vezl někoho a on mi musel třikrát říct, kam jedeme	1.6	-
94.	Ale to je vám úplně jedno, hlavně že jsou love a pohoda	1.6	-
95.	Pak se ale stal fakt průser, když (vůbec nevím, co se stalo)	1.6	-
96.	ale s kámošem jsme jeli v mém autě, oba na šrot zmaštěný a za námi na křižovatce stáli policajti. Já jsem najednou viděl, že blikla zelená, tak jsem se rozjel, ale vona zelená nebyla, hned nás zastavili, jako co blbnu, atd. My to pak uhráli, jako že vezu kunčofta, co spěchá, tak mi dali pětikilo a já jel pryč	1.8	-
97.	ale to mě tak vyděsilo,	1.6	+
98.	ještě, když jsem viděl jak se on ten kámoš tlemí jak debil	1.6	+
99.	Řekl jsem si, že to fakt nemám zapotřebí a že nechci, aby mě to dorazilo	1.6	+
100.	No a teď jsem od té doby dobrej, už tři měsíce bez fetu, fakt.	1.6	+
101.	S doktorem jsme se dohodli, že mě bude kontrolovat, zda držím	4	+

Boris

č.	sdělení	pozn.	kód
1.	To se chcete bavit o práškách? No, to nevím, vždyť víte, že teď na mě žádný nezabírají.	3.3	-

2.	Mě už trojkombinace nestačí a doktoři teď hledají něco, co by mi ještě mohlo pomoci	3.3	-
3.	Začínám mít strach, aby to nebyla konečná	3.1	-
4.	Teď mám s rodičema bezvadnej vztah, i s tátou	2.3	+
5.	My jsme z malý vesničky	0	
6.	tak tam moc nejezdím	2.3	
7.	Spíš teď oni za mnou	2.3	
8.	Taky mám staršího brácha o osm let	0	
9.	ale tam se teprve teď snažíme o nějaký vztah	2.3	
10.	Je to vysokoškolák	0	
11.	O své homosexualitě jsem řekl už dávno	1.9	+
12.	v tom mi pomohl sexuolog z Hradce	1.9	
13.	O HIV pozitivitě jsem jim řekl po návratu ze Švýcarska /rodině/	3.1	
14.	Vzala to skvěle hlavně máma	2.3	
15.	Už jsem se nechtěl vrátit domů, zůstal jsem v Praze	0	
16.	a našel si přítele	2.2	+
17.	S Romanem jsme dokonce bydleli spolu pět měsíců na SAPu a pak v garsonce	2.2	
18.	Víte byl to feťák, hlavně jel v heroinu a marihuaně	2.2	-
19.	a občas jsem taky uklouzl, ale nic mi to neříká	1.6	-
20.	Roman už umřel	2.2	-
21.	Byl hrozně nezodpovědný, hlavně finančně	2.2	
22.	Já bych to celé táhnul z peněz, co jsem měl ze Švýcarska	2.2	
23.	Mě se vždycky líbilo, že po mě chlapi šleli	2.1	
24.	a že jsem si mohl dělat co jsem chtěl.	2.1	
25.	Roman věčně žárlil	2.2	
26.	a tvrdil, že jsem narcis.	2.2	
27.	Mluvil o mně jako herečce	2.2	
28.	udržoval mě v závislosti	2.2	-
29.	Já se ho mockrát bál	2.2	-
30.	Ale na druhou stranu jsem se z toho /vztahu/ dlouho vzpamatoval.	2.2	
31.	Ty vztahy, co jsem měl byly vždycky problém	2.2	-
32.	Po Romanovi mi pomohl nový přítel, ale to taky nebylo dlouho	2.2	
33.	On byl o dva roky mladší	2.2	
34.	ale měl zároveň i přítelkyni	2.2	
35.	Vypadal starší než já.	2.2	
36.	V posteli však Romana nikdo nenahradil, byl fakt nejjemnější chlap na světě	2.4	
37.	Celou tu dobu ale mám depresivní stavy, taky úzkosti a asi sociální fóbie	1.5	-
38.	neumím vycházet jen tak z domu	1.5	-
39.	Mám stavy úplný apatie	1.5	-
40.	nejsem rád sám doma, potřebuju někoho, aby se mnou žil.	1.5	-
41.	O víkendech to bývalo lepší, to jsem vždycky někam šli, večer se bavit	1.7	
42.	ale všední den jen nejnudnější pochůzky	1.5	
43.	a to jsem třeba ani nedorazil na schůzku, co jsme měl dohodnutý.	1.5	
44.	No, měl jsem svý kontakty na netu	1.4	
45.	– pracoval jsem jako prostitut	1.4	
46.	Mám takovou zvláštní klientelu, jsem dominantní	1.4	
47.	Většinou mě vyhledávají starší mužský	1.4	
48.	já umím druhým ubližovat, to mi nedělá žádné problémy	1.5	
49.	Větší problémy mi vždycky dělalo to střídání nálad	1.5	
50.	Většinou jsem takovej veselej kluk	1.5	
51.	Hodně často se cítím jako ženská a chci chlapa jako žena	1.9	-
52.	Když jsme byl mladší, chtěl jsem se nechat přeoperovat /na ženu/	1.9	-
53.	Pak jsem pochopil, že s HIV pozitivitou ten plán padnul.	1.9	-
54.	Já se vždycky snažil vydělávat peníze,	1.4	
55.	jsem na nich závislý	1.4	
56.	Obchodoval jsem na burze, snažil jsem se dělat kadeřníka.	1.4	

57.	Měl jsem i živnostenský list	1.4	
58.	jsem vyučený krejčí,	1.4	
59.	ale s tím se neumím uživit	1.4	
60.	Před rokem mi dali dokonce exekuci na účet	1.8	
61.	bojím se, že mi vezmou i psa. na tom jsem fakt závislej.	1.5	
62.	No s práškama jsem vždycky experimentoval /psychofarmaka/	1.1	
63.	Jednu chvíli jsem měl i tři psychiatry, každý mi psal jiný léky	1.1	
64.	Já si to pak vždycky kombinuju podle toho, jak to cítím	1.6	
65.	No někdy to byly fakt šlehy	1.6	
66.	ale obvykle jsem to bral podle toho, jak jsem ten den potřeboval fungovat	1.1	
67.	Jestli jsem někam šel nebo ne.	1.5	
68.	Měl jsem diagnostikovanou i schizofrenii	1.5	
69.	Na skupinu zatím nechci, mám pocit, že tam chodí lidé jiní než já.	2.5	
70.	Dnes jsem naštvaný, protože sestry mě nechtějí pustit do kantýny. Chci si koupit vodu, jakou chci, rajčata.	1.2	-
71.	Já si vždycky dělám, co chci.	1.2	-
72.	Brácha má rodinu	0	
73.	tak se trochu stáhl.	2.3	
74.	Jeho žena mě moc nemusí	2.3	-
75.	Trochu se to zkazilo i tím, že když jsme se s tátou poprali, byl brácha na straně táty	2.3	-
76.	Taky z nich vypadlo, že jezdí k našim jen, když ví, že tam nebudu	2.3	-
77.	Je to prý tím, že jsem HIV pozitivní	3.5	
78.	No, myslím, že to má i jiné důvody.	2.3	
79.	Já šlapal od 17	1.4	
80.	to už jsem byl v Praze	0	
81.	Můj první mužský byl chlap 33 let,	2.4	
82.	vidíte, teď jsem v jeho věku a mě tehdy připadal strašně starý	2.4	
83.	To byl i můj první sex vůbec	2.4	
84.	Pak jsem odjel do Pardubic se dvěma dalšíma	2.4	
85.	– hlavně chtěli líbání a sperma	2.4	
86.	Mám rád sado maso praktiky	2.4	
87.	Před několika lety mi vztah s otcem zkazilo moje podezření, já si to fakt asi vsugeroval, nebo jsem to převzal z televize, že mě táta sexuálně zneužil.	2.3	-
88.	Svěřil jsem se mámě	2.3	
89.	zašla se mnou na sexuologii a tam jsem pak docházel	1.5	
90.	Tam našim doktor vysvětlil, že jsem paranoidní, že je budu pořád z něčeho podezírat.	1.5	
91.	A je to fakt, děje se mi to nejen u našich.	1.5	
92.	Po prvý jsem si hrál /sexuálně/ s klukem ve 13 se sousedem, který byl o tři roky starší	2.4	
93.	Jinak přítel Robert v Zurichu, kde jsem bydlel a co mě vydržoval, byl ve věku mého otce	2.2	
94.	ale naši ho poznali a nebránili mi.	2.2	
95.	Občas jsem mu zdrhnul a bydlel u Jona	2.2	
96.	Tomu bylo 60 a byl dost dominantní	2.2	
97.	naopak Robert byl zženštilý	2.2	
98.	Oba mě fakt strašně milovali	2.2	
99.	Ale tady v Praze jsem do komunity prostitutů nikdy nezapadl	2.5	-
100.	Ostatní šlapky jsou dost falešný. Hrajou si, jak jsou vysmátí.	0	
101.	Možná ty mé stavy zhoršilo i to přepadení	1.10	-
102.	Tady v centru Prahy mě přepadli tři chlapi	1.10	-
103.	Šli jsme se Sebastiánem, to je kámoš a oni mě napadli	1.10	-
104.	Policijti mě teda nepomohli, spíš se nám smáli	1.10	-
105.	Pak jsem vždycky potřeboval, aby se mnou někdo bydlel	1.7	-
106.	aby mi z toho nehráblo.	1.5	-
107.	Teď jsem poslední roky s Jirkou,	2.2	

108.	chce po mě, abych se léčil	3.3	+
109.	ale sám vidí, že to nejde	3.1	
110.	Je mou velkou oporou	2.2	
111.	potřebuju vedle sebe autoritu.	2.2	
112.	Rozhodl jsem se vrátit k prostituci	1.11	-
113.	Nemyslím si, že to má na mě nějak negativní vliv	1.11	
114.	I mí partneři někteří byli prostitutí	2.2	
115.	Jakub, o něm jsem vám hodně povídal, byl prostitut, nebo přesněji, byl společník, ale chlapi s ním spali.	2.2	
116.	Bylo mu tenkrát 16	0	
117.	Vždycky mi sháněl extázi	1.6	-
118.	já jsem na ní dost ujížděl	1.6	-
119.	a na alkoholu taky	1.6	-
120.	Jakuba vyhodili z domova, tak bydlel u mě	2.2	
121.	Ani jemu jsem neřekl, že jsem HIV pozitivní	3.5	
122.	ani klientům to neříkám	3.5	-
123.	Vlastně jediný, kdo to od počátku věděl, je Jirka	2.2	
124.	Máme dost komplikovaný vztah	2.2	
125.	Miluje mě, to ano, ale já o něm pořád pochybuju.	2.2	-
126.	Asi mi neříká pravdu	1.5	
127.	I Jakub mi lhal.	1.5	
128.	Popisoval, jak mu otec ubližuje a když jsem je viděl, nevypadalo to	2.2	
129.	Zneužíval mě, bral si moje peníze na fet a chlast	2.2	-
130.	Já to teda taky s ním uměl roztočit	1.7	-
131.	Já vím, že bych kvůli práškům neměl pít, ale občas to byla teda detonace	1.6	-
132.	Jakub strašně pil, třeba i 20 panáků za večer	2.2	
133.	Ale zase se o mě staral – vařil i uklízel, když u mě spal	2.2	
134.	Já na něj i žárlil,, když prožil orgasmus s nějakou holkou	2.2	
135.	Líbilo se i na něm, že je menší postavy	2.2	
136.	mě neberou větší mužský, bojím se jich.	2.1	
137.	Táta i brácha jsou vyšší než já.	0	
138.	Taky bylo komický, že chtěl Jakub se mnou jít na testy,	3.1	
139.	neví o mé pozitivitě a já přemýšlel, jak to zahraju	2.2	-
140.	jako, že jsem pozitivní – jako šok	2.2	
141.	Nakonec k tomu nedošlo	0	
142.	Ale prý by se o svého HIV pozitivního partnera staral a to jsem mu fakt věřil	2.2	+
143.	Taky jsem kvůli Jakubovi tenkrát spolykal prášky	1.5	-
144.	Nešlo to	2.2	
145.	Jakub mě hrozně trápil	1.5	-
146.	tenkrát to odskákal i spolubydlící, Oliver, uštípl jsem mu zub	1.8	-
147.	Měl jsem takový záchvaty	1.5	-
148.	Nebo to dělal ten biston a prothiaden, co jsem bral.	1.1	-
149.	Jirka mě děsně hlídá	2.2	
150.	řekl jsem mu, že šlapu	1.11	
151.	my jsme spolu dlouho nespali	2.4	-
152.	Taky mi nedává peníze	2.2	
153.	Většina mužských mi dávala peníze	1.11	
154.	Máma to jednou komentovala, že je zneužívám, ale to si nemyslím	2.3	
155.	Nikdy jsem Jirku nepovažoval za výlučného partnera	2.2	-
156.	Měl jsem vždycky i jiné	2.2	
157.	Třeba jsem se seznámil s klukem na eskort seznamce, nebyl z Prahy	1.11	
158.	ale hned jsme na to vltli (smích).	2.4	
159.	Já vím, že jsem i psychicky marod.	1.5	-
160.	Moje psychiatryně mě před rokem poslala do sanatoria pro psychotiky	1.5	-
161.	Já se dodnes bojím svých emocí	1.5	-
162.	dokážu být hodně emotivní	1.5	-
163.	hodně agresivní.	1.5	-

164.	Jakmile má nastat emoční reakce řeším to buď alkoholem nebo Neurolem	1.6	-
165.	Bez prášků už nic nezvládám	1.6	-
166.	Bývám nesoustředěný, všechno si musím psát, bez diáře a svých poznámek se už neobejdu.	1.5	-
167.	Ona to asi nebude sociální fobie, asi se jen vymlouvám, když se mi něco nechce udělat	1.5	-
168.	Ale chtěli mi ublížit	1.5	-
169.	Hlavně bývalý přítel, ten mě chtěl otrávit jídlem	1.5	-
170.	nemohl jsem nějakou dobu vůbec chodit do samoobsluhy, protože byl s prodavačkama domluvenej, aby mi prodali jedovaté jídlo	1.5	-
171.	Dělal to dost chytře, pomalu a nenápadně	1.5	-
172.	Odposlouchával mi mobil	1.5	-
173.	ale to jsem si už zvykl a někdy jsem schválně při telefonování provokoval	1.5	-
174.	Býval jsem hodně napjatý	1.5	-
175.	Až teď, když mi začínají zdravotní problémy	3.2	
176.	myslím už na jiný věci	1.2	+
177.	tak se tímhle netrápím	1.5	+
178.	Víte, že čím dál tím víc mám strach ze smrti	3.1	
179.	Prý existuje i pěti a vícekombinace /léků/	3.3	
180.	Někdy mě to tak přepadne, že si musím vzít další prášky	1.5	-
181.	Když mi tu na vizitě nasadili prášky „na slepo“, nevím, co si o tom mám myslet	3.3	
182.	Asi už neví, co se mnou	4	
183.	Nebo mi už nechtějí udělat nějaký důležitý vyšetření?	4	
184.	Myslím, že už se odsud nedostanu	3.1	

Magda			
č.	sdělení	pozn.	kód
1.	No, já zatím prášky neberu	3.3	+
2.	ale paní docentka mi tím vyhrožuje delší dobu	3.3	+
3.	Výsledky nejsou dobrý, CD4 mi klesly na 120	3.2	-
4.	Já jsem pozitivní už patnáct let	3.1	-
5.	tak se to na tom těle musí projevit	3.2	-
6.	Ale mě teď spíš trápí, že se nemůžu nějak seznámit	2.1	-
7.	Když to klapne a sejdu se s nějakým mužským, pak mu řeknu, že jsem pozitivní, tak zdrhne.	2.1	-
8.	To je hrozný, ty chlapi	2.1	-
9.	Mě nakazil feťák, co jsem s ním chvíli byla	3.1	-
10.	On byl ale fantastickéj mužskej	2.2	+
11.	Jsem od roku 1994 rozvedená	2.3	-
12.	Z toho manželství mám dceru	2.3	
13.	ale už je velká, nepotřebuje mě	2.3	-
14.	já už teď žiju sama	2.2	-
15.	Nebyla jsem ale vždycky sama	2.2	
16.	měla jsem chlapa šest let, než odešel za jinou.	2.2	+
17.	No a teďko je v Brazílii	2.2	
18.	Je to daňový poradce, tak se má asi dobře	2.2	
19.	Když jsem naposledy zkoušela prášky, dostala jsem alergickou reakci	3.4	-
20.	a tahal mě z toho homeopat.	3.4	-
21.	Ale ty nízký CD4 mě vyděsily	3.2	-
22.	ani se teda práškům bránit nebudu	3.3	+
23.	Mám invalidní důchod	1.4	
24.	Nedokážu zůstat doma, musím mezi lidi	2.5	+
25.	Sice mě příšerně bolí záda,	1.1	-
26.	ale našla jsem si práci	1.4	+
27.	Dělám jen na 4 hodiny v obchodu se spodním prádlem	1.4	+
28.	To mě baví, lidi jsou fajn, je to takový lepší butik	1.4	+

29.	Ted' co má dcera přítele se fakt často cítím sama	2.3	-
30.	proto vydržím i ty bolesti a pracuju	1.1	-
31.	Víte dcera to o mě neví, že jsem nemocná	3.1	-
32.	Jednou jí to asi řeknu	3.1	-
33.	Já mám spoustu přátel, ještě od školy se scházíme	2.5	+
34.	ale oni nejsou v Praze a já zase nemůžu jezdit za nima	2.5	+
35.	Tak spíš jen mobil, pokecat	2.5	+
36.	Já bych ráda ještě měla rodinu, proto se docela ráda seznámím	2.3	+
37.	Jenže to každého odradí, že jsem HIV pozitivní	2.1	-
38.	Mě by bylo líp, kdybych se mohla o někoho opřít	2.2	-
39.	abych na to nebyla tak sama.	2.2	-
40.	Já se ráda třeba projdu	1.3	+
41.	dřív i hodně sport	1.3	+
42.	nejsem žádný pecivál	1.3	
43.	Lepí se na mě spíš takový ty slaboši	2.1	-
44.	asi si myslí, jak jsem silná, že všechno vydržím	2.1	-
45.	Zkusila jsem seznamku pro HIV pozitivní	2.1	+
46.	ale tam se se mnou seznámil, kluk, ale to byl pornoherec	2.1	-
47.	tak jsem couvla	2.1	-
48.	Tohle zrovna není, co bych sháněla	2.1	-
49.	No a kdo není pozitivní, ten se vyděsí	2.1	-
50.	Fakt, za poslední dobu to byli tři, co utekli	2.1	-
51.	Já se prášků v podstatě bojím	3.3	-
52.	Mám strach z vedlejších účinků, prý je to hrozný	3.4	-
53.	člověk se pak ještě víc rozloží	3.4	-
54.	Já mám teď pořád bolesti zad, ty operace mi zas tolik nepomohly	1.1	-
55.	tak další bolest snad ani nechci	1.1	-
56.	Paní docentka počkala, co to šlo, ale teď už to asi nepůjde	3.1	+
57.	Tak mě to čeká brzy	3.1	-
58.	Jinak ty moje současné zdravotní komplikace myslím s HIV zrovna nesouvisejí	1.1	-
59.	ale třeba mi to pomůže i na to.	3.2	+
60.	To ale neznamená, že jsem klidná	1.5	-
61.	Ty špatné výsledky mě vyděsily.	3.1	-

Marek			
č.	sdělení	pozn.	kód
1.	No, já jsem si o práškách všechno sehnal na internetu	3.6	+
2.	a taky jsem se na to ptal pana doktora	3.6	+
3.	Nebojím se toho,	3.3	+
4.	vždyť to se dá zařídit /pravidelné braní léků/	3.3	+
5.	Jde jen o to, aby se člověk naučil takovýho toho biologického budíka	3.3	+
6.	Já ani na antibiotika nepotřebuju, abych si hlídal čas	1.7	+
7.	normálně si to tak dám do hlavy a pak už se řídí mé tělo samo	1.7	+
8.	po 12 hodinách si to připomenu sám od sebe	1.7	+
9.	Tak to bude s těma práškama HAART/ jednou stejně	3.3	+
10.	Hodně mě překvapuje, že kluci, co byli zjištěni zhruba jako já, tak už mají nasazený prášky	3.3	-
11.	Asi si mám říkat, že jsem na tom dobře	3.2	+
12.	ale spíš si říkám, aby doktoři nic nezanedbali, abych byl dobře sledovaný	4	-
13.	Proto jsem si to hledal i na internetu	3.6	+
14.	Já si nemůžu moc s nikým pokecat.	2.5	-
15.	sice se s některýma klukama, pozitivníma znám,	2.5	+
16.	ale jsou už na mě i alergický, když se jich vyptávám, jak mě co čeká	2.5	-
17.	Chodím na skupinu, to jo, to se dá,	2.7	+
18.	ale tam se o tom taky moc nebavíme	2.7	
19.	Někdy pokecám s M. s ním si rozumím,	2.5	+
20.	taky je nakažený už dlouho	2.5	+

21.	Ze skupiny zajdeme i s S. na pivo, nebo do klubu	2.5	+
22.	ale dost pije to mi vadí.	2.5	-
23.	Já žiju s Petrem, ale to je už starší pán, tak jsme každý jinde	2.2	+
24.	Spíš se o něj starám, nespíme spolu	2.2	-
25.	Ted' jsem zrovna bez práce	1.4	-
26.	a mohl bych Vám vyprávět o diskriminaci homosexuálů	1.9	-
27.	Mě vyhodili z místa skladníka	1.4	-
28.	Pořád se bojím, aby na mě neprasklo i tohle	3.5	-
29.	V čekárně potkáváte kohokoliv, to víte drbárna	3.5	-
30.	Někdy tam čekám i dvě hodiny	4	-
31.	Nechci se dostat do řeči	3.5	-
32.	V práci jsem řekl, že mám mononukleózu, aby jako neměli řeči	3.5	+
33.	To bylo, když jsem chodil loni na krystalický penicilín	3.5	+
34.	– víte, měl jsem přeléčovaný lues	1.1	-
35.	To mi zjistili krátce poté, co mě v únoru 2007 diagnostikovali HIV+.	3.1	-
36.	O tom jsem řekl jen Petrovi	2.2	
37.	a taky jednomu kámošovi, co ho znám již dlouho a je taky HIV+.	2.5	+
38.	Neměl jsem s tím vyrovnáváním se problémy	3.1	+
39.	To docela klaplo /vyrovnání se s tím/	3.1	+
40.	Nakonec jsem to řekl i sestře,	2.3	+
41.	ona je o šest let mladší než já, ale rozumíme si.	2.3	
42.	Nemám ted' partnera, už rok a půl	2.2	-
43.	Nejdřív jsem chtěl, pak zase ne	2.2	-
44.	Ted' se už bojím, že by to nevyšlo	2.1	-
45.	Jsem HIV+, kdo by mě takhle chtěl	2.1	-
46.	Možná nějaké „hrůza“, ale já nechci chodit k každým	2.1	-
47.	Když to pozoruju na domě světla, tak si říkám, že jsem rád, že bydlím u Petra	2.6	+
48.	Tady jsou samí zkrachovalci nebo feťáci	4	-

Martin			
č.	sdělení	pozn.	kód
1.	No, tak to jste si vybral téma		
2.	Já se tohohle děším	3.3	-
3.	Jsem zjištěný v září /2009/,	3.1	
4.	neberu prášky	3.3	
5.	ale až to nastane, tak konečná	3.3	-
6.	Nevyrovnal jsem se s tím, že bych měl být pozitivní	3.1	-
7.	To je přece hrozné, já jsem sice nežil jako mnich, ale tohle...	3.1	-
8.	Můj přítel, Petr, to vzal skvěle	2.2	+
9.	Musel jsem to chytit ještě před tím, než jsme byli spolu	3.1	
10.	No vzal to skvěle...	2.2	+
11.	on je přes týden v Brně, nebydlíme spolu	2.2	-
12.	Je technik	2.2	
13.	a ne vždycky mi rozumí	2.2	-
14.	Víte, my jsme spolu přestali spát	2.4	-
15.	Vidíme se jen o víkendu	2.2	-
16.	ani mi nedá pusu.	2.2	-
17.	Možná i to je důvod, proč mám ted' depresivní stavy	1.5	-
18.	S Petrem nemáme mnoho společného	2.2	-
19.	já dělám v kumštu	1.4	
20.	tomu on nerozumí	2.2	-
21.	Někdy se snaží, ale to moc nejde	2.2	-
22.	Není to je tím, že je mu už padesát, ale spíš to, že na to není.	2.2	-
23.	Víte, nedávno mi umřel bratranec	2.3	-
24.	To je hrozný, byl to mladý kluk	2.3	-
25.	Já se fakt bojím, že taky brzo umřu	3.2	-
26.	On nebyl HIV+, ale já ano	2.3	-

27.	Nikoho neznám, kdo by byl HIV pozitivní	3.1	-
28.	nevím, co mě čeká	3.1	-
29.	Jo, dřív jsem byl hodně promiskuitní	2.4	-
30.	líbilo se mi, že po mě chlapi šleli	2.1	
31.	Choval jsem se dost podle toho	2.4	
32.	Ale chci něco dosáhnout	1.2	+
33.	Nenávidím tenhle špitál, to je prostě hrozný sem chodit uvědomovat si to	4	-
34.	Chci se teď dostat do Německa, na stipendium a doufám, že mi to vyjde.	1.2	+
35.	Jak jste mě odeslal k panu doktorovi /psychiatr/, tak jsem začal ty prášky brát /antidepresiva/	1.5	+
36.	Beru je pravidelně	1.5	+
37.	ale myslím si, že bych to měl zvládnout bez nich	1.9	-
38.	Přece nejsem tak neschopnej	1.9	-
39.	Už ale tolik nebrečím, minule se omlouvám, že jsem tu řval i u vás	1.5	-
40.	Nejvíc mě u tohohle stavu štve, že člověk nemůže nic dělat, na nic se soustředit	1.5	-
41.	Já nesnáším líný lidi	1.2	+
42.	Tak jsem alespoň začal cvičit,	1.3	+
43.	moje tělo je hodně důležitý	1.3	+
44.	Snažím se vypadat	1.3	+
45.	už mi bude třicet		
46.	Já se ale svého těla bojím	1.9	-
47.	je v něm ten virus, je to vlastně zbraň	3.1	-
48.	Je to hrozně ponižující, že si nějaký malý šmejd ve vašem těle dělá co chce a navíc rozhoduje o vašem životě.	3.1	-
49.	Na partnera netlačím, když se mnou nebude spát	2.4	-
50.	Já teď stejně na sex nemám moc pomyšlení	2.4	-
51.	ale chybí i jeho dotyky.	2.4	-
52.	On to moc neumí	2.4	-
53.	i když je jinak moc fajn	2.2	+
54.	je pozitivně laděný,	2.2	+
55.	snaží se mě držet v pohodě	2.2	+
56.	Stejně se pak o víkendů něco najde, co mě rozhodí a mám po náladě	2.2	-
57.	On ale dělá, jakoby si toho nevšiml	2.2	-
58.	Já se toho /prášků/ bojím	3.3	-
59.	prostě nejsem ten typ, co by měl nějaký řád.	1.7	-
60.	Nejsem nedochvilný, ale někdy to prostě nejde	1.7	-
61.	To teď dělám s těma práškama co mám /psychofarmaka/	1.5	-
62.	Někdy prostě zaklapnu mobil, řeknu si, jo hned to vezmu, ale nevezmu nic	1.7	-
63.	Zapomenu.	1.7	-
64.	Asi bych si měl v mobilu nastavit spíš budík, než poznámku	1.7	
65.	Ta mě tak nevybudí a hlavně se to zvonění neopakuje	1.7	
66.	Měl jsem za to, že to zvládnou, i když jak jsem řekl, není to nic pro mě.	3.3	-
67.	Přesto bych se chtěl kontaktovat s někým nakaženým.	3.6	+
68.	Ta chvíle, kdy mě sem zavřou na oddělení – to bude mazec	3.2	-
69.	Už si řeknu, že končím	3.2	-
70.	Vůbec si to neumím představit	3.3	-
71.	Nikdy jsem nebyl nemocný	1.1	--
72.	Už to, že teď beru tyhle prášky mě drtí	1.5	-
73.	Až mi doktoři řeknou, že potřebuju léky na HIV, sesypu se.	3.3	-
74.	To už bude jasný, že jsem nemocnej	3.1	-
75.	Teď pořád doufám, že se z toho snu probudím	3.1	-
76.	Já jsem se dostal do gay komunity v 15 letech	1.9	
77.	Všichni byli hrozně staří	1.9	
78.	a teď už jsem starý já.	1.9	
79.	Když jsem byl mladej, chlapi šleli	1.9	
80.	měli tendence mě vydržovat	2.1	
81.	To mi vyhovovalo	1.5	

82.	mohl jsem se věnovat umění	1.3	
83.	S Petrem jsme 4 roky	2.2	+
84.	nechce nic řešit	2.2	-
85.	když třeba s něčím začnu, tak mě jen vyposlechně	2.2	-
86.	nebo řekne, abych to neřešil	2.2	-
87.	Když se pak hádáme, no, dobře, spíš s tím začínám já, tak se nic nevyřeší	2.2	-
88.	hádku neukončí, prostě nic	2.2	-
89.	O víkendu jsme měli sex	2.4	+
90.	vytáhl jsem kondom	2.4	+
91.	Šlo o orální sex	2.4	
92.	Petr asi moc neví, co je nebezpečný a co ne	2.4	-
93.	Třeba ho sem někdy pošlu, abyste s ním promluvil i vy	2.2	
94.	Já jsem teď hodně přecitlivělý	1.5	-
95.	Petr se nikdy nezeptá na nic co souvisí s HIV	3.1	-
96.	Odtahuje se, když ho potřebuju	2.2	-
97.	Myslím, že až budu mít nasazený prášky, tak mě nechá	3.3	-
98.	Najde si někoho zdravýho	2.2	-