

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

DEPRESIVITA A SOCIÁLNÍ OPORA
U OSOB S DIAGNOSTIKOVANÝM
ONEMOCNĚNÍM HIV/AIDS

DEPRESSIVITY AND SOCIAL SUPPORT AMONG PEOPLE
DIAGNOSED WITH HIV/AIDS



Bakalářská diplomová práce

Autor: **Radek Müller**

Vedoucí práce: **Mgr. Michal Bártek**

Olomouc

2023

Rád bych poděkoval Mgr. Michalu Bártkovi za jeho přátelský přístup, zpětnou vazbu a poskytnutou svobodu při psaní této bakalářské práce. Dále děkuji svým nejbližším, kteří mi pomohli dojít tam, kde jsem teď. Mé díky patří rovněž MUDr. Zlámalovi za jeho proaktivní a lidský přístup a všem respondentům, bez kterých by tato práce nevznikla.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „*Depresivita a sociální opora u osob s diagnostikovaným onemocněním HIV/AIDS*“ vypracoval samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedl jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne

Podpis

OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
	OBSAH	3
	ÚVOD	5
	TEORETICKÁ ČÁST	6
1	HIV infekce	7
	1.1 Cesty přenosu	7
	1.2 Patogeneze	8
	1.3 Průběh onemocnění	9
	1.4 Léčba	11
2	Depresivita	13
	2.1 Vymezení.....	13
	2.2 Depresivita u lidí s HIV infekcí.....	14
	2.3 Vztah mezi HIV infekcí a zvýšenou depresivitou	17
	2.3.1 Biologický model	17
	2.3.2 Psychosociální model	18
3	Sociální opora	20
	3.1 Vymezení.....	20
	3.2 Druhy sociální opory	21
	3.3 Sociální opora u osob s HIV infekcí.....	23
	VÝZKUMNÁ ČÁST	25
4	Výzkumný problém, cíle a hypotézy	26
5	Metodologický rámec výzkumu	28
	5.1 Design výzkumu	28
	5.2 Metody sběru dat	28
	5.2.1 Beckova škála deprese 2. revize.....	29
	5.2.2 Dotazník sociální opory.....	30
	5.3 Etické aspekty výzkumu.....	31
6	ZKOUANÁ POPULACE A VÝZKUMNÝ SOUBOR	33
	6.1 Postup výběru výzkumného souboru.....	33
	6.2 Popis výzkumného souboru.....	34
7	Metody a výsledky analýzy dat	39
	7.1 Metody analýzy dat	39
	7.2 Výsledky analýzy dat	39
8	Diskuze	42
	8.1 Diskuze k zjištěným výsledkům	42
	8.2 Limitace výzkumu	43

8.3	Možnosti aplikace výsledků do praxe a budoucí směry výzkumu	45
9	Závěr.....	47
10	Souhrn.....	48
LITERATURA.....		50
PŘÍLOHY.....		66

ÚVOD

HIV infekce je pohlavně přenosná choroba, která primárně zasahuje buňky imunitního systému organismu. Bez adekvátní léčby buňky postupně ztrácejí svou funkci, imunita kolabuje a organismus umírá na infekce a další onemocnění kvůli snížené obranyschopnosti. Lékařská věda proměnila toto smrtelné onemocnění díky terapii na onemocnění chronické a léčitelné a délka života se zásadně nemění. Navzdory pokrokům antiretrovirové léčby se zatím nedaří kompletně odstranit virus z lidského těla; je však možné snížit jeho koncentraci v krvi až na neinfekční úroveň a tím zachovat relativně stabilní imunitní systém.

Chronický charakter nemoci, stigma s ním spojené, celoživotní užívání léků a samotný neurotoxický vliv HIV infekce na neurony mohou představovat pro nositele viru nemalou fyzickou i psychickou zátěž. Dekompenzace se může projevit jak v samotném psychickém prožívání, tak sociálním stažením. Ačkoli nakazit se HIV virem je relativně obtížné, stále zůstává tato problematika opředená mýty.

Bakalářská diplomová práce se snaží zachytit vybrané psychosociální aspekty, které jsou zasazovány do kontextu osob s HIV infekcí. Cílem práce je zmapovat, zda HIV pozitivní osoby vykazují vyšší míru depresivity v porovnání s běžnou populací. Také porovnat s běžnou populací jejich sociální oporu a její vztah k depresivitě. Mezi další cíle zařazujeme popsání vztahu depresivity k pohlaví nebo klinickému stadiu HIV infekce.

V teoretické části představíme kapitolu o HIV infekci jako somatickém onemocnění, a to konkrétně ty aspekty, které se jeví pro tuto práci jako přínosné. Dále předložíme kapitoly o depresi a sociální opoře a jejich vztahu k HIV infekci. Kvantitativně pojatá praktická část za pomoci použitých metod BDI-II a MOS zjišťuje míru depresivity a sociální opory u osob s HIV infekcí v porovnání s kontrolní skupinou. Dále prozkoumává vzájemný vztah depresivity a sociální opory a vztah depresivity k ženskému pohlaví a ke stadiu onemocnění.

TEORETICKÁ ČÁST

1 HIV INFEKCE

V roce 1981, kdy ve Spojených státech amerických bylo popsáno pět případů pneumonie způsobené *Pneumocystis jirovecii*, ojedinělého zápalu plic u mladých a do té doby zcela zdravých lidí, ještě nebyla známa etiologie onemocnění. Absencí původu onemocnění a zasažením imunitního systému dostal chorobný stav název **syndrom získané imunitní nedostatečnosti - AIDS** (angl. acquired immune deficiency syndrome). Po odhalení původců onemocnění v roce 1984 a 1986 – viry lidského imunodeficitu HIV-1 a HIV-2 – zůstala zkratka AIDS mezinárodně přijímána, nicméně v současnosti se termín využívá, pokud mluvíme o poslední fázi HIV infekce (Jilich & Kulířová, 2021).

Infekce HIV v **přírozeném běhu** (bez ovlivnění terapií) má progredující charakter s infaustní prognózou. Bez antiretrovirové léčby chronická infekce HIV obvykle postoupí do stadia AIDS zhruba za 10 let, u některých osob však dříve, u jiných zase později (HIVinfo, 2021). Ve stejném zdroji je dále uvedeno, že pozvolně nastupuje zhoršená funkce imunitního systému; hypofunkcí obranného systému eskaluje jeho vulnerabilita a citlivost na rozvinutí jiné infekce nebo nemoci. Neléčená infekce virem lidské imunodeficiencie končí smrtí na oportunní infekci/e.

HIV infekce je v 21. století globální zdravotní problém dotýkající se i České republiky. Celosvětově na konci roku 2021 žilo odhadem zhruba 34 až 43 milionů lidí s infekcí HIV z nichž dvě třetiny (25 milionů) na africkém kontinentu (WHO, 2022), resp. na jeho západní části, kde je infekce způsobena typem HIV-2, naopak typ HIV-1 se rozšiřuje po celém světě.

Tato kapitola vybírá a postupně představuje relevantní podtémata HIV infekce, která se jeví důležitá vzhledem jednak k návaznosti na depresivitu a sociální oporu a jednak k výzkumné části práce.

1.1 Cesty přenosu

HIV infekce se v těle organismu nachází s různou mírou koncentrace v tělních tekutinách. V tomto smyslu můžeme mezi rizikové tělní tekutiny zařadit krev, sperma, cervikovaginální sekret a mateřské mléko (např. Shaw & Hunter, 2012). Relativně nízké a pro přenos

nevýznamné jsou koncentrace viru ve slinách, moči a slzách. Pot infikovaného HIV jedince nemá žádný potenciál přenosu (Hanege et al., 2019).

Přenos HIV infekce do organismu se uskutečňuje pouze třemi cestami (Kollárová et al., 2011).

1. **Sexuální přenos** je jedním z možných a častých transferů. HIV infekci řadíme do skupin infekcí sexuálně přenosných společně například s chlamydiemi, kapavkou, infekcí lidským papilomavirem (HPV) a syfilisem. Vstupní branou infekce je sliznice pohlavního ústrojí anebo konečníku. Dále autoři uvádějí, že riziko přenosu se zvyšuje u sexuálních praktik, které vedou k poranění. Jak jsme uvedli, z hlediska statistické četnosti je tato cesta nejčastější. Infekce virem lidské imunodeficiencie se v ČR přenáší především sexuální cestou – přes 90 % případů v roce 2021 (SZÚ).
2. **Parenterální přenos.** Riziko přenosu HIV infekce v důsledku podávání transfúzí anebo krevních derivátů je v České republice minimální, téměř vyloučené (Kollárová et al., 2011). Darovaná krev je před podáním v dnešní době ověřena specifickými testy (Grubšte et al., 2021; Niederhauser et al., 2022). Naopak přenos prostřednictvím injekčního užívání drog je považován za rizikový.
3. **Vertikální přenos.** Neboli přenos z matky na dítě se uskutečňuje během těhotenství, porodu nebo kojení. Ačkoli je riziko vysoké, v České republice se u matky provádí profylaxe a tím se přenos minimalizuje. Bez adekvátní lékařské péče se míra přenosu pohybuje od 15 do 45 %, při medikaci může být úroveň snížena pod 2 až 1 % (Barral et al., 2014; Taylor et al., 2017).

Roli v přenosu viru lidské imunodeficiencie hraje tzv. **virová nálož**. Virová nálož HIV je míra RNA HIV detekovaná ve vzorku krve uváděná v kopiích na ml (Calmy et al., 2007) – například 500 kopií/ml. Množství částic viru HIV není konstantní, ale kolísá od doby infikování po smrt jedince. Efektivně nastavená léčba a pacient vyladěný na spolupráci s lékařem zlepšují prognosticky vývoj pacientova zdravotního stavu. Antiretrovirová léčba snižuje množství kopií HIV viru, se kterou lze dosáhnout i stavu neinfekčnosti (Cohen et al., 2011).

1.2 Patogeneze

HIV onemocnění je v těle organismu vyvoláno specifickým virem – virus lidské imunodeficiencie (angl. *human immunodeficiency virus*) -, který se po proniknutí svým

glykoproteinem přednostně (ale nejenom) kontaktuje na receptor CD4 pomocných T lymfocytů. Tímto procesem se dostane virus do T buněk, které, díky své schopnosti začlenit svůj kód do genetického materiálu infikované buňky, využije pro své rozmnožení.

CD4 lymfocyty jsou „*skupina bílých krvinek (T lymfocytů), které „pomáhají“ (tzv. helper) ostatním buňkám podílejícím se na imunitní odpovědi*“ (Vokurka, 2015). Význam T_H-lymfocytů je nepostradatelný v celém imunitním systému. Jsou klíčovým koordinátorem imunitních reakcí, interagují s monocoty a makrofágy a podílejí se na aktivaci všech složek imunity. Pokud jejich funkci omezíme nebo zastavíme, následkem bude naprosté selhání imunitní obrany (Orel, 2019).

Jakmile virus vnikne do buňky (od popisu infiltrace buňky virem opouštíme z důvodu složitosti), zahájí se pomocí reverzní transkriptázy přepis jeho RNA do DNA buňky. Důsledkem dalších kaskádovitých reakcí v buňce je pozměněná fyziologie T-lymfocytů, kdy jejich aktivování způsobuje aktivaci virových genů, což znamená přepis jejich informace, tvorbu nových virových proteinů a tvorbu nových virionů. Ty následně začnou napadat další CD4 T-lymfocyty (Kollárová et al., 2011)

HIV infekce s postupem času destruuje imunitní systém, resp. jeho klíčovou složku – CD4 pomocné T-lymfocyty. Nejenže organismus a jeho imunitní systém neumí vyvinout efektivní obranu strategii vůči agresorovi (HIV infekci), ale stává se náchylnější k dalším patogenům (bakterie, plísně, viry), se kterými si kvůli své dysfunkci neumí poradit (Kulířová, 2018).

Hladina CD4 pomocných T-lymfocytů postupně klesá, což vede ke ztrátě imunity zprostředkované buňkami a náchylnosti k život ohrožujícím infekcím. V konečném důsledku jedinec infikovaný virem HIV neumírá na infekci samotnou, ale na onemocnění a infekce, se kterými imunitní systém nemůže efektivně bojovat (Male et al., 2012).

1.3 Průběh onemocnění

HIV infekce neovlivněná léčbou se v klinickém obraze manifestuje různými symptomy. Ve vývoji onemocnění můžeme popsat typická stadia, kterými HIV pozitivní osoby procházejí. Pro systematizaci poznatků a představě o vývoji stavu infekce v těle vznikl ve Spojených státech amerických klasifikační systém dle Centra pro kontrolu nemocí (CDC).

CDC klasifikace rozděluje průběh HIV infekce do třech stadií, které označujeme písmenem (A, B nebo C) a k němu připojenou číslicí (1, 2 nebo 3). Konkrétní stadia se potom

označují jako A2, C1 apod. Číslice vymezuje počet CD4+ T-lymfocytů, které, jak již bylo zmíněno, virus lidské imunodeficiency napadají. Čím vyšší hodnota číslice, tím nižší počet CD4+ T-lymfocytů.

V tuto chvíli se pro nás zdá relevantnější význam písmene, kterým vyjadřujeme klinický stav pacienta. Písmeno A vymezuje stadium bezpříznakové (asymptomatické), stadium B zahrnuje stavy spojené s mírným nebo středně významným deficitem buněčné imunity a závažné a často život ohrožující stavy se vyskytují ve stadiu C neboli stadiu AIDS (Jilich & Kulířová, 2021).

Stadium A začíná *akutním retrovirovým syndromem* (akutní infekce HIV, primoinfekce). Ten se rozvíjí 2-6 týdnů po expozici viru HIV a zhruba u 70 % osob je svázán s příznaky jako zvýšená tělesná teplota až horečka, bolesti v krku, tonzilitida, bolesti svalů, kloubů, vyrážka. V tomto období pro infekci HIV nespecifických symptomů se virus mnohonásobně replikuje (Robb & Ananworanich, 2016) při současném poklesu CD4+ T-lymfocytů (Lin et al., 2019). Vysoká koncentrace viru v krvi má za následek extrémní infekčnost (tedy vyšší riziko přenosu infekce na další osoby). Primoinfekce s přidruženými symptomy odeznívá do 3-4 týdnů obvykle však dříve (Miller et al., 2010).

Jakmile akutní infekce HIV ustane, nastupuje v rámci stadia A asymptomatická fáze onemocnění, která trvá 3-10 let (Jilich & Kulířová, 2021). I přes přítomnost infekce v tělních tekutinách se neobjevují významné potíže či příznaky, se kterými by osoba vyhledala lékařskou pomoc. Dokonce ani výsledky z laboratorního vyšetření krve nejsou alarmující.

Ti samí autoři uvádí, že dříve či později imunitní systém začne selhávat a můžeme pozorovat výskyt tzv. *malých oportunních infekcí*. Od tohoto okamžiku zařazujeme pacienty do **stadia B**. Infekce a stavy vznikají v důsledku dysfunkce imunitního systému, mj. poklesem CD4+ T-lymfocytů. Například periferní neuropatii nebo trombocytopenii řadíme mezi onemocnění nespecifická, naopak třeba recidivující herpes zoster nás k podezření na HIV infekci může dovést.

Ve **stadiu C** (AIDS) shledáváme extrémně nízký počet CD4+ T-lymfocytů a obecně výrazně narušený imunitní systém (Shi et al., 2022). S neúčastí na léčbě se osoby do fáze AIDS dostanou zhruba za 8-10 let (HIVinfo, 2021). Bez funkční imunity se v těle objevují tzv. *velké oportunní infekce a nádorová onemocnění* (např. Kaposiho sarkom, primární cerebrální lymfom).

1.4 Léčba

V 80. letech 20. století, kdy došlo k identifikaci viru HIV způsobující syndrom AIDS, zaznamenáváme první pokusy o jeho léčbu. Rozpoznání konkrétního viru sloužilo jako východisko pro zvažování možností terapie. Jako první se zavedla do lékařské praxe v roce 1987 schválená antiretrovirová látka **Zidovudin** spadající do lékové skupiny tzv. nukleosidové inhibitory reverzní transkriptázy (NRTI; Fischl et al., 1987). Ačkoli monoterapie lékem Zidovudin prokázala snížení virové nálože, trvalou virovou supresi zajišťující opožděnou progresi onemocnění a prodloužený život nepřinesla. Dnes se již výše zmíněný lék v léčbě HIV infekce nepoužívá.

V polovině 90. let registrujeme zavedení do léčby další lékovou skupinu – proteázové inhibitory (PI) -, které v kombinaci s léky z NRTI snížily HIV RNA, zlepšily imunitní funkce a docílilo se regrese obtížně léčitelných oportunních infekcí, jako je Kaposiho sarkom. Zaznamenala se i snížená úmrtnost na AIDS, kterou lze přičíst používání nových preparátů (Palella et al., 1998).

Antiretrovirotika jsou synteticky připravené látky, jejichž funkcí je zastavit proces virového množení (Jilich et al., 2014). V současné době lékařská věda disponuje šesti lékovými skupinami se specifickým terapeutickým mechanismem, které využívá na poli HIV infekce. Jsou jimi

- nukleosidové inhibitory reverzní transkriptázy (NRTI),
- nenukleosidové inhibitory reverzní transkriptázy (NNRTI),
- proteázové inhibitory (PI),
- inhibitory fúze (FI),
- inhibitory integrázy (INSTI) a
- inhibitory vstupu (EI).

Kombinace podávání léčiv, která se zajisté řídí individuálním stavem pacienta, se stala průlomová v boji proti AIDS. Tzv. kombinovaná antiretrovirová terapie (cART) přeměnila smrtelné onemocnění na léčitelné onemocnění chronické (Rojas-Celis et al., 2019). Moderní léčba zatím není schopna kompletně eliminovat (tzv. eradikovat) HIV infekci z lidského organismu (Krejsek et al., 2016), proto se aktuálním cílem léčby jeví dosažení dlouhodobého a kompletního útlumu virového množení (Jilich & Kulířová, 2021). Supresivní ART činí osoby žijící s HIV sexuálně neinfekčními (Bavinton et al., 2020).

Některé léky nebo kombinace léčiv s sebou přinášejí nežádoucí účinky. Společnost infekčního lékařství České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně deklaruje, že efavirenz a rilpivirin může způsobit zhoršení psychiatrických symptomů (Snopková et al., 2019). Toto tvrzení je podloženo randomizovanou mezinárodní studií, jejíž cílem bylo porovnat neuropsychiatrickou bezpečnost a snášenlivost léků (Mills et al., 2013). Výsledky přinesly mimo jiné zjištění, že u pacientů léčených rilpivirinem nebo efavirenzem s předchozí neuropsychiatrickou anamnézou bylo hlášeno více neuropsychiatrických nežádoucích účinků.

Společnost infekčního lékařství ČLS JEP dále doporučuje u léčby za pomoci inhibitorů integrázy sledovat pacienty s preexistujícím psychiatrickým onemocněním (Snopková et al., 2019). U této lékové skupiny se mohou vyskytnout vedlejší účinky (byť mírnější povahy) jako deprese nebo poruchy spánku.

2 DEPRESIVITA

V této kapitole se seznámíme s pojmy deprese a depresivita a pokusíme se jejich mnohovýznamovost od sebe vymezit. V dalších podkapitolách nalezneme informace o depresivitě vztažené k HIV populaci a teorie, které nám objasňují souvislost mezi HIV infekcí a depresivitou.

2.1 Vymezení

Deprese jako patologická jednotka byla rozpoznána již v časném období starověkého Egypta (Smolík, 1997). Etymologický základ slova deprese vychází z latiny *dēpressiō* a znamená stlačovat, stísňovat (Rejzek, 2012). Ačkoli význam slov deprese, depresivita by se mohl zdát na první pohled zřejmý, zahrnuje v sobě více rozměrů.

Každého člověka charakterizuje určitá hladina depresivních projevů, které se uplatňují v prožívání a vnímání událostí skrze optiku smutku, pocity skleslosti, opuštěnosti anebo beznaděje (Kulišek & Dolejš, 2019). Tento pohled na depresi/depresivitu můžeme klasifikovat jako **osobnostní rys** nebo celkové ladění osobnosti. Důležitou vlastností osobnostních rysů je stálost v čase (Bleidorn et al., 2013) a situacích (Borkenau et al., 2006), díky čemuž je charakteristická pro každého jedince.

Depresivitu Dolejš, Skopal, Suchá a Charvát (v Kulišek & Dolejš, 2019) vymezují jako **aktuální psychický stav**, kdy depresivní ladění nabývá různé intenzity – od subklinické až klinické. Například Beckova sebesposuzovací škála depresivity pro dospělé měří depresi jako stav, nikoli jako rys osobnosti (Preiss & Vacíř, 1999).

Depresivní syndrom se často používá k označení komplexního vzorce odchylek v emocionalitě, kognici a chování. Syndrom deprese se může objevit jako průvodní jev určité psychiatrické poruchy, někdy může být syndrom sekundární nebo projevem organického onemocnění mozku (Beck & Alford, 2009). Pro tento syndrom je charakteristická triáda: smutná nálada, zpomalené myšlení a utlumené psychomotorické tempo, přičemž registrujeme doprovodné projevy jako poruchy spánku, úbytek hmotnosti, strnulá mimika, výskyt somatických a vegetativních projevů a jiné (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

V rámci Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize (MKN-10) se vymezuje deprese jako **nosologická jednotka** spadající do kategorie afektivních poruch (F30-F39). Do této skupiny poruch začleňujeme depresivní fázi (F32) a dle intenzity a počtu příznaků větvíme na lehkou (F32.0), středně těžkou (F32.1), těžkou bez psychotických příznaků (F32.2) a těžkou s psychotickými příznaky (F32.3). Dále v seznamu nalezneme periodickou depresivní poruchu (F33) charakterizovanou opakovanými fázemi deprese bez výskytu manie – se stejným větvením jako u depresivní fáze. Dlouhotrvající, chronické zhoršení nálady nedosahující intenzity periodické depresivní poruchy se v manuálu klasifikuje pojmem dystymie (F 34.1).

V této práci depresivitu používáme ve významu aktuálního psychického stavu, tedy v souladu s pojetím Dolejše, Skopala, Suché a Charváta (v Kulišek & Dolejš, 2019).

Světová zdravotnická organizace odhaduje, že na světě trpí depresí přibližně 280 milionů lidí (WHO, 2021). Celoživotní prevalence deprese jako jedné z nejčastěji se vyskytujících duševních poruch se odhaduje na 5-20 % (Hosák et al., 2015; Kessler et al., 2003). Co se týče pohlaví tak u žen je asi dvakrát vyšší pravděpodobnost vzniku deprese než u mužů během jejich života (Kuehner, 2017). Deprese se často vyskytuje jako komorbidní onemocnění společně se somatickým onemocněním chronického charakteru (Boing et al., 2012; DeJean et al., 2013; Ingle et al., 2017; Maurer et al., 2018). Související studie potvrdily, že mnoho pacientů s chronickými onemocněními má duševní poruchy jako je deprese kvůli dlouhodobé povaze onemocnění a jeho dopadu na kvalitu života (Health Quality Ontario, 2013; Mansoor et al., 2018).

2.2 Depresivita u lidí s HIV infekcí

Jak již bylo zmíněno, HIV infekci nelze z lidského organismu eradikovat kauzální cestou a její průběh je v současné době chronický. U chronicky nemocných je častá komorbidita s depresí – jinak tomu není u onemocnění HIV.

Jedna z možných reakcí při vyrovnávání se s diagnózou HIV se může dotýkat okruhu afektivních poruch, především ve směru deprese. Ačkoli konfrontace onemocnění se sebezpojetím může odstartovat klinickou depresivní epizodu, vynoření se depresivních symptomů ještě neznamena diagnózu samotnou. Na rozdíl od depresivní symptomatologie, kterou se budeme dále zabývat a která může být součástí různých klinických diagnóz nebo se může jednat o celkové osobnostní nastavení jedince, je deprese vymezena okruhem

příznaků v MKN-10. Při identifikaci klinické diagnózy (nejen) deprese musí být vzaty do psychodiagnostiky i klinické metody (Simoni et al., 2011).

Se snížením mortality u osob s HIV infekcí roste riziko komorbidních onemocnění. Konkrétně depresi nalézáme častěji u HIV pozitivních jedinců než u seronegativní populace (např. De Francesco et al., 2019; Chaponda et al., 2018; Pourcher et al., 2020). Vedle zneužívání návykových látek ji řadíme mezi nejčastější psychiatrické komorbidity (Nedelcovych et al., 2017).

Mezi lidmi žijícími s HIV ve Spojeném království se prevalence deprese pohybovala od 17–47 % ve srovnání s 2–5 % prevalencí u obecné populace (Chaponda et al., 2018). Německá studie uvádí dvojnásobnou prevalenci depresivních poruch v neprospěch běžné populace – 25 % u HIV kohorty oproti 13 % u non-HIV kohorty; Christensen et al., 2019). Celkově se prevalence deprese u HIV pozitivních osob pohybuje mezi 22–50 % (Nedelcovych et al., 2017), přičemž v některých státech, jako např. v Číně (Wang et al., 2018) nebo Etiopii (Zewudie et al., 2021), je prevalence ještě vyšší.

Většina výzkumů se shodne na vyšší míře výskytu deprese a depresivních symptomů u HIV klinické populace, odlišují se však jejich prevalenčními hodnotami, které kolísají i řádově v desítkách procentech. Velkou variabilitu výsledků by mohlo ospravedlnit několik důvodů: výzkumné soubory sestávající z pacientů vybraných z různých specifických subpopulací ohrožených infekcí HIV, různé diagnostické techniky a nástroje pro hodnocení deprese nebo různá hraniční skóre, malá velikost výzkumných souborů a nedostatečné kontrolní skupiny studie (Nanni et al., 2015).

Na jedné straně může vzniknout problém s nedostatečným odhalením deprese, protože mnoho znaků deprese je podobných příznakům nemoci. V důsledku toho činí diagnostiku obtížnější v tom směru, zda jsou symptomy projevem fyzické nemoci nebo komorbidní depresivní poruchy. Na straně druhé mylné připisování fyzických symptomů zdravotního onemocnění jako apatie, únava, poruchy spánku depresivní poruše (Levenson, 2005).

Pro zjišťování míry depresivity v kontextu HIV infekce výzkumníci zpravidla vybírají Beckův inventář depresivity (včetně druhé revize) nebo test vyvinutý v Centru pro Epidemiologická Studia Národního institutu mentálního zdraví USA (CES-D). Oba nástroje zaznamenávají depresivitu na kognitivně-afektivní i somatické úrovni. Je možné, že odhady deprese u populace infikovaných HIV jsou nafouknuté mimo jiné kvůli překrývání

symptomů. Například u BDI souvisí příznaky HIV s položkami škály depresivity jako je nechuť k jídlu, únava, ztráta váhy, spánek a starost o zdraví, tedy položky odrážející somatické potíže (Kalichman et al., 2000). Kohn et al. (2021) na základě longitudinálního měření zjišťují, že pokud dojde k většímu zlepšení depresivních symptomů, týká se to oblastí kognitivní a afektivní, nikoli však v somatické doméně, což může být dáno překryvem symptomů se symptomy HIV.

Ženské pohlaví jako faktor na straně respondenta ovlivňuje výsledky z výzkumných šetření. Zjištění vedou k závěru, že až na výjimky některých studií (Bhatia & Munjal, 2014) mají HIV pozitivní ženy tendenci vykazovat vyšší míru depresivních příznaků než muži s HIV infekcí (Li et al., 2017; Nogueira et al., 2006; Seth et al., 2014). Evans et al. (2002) hovoří až o dvojnásobném výskytu deprese. Tereza Uhrová a Jan Roth (2020) uvádí mimo kontext HIV, že deprese onemocní dvakrát častěji ženy než muži, tedy zdá se, že poměr mezi ženami a muži u seronegativní a seropozitivní HIV populace může být zachován.

Dále se pozornost věnovala možnosti různé prevalence deprese na základě klinického stadia, ve kterém se HIV pozitivní osoby nacházejí. Někteří výzkumníci (převážně z afrického kontinentu) našli souvislost mezi vyšším výskytem deprese a pokročilým stadiem onemocnění (Abebe et al., 2022; Eshetu et al., 2015). Americká psychiatrická organizace potvrzuje, že mezi rizikové faktory deprese spadá pokročilá fáze HIV onemocnění (Andriote, n.d.). Nutno však s opatrností interpretovat vztah, zda deprese v prvních stádiích urychluje progresi onemocnění nebo je deprese výsledkem progresu (Yousuf et al., 2019).

Další proměnnou, která souvisí s depresí, uvádíme zapojení do antiretrovirové léčby. Metaanalýza provedená z devíti studií na 7 375 lidech žijících s HIV infekcí naznačila, že deprese byla spojena s nižší pravděpodobností užívání antiretrovirové léčby (Tao et al., 2018). Studie Yen et al. (2022) naznačuje, že deprese je spojena se špatnou adherencí k ART, zejména u pacientů bez antidepressivní léčby. I když některé konkrétní léky mohou mít nežádoucí depresivní efekt (viz kapitola HIV infekce), hypotéza, že lidé s přístupem k antiretrovirové léčbě a jejím užíváním vykazují nižší depresivitu, se zdá na místě. Ukazuje se, že přístup ke zdravotnickým službám (konkrétně k antiretrovirové léčbě) významně snižuje skóre na škále deprese a zvyšuje kvalitu života (Martin et al., 2014).

2.3 Vztah mezi HIV infekcí a zvýšenou depresivitou

Propojení mezi depresivitou a HIV infekcí v těle organismu je jedním slovem komplikované a dodnes ne zcela objasněné. Zjednodušené vysvětlení tohoto vztahu můžeme prozkoumat z perspektivy biologického modelu, jehož ústředním těžištěm jsou neurobiologické změny v organismu, a z pohledu psychosociálního, který klade důraz jednak na psychologické faktory, jednak na sociální proměnné, mezi které spadá např. stigmatizace. V reálném životě ovšem modely spolu koexistují a interagují a nelze je jednoznačně oddělit. Nyní modely blíže přiblížíme.

2.3.1 Biologický model

V rámci biologického modelu neexistuje jediná cesta, která by vysvětlovala propojení viru HIV a zvýšené depresivní symptomatiky. Vysvětlení dosavadního poznání biochemických reakcí by se vešlo do dílčí publikace; proto se pokusíme nastínit pár hypotéz, které jsou relevantní k tomuto modelu s ohledem na omezené autorovy znalosti patogeneze HIV v organismu a na pochopitelnost na straně čtenářů.

K zasažení nervové tkáně lze prostřednictvím viru HIV dojít pomocí dvou cest. První z nich je **přímá**, která vychází z předpokladu, že infikovaná imunitní buňka pronikne do centrálního nervového systému a svými proteiny, uvolňované do extracelulárního prostoru, působí neurotoxicky. Fakt, že tento patogen umí proniknout do lidského mozku potvrzují jak starší, tak novější studie (např. Ene, 2018; Gendelman et al., 1994). Snad nejlépe charakterizovanými HIV proteiny, které přispívají k neurotoxicitě, jsou gp120 a Tat (Kovalevich & Langford, 2012). Několik studií na zvířecích modelech prokazuje souvislost mezi virovými faktory HIV a výskytem symptomů deprese.

Například skupina výzkumníků vyvolala intracerebroventrikulární injekcí gp120 u laboratorních krys anhedonii a připouští existenci depresivní epizody (Barak et al., 2002). Podobně jako gp120, virový protein Tat indukuje neurozánětlivé reakce, které jsou spojeny s depresivním chováním na myším modelu (Lawson et al., 2011).

Druhá cesta, **nepřímá**, je odrazem imunopatologických a toxických mechanismů v těle. Například aktivace infikovaných ale i neinfikovaných gliových buněk vede k produkci a uvolňování neurotoxických cytokinů, které neblaze působí na nervové buňky. Toxické faktory odvozené z astrocytů a mikroglíí významně ovlivňují neuronální fungování

(Nath, 2002). K potvrzení platnosti hypotézy o propojenosti změny hladiny cytokininu TNF- α uvolňovaný mj. astrocyty a výskytu depresivní poruchy bylo dosaženo výzkumnými týmy, ať už v kontextu HIV (Musunguzi et al., 2018) či v obecném směru bádání (Piletz et al., 2009).

Hojně diskutovaným tématem se objevuje nepřímé ovlivnění neurotransmise v mozku. Dopaminergní systém hraje v kontextu deprese významnou roli. Dopaminové receptory nacházíme v různých částech mozku, včetně bazálních ganglií, které zasahují mj. do regulace motivačních stavů. A právě HIV infekce se tohoto systému dotýká a ovlivňuje jej (Del Guerra et al., 2013). Jiné studie uvádí hypotézu týkající se serotoninergní neurotransmise. Je možné, že by prozánětlivé cytokiny mohly aktivovat enzym degradující tryptofan. Tím se sníží biologická dostupnost tryptofanu, který je důležitý pro tvorbu serotoninu, a depresivní symptomy mohou zintenzivnět (Dantzer et al., 2008; Gutiérrez et al., 2014). Podobné závěry můžeme nalézt ve výzkumu Messaoud et al. (2019), kteří objevili korelaci mezi sníženou dostupností tryptofanu pro syntézu 5-HT a zvýšenou aktivací kortizolu s depresí a sebevraždou.

2.3.2 Psychosociální model

Tento pohled na zvýšené depresivní příznaky staví fokus svého zájmu na psychologické a sociální faktory a asociace, které mohou být dávány do souvislostí s osobou HIV pozitivní. Nyní se podíváme na pár vybraných faktorů, které mohou hrát v kontextu HIV infekce a zvýšené depresivity důležitou roli.

Mezi jedno z hojně diskutovaných témat, které zařadíme jako první v našem výkladu, je stigmatizace. **Stigma**¹ v kontextu zdraví, resp. nemoci HIV bychom mohli podle práce Earnshawa a Chadoira (2009) vydělit na 3 složky – uzákoněné stigma, předpokládané a internalizované stigma. Již několika výzkumnými šetřeními byl nalezen vztah mezi výskytem depresivních příznaků a internalizovaným stigmatem (Chan et al., 2017; Earnshaw et al., 2020). Podobný vztah byl nalezen mezi předpokládaným (vnímaným) stigmatem a zvýšenou depresivitou (Li et al., 2009; Turi et al., 2021).

Podle kognitivní teorie deprese je klíčovou příčinou deprese vnímaná nízká sebehodnota (Beck & Alford, 2009). Proto se očekává, že stigma související s HIV, zejména internalizované stigma, bude spojeno s depresivními symptomy a sebeobviňováním u lidí

¹ Pojmy stigma, stigmatizace budou vysvětleny v kapitole Sociální opora.

s HIV infekcí. Studie skutečně zjistily souvislost mezi internalizovaným stigmatem souvisejícím s HIV a depresivními symptomy (Tsai et al., 2012; Turan et al., 2016). Dále se ukazuje, že souvislost mezi vnímaným komunitním stigmatem a depresivitou nebo sebeúctou je zprostředkována internalizovaným stigmatem (Turan et al., 2017).

Očekávání, jak se budou lidé chovat k HIV pozitivní osobě, přesahuje do dalších životních oblastí. Otázku – *komu mám sdělit svůj HIV status* (anglicky disclosure) - pravděpodobně řešil každý HIV zasažený jedinec. Goffman (2003) uvádí, že pokud určitá vlastnost (v našem případě HIV pozitivní status) není viditelná (v asymptomatickém stadiu), stigmatizovaný je diskreditovatelný (nikoli diskreditovaný). S tímto pak souvisí jedincova „kontrola informací“, kdy se musí neustále rozhodovat komu, za jakých okolností, jakým způsobem a kolik informací sdělí.

Další strategie, distancování se od společnosti (od svých známých, příbuzných) souvisí s tématem nadměrné **izolace**. Tento proces zahrnuje dva činitele – jednak HIV pozitivní osoby, které se aktivně vyhýbají kontaktu, jednak komunitu udržující si odstup. Například lidé s HIV infekcí, kteří zažívají stigma související s HIV, mohou pociťovat větší pocity osamělosti, které souvisí kromě jiných se zvýšenými příznaky deprese (van der Kooij et al., 2021). Jak se zdá, zaměřit se v léčbě o HIV nemocné na osamělost, je na místě a může částečně redukovat depresivní symptomy (Groves et al., 2010).

Psychosociální faktory se podílejí na míře deprese mezi lidmi s HIV, kteří mohou trpět izolací, nedostatkem sociální podpory, stigmatizací a diskriminací (Tran et al., 2019), z nichž mohou mimo jiné přispět k depresi (Groves et al., 2010; Tao et al., 2017), snížené kvalitě života (Mendonca et al., 2023) a adherenci k antiretrovirové léčbě (Ironson & Hayward, 2008; Katz et al., 2013; Li et al., 2018).

3 SOCIÁLNÍ OPORA

V bio-psycho-sociálně-spirituální komplexnosti každého člověka je nemalou měrou zahrnuta i oblast sociální, která člověka provází již před narozením a zůstává tu i po jeho smrti. Z evolučního hlediska se zdá výhodné být v kontaktu s druhými lidmi, přičemž jistý podíl sociálna se uplatňuje v kontextu zdraví i nemoci jedince.

3.1 Vymezení

Křivohlavý (2009) vymezuje sociální oporu jako pomoc poskytovanou jedincům, kteří se nachází v zátěžové situaci, a která jim určitým způsobem ulehčuje od tíže. Je tu zjevný předpokládáný pozitivní dopad druhých lidí, resp. jejich pomoci. Hartl (2004, str. 252) ji považuje za pilíř psychického zdraví, která „zvyšuje odolnost vůči stresu a chuť přežít prohry a krize“.

Na zavedení pojmu sociální opory do praxe se v 70. letech minulého století přičinili odborníci Caplan, Cassel a Cobb, ačkoli jev nepochybně existoval před jeho pojmenováním (Mareš, 2001). Termínu sociální opora předcházelo označení sociální podpora s totožným významem a na tento termín narazíme zejména ve starší české literatuře. Nicméně sociální podpora po úpravě sociálních dávek v České republice odkazovala na státní finanční podporu, se kterou významově kolidovala. V návaznosti na společenské dění se v nových pracích etablovala sociální opora jako pojem využívaný v sociologicko-psychologických výzkumech. V anglicky psaných textech se operuje se slovním spojením „social support“.

V souvislosti se zdravím se mluví o sociální opoře jako o jeho vlivném faktoru. Není záležitostí posledních let, že sociální opora má blahodárny vliv. Např. přehled 81 studií (Uchino et al., 1996) ukázal, že existuje vztah mezi sociální oporou a fyziologickými procesy. Předkládá mimo jiné zjištění, že spolehlivě souvisí s příznivými účinky na aspekty kardiovaskulárního, endokrinního a imunitního systému. Taktéž Ozbay et al. (2007) tvrdí, že sociální opora vysoké kvality může zvýšit odolnost vůči stresu a podpořit fyzické a psychické zdraví.

Předmětem diskuze se staly mechanismy, jimiž sociální opora ovlivňuje zdraví. Cohen a Wills (1985) přicházejí se dvěma hypotézami. Zprv sociální opora může mít přímý vliv na psychickou a fyzickou pohodu a zdraví a působí na ně příznivě bez ohledu na

přítomnost stresorů. Tuto cestu autoři nazývají **hypotézou přímého účinku**, která staví sociální oporu do pozice protektivního faktoru zdraví. Druhá hypotéza, **hypotéza nárazníkového modelu**, praví, že příznivý efekt sociální opory přichází ve chvílích nabitě stresovým potenciálem; sociální opora funguje jako nárazník, ochranný plášť, který zmírňuje negativní působení stresu na člověka. Křivohlavý (2009) dodává, že se tlumivý účinek projevuje různými způsoby – ovlivňuje kognitivní sféru člověka v nouzi (např. sociální opora jako poskytovatel potřebných informací), posiluje sebeúctu (např. podpoření kompetence, schopnosti zvládnout zátěž) nebo třeba volbu vhodnější strategie při zvládnání stresu.

Sociální opora se nepodílí na rozvoji a udržení zdraví jen v přímém účinku – v konfrontační interakci se stresem samotným. Do procesu zasahuje i nepřímo prostřednictvím faktorů, které se na zdraví podílejí přímo. Může to být například v rámci adherence k léčbě chronického onemocnění, kdy se vyzdvihuje pozitivní vliv sociální opory, její pomoc v dodržování léčby a vyrovnávání se s nemocí (Vahedparast et al., 2017). Podobné závěry se nacházejí konkrétně u osob například s diabetem mellitem druhého typu (Gu et al., 2017) nebo hypertenzí (Pan et al., 2021).

3.2 Druhy sociální opory

Rozčlenění sociální opory na dílčí části můžeme provést podle různých kritérií. Jaro Křivohlavý (2009) se opírá o rozdělení sociální opory dle J. House na čtyři základní druhy podle obsahu: instrumentální, informační, emocionální a hodnotící.

Instrumentální opora vychází ze specifického požadavku a poskytuje konkrétní a praktickou formu pomoci. Podnět k pomoci při ní vychází od člověka, který se z vlastní vůle rozhodl poskytnout druhé osobě podporu – a to konkrétní. Například obstarání různých potřebných věcí, poskytnutí finanční výpomoci, zařízení neodkladných záležitostí, které postižený sám nemůže provést, pomoc s domácími pracemi, materiální pomoc a podobně.

Někdy si osoba neví rady, co nebo koho potřebuje v těžší situaci, ve které se ocitla. V takovém případě je na místě **informační opora**, která pomáhá se zorientovat v současném stavu věcí a zaměřuje se na potřeby jedince, přičemž výslednicí se jeví dodání informace. Poskytování rad, doporučení a vědomostí může přicházet od lidí se zkušenostmi osobními (např. svépomocné skupiny, internetové blogy) i profesionálními získané během výkonu povolání.

Emocionální opora v sobě zahrnuje emoční naladění na osobu a vyjadřování emocionální blízkosti (lásky, soucit, zájem, náklonnost). Např. empatické uklidňování při rozrušení nebo podpoření v době depresivního propadu vyjadřuje zájem, a ochotu být s druhým a jeho emocemi v kontaktu. Týká se však i aspektů příjemných jako radost, nadšení, vzrušení.

Skrze vyjadřování úcty k člověku, posilování jeho sebevědomí a sebehodnocení, povzbuzování naděje apod. se manifestuje **opora hodnotící**. Taktéž sem spadá sdílení těžkostí s člověkem v nepříjemné situaci i společné nesení těžkých úkolů spolu s ním. Tato ne na první pohled zjevná opora zasahuje do jedinceva sebepojetí a dává mu informaci o respektu k jeho celé osobnosti.

Vladimír Kebza (2005) uvádí rozlišení sociální opory mimo jiné na anticipovanou a získanou sociální oporu, které se vzájemně odlišují svými časovými charakteristikami, východisky, vlivem na (psychické) zdraví i pohodu. Tyto druhy sociální opory dle něj následně charakterizujeme.

Anticipovaná neboli **očekávaná sociální opora** je konstrukt, který vychází z anticipačního hodnocení opory jedince. Jde o přesvědčení nebo očekávání, že významné osoby jsou připraveny a ochotny poskytnout pomoc, objeví-li se taková potřeba. Autor dále podotýká, že anticipovaná sociální opora je především reflexí sociálního prostředí a reprezentuje nespécifický dojem jedince, že je ostatními přijímán a že mu pomohou, bude-li to zapotřebí; je tedy jedincem vnímaná jako dosažitelná. V souvislosti se zdravím je vnímaná sociální opora trvale spojována s lepšími zdravotními výsledky (Vaingankar et al., 2020) a ze strany rodiny a přátel obecně u mladých dospělých významně souvisí s nižšími příznaky deprese (Ioannou et al., 2019).

Naproti tomu **získaná sociální opora** se zakládá na retrospektivní evaluaci poskytnuté sociální opory. Někdy se pojmenovává jako **obdržená** sociální opora, protože představuje transakce (např. emocionální nebo materiální povahy), kterých se jedinci skutečně dostalo. Hodnocení se zakládá na reálných a konkrétních zkušenostech s nabídnutou sociální oporou. Důsledky poskytnuté sociální opory mohou být jak pozitivní, tak negativní, zatímco u anticipované sociální opory předpokládáme vesměs pozitivní vliv na zdraví a celkovou pohodu jedince (Šolcová & Kebza, 1999).

3.3 Sociální opora u osob s HIV infekcí

Ačkoli virus lidské imunodeficiency je primárně somatické onemocnění, je kontaminováno také psychosociální úroveň člověka a dopady se zdají vícerozměrné. Sociální sféra a vztahovost jako jedna z dimenzí lidského bytí nezůstane nedotknutelná. V kontextu HIV infekce se uplatňuje obousměrné ovlivňování – osoby s infekcí nějakým způsobem přistupují k okolí, které se zase k nim vztahuje, vytváří si o nich představu a hodnotí je.

Společnou charakteristikou pro osoby se sexuálně přenosnou nemocí (např. syfilis, kapavka, infekce HIV) nebo jeho anamnestickou historií je rizikové téma stigmatizace. Samotné slovo stigma pochází z řečtiny a překládáme jej jako značka, označení, cejch, skvrna. Bjelončíková a Gojová (2017, str. 228) vycházejí z pojetí stigmatizace Goffmana a vymezují ji jako „*dynamický proces znehodnocování, který jedince diskredituje v očích druhých*“. Většina autorů souhlasí se základní Goffmanovou definicí, která identifikovala hlavní prvky stigmatu jako nálepkování, stereotypizace, sociální izolace, předsudky, odmítání, ignorace, ztráta postavení, nízké sebevědomí, nízká sebeúcta, marginalizace a diskriminace (Subu et al., 2021).

Stigmatizace související s HIV/AIDS je proces, který přiřčňuje negativní vlastnosti osobám s HIV infekcí anebo s vyšším potenciálem nákazy jako muži mající sex s muži a injekční uživatelé drog (UNAIDS, 2011). Tyto postoje zahrnuté ve stigmatizaci se přenášejí do stereotypů (Ocisková & Praško, 2015) a odrážejí přisuzované vlastnosti nositelů viru HIV.

V literatuře identifikujeme různé dimenze nebo typy stigmatu (Earnshaw & Chaudoir 2009) které lze přenést i na onemocnění HIV infekcí. **Uzákoněné stigma** označuje zkušenost s nespravedlivým zacházením ze strany druhých. **Předpokládané stigma** se týká míry, do jaké lidé s HIV infekcí očekávají, že budou v budoucnu zažívat předsudky a diskriminaci ze strany ostatních. **Internalizované stigma** naopak představuje přijetí negativních postojů a stereotypů o osobách s HIV infekcí a aplikaci na sebe. Oba typy stigmat mohou být stejně škodlivé, protože vedou k odnětí a omezení sociální opory.

Stigmata zasahují u těchto osob do nevědomých i vědomých očekávání ochoty okolí poskytnout sociální oporu v době potřeby (anticipovaná sociální opora). Sociální opora může být v důsledku stigmatu, předsudků a diskriminace ponížena. Z afrického kontinentu (konkrétně z etiopské oblasti) přichází výzkumné zjištění, že jeden ze tří účastníků měl nízkou vnímanou sociální oporu (Berhe et al., 2022).

Očekávaná sociální opora u lidí žijících s HIV a AIDS se pojí s více pozitivními a méně negativní účinky. Například metaanalýza zahrnující země napříč kontinenty shrnuje dostupné důkazy o sociálních a demografických determinantech kvality života související se zdravím pro populaci infikovanou HIV. Ve svém závěru uvádí, že sociální opora vykazovala pozitivní souvislost s kvalitou života, naopak stigma ji snižovalo (Ghiasvand et al., 2020). Pozitivní souvislost sociální opory se také objevila u menšího počtu rizikového chování (Qiao et al., 2014) a je prediktorem kvality života HIV pozitivních pacientů (Remor, 2002).

Svou pozornost k sobě připoutala i sociální opora ve vztahu k depresivní symptomatice. Z výzkumných závěrů se dozvídáme, že vyšší depresivita koreluje s nižší sociální oporou. Toto tvrzení dokládá například studie provedená na studentech dvou univerzit; odhalila, že deprese významně negativně koreluje se sociální oporou (Qing & Li, 2021).

U osob s HIV infekcí nalézáme podobné výsledky. Souhrnná metaanalýza odhalila vyšší pravděpodobnost deprese u pacientů se špatnou sociální oporou než u těch, kteří měli silnou sociální podporu (Weldesebet et al., 2020). Čínská studie zapojila do výzkumného šetření necelých 3000 osob a ve zjištění podporuje stanovisko, že emocionální sociální opora byla významným prediktorem deprese (Xiao et al., 2017). Podobnou skutečnost zaznamenává i vietnamská studie, a to, že vyšší skóre sociální podpory, zejména emocionální/informační podpory a pozitivní sociální interakce, vykazovalo významnou souvislost s nižší mírou deprese (Matsumoto et al., 2017). Novodobá metaanalýza naznačuje, že sociální opora hraje významnou roli v psychické adaptaci osob s HIV infekcí. Autoři pokračují nedostatečnou sociální oporou a její souvislostí s většími potížemi s přizpůsobením se psychologickým problémům a výskytem deprese (Armoon et al., 2022).

Weldesebet et al. (2020) deklarují, že snížená sociální opora v kontextu HIV/AIDS souvisí se zvýšenou depresí v důsledku různých faktorů. Nízká sociální opora by mohla mít za následek špatnou adherenci k lékům a v důsledku toho špatná adherence vede k potlačení imunity, což nakonec vede k depresi. Dále tvrdí, že špatná sociální opora může vést k sociální izolaci, která může být zodpovědná za depresi. Sociální izolace ze strany pacientů s HIV sama o sobě snižuje sociální podporu, která může mít negativní dopad na jejich fyzickou a duševní pohodu.

VÝZKUMNÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍLE A HYPOTÉZY

V teoretickém oddílu této práce jsme popsali problematiku HIV infekce, depresivity a sociální opory a jejich vzájemné vztahy. Chronická onemocnění, mezi která patří i onemocnění HIV/AIDS, zasahují do afektivní složky lidské psychiky a sociální podpory. Již dříve jsme nastínili zvýšený výskyt depresivních symptomů u chronických onemocnění (např. Boing et al., 2012; Maurer et al., 2018). Mnoho zahraničních výzkumů upozorňovalo na zvýšenou prevalenci depresivní symptomatiky či deprese u HIV infikovaných jedinců (např. De Francesco et al., 2019; Pourcher et al., 2020). Další zahraniční autoři přicházejí s rozšířením, že zvýšená depresivní symptomatika v kontextu HIV pozitivních osob negativně souvisí se sociální oporou (Armoon et al., 2022; Weldesenbet et al., 2020; Xiao et al., 2017). V České republice takové pokusy o zachycení prevalence deprese, míry sociální opory či jejich vztahu neproběhly. Výzkumným problémem se stala depresivita a sociální opora u osob s diagnostikovaným HIV/AIDS onemocněním.

Výzkumné cíle, které vycházely z výše uvedené teoretické základny a empirických zjištění, zněly následovně:

- Popsat míru depresivity u osob s HIV infekcí.
- Popsat anticipovanou sociální oporu u osob s HIV infekcí.
- Popsat vztah mezi depresivitou a sociální oporou u pacientů s HIV infekcí.
- Popsat, zda se liší míra depresivity u HIV pozitivních žen a mužů.
- Popsat, zda se liší míra depresivity u osob s HIV onemocněním a osob s onemocněním AIDS.

Na základě zmíněných výzkumných cílů a poznatků z teoretické části jsme si stanovili 5 hypotéz. Po dokončení sběru dat a následném jejich vyčištění jsme zjistili, že hypotézy číslo 4 a 5 nebude možné statisticky ověřit. Přesto je zde ponecháváme a vyjadřujeme se k nim v kapitole Diskuze.

H1: U pacientů s onemocněním HIV existuje vyšší míra depresivity než u kontrolní skupiny.

H2: U pacientů s onemocněním HIV existuje nižší míra sociální opory než u kontrolní skupiny.

H3: U pacientů s onemocněním HIV existuje vztah mezi mírou deprese a mírou sociální opory.

H4: U pacientů ženského pohlaví s onemocněním HIV existuje vyšší míra depresivity než u pacientů mužského pohlaví s onemocněním HIV.

H5: U pacientů s onemocněním HIV existuje nižší míra depresivity než u pacientů s onemocněním AIDS.

5 METODOLOGICKÝ RÁMEC VÝZKUMU

Tato kapitola čtenáři nabídne aspekty týkající se metodologického rámce výzkumu. Postupně v jednotlivých podkapitolách projdeme témata týkající se typu výzkumu, použitých metod v rámci sběru dat a zdůrazníme etickou dimenzi výzkumu.

5.1 Design výzkumu

Tato bakalářská diplomová práce se opírá o kvantitativní metodologický přístup, konkrétně je zaměřena jako korelační studie. Kvantitativní přístup lze od přístupu kvalitativního dle Ferjenčíka (2010) vymezit např. deduktivním charakterem, reduktivním zkoumáním a daty zapsanými v číselné podobě. Dále informuje, že pro korelační studie je typické zjišťování souvislostí mezi proměnnými.

Jako výzkumnou metodou bylo zvoleno dotazníkové šetření. Dle Dismana (2002) uvádíme některé vlastnosti dotazníku. Dotazníkem lze poměrně snadno získat informace od velkého počtu jedinců v poměrně krátkém čase a s poměrně malým nákladem. Dále požadavky na zaškolení osob administrujících dotazníky jsou nízké. A určitě stojí za zmínku relativně přesvědčivá anonymita, kterou klasickým rozhovorem z očí do očí nedosáhneme. Nevýhodou se však ukazuje velice nízká návratnost, která snižuje reprezentativnost výzkumného souboru.

5.2 Metody sběru dat

Potenciální respondenti obdrželi dotazník skládající se ze čtyř tematických částí, nepočítaje úvodní stranu. Ta obsahovala informace o realizátorovi dotazníkového šetření, předmětu a účelu výzkumu, časové náročnosti pro vyplnění, pravidlech pro zajištění anonymity, podmínkách k účasti na výzkumu, krátké instrukce k vyplňování a nakonec kontakt na autora této práce.

Dotazník postupně provázel účastníky výzkumu sociodemografickou částí, otázkami na zdravotní stav, Beckovou škálou deprese a na závěr oblastí mapující sociální oporu. V případě potřeby na úplném konci dotazníku mohl respondent zanechat komentář.

Část věnovaná **sociodemografickým a zdravotním údajům** respondentů byla zkonstruována autorem této práce. Sesbírané údaje posloužily k třem hlavním účelům.

- 1) K popsání a charakterizaci výzkumného souboru, dále pak ke srovnání k aktuálním statistikám vývoje a výskytu HIV/AIDS v České republice od Národní referenční laboratoře pro HIV/AIDS.
- 2) K tvorbě kontrolní skupiny (zajištění ekvivalentnosti) – vyhledání osob bez zjištěné HIV infekce, v podobném věkovém rozmezí a tak dále.
- 3) Odhalení specifické HIV pozitivní subpopulace, která byla do výzkumu zapojena (a která naopak vynechána).
- 4) Achillovou patou dotazníkového šetření se stal problém, kdy při online dotazníkovém šetření jsme byli respondenty několikrát upozorňováni na nezohledněný fakt data oznámení diagnózy HIV positivity pacientovi. Zpětnou vazbu jsme vyhodnotili jako podnětnou a ačkoli se v kvantitativním výzkumu nezasahuje do probíhajícího procesu (změny výzkumu) jako je tomu u výzkumu kvalitativního (Miovský, 2006), dovolili jsme si dotazník (obě verze – online, tužka-papír) touto otázkou doplnit. Otázka má informativní a deskriptivně-statistický charakter, který nezasahuje do vyhodnocení hypotéz a nenarušil pevné body výzkumu.

5.2.1 Beckova škála deprese 2. revize

Beckova sebeposuzovací škála depresivity pro dospělé 2. revize (zkráceně BDI-II) je psychodiagnostický nástroj vytvořen Beckem, Steerem a Brownem v roce 1996. BDI-II je hojně využívaný v klinické praxi, tak v oblasti výzkumu ke zjišťování přítomnosti a závažnosti deprese, jakožto momentálního stavu (Gottfried, 2019). Tvoří jej 21 položek sytící kognitivní, motivační, afektivní a fyziologické projevy deprese. Jak je již patrné z názvu, Beckův inventář depresivity je sebeposuzovací. To znamená, že sama vyšetřovaná osoba posuzuje a volí výroky týkající se jejích psychických či behaviorálních projevů. Každá z položek je odstupňována do 4 úrovní s určitým výrokiem podle hloubky problému, přičemž bodový rozsah u jednotlivých položek činí 0 až 3 body (kdy 3 body znamenají nejvyšší intenzitu, naléhavost nebo hloubku problému). Celkové skóre (0-63 bodů) se vypočítá jako součet bodů všech položek a podle norem se klasifikuje závažnost deprese. Z hlediska času je inventář nenáročný – samotné vyplňování zabere 5-7 minut. V České republice byl BDI-

II psychometricky ověřen a shledán jako validní a reliabilní psychodiagnostický nástroj (Ptáček et al., 2016).

Ačkoli zahraniční studie potvrdily vhodnost užití BDI-II u osob s HIV infekcí (Hobkirk et al., 2015; Lipps et al., 2010), v České republice obdobná ověřovací studie chybí. Nicméně Černý a Machala (2007) směřují doporučení pro ošetřující lékaře HIV+ osob využívat dotazník deprese dle Becka.

Metodu jsme se rozhodli využít z několika důvodů:

- Pro možnost komparace některých zahraničních studií opírající se o stejný psychodiagnostický nástroj.
- Zahraniční psychometrické ověření BDI-II u HIV pozitivní populace (Hobkirk et al., 2015; Lipps et al., 2010).
- Metoda je v České republice doporučována nebo využívána ke zjištění míry depresivity i u jiných somatických nemocí jako je roztroušená skleróza (Štětkářová et al., 2018) nebo diabetes mellitus (Podlipný & Hess, 2006).
- Využití BDI-II jako standardizovaného nástroje na české populaci (viz výše).

5.2.2 Dotazník sociální opory

Dotazník sociální opory byl vyvinut pro pacienty v Medical Outcomes Study (MOS), dvouletou studii pacientů s chronickými onemocněními (Sherbourne & Stewart, 1991). Metoda si kladla za cíl zachytit více dimenzí sociální opory, a to: emocionální, hmotnou, informační, afektivní a sociální interakci, přičemž analýza přinesla zjištění, že informační a emocionální dimenzi lze hodnotit společně. Následně byly vytvořeny čtyři subškály: emocionální/informační (položky 2, 3, 7, 8, 12, 15, 16, 18), láska (položky 5, 9, 19), pozitivní sociální interakce (položky 6, 10, 13, 17) a hmotná/skutečná opora (položky 1, 4, 11, 14). Přidána byla i otázka na počet blízkých přátel a příbuzných. Z formálního hlediska se jedná o metodu nenáročnou na čas, obsahující 19 otázek, přičemž dotyčný hodnotí sám sebe, resp. anticipovanou sociální oporu na Likertově pětibodové stupnici (nikdy, málokdy, někdy, většinou, vždy). Bodové rozpětí se pohybuje od 19 do 95 bodů. Během vývoje tohoto nástroje autoři zjišťovali (n = 2987) jeho psychometrické vlastnosti. Vnitřní konzistence celé stupnice byla 0,97 a u subškál se pohybovala v rozmezí 0,91 – 0,96.

Anglická verze se dočkala české adaptace, resp. standardizace na ženskou populaci s průměrným věkem 68 let a směrodatnou odchylkou 3,28 pod vedením Jiřího Koženého a

Lýdie Tišanské (2003). Jejich verzi jsme si vypůjčili a provedli v ni změny bez ověření validity. První změnou byla reformulace 19. výroků (např. z původního výroku „Někdo, kdo Vám pomůže, když jste upoután na lůžko.“ na „Mám někoho, kdo mi pomůže, když jsem upoután na lůžko.“). Během konzultace s PhDr. Jiřím Popelkou (osobní sdělení, 2021) jsme se shodli na závěru, že námi upravené výroky vyzní participantům osobněji. Dalším, druhým, zásahem se vyřadila poslední otázka „S kolika blízkými příbuznými a přáteli se cítíte dobře a můžete mluvit o všem na co myslíte.“, jelikož by informace byla ve vztahu k našim výzkumným hypotézám bezcenná. Vmezeřením kontrolní otázky (v naší verzi dotazníku otázka č. 11) jsme podnikli třetí a poslední úpravu, která poskytla informaci o svědomitém přístupu a ochotě ke spolupráci na dotazníku. Tuto část dotazníkové baterie přikládáme do Příloh k nahlédnutí.

Shrnutí důvodů pro volbu dotazníku MOS:

- Existuje přeložená česká verze dotazníku
- Anglická verze je psychometricky ověřena (jako platný a spolehlivý nástroj) u pacientů s chronickým onemocněním, včetně u pacientů s HIV/AIDS onemocněním (Huang et al., 2021)
- Časová nenáročnost

5.3 Etické aspekty výzkumu

Každý výzkum má v sobě zahrnutou menší či větší etickou dimenzi. Tato výstupní práce, která je zaměřena na onemocnění pojící se se stigmatem, předsudky, silnými emocemi a intimností, patří k tématům s choulostivějším nádechem. Alarmující prioritou se tudíž stala ochrana soukromí participantů.

Administrované dotazníky zachovávaly anonymitu hned při vyplňování. Respondenti do žádné části dotazníku nevyplňovali své osobní, kontaktní a jiné údaje, které by je mohly přímo či nepřímo identifikovat. Další průběh se lišil v závislosti na typu administrace.

Participantů účastní na dotazníkovém šetření formou **tužka-papír** vhadzovali vyplněné dotazníky do předem stanoveného boxu umístěný ve zdravotnickém zařízení, se kterým byl sjednán sběr dat. Ze snahy respektovat *anonymitu* a soukromí účastníků a podpořit jejich upřímnost se formovalo následné opatření. Přístupem do boxu disponoval pouze autor této práce. Pročež administrátor (v našem případě lékař), který poskytl

respondentům základní informace o výzkumu a pomůcky (včetně boxu), se dozvěděl pouze informaci o zapojení konkrétního pacienta do našeho výzkumu. Autor této práce nepřišel do styku s konkrétními účastníky výzkumu; okruh lidí, které znají HIV status pacienta, se nerozšířil v důsledku výzkumného šetření.

Kromě zajištění anonymity jsme chtěli poskytnout účastníkům výzkumu **právo na zpětné odstoupení** z dotazníkového šetření a **smazání poskytnutých údajů**. K tomu účelu byl pro každý dotazník v papírové verzi vytvořen unikátní kód (tzv. identifikační kód), který byl vložen do zápatí všech listů. Na úvodní straně dotazníku (seznamujícího participanta s výzkumem) byla uvedena emailová adresa, na kterou se mohli participanti obrátit s požadavkem o vymazání jejich údajů (samozřejmě do doby analýzy dat). Tato možnost žet nebyla nabídnuta respondentům vyplňující online dotazník z technických důvodů.

Samozřejmě, avšak v dotazníku zmíněnou, skutečností byla **dobrovolná účast**. Pacientům nebyla odňata, snížena či jinak pozměněna léčba z důvodu odmítnutí participace na výzkumu.

Výše uvedené etické principy (až na právo smazání poskytnutých údajů) platí – byť v jiném provedení – i pro účastníky vyplňující dotazník v **online formátu**. Respondenti nad svými odpověďmi drželi kontrolu až do závěrečné poslední otázky. Až do fáze stisknutí pole „Odeslat odpovědi“ mohli v průběhu vyplňování participanti kdykoliv **stáhnout** svoji **účast** a tím **smazat** své dosud navolené odpovědi.

V internetovém prostředí těžko dosáhneme stoprocentní **anonymity**, to však neznamena, že jsme etickou zásadu o neidentifikaci ignorovali. Platforma Vyplnto.cz na tvorbu online dotazníků nebyla zvolena náhodně – poskytovatel například zaručuje neukládání IP adresy respondenta v čitelné podobě. Tato a další zásady ochrany dat respondentů lze nalézt na výše uvedených webových stránkách. Problematika identifikace člověka na internetu je složitá, komplexní a několikaúrovňová. My jsme se snažili zajistit alespoň některé vrstvy bezpečnosti pro naše respondenty. Nesmíme zapomenout zdůraznit, že data respondentů jsme po zálohování do osobního počítače z webových stránek smazali.

I zde neméně důležitý bod sytící etickou korektnost se pojí s **dobrovolnou účastí** na výzkumu. Respondenti byli na úvodní straně explicitně vyrozuměni, že účast ve výzkumu je dobrovolná (měli tedy právo nepokračovat dále v dotazníkovém šetření).

6 ZKOUMANÁ POPULACE A VÝZKUMNÝ SOUBOR

Ke konci roku 2021² za celou dobu sledování v České republice bylo celkem registrováno 4074 osob (včetně rezidentů) s HIV infekcí, z toho 233 případů HIV infekce za tentýž rok (SZÚ, 2021). Dále státní zdravotní ústav uvádí, že za rok 2021 „v relativním vyjádření činí tento výskyt 2,22 případu na 100 000 obyvatel“. K těmto informacím dále přikládají zjištění, že dominantní cestou je sexuální přenos. Vývoj má dlouhodobou růstovou tendenci, a proto si téma HIV infekce v kontextu psycho-sociální zaslouží svou pozornost.

6.1 Postup výběru výzkumného souboru

Potenciální respondenti cílové skupiny byli vyhledáni a kontaktováni nepravděpodobnostní metodou výběru – a to konkrétně účelovým výběrem prostřednictvím dvou odlišných cest (popsány níže). *Plnoletost* (min. 18 let), *občanství ČR* a *diagnostikovaná infekce HIV* byly **vstupní podmínky** pro participaci na výzkumu. Horní věková hranice nebyla stanovena. Tytéž pravidla platila i pro kontrolní skupinu vyjma třetího požadavku, který naopak ze souboru respondenty vyřazoval.

První cesta hledání respondentů se uskutečnila přes specializovaná HIV centra různě rozmístěná po České republice. Tato strategie se ukázala jako náročnější, než by se na první pohled mohlo zdát (viz níže). Proto jsme začali hledat další způsoby, kudy se k respondentům dostat. Identifikovali jsme seznamovací portál, kde si uživatelé vytvářejí profil s více či méně pestrými informacemi o sobě, přičemž jedna z nich – HIV status uživatele – byla dobrovolná. Nakonec jsme spustili oslovení respondentů přes seznamovací portál dříve než přes zdravotnické zařízení (zpětná vazba účastníků výzkumu pak měla vliv na určitou korekci dotazníku před spuštěním šetření metodou tužka-papír ve zdravotnictví – viz kapitola Metody sběru dat).

Komunikace a uzavírání smluv se zdravotnickými zařízeními, distribuce online (přes seznamovací portál) i papírových dotazníků (do zdravotnického zařízení) a následný sběr dat se konal od června roku 2021 do konce listopadu téhož roku.

² Náš výzkum byl realizován v roce 2021, proto i srovnávací statistika pochází ze stejného roku.

Na seznamovacím portále jsme vytvořili profil za účelem výzkumu. Následně jsme použili funkci filtr k vyhledání všech **plnoletých** respondentů v **České republice** s deklarovaným **pozitivním HIV statusem**. Nutno zmínit, že HIV status lze na portále zveřejnit pouze u mužů. Poté jsme profilům splňující výše uvedené podmínky zaslali úvodní zprávu, zda mají zájem se účastnit výzkumu orientovaného na HIV problematiku. V případě nesouhlasu jsme odpověď respektovali, v případě zájmu byl zaslán link k prokliknutí na online verzi dotazníku zkonstruovaný na platformě Vyplňto.cz

Hlavním těžištěm výzkumu se jevila specializovaná HIV centra zaměřená na léčbu onemocnění uvedeného v názvu centra. V České republice se takových pracovišť založilo celkem osm, z nichž dvě sídlí v hlavním městě Praze. Ze všech oslovených pracovišť byla sjednána žel jedna smlouva za účelem realizace výzkumu, a to s HIV ambulancí při Ústřední vojenské nemocnici v Praze. S ostatními centry nebyla potenciální smlouva o sběru dat uzavřena z minimálně jednoho níže uvedeného důvodu:

- Absence vyjádření organizace na emailovou korespondenci s žádostí o umožnění výzkumné studie.
- Odborné šetření spadá mezi zpoplatněné služby.
- Negativní zkušenost ze strany zdravotnického zařízení s již podobně proběhlými výzkumy.

Celý proces se zahájil úvodním setkáním s lékařem, který měl v péči ambulantní HIV+ pacienty. Autor této práce lékaři vysvětlil účel výzkumu, předal informace o výzkumu a pomůcky potřebné pro něj (dotazníky v papírovém formátu, propisovací tužky a uzavřený box určený pro vhození vyplněných dotazníků od respondenta). Následně pacient, který přišel do specializovaného zařízení, byl lékařem vybídnut k účasti na výzkumu (s možností neúčasti). Samotné vyplňování už spočívalo na pacientových schopnostech (sebereflexi), upřímnosti a svědomitosti. Poslední krok a zároveň akt souhlasu s účastí na výzkumu znamenal vhození dotazníku do boxu.

6.2 Popis výzkumného souboru

Dohromady jsme shromáždili 71 vyplněných dotazníků od osob s HIV pozitivním statusem. Po vyřazení 7 nevalidních dotazníků jsme do statistického zpracování zařadili **64 responsí**, z nichž 40 (62,5 %) jsme získali přes seznamovací portál a zbylých 24 (37,5 %) prostřednictvím zdravotnického zařízení. Počet jsme byli nuceni zredukovat z důvodů jako

neúplně vyplněný dotazník nebo špatně zodpovězená kontrolní otázka. Dohromady se do dotazníkového šetření zapojilo 2,16 % HIV pozitivních občanů České republiky (bez rezidentů) za rok 2021 (SZÚ, 2021).

Jelikož jedinci s HIV pozitivním statutem se zapojovali do výzkumu 2 cestami, nabízí tabulka č. 1 orientační informace pro srovnání mezi těmito dvěma formami.

Tabulka 1: Charakteristika HIV pozitivních účastníků

Charakteristika	Online verze	Tužka-papír	Celkem	Procenta
N	40	24	64	100 %
Věk v letech				
Průměr	39,13	38,63		
Medián	38	39		
SD	8,15	8,84		
Min.	23	22		
Max.	58	60		
Způsob přenosu viru HIV				
Homosexuálním stykem	40	19	59	92,19 %
Nezjištěný	0	4	4	6,25 %
Heterosexuálním stykem	0	1	1	1,56 %
Celkem	40	24	64	100,00 %
Stadium onemocnění				
HIV	40	22	62	96,88 %
AIDS	0	1	1	1,56 %
Celkem	40	23	63	98,44 %
ART				
Ano	39	23	62	96,88 %
Ne	0	0	0	0,00 %
Nevím, o co se jedná	1	1	2	3,13 %
Celkem	40	24	64	100,00 %

Poznámka: N = počet respondentů, SD = směrodatná odchylka, Min. = minimum, Max. = maximum. ART = antiretrovirová léčba. Východiskem pro stadia onemocnění je klasifikace uvedena v teoretické části.

V tabulce můžeme postřehnout, že více účastníků se přihlásilo do výzkumu přes online verzi dotazníku. Skupiny jsou věkem vyrovnané. Co se týká dominantního způsobu

přenosu HIV infekce, ten se uskutečnil sexuálně, resp. homosexuálním stykem. Pozornému čtenáři neunikne informace, že v sekci o stadiu onemocnění jeden respondent z celkového počtu absentuje (nebyla uvedena odpověď na otázku). Téměř všechny HIV pozitivní osoby v našem výzkumu podstupují antiretrovirovou léčbu.

V porovnání s hledáním osob s diagnostikovaným HIV/AIDS onemocněním se zdál o stupeň složitější najít vhodnou ekvivalentní (kontrolní) skupinu, která by sloužila ke komparaci výsledků se skupinou cílovou. Vycházeli jsme z dat ze sociodemografické části dotazníku. Chtěli jsme zohlednit víc faktorů než jen pohlaví a věk. Profil na seznamovacím portále se jevil jako dobrá příležitost k vyhledání vhodných osob. Podobně jako u online verze jsme přes funkci filtr zúžili výčet profilů a posléze zasílali uživatelům zprávu s nabídkou participace na dotazníkovém šetření.

Nutno dodat, že kontrolní skupina na začátku dostala informaci o dotazníkovém šetření zaměřené na depresivitu a sociální oporu. Až po vyplnění poslední otázky v dotazníku se informovanost respondentů zpřesnila o fakt, že jejich data poslouží ke srovnání skupiny osob s HIV/AIDS onemocněním. Nabídnula se totiž hypotéza, že znalost zaměření výzkumu by mohla zkreslit výsledky. Ověření, zda samotný respondent zařazený do srovnávací skupiny nemá diagnostikovanou HIV infekci, jsme zjišťovali prostřednictvím otázky ptající se na chronické onemocnění, kde vedle otázky byly nabídnuté příklady chronických onemocnění včetně HIV infekce.

V následující tabulce 2 nabízíme srovnání obou skupin výzkumného souboru – klinická a kontrolní.

Tabulka 2: Charakteristika účastníků participovaných na dotazníkovém šetření

Charakteristika	HIV pozitivní skupina	Kontrolní skupina	HIV+ (%)	HIV- (%)
N	64	64	100 %	100 %
Věk v letech				
Průměr	38,90	38,09		
Medián	38	37		
SD	8,35	8,40		
Min.	22	23		
Max.	60	66		
Sexuální orientace				
Homosexuální	57	55	89,10 %	85,90 %
Bisexuální	5	9	7,80 %	14,10 %
Heterosexuální	2	0	3,10 %	0,00 %
Celkem	64	64	100 %	100 %
Stálý partner				
Ano	38	43	59,38 %	67,19 %
Ne	22	20	34,38 %	31,25 %
Nechci uvést	4	1	6,25 %	1,56 %
Celkem	64	64	100 %	100 %

Poznámka: N = počet respondentů, SD = směrodatná odchylka, Min. = minimum, Max. = maximum, HIV+ = skupina HIV pozitivních, HIV- = skupina bez diagnostikované HIV infekce.

Z tabulky č. 2 usuzujeme, že HIV pozitivní i kontrolní skupina jsou si věkem podobné, sexuální orientací a stálostí partnerem víceméně také. Tabulka č. 3 nabízí informaci o obvyklé bydlišti zapojených participantů do výzkumu.

Tabulka 3: Obvyklé bydliště výzkumného souboru

Obvyklé bydliště	HIV pozitivní skupina	Kontrolní skupina	HIV+ (%)	HIV- (%)
Praha	46	41	71,90 %	64,10 %
Středočeský kraj	8	5	12,50 %	7,80 %
Karlovarský kraj	2	2	3,13 %	3,13 %
Plzeňský kraj	2	3	3,13 %	4,69 %
Ústecký kraj	2	0	3,13 %	0,00 %
Olomoucký kraj	1	1	1,56 %	1,56 %
Moravskoslezský kraj	1	2	1,56 %	3,13 %
Jihomoravský kraj	1	4	1,56 %	6,25 %
Zlínský kraj	1	2	1,56 %	3,13 %
Jihočeský kraj	0	1	0,00 %	1,56 %
Pardubický kraj	0	1	0,00 %	1,56 %
Královéhradecký kraj	0	2	0,00 %	3,13 %
Kraj Vysočina	0	0	0,00 %	0,00 %
Liberecký kraj	0	0	0,00 %	0,00 %
Celkem	64	64	100 %	100 %

Poznámka: N = počet respondentů, SD = směrodatná odchylka, Min. = minimum, Max. = maximum, HIV+ = skupina HIV pozitivních, HIV- = skupina bez diagnostikované HIV infekce.

Z tabulky je patrné, že nejvíce respondentů napříč oběma skupinami uvedlo trvalé bydliště v Praze.

Kromě osobních, zdravotních a sociodemografických údajů jsme se participantů ptali na jejich chronická onemocnění. Původně bylo zamýšleno osoby s chronickým (včetně psychiatrickým) onemocněním eliminovat kvůli možnému zkreslení výsledků. Z důvodu ztráty mnoha respondentů jsme je ponechali v našem již menším výzkumném souboru. Chronické onemocnění uvádí v klinické skupině 10 z 64 respondentů (15,6 %) a ve skupině kontrolní 18 z 64 (28,1 %). Tento aspekt bude reflektován v kapitole Diskuze.

7 METODY A VÝSLEDKY ANALÝZY DAT

V této kapitole čtenáři představíme jednak metody analýzy dat a jednak výsledky statistické analýzy stanovených hypotéz.

7.1 Metody analýzy dat

Před samostatnou analýzou dat jsme dvěma cestami nasbírané informace integrovali do společné tabulky. Data získaná z papírových dotazníků jsme přepsali do aplikace MS Excel. Online výsledky z platformy Vyplňto.cz jsme exportovali do stejného souboru, protože data jsme již měli zpracované v datové matici. Po sjednocení dat jsme vyčistili a odstranili ty odpovědi respondentů, které se jevily nějakým způsobem neúplně (např. polovina dotazníku nebyla vyplněna) nebo nevěrohodně. Vypočítali jsme celkové hrubé skóry z BDI-II a MOS a připravenou datovou matici exportovali do programu STATISTICA 13.4, ve které proběhlo zjišťování deskriptivních charakteristik skupin a ověřování statistických hypotéz. Konkrétní metody použité k vyhodnocení hypotéz jsou uváděny zvlášť u každé hypotézy. Nutno dodat, že každá hypotéza byla testována na stanovené hladině významnosti $\alpha = 0,05$.

7.2 Výsledky analýzy dat

Jako první cíl této práce bylo popsat míru depresivity u osob s HIV infekcí, z něhož se formovala hypotéza č. 1.

H1: U pacientů s onemocněním HIV existuje signifikantně vyšší míra depresivity než u kontrolní skupiny.

První hypotéza se zaměřuje na možnou rozdílnost míry depresivity u klinické (HIV+) skupiny a skupiny kontrolní (běžná populace). Míra depresivity byla operacionalizována jako součet bodů v BDI-II. K vyhodnocení hypotézy byl využit Welchův test.

Ověření míry depresivity mezi HIV pozitivní skupinou se skupinou kontrolní nepřineslo zjištění, že by se tyto skupiny od sebe statisticky odlišovaly, $t(126) = 0,38$; $p = 0,70$. Pro doplnění uvedme průměrné skóre klinické skupiny 10,25 bodů ($SD = 11,13$) a

skupiny kontrolní 9,53 bodů (SD = 10,01) Z výsledků statistické analýzy tedy hypotézu č. 1 **nepřijímáme**.

Druhý cíl spočíval v deskripci anticipované sociální opory u osob s HIV infekcí. Z něj byla formulována hypotéza č. 2.

H2: U pacientů s onemocněním HIV existuje signifikantně nižší míra sociální opory než u kontrolní skupiny.

Druhá hypotéza vychází z otázky, zda u HIV pozitivní skupiny je nižší sociální opora než u osob, které HIV infekci diagnostikovanou nemají. Míra sociální opory jsme operacionalizovali jako součet bodů v MOS. I zde byl pro vyhodnocení hypotéz použit Welchův test. Výsledky statistické analýzy ukázaly, že jsme nenašli rozdíl v míře sociální opory mezi HIV pozitivní skupinou a skupinou kontrolní, $t(126) = 1,21$; $p = 0,23$. Z výsledků statistické analýzy tedy hypotézu č. 2 **nepřijímáme**.

Následoval třetí cíl – popsat, zda existuje vztah/souvislost mezi depresivitou a sociální oporou u pacientů s HIV infekcí. K tomuto cíli se vztahovala hypotéza č. 3.

H3: U pacientů s onemocněním HIV existuje statisticky významný vztah mezi mírou deprese a mírou sociální opory.

Třetí hypotéza vychází z předpokladu, že vyšší míra depresivity u HIV pozitivních osob bude souviset s mírou sociální podpory. K vyhodnocení tohoto východiska jsme využili Spearmanův korelační koeficient.

Mezi mírou deprese a mírou sociální opory u HIV pozitivních osob byl nalezen středně silný vztah v záporném směru, $r_s(n=64) = -0,44$; $p < 0,001$. Koeficient determinace jako ukazatel míry účinku je roven 0,19 %; informace nám sděluje, že míra depresivity a míra sociální opory spolu sdílí 19 % rozptylu. Hypotézu č. 3 můžeme dle výše uvedených výsledků **přijmout**.

Popsat, zda se liší míra depresivity u HIV pozitivních žen a mužů – byl cíl předposlední. K němu jsme přidružili hypotézu č. 4.

H4: U pacientů ženského pohlaví s onemocněním HIV existuje vyšší míra depresivity než u pacientů mužského pohlaví s onemocněním HIV.

Čtvrtá hypotéza se zaměřovala na možný rizikový faktor ženského pohlaví, který by zvyšoval u HIV pozitivní populace míru depresivity. Otázka na pohlaví respondenta byla součástí sociodemografické části dotazníku.

Výzkumný soubor o rozsahu 64 osob tvořili respondenti mužského pohlaví s podílem 100 % a ženy s podílem 0 %. Hypotézu uzavíráme slovy: **Z důvodu nedostatku vstupních dat nelze hypotézu č. 4 statisticky vyhodnotit.**

Poslední, pátý cíl se zaměřoval na popsání rozdílné míry depresivity u osob s HIV onemocněním a osob s onemocněním AIDS. Respektive jestli osoby s HIV onemocněním dosahují nižší depresivity než osoby ve stadiu AIDS. Z cíle byla zformulována hypotéza č. 5.

H5: U pacientů s onemocněním HIV existuje nižší míra depresivity než u pacientů s onemocněním AIDS.

Pátá, poslední hypotéza se zaměřovala na porovnání depresivity u HIV infikovaných osob vzhledem k jejich stadiu/fázi onemocnění. Stadia HIV infekce jsou popsána v teoretické části práce, konkrétně v kapitole o HIV infekci. Klasifikace byla východiskem pro tuto hypotézu.

Z celkového počtu respondentů (tj. 64 osob) bylo v první až třetí fázi HIV infekce 63 osob (98,4 %) a ve fázi čtvrté (AIDS) 1 respondent (1,6 %). Hypotézu uzavíráme slovy: **Z důvodu nedostatku a vyváženosti vstupních dat nelze hypotézu č. 5 vyhodnotit.**

8 DISKUZE

Kapitolu diskuze čtenáři rozdělíme na tři oddíly. První část – diskuze k zjištěným výsledkům – nabídne komparaci výsledků mezi studiiemi zmíněnými v teoretické části a našim výzkumem. Následuje podkapitola limitace výzkumu, která odráží a reflektuje omezení výzkumu a analyzuje jeho slabší stránky. Třetí a poslední podkapitolou nabízíme čtenáři aplikační rozměr výzkumu a jeho praktické využití. Rovněž čerpáme z informací uvedených v předchozí subkapitole a navrhuje opatření, která by mohla být užitečná pro budoucí výzkum.

8.1 Diskuze k zjištěným výsledkům

Jedním z prvních cílů výzkumu bylo zaměření se na depresivitu, resp. rozdílnost mezi depresivitou u klinické skupiny a skupiny kontrolní. Lidé s HIV infekcí dosahovali v dotazníku BDI-II průměrného skóru 10,25 bodů v porovnání s lidmi bez diagnostikovaného HIV onemocnění činil průměr 9,53 bodů. Za pomoci statistických nástrojů se tyto dva průměry porovnal. Výsledek nepřinesl zjištění, že by se skupiny mezi sebou statisticky významně lišily. Důkazy pro vyšší výskyt depresivních symptomů v rámci České republiky jsme nenašli v porovnání například se studií provedenou v Etiopii s prevalencí 36,3 % (Zewudie et al., 2021). Pro vyšší prevalenci depresivních symptomů našly důkazy také ve Spojeném království nebo Německu (Chaponda et al., 2018; Christensen et al., 2019).

Přístup k léčbě v rozvojových zemích je značně ztížen a kvalita lékařské péče nedosahuje stejné úrovně jako ve státech vyspělých, což v konečném důsledku může hrát roli v prožívání jedince. Další faktor, který má podíl na zachyceném výsledku depresivního prožívání, je skutečnost, že se do výzkumu zapojily osoby, které měly alespoň určitou úroveň motivace se na něm podílet. Tento atribut (motivace) však depresivní prožívání zasahuje, resp. snižuje jej. Další roli hraje přístup ke zdravotnickým službám, resp. dostupnost antiretrovirové léčby, protože její dostupnost signifikantně snižuje depresivní symptomy (Martin et al., 2014).

Dále více jak polovina participantů pocházela ze seznamovacího portálu, kde měli veřejně (pro další registrované uživatele webu) deklarovaný svůj HIV status, naopak osoby

s nezveřejněným pozitivním HIV statusem do výzkumu ze seznamovacího portálu přivzaty nebyly. Svůj vliv mohla sehrát také doba, se kterou člověk žije s diagnózou HIV infekce. Často jsme dostávali v závěru dotazníku připomínky odkazující na smysluplnější život po diagnóze HIV. Svůj podíl na výsledku v BDI-II má také fakt, že osoby z klinické i kontrolní skupiny s chronickým onemocněním nebyli z výzkumu eliminováni z důvodu již nevelikého výzkumného souboru.

Dále jsme se zabývali problematikou sociální opory u HIV pozitivní populace. Konkrétně zda sociální opora je u klinické populace ponížena. Za použití statistických metod jsme ani pro tuto otázku nenašly patřičné důkazy. Jiné výzkumy, které by směřovaly k zodpovězení čisté sociální opory není mnoho; věnují pozornost spíše sociální opory k dalším atributům, nicméně našli jsme jednu studii uskutečněnou v Etiopii (Berhe et al., 2022), která zhoršenou sociální oporu našla. Možným vysvětlením je opět sociokulturní kontext, ve kterém (konkrétně Africe) můžeme nalézt zvýšenou stigmatizaci a jeho vlivem na sociální oporu. Také sociální opora nemusela být ponížena z dalších důvodů. Například právě na seznamovacím portále se nacházejí jedinci, kteří mají chuť investovat do sociálních vztahů, rozvíjet je, být v kontaktu s druhými.

Ovšem zajímavější zjištění přinesla testová statistika u vztahu mezi depresivitou a sociální oporou u osob s HIV infekcí. Obecně se vychází ze zjištění, že člověk s depresivními symptomy nemá zájem o sociální prostředí, izoluje se a vyhledává samotu. Tento předpoklad je podložen mimo kontext (Qing & Li, 2021) i v kontextu HIV infekce jak jednotlivými výzkumy (např. Xiao et al., 2017) tak metaanalýzou (Armoon et al., 2022). V našem výzkumu jsme našli důkazy pro středně silný vztah depresivity a sociální oporou v záporném směru.

Pro všechny společné hypotézy platí, že byly ověřovány mezi skupinou klinickou (online i tužka-papír dotazník) za to kontrolní skupina vyplňovala dotazník přes online formulář. Skupiny se v proměnných jako pohlaví, věk, obvyklé bydliště, sexuální orientace diametrálně neliší a zdají se vcelku vyrovnané.

8.2 Limitace výzkumu

Míra zobecnitelnosti. I přes veškeré snahy zahrnout do výzkumu co největší spektrum osob s HIV infekcí nemůžeme tvrdit, že se záměr překrýval s výsledky. Nejprve je nutno vzít na zřetel jakými cestami se respondenti zapojovali do výzkumu a charakteristiku těchto cest. Do

výzkumného šetření se zapojili respondenti přes zdravotnické zařízení v Praze. Ambulanci navštěvují až na pár výjimek osoby pocházející z Prahy a Středočeského kraje. A jednalo se o pacienty, kteří byli zapojeni do antiretrovirové léčby (ať už s menší či větší mírou adherence k léčbě). Dotazníkové šetření online proběhlo přes seznamovací portál, který obsahuje také svá specifika. Na druhou stranu nám pomohl shromáždit variabilnější výzkumný soubor co do obvyklého bydliště.

Dále je nutností zmínit, že se v našem dotazníkovém šetření odráží jen určitá **subpopulace HIV pozitivních osob**. Ve výzkumu chybí nebo jsou nedostatečně reprezentovány faktory jako ženské pohlaví, osoby žijící na území ČR bez českého občanství, HIV infekce ve stadiu AIDS nebo různé cesty přenosu HIV infekce. Absence dalších podskupin HIV pozitivních osob (ženy, osoby ve stadiu AIDS) znemožňovala ověření jiných hypotéz.

Určitou proměnnou, která nebyla zohledněna, je uplynulá doba od informování lékařem o HIV pozitivním statusu. Tato informace nebyla zohledňována dotazníkem od samého začátku sběru dat – až časem se k němu připojila. Respondentů jsme se ptali, kdy jim byla lékařem oznámena diagnóza HIV positivity, přičemž nás zajímal rok a měsíc. Otázka v dotazníku ztrácí svou hodnotu, pokud se výzkumník k dotazníku, který je uložen v úschovném boxu, dostane až za půl roku. Nicméně pokud se uchýlíme ke spekulacím, troufáme si říct, že pro osoby s deklarováním HIV pozitivním statusem na seznamovacím portálu není jejich HIV pozitivita novou záležitostí. Ve zdravotnickém zařízení si dobu informovanosti netroufáme odhadovat. Mezi další proměnné by mohlo být přínosné začlenit dosažené vzdělání nebo zaměstnanost.

Do kapitoly limitace výzkumů zařazujeme také srovnávání našich výsledků s výsledky ze zahraničních publikací. Na jednu stranu je cenné srovnávat zahraniční zjištění, nicméně výzkumy napříč kulturami zachycují také postoje společnosti k HIV problematice, odráží se v nich dostupnost a kvalita lékařské péče, náboženství, vyspělost státu a další proměnné. Proto považujeme za ochuzující nedostatek českých výzkumných studií, se kterými bychom srovnávali a zpřesňovali vědění tohoto druhu.

Pandemie COVID-19 v roce 2021 stále byla řešeným tématem, avšak samotnou spoluprací se zdravotnickým zařízením hrubě nekomplikovala. Otázkou spíše vyvstává, do jaké míry subjektivní prožívání pandemie se podepsalo na výsledcích depresivity a sociální opory, které v důsledku pandemie byly ohroženější a křehčí.

8.3 Možnosti aplikace výsledků do praxe a budoucí směry výzkumu

Navzdory většině nepotvrzeným nebo nevyhodnoceným hypotézám považujeme za důležité psychologické aspekty HIV infekce neopomíjet a dále se jimi zabývat. Budoucí směr vědeckého bádání by se mohl vydat několika cestami.

Jednou z alternativ se nabízí navázat na konstrukty depresivita a sociální opora a zohlednit při výpočtech charakteristiky respondentů. Například zahrnout do modelu regresní analýzy proměnné jako věk, pohlaví, sexuální orientaci, sdělení HIV pozitivitu jiné osobě nebo časový úsek, se kterým osoba integruje do svého sebepojetí HIV pozitivní status. Regresní model by tak mohl přinést komplexnější výsledky

Pro příští výzkum v podobném duchu je zapotřebí formulovat otázku na datum oznámení HIV diagnózy od lékaře jiným způsobem; v zásadě doporučujeme dvojí způsob. Možností je reformulovat otázku na „Jak dlouho o své HIV diagnóze víte?“, přičemž odpověď by byla zpravidla v letech. Druhou alternativou se zdá ponechat otázku ve stejném tvaru jako v našem výzkumu s tím, že respondent hned na začátku dotazníku uvede datum jeho vyplnění. Následně si výzkumník sám spočítá rozdíl mezi datem vyplnění a datem oznámení diagnózy.

V součinnosti s předchozím záměrem se zdá užitečné provést u dotazníků na depresivitu proces validizace a reliability u osob s HIV infekcí. Přínosné by také mohlo být výzkumné zaměření, které by selektovalo položky zjišťující somatickou oblast depresivity, protože se často projevy chronického onemocnění a depresivity v tělesnu překrývají (Kalichman et al., 2000). Alternativou může být také vytvoření orientačních norem pro tyto osoby.

Dalším z možných způsobů je obohacení našeho výzkumu o související fenomény. Například popis stigmatizace a jejího vztahu k sociální opoře a depresivitě. Neméně důležitým se zdá provedení kvalitativní studie, která by nabídla na depresivitu a sociální oporu doplňující pohled.

Vzhledem k charakteru onemocnění (chronické) se také jeví na místě nezaměřovat pouze na aspekty v negativním slova smyslu. Často jsme byli upozorňováni na absenci pozitivních výroků v BDI-II. Povrchní analýza požadavků, které uvedli respondenti v závěru dotazníku, přinesla prozření, zda by nebylo od věci prozkoumat HIV infekci z psychologické perspektivy v neklinickém slova smyslu. Zaměření se na zdroje, které pomáhaly v době krize

integrovat HIV infekci do sebepojetí, také co by osobám ve zvládnání pomohlo nebo pomáhalo, může přinést cenné poznatky, které by při poskytování psychologické pomoci zprostředkovaly odrazový můstek. Takto do pozitivního směru laděný výzkum by mohl opět posloužit ve prospěch osobám s HIV infekcí (jen z jiného konce), které by se zrovna v depresivní rozladě nacházely.

Větší, avšak ne nereálnou výzvou může skýtat zaměření výzkumu výhradně na ženy s onemocněním HIV/AIDS. I přestože v České republice převažují HIV pozitivní osoby mužského pohlaví (SZÚ, 2021) neblahým důsledkem může být opomenutí nebo i aktivní vyřazení žen ze statistického měření. Uvedené neopomenutí platí i pro osoby ve stadiu AIDS, u kterých některé známky HIV infekce mohou být viditelné.

9 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zaměřovala na míru depresivity a sociální opory u osob s diagnostikovaným HIV/AIDS onemocněním. Rovněž se mezi cíle zařadilo prozkoumání vztahu mezi těmito dvěma konstrukty. U depresivity jsme navíc zkoumali, zda hraje roli pohlaví nebo stádium HIV infekce.

Výzkum byl pojat kvantitativním způsobem, do kterého se zapojilo celkem 64 osob. Sběr dat probíhal prostřednictvím dotazníkového šetření, který byl respondentům nabídnut v papírové verzi nebo prostřednictvím online formuláře. Dotazník sestával ze čtyř částí: (1) sociodemografická část; (2) zdravotní část; (3) Beckova škála deprese 2. revize (BDI-II) a (3) Dotazník sociální opory (MOS).

Nalezli jsme středně silný vztah mezi mírou depresivity a mírou sociální opory v negativním směru. Důkazy pro vyšší depresivitu u HIV pozitivní populace v porovnání s osobami bez diagnostikovaného HIV/AIDS onemocnění nalezeny nebyly. Rovněž jsme neprokázaly sníženou sociální oporu u osob s HIV infekcí oproti běžné populaci. Vztah pohlaví nebo stadia onemocnění na míru depresivity nebylo možné vyhodnotit z důvodu nedostatku vstupních dat.

10 SOUHRN

Bakalářská diplomová práce se věnovala vybraným psychosociálním aspektům onemocnění HIV/AIDS a členíme ji na dvě části – teoretickou a empirickou. V teoretické části jsou představy postupně kapitoly o HIV infekci, depresivitě a sociální opoře.

HIV/AIDS onemocnění je pohlavně přenosná choroba způsobená virem lidské imunodeficiency, který primárně zasahuje buňky imunitního systému. I přestože onemocnění řadíme do sexuálně přenosných, kromě této cesty se virus přenáší i parenterálně nebo vertikálně (z matky na dítě; Kollárová et al., 2011). Po proniknutí viru do organismu se terčem útoku stávají buňky imunitního systému, respektive pomocných T lymfocytů, které koordinují a aktivují imunitní systém. Postupem času dochází k dysfunkci imunitního systému organismu, který není schopen funkčně reagovat na ohrožující patogeny (Jilich & Kulířová, 2021). Celý proces kolapsu imunitního stupně je rozdělen do několika stadií, přičemž poslední stadium nazýváme syndrom získané imunitní nedostatečnosti (AIDS). S příchodem antiretrovirové léčby se stalo onemocnění chronické (citace).

Druhá kapitola o depresivitě zahrnuje její vymezení. Uvádíme, že deprese je častá komorbidita u chronicky nemocných osob (např. Boing et al., 2012; Maurer et al., 2018) včetně onemocnění HIV/AIDS (např. Nedelcovych et al., 2017; Pourcher et al., 2020). Mezi rizikové faktory, které mohou potencovat míru depresivity, uvádíme ženské pohlaví (např. Li et al., 2017; Seth et al., 2014) nebo HIV infekci ve stadiu AIDS (Abebe et al., 2022; Eshetu et al., 2015). Následně projednáváme vztah mezi zvýšenou depresivitou a HIV infekcí, a to jak na biologické úrovni, tak psychosociálním modelem.

Třetí kapitola, která uzavírá teoretickou část, pojednává o sociální opoře. Tu můžeme vymezit jako pomoc poskytovanou jedincům, kteří se nachází v zátěžové situaci, a která jim určitým způsobem ulehčuje od tíže (Křivohlavý, 2009). Do zdraví a nemoci zasahuje svým přímým vlivem na stres a nepřímo prostřednictvím faktorů, které se na zdraví podílejí přímo – jako adherence k léčbě (Vahedparast et al., 2017). Kromě rozdělení sociální opory na hodnotící, instrumentální, emocionální a informační (Křivohlavý, 2009) se zde věnujeme sociální opoře v kontextu HIV pozitivních osob. HIV infekce je obklopená stigmatizujícími postoji, stereotypy a předsudky, které mohou mít negativní dopad, resp. snížit sociální oporu (Berhe et al., 2022). Rovněž zde zmiňujeme vztah snížené sociální opory a míry depresivity

v negativním korelaci u HIV pozitivních osob (Armoon et al., 2022; Weldesenbet et al., 2020).

Empirická část práce byla pojata kvantitativním způsobem, do kterého se zapojilo celkem 64 osob. Sběr dat probíhal prostřednictvím dotazníkového šetření, který byl respondentům nabídnut v papírové verzi nebo prostřednictvím online formuláře. Dotazník sestával ze čtyř částí: (1) sociodemografická část; (2) zdravotní část; (3) Beckova škála deprese 2. revize (BDI-II) a (3) Dotazník sociální opory (MOS). Po celou dobu realizace výzkumu jsme se snažili držet etických zásad a pravidel. Pro analýzu dat byl využit MS Excel a program STATISTICA 13.4.

Cílem empirické části bylo výzkumně přiblížit problematiku depresivity a sociální opory u osob s HIV/AIDS onemocněním. Za cíl jsme si kladli popsat míru depresivity a anticipovanou sociální oporu u osob s HIV infekcí. Taktéž popsat vztah mezi depresivitou a sociální oporou. Rovněž jsme zkoumali, zda se míra depresivity liší na základě pohlaví nebo klinického stadia HIV infekce. Z uvedených výzkumných cílů jsme odpovědi hledali prostřednictvím hypotéz.

Nalezli jsme středně silný vztah mezi mírou depresivity a mírou sociální opory v negativním směru. Důkazy pro vyšší depresivitu u HIV pozitivní populace v porovnání s osobami bez diagnostikovaného HIV/AIDS onemocnění nalezeny nebyly. Rovněž jsme neprokázaly sníženou sociální oporu u osob s HIV infekcí oproti běžné populace. Vztah pohlaví nebo stadia onemocnění na míru depresivity nebylo možné vyhodnotit z důvodu nedostatku vstupních dat.

Tato práce obsahuje i své limity. Jedním ze slabších stránek se jeví zobecnitelnost výsledků, jelikož respondenti vykazovaly charakteristiky poukazující jen na určité spektrum HIV pozitivní populace. Chyběla charakteristika o délce trvání onemocnění, která by mohla podhalit úžeji vybraný výzkumný soubor. Možným zkreslením výsledků mohla být pandemie COVID – 19 a její vliv na depresivitu a sociální oporu.

Příští výzkum by mohl směřovat ke stejnému tématu kvantitativně pojatý za pomoci komplexnější statistické analýzy nebo jej rozšířit kvalitativní studií, která by zprostředkovala osobní pohledy pacientů. Obohatit problematiku o související fenomény jako stigmatizace se zdá na místě a do budoucna přínosné. Rovněž doporučujeme téma pojmout i v pozitivním slova smyslu a zaměřit se na zdroje a možnosti, které jsou pro osoby s HIV infekcí dostupné.

LITERATURA

Abebe W, Gebremariam M, Molla M, Teferra S, Wissow L, et al. (2022) Prevalence of depression among HIV-positive pregnant women and its association with adherence to antiretroviral therapy in Addis Ababa, Ethiopia. *PLOS ONE* 17(1): e0262638. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262638>

Andriote, J. M. (n.d.). HIV Psychiatry. Psychiatry. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/professional-interests/hiv-psychiatry>

Armoon, B., Fleury, M. J., Bayat, A. H., Fakhri, Y., Higgs, P., Moghaddam, L. F., & Gonabadi-Nezhad, L. (2022). HIV related stigma associated with social support, alcohol use disorders, depression, anxiety, and suicidal ideation among people living with HIV: a systematic review and meta-analysis. *International journal of mental health systems*, 16(1), 17. <https://doi.org/10.1186/s13033-022-00527-w>

Barak, O., Weidenfeld, J., Goshen, I., Ben-Hur, T., Taylor, A. N., & Yirmiya, R. (2002). Intracerebral HIV-1 glycoprotein 120 produces sickness behavior and pituitary-adrenal activation in rats: role of prostaglandins. *Brain, behavior, and immunity*, 16(6), 720–735. [https://doi.org/10.1016/s0889-1591\(02\)00025-9](https://doi.org/10.1016/s0889-1591(02)00025-9)

Barral, M. F., de Oliveira, G. R., Lobato, R. C., Mendoza-Sassi, R. A., Martínez, A. M., & Gonçalves, C. V. (2014). Risk factors of HIV-1 vertical transmission (VT) and the influence of antiretroviral therapy (ART) in pregnancy outcome. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de Sao Paulo*, 56(2), 133–138. <https://doi.org/10.1590/S0036-46652014000200008>

Bavinton, B. R., & Rodger, A. J. (2020). Undetectable viral load and HIV transmission dynamics on an individual and population level: where next in the global HIV response?. *Current opinion in infectious diseases*, 33(1), 20–27. <https://doi.org/10.1097/QCO.0000000000000613>

Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). *Depression: Causes and Treatment* (2nd Edition). University of Pennsylvania Press.

Berhe, H., Godana, W., Boti Sidamo, N., Birgoda, G. T., Gebresillasie, L., Hussen, S., & Gebeyehu, S. (2022). Perceived Social Support and Associated Factors Among Adults Living with HIV/AIDS Attending ART Clinic at Public Hospitals in Gamo Zone, Southern

- Ethiopia 2021. *HIV/AIDS (Auckland, N.Z.), 14, 103–117.*
<https://doi.org/10.2147/HIV.S351324>
- Bhatia, M. S., & Munjal, S. (2014). Prevalence of Depression in People Living with HIV/AIDS Undergoing ART and Factors Associated with it. *Journal of clinical and diagnostic research : JCDR, 8(10), WC01–WC4.*
<https://doi.org/10.7860/JCDR/2014/7725.4927>
- Bjelončiková, M., & Gojová, A. (2017). The stigmatization of people living with HIV/AIDS in the Czech republic – from their own perspective. *Journal of Nursing and Social Sciences related to Health and Illness, 19(3), e211–e219.*
<http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2017.06.003>
- Bleidorn, W., Klimstra, T. A., Denissen, J. J., Rentfrow, P. J., Potter, J., & Gosling, S. D. (2013). Personality maturation around the world: a cross-cultural examination of social-investment theory. *Psychological science, 24(12), 2530–2540.*
<https://doi.org/10.1177/0956797613498396>
- Boing, A. F., Melo, G. R., Boing, A. C., Moretti-Pires, R. O., Peres, K. G., & Peres, M. A. (2012). Associação entre depressão e doenças crônicas: um estudo populacional [Asociace mezi depresí a chronickými nemocemi: výsledky z populační studie]. *Revista de saude publica, 46(4), 617–623.* <https://doi.org/10.1590/s0034-89102012005000044>
- Borkenau, P., Riemann, R., Spinath, F. M., & Angleitner, A. (2006). Genetic and environmental influences on Person x Situation profiles. *Journal of personality, 74(5), 1451–1480.* <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2006.00416.x>
- Calmy, A., Ford, N., Hirschel, B., Reynolds, S. J., Lynen, L., Goemaere, E., Garcia de la Vega, F., Perrin, L., & Rodriguez, W. (2007). HIV viral load monitoring in resource-limited regions: optional or necessary?. *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America, 44(1), 128–134.* <https://doi.org/10.1086/510073>
- Cohen, M. S., Chen, Y. Q., McCauley, M., Gamble, T., Hosseinipour, M. C., Kumarasamy, N., Hakim, J. G., Kumwenda, J., Grinsztejn, B., Pilotto, J. H., Godbole, S. V., Mehendale, S., Chariyalertsak, S., Santos, B. R., Mayer, K. H., Hoffman, I. F., Eshleman, S. H., Piwowar-Manning, E., Wang, L., Makhema, J., ... HPTN 052 Study Team (2011). Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *The New England journal of medicine, 365(6), 493–505.* <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1105243>

- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin*, *98*(2), 310–357.
- Černý, R., & Machala, L. (2007). *Neurologické komplikace HIV/AIDS*. Karolinum.
- Dantzer, R., O'Connor, J. C., Freund, G. G., Johnson, R. W., & Kelley, K. W. (2008). From inflammation to sickness and depression: when the immune system subjugates the brain. *Nature reviews. Neuroscience*, *9*(1), 46–56. <https://doi.org/10.1038/nrn2297>
- De Francesco, D., Winston, A., Underwood, J., Cresswell, F. V., Anderson, J., Post, F. A., Williams, I., Mallon, P. W., Sachikonye, M., Babalis, D., Vera, J. H., Bagkeris, E., Milinkovic, A., & Sabin, C. A. (2019). Cognitive function, depressive symptoms and syphilis in HIV-positive and HIV-negative individuals. *International journal of STD & AIDS*, *30*(5), 440–446. <https://doi.org/10.1177/0956462418817612>
- DeJean, D., Giacomini, M., Vanstone, M., & Brundisini, F. (2013). Patient experiences of depression and anxiety with chronic disease: a systematic review and qualitative meta-synthesis. *Ontario health technology assessment series*, *13*(16), 1–33.
- Del Guerra, F. B., Fonseca, J. L., Figueiredo, V. M., Ziff, E. B., & Konkiewitz, E. C. (2013). Human immunodeficiency virus-associated depression: contributions of immunoinflammatory, monoaminergic, neurodegenerative, and neurotrophic pathways. *Journal of neurovirology*, *19*(4), 314–327. <https://doi.org/10.1007/s13365-013-0177-7>
- Disman, M. (2000). *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele* (3. vydání). Karolinum.
- Dušek, K., & Večeřová-Procházková, A. (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch* (2., přepracované vydání). Grada.
- Earnshaw, V. A., & Chaudoir, S. R. (2009). From conceptualizing to measuring HIV stigma: a review of HIV stigma mechanism measures. *AIDS and behavior*, *13*(6), 1160–1177. <https://doi.org/10.1007/s10461-009-9593-3>
- Earnshaw, V. A., Eaton, L. A., Collier, Z. K., Watson, R. J., Maksut, J. L., Rucinski, K. B., Kelly, J. F., & Kalichman, S. C. (2020). HIV Stigma, Depressive Symptoms, and Substance Use. *AIDS patient care and STDs*, *34*(6), 275–280. <https://doi.org/10.1089/apc.2020.0021>
- Ene L. (2018). Human Immunodeficiency Virus in the Brain-Culprit or Facilitator?. *Infectious diseases*, *11*, 1178633717752687. <https://doi.org/10.1177/1178633717752687>

- Eshetu, D. A., Woldeyohannes, S. M., Kebede, M. A., Techane, G. N., Gizachew, K. D., Tegegne, M. T., Misganaw, B. T. (2015). Prevalence of Depression and Associated Factors among HIV/ AIDS Patients Attending ART Clinic at Debrebirhan Referral Hospital, North Showa, Amhara Region, Ethiopia. *Clinical Psychiatry*, 1. <https://doi.org/10.21767/2471-9854.100003>
- Evans, D. L., Ten Have, T. R., Douglas, S. D., Gettes, D. R., Morrison, M., Chiappini, M. S., Brinker-Spence, P., Job, C., Mercer, D. E., Wang, Y. L., Cruess, D., Dube, B., Dalen, E. A., Brown, T., Bauer, R., & Petitto, J. M. (2002). Association of depression with viral load, CD8 T lymphocytes, and natural killer cells in women with HIV infection. *The American journal of psychiatry*, 159(10), 1752–1759. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.10.1752>
- Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši* (2. vydání). Portál.
- Fischl, M. A., Richman, D. D., Grieco, M. H., Gottlieb, M. S., Volberding, P. A., Laskin, O. L., Leedom, J. M., Groopman, J. E., Mildvan, D., & Schooley, R. T. (1987). The efficacy of azidothymidine (AZT) in the treatment of patients with AIDS and AIDS-related complex. A double-blind, placebo-controlled trial. *The New England journal of medicine*, 317(4), 185–191. <https://doi.org/10.1056/NEJM198707233170401>
- Gendelman, H. E., Lipton, S. A., Tardieu, M., Bukrinsky, M. I., & Nottet, H. S. (1994). The neuropathogenesis of HIV-1 infection. *Journal of leukocyte biology*, 56(3), 389–398. <https://doi.org/10.1002/jlb.56.3.389>
- Ghiasvand, H., Higgs, P., Noroozi, M., Ghaedamini Harouni, G., Hemmat, M., Ahounbar, E., Haroni, J., Naghdi, S., Nazeri Astaneh, A., & Armoon, B. (2020). Social and demographical determinants of quality of life in people who live with HIV/AIDS infection: evidence from a meta-analysis. *Biodemography and social biology*, 65(1), 57–72. <https://doi.org/10.1080/19485565.2019.1587287>
- Goffman, E. (2003). *Stigma: poznámky k problému zvládnutí narušené identity*. SLON.
- Gottfried, J. (2019). Beckova sebesposuzovací škála depresivity pro dospělé: Recenze metody. *Testforum*, (12), 47-54.
- Grov, C., Golub, S. A., Parsons, J. T., Brennan, M., & Karpiak, S. E. (2010). Loneliness and HIV-related stigma explain depression among older HIV-positive adults. *AIDS care*, 22(5), 630–639. <https://doi.org/10.1080/09540120903280901>

- Grov, C., Golub, S. A., Parsons, J. T., Brennan, M., & Karpiak, S. E. (2010). Loneliness and HIV-related stigma explain depression among older HIV-positive adults. *AIDS care*, *22*(5), 630–639. <https://doi.org/10.1080/09540120903280901>
- Grubyte, S., Urboniene, J., Nedzinskiene, L., Jelinskaite, A., Zagminas, K., Ambrozaitis, A., & Jancoriene, L. (2021). Prevalence, incidence and residual risk of transfusion transmitted viruses (HBV, HCV and HIV infections) in Lithuanian blood donors from 2004 to 2018: The incidence/window-period model study. *PLOS ONE*, *16*(2), e0246704. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246704>
- Gu, L., Wu, S., Zhao, S., Zhou, H., Zhang, S., Gao, M., Qu, Z., Zhang, W., & Tian, D. (2017). Association of Social Support and Medication Adherence in Chinese Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *International journal of environmental research and public health*, *14*(12), 1522. <https://doi.org/10.3390/ijerph14121522>
- Gutiérrez, F., García, L., Padilla, S., Alvarez, D., Moreno, S., Navarro, G., Gómez-Sirvent, J., Vidal, F., Asensi, V., Masiá, M., & CoRIS (2014). Risk of clinically significant depression in HIV-infected patients: effect of antiretroviral drugs. *HIV medicine*, *15*(4), 213–223. <https://doi.org/10.1111/hiv.12104>
- Hanege, F. M., Sargin, F., Karaca, S., Egilmez, O. K., Vahaboglu, H., & Kalcioglu, M. T. (2019). Detection of human immunodeficiency virus (HIV) RNA in the sweat of HIV-infected patients. *Northern clinics of Istanbul*, *7*(1), 6–10. <https://doi.org/10.14744/nci.2019.56255>
- Hartl, P. (2004). *Stručný psychologický slovník*. Portál.
- Health Quality Ontario (2013). Screening and management of depression for adults with chronic diseases: an evidence-based analysis. *Ontario health technology assessment series*, *13*(8), 1–45.
- HIVinfo. (August 20, 2021). *The Stages of HIV Infection*. Dostupné z: <https://hivinfo.nih.gov/understanding-hiv/fact-sheets/stages-hiv-infection>
- Hobkirk, A. L., Starosta, A. J., De Leo, J. A., Marra, C. M., Heaton, R. K., Earleywine, M., & CHARTER Group. (2015). Psychometric validation of the BDI-II among HIV-positive CHARTER study participants. *Psychological assessment*, *27*(2), 457–466. <https://doi.org/10.1037/pas0000040>
- Hosák, L., Hrdlička, M., & Libiger, J. (2015). *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Karolinum.

- Huang, F., Chen, W. T., Lin, S. H., Tun, M. S., Nwe, T. W., Oo, Y. T. N., & Oo, H. N. (2021). Translation, Adaption, and Psychometric Testing of the Myanmar Version of the Medical Outcomes Study Social Support Survey for People Living With HIV/AIDS. *Frontiers in psychology, 12*, 707142. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.707142>
- Chan, B. T., Pradeep, A., Prasad, L., Murugesan, V., Chandrasekaran, E., Kumarasamy, N., Mayer, K. H., & Tsai, A. C. (2017). Association between internalized stigma and depression among HIV-positive persons entering into care in Southern India. *Journal of global health, 7*(2), 020403. <https://doi.org/10.7189/jogh.07.020403>
- Chaponda, M., Aldhouse, N., Kroes, M., Wild, L., Robinson, C., & Smith, A. (2018). Systematic review of the prevalence of psychiatric illness and sleep disturbance as comorbidities of HIV infection in the UK. *International journal of STD & AIDS, 29*(7), 704–713. <https://doi.org/10.1177/0956462417750708>
- Christensen, S., Wolf, E., Altevers, J., & Diaz-Cuervo, H. (2019). Comorbidities and costs in HIV patients: A retrospective claims database analysis in Germany. *PLOS ONE, 14*(11), e0224279. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224279>
- Ingle, V. K., Pandey, I., Singh, A. R., Pakhare, A., & Kumar, S. (2017). Screening of Patients with Chronic Medical Disorders in the Outpatient Department for Depression Using Handheld Computers as Interface and Patient Health Questionnaire-9 as a Tool. *International journal of applied & basic medical research, 7*(2), 129–133. <https://doi.org/10.4103/2229-516X.205809>
- Ioannou, M., Kassianos, A. P., & Symeou, M. (2019). Coping With Depressive Symptoms in Young Adults: Perceived Social Support Protects Against Depressive Symptoms Only Under Moderate Levels of Stress. *Frontiers in psychology, 9*, 2780. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02780>
- Ironson, G., & Hayward, H. (2008). Do positive psychosocial factors predict disease progression in HIV-1? A review of the evidence. *Psychosomatic medicine, 70*(5), 546–554. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e318177216c>
- Jilich, D., & Kulířová, V. (2021). *Infekce HIV*. Maxdorf.
- Jilich, D., Kulířová, V., Mach, P., Malý, M., Němeček, V., Procházka, I., Sedláček, D., & Vaňousová, D. (2014). *HIV infekce: Současné trendy v diagnostice, léčbě a ošetřovatelství*. Mladá fronta.

- Kalichman, S. C., Rompa, D., & Cage, M. (2000). Distinguishing between overlapping somatic symptoms of depression and HIV disease in people living with HIV-AIDS. *The Journal of nervous and mental disease*, 188(10), 662–670. <https://doi.org/10.1097/00005053-200010000-00004>
- Katz, I. T., Ryu, A. E., Onuegbu, A. G., Psaros, C., Weiser, S. D., Bangsberg, D. R., & Tsai, A. C. (2013). Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. *Journal of the International AIDS Society*, 16(3 Suppl 2), 18640. <https://doi.org/10.7448/IAS.16.3.18640>
- Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Academia.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., Rush, A. J., Walters, E. E., Wang, P. S., & National Comorbidity Survey Replication (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, 289(23), 3095–3105. <https://doi.org/10.1001/jama.289.23.3095>
- Kohn, J. N., Loop, M. S., Kim-Chang, J. J., Garvie, P. A., Sleasman, J. W., Fischer, B., Rendina, H. J., Woods, S. P., Nichols, S. L., & Hong, S. (2021). Trajectories of Depressive Symptoms, Neurocognitive Function, and Viral Suppression With Antiretroviral Therapy Among Youth With HIV Over 36 months. *Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999)*, 87(2), 851–859. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000002653>
- Kollárová, H., Matoušková, I., Horáková, D., & Vlčková, J. (2011). *Vybrané kapitoly z epidemiologie*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Kovalevich, J., & Langford, D. (2012). Neuronal toxicity in HIV CNS disease. *Future virology*, 7(7), 687–698. <https://doi.org/10.2217/fv1.12.57>
- Kožený, J., & Tišanská, L. (2003). Dotazník sociální opory MOS: Vnitřní struktura nástroje. *Československá psychologie*, 47(2), 135-143.
- Krejsek, J., Andrýs, C., & Krčmová, I. (2016). *Imunologie člověka*. Garamon.
- Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví* (3. vydání). Portál.
- Kuehner, C. (2017). Why is depression more common among women than among men?. *The lancet. Psychiatry*, 4(2), 146–158. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30263-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30263-2)
- Kuliřová, V. (2018). Ošetřování HIV pozitivního pacienta v domácím prostředí. *Medicina pro praxi*, 15(4), 231-234. <https://doi.org/10.36290/med.2018.043>

- Kulišek, J., & Dolejš, M. (2019). *Depresivita a impulzivita ako prediktory rizikového správania dospievajúcich v systéme ústavnej starostlivosti a nižšieho sekundárneho vzdelávania. Univerzita Palackého v Olomouci.*
- Lawson, M. A., Kelley, K. W., & Dantzer, R. (2011). Intracerebroventricular administration of HIV-1 Tat induces brain cytokine and indoleamine 2,3-dioxygenase expression: a possible mechanism for AIDS comorbid depression. *Brain, behavior, and immunity*, 25(8), 1569–1575. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2011.05.006>
- Levenson, J. L. (Ed.). (2005). *The American psychiatric publishing textbook of psychosomatic medicine.* American Psychiatric Publishing, Inc..
- Li, L., Lee, S. J., Thammawijaya, P., Jiraphongsa, C., & Rotheram-Borus, M. J. (2009). Stigma, social support, and depression among people living with HIV in Thailand. *AIDS care*, 21(8), 1007–1013. <https://doi.org/10.1080/09540120802614358>
- Li, L., Liang, L. J., Lin, C., Ji, G., & Xiao, Y. (2017). Gender Differences in Depressive Symptoms Among HIV-Positive Concordant and Discordant Heterosexual Couples in China. *Psychology of women quarterly*, 41(1), 89–99. <https://doi.org/10.1177/0361684316671302>
- Li, X. M., Yuan, X. Q., Rasooly, A., Bussell, S., Wang, J. J., & Zhang, W. Y. (2018). An evaluation of impact of social support and care-giving on medication adherence of people living with HIV/AIDS: A nonrandomized community intervention study. *Medicine*, 97(28), e11488. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000011488>
- Lin, T. Y., Yang, C. J., Liu, C. E., Tang, H. J., Chen, T. C., Chen, G. J., Hung, T. C., Lin, K. Y., Cheng, C. Y., Lee, Y. C., Lin, S. P., Tsai, M. S., Lee, Y. L., Cheng, S. H., Hung, C. C., Wang, N. C., & Taiwan HIV Study Group (2019). Clinical features of acute human immunodeficiency virus infection in Taiwan: A multicenter study. *Journal of microbiology, immunology, and infection = Wei mian yu gan ran za zhi*, 52(5), 700–709. <https://doi.org/10.1016/j.jmii.2018.01.005>
- Lipps, G. E., Lowe, G. A., De La Haye, W., Longman-Mills, S., Clarke, T. R., Barton, E. N., & Bain, B. (2010). Validation of the Beck Depression Inventory II in HIV-positive patients. *The West Indian medical journal*, 59(4), 374–379.
- Male, D., Brostoff, J., Roth, D. B., & Roitt, I. M. (2012). *Immunology* (8th edition). Elsevier.

- Mansoor, S., Haider, A., Zoobia, R., & Usman, R. (2018). Frequency and Sociodemographic Determinants of Depression in Patients with Chronic Liver Disease. *Journal of the Dow University of Health Sciences*, 12, 17-20. <https://doi.org/10.36570/jduhs.2018.1.555>
- Mareš, J. (2001). *Sociální opora u dětí a dospívajících I*. Nucleus.
- Martin, F., Russell, S., & Seeley, J. (2014). Higher quality of life and lower depression for people on ART in Uganda as compared to a community control group. *PLOS ONE*, 9(8), e105154. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0105154>
- Matsumoto, S., Yamaoka, K., Takahashi, K., Tanuma, J., Mizushima, D., Do, C. D., Nguyen, D. T., Nguyen, H. D. T., Nguyen, K. V., & Oka, S. (2017). Social Support as a Key Protective Factor against Depression in HIV-Infected Patients: Report from large HIV clinics in Hanoi, Vietnam. *Scientific reports*, 7(1), 15489. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-15768-w>
- Maurer, D. M., Raymond, T. J., & Davis, B. N. (2018). Depression: Screening and Diagnosis. *American family physician*, 98(8), 508–515.
- Mendonca, C. J., Newton-John, T. R. O., Alperstein, D. M., Begley, K., Hennessy, R. M., & Bulsara, S. M. (2023). Quality of Life of People Living with HIV in Australia: The Role of Stigma, Social Disconnection and Mental Health. *AIDS and behavior*, 27(2), 545–557. <https://doi.org/10.1007/s10461-022-03790-7>
- Messaoud, A., Mensi, R., Douki, W., Neffati, F., Najjar, M. F., Gobbi, G., Valtorta, F., Gaha, L., & Comai, S. (2019). Reduced peripheral availability of tryptophan and increased activation of the kynurenine pathway and cortisol correlate with major depression and suicide. *The world journal of biological psychiatry : the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*, 20(9), 703–711. <https://doi.org/10.1080/15622975.2018.1468031>
- Mezinárodní klasifikace nemocí. (2023). *F00-F99 – Poruchy duševní a poruchy chování*. <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F00-F99>
- Miller, W. C., Rosenberg, N. E., Rutstein, S. E., & Powers, K. A. (2010). Role of acute and early HIV infection in the sexual transmission of HIV. *Current opinion in HIV and AIDS*, 5(4), 277–282. <https://doi.org/10.1097/COH.0b013e32833a0d3a>
- Mills, A. M., Antinori, A., Clotet, B., Fourie, J., Herrera, G., Hicks, C., Madruga, J. V., Vanveggel, S., Stevens, M., Boven, K., & ECHO and THRIVE study groups (2013).

Neurological and psychiatric tolerability of rilpivirine (TMC278) vs. efavirenz in treatment-naïve, HIV-1-infected patients at 48 weeks. *HIV medicine*, 14(7), 391–400. <https://doi.org/10.1111/hiv.12012>

Mioviský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada.

Musinguzi, K., Obuku, A., Nakasujja, N., Birabwa, H., Nakku, J., Levin, J., & Kinyanda, E. (2018). Association between major depressive disorder and pro-inflammatory cytokines and acute phase proteins among HIV-1 positive patients in Uganda. *BMC immunology*, 19(1), 1. <https://doi.org/10.1186/s12865-017-0239-3>

Nanni, M. G., Caruso, R., Mitchell, A. J., Meggiolaro, E., & Grassi, L. (2015). Depression in HIV infected patients: a review. *Current psychiatry reports*, 17(1), 530. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0530-4>

Nath A. (2002). Human immunodeficiency virus (HIV) proteins in neuropathogenesis of HIV dementia. *The Journal of infectious diseases*, 186(2), S193–S198. <https://doi.org/10.1086/344528>

Nedelcovych, M. T., Manning, A. A., Semenova, S., Gamaldo, C., Haughey, N. J., & Slusher, B. S. (2017). The Psychiatric Impact of HIV. *ACS chemical neuroscience*, 8(7), 1432–1434. <https://doi.org/10.1021/acschemneuro.7b00169>

Niederhauser, C., Tinguely, C., Stolz, M., Vock, M., El Dusouqui, S. A., & Gowland, P. (2022). Evolution of Blood Safety in Switzerland over the Last 25 Years for HIV, HCV, HBV and *Treponema pallidum*. *Viruses*, 14(12), 2611. <https://doi.org/10.3390/v14122611>

Nogueira Campos, L., De Fátima Bonolo, P., & Crosland Guimarães, M. D. (2006). Anxiety and depression assessment prior to initiating antiretroviral treatment in Brazil. *AIDS care*, 18(6), 529–536. <https://doi.org/10.1080/09540120500221704>

Ocisková, M., & Praško, J. (2015). *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Grada.

Orel, M. (2019). *Anatomie a fyziologie lidského těla: pro humanitní obory*. Grada.

Ozbay, F., Johnson, D. C., Dimoulas, E., Morgan, C. A., Charney, D., & Southwick, S. (2007). Social support and resilience to stress: from neurobiology to clinical practice. *Psychiatry (Edmont (Pa.: Township))*, 4(5), 35–40.

Palella, F. J., Jr, Delaney, K. M., Moorman, A. C., Loveless, M. O., Fuhrer, J., Satten, G. A., Aschman, D. J., & Holmberg, S. D. (1998). Declining morbidity and mortality among

- patients with advanced human immunodeficiency virus infection. HIV Outpatient Study Investigators. *The New England journal of medicine*, 338(13), 853–860. <https://doi.org/10.1056/NEJM199803263381301>
- Pan, J., Hu, B., Wu, L., & Li, Y. (2021). The Effect of Social Support on Treatment Adherence in Hypertension in China. *Patient preference and adherence*, 15, 1953–1961. <https://doi.org/10.2147/PPA.S325793>
- Piletz, J. E., Halaris, A., Iqbal, O., Hoppensteadt, D., Fareed, J., Zhu, H., Sinacore, J., & Devane, C. L. (2009). Pro-inflammatory biomarkers in depression: treatment with venlafaxine. *The world journal of biological psychiatry : the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*, 10(4), 313–323. <https://doi.org/10.3109/15622970802573246>
- Podlipný, J., & Hess, Z. (2006). Deprese, metabolický syndrom a diabetes mellitus. *Psychiatrie pro praxi*, 2, 73–75.
- Pourcher, V., Gourmelen, J., Bureau, I., & Bouee, S. (2020). Comorbidities in people living with HIV: An epidemiologic and economic analysis using a claims database in France. *PLOS ONE*, 15(12), e0243529. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243529>
- Preiss, M., & Vacíř, K. (1999). *Beckova sebesposuzovací škála depresivity pro dospělé (příručka)*. Psychodiagnostika.
- Ptáček, R., Raboch, J., Vňuková, M., Hlinka, J., & Anders, M. (2016). Beckova škála deprese BDI-II – standardizace a využití v praxi. *Česká a Slovenská psychiatrie*, 112(6), 270–274.
- Qiao, S., Li, X., & Stanton, B. (2014). Social support and HIV-related risk behaviors: a systematic review of the global literature. *AIDS and behavior*, 18(2), 419–441. <https://doi.org/10.1007/s10461-013-0561-6>
- Qing, H., & Li, S. (2021). The Relationship between Social Support and Depression in University students: The Meaning in Life as Mediation. *EDP Sciences*, 123, 01012. <https://doi.org/10.1051/shsconf/202112301012>
- Rejzek, J. (2012). *Český etymologický slovník* (2., nezměněné vydání). Leda.
- Remor E. (2002). Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH [Sociální opora a kvalita života u pacientů s HIV infekcí]. *Atencion primaria*, 30(3), 143–148. [https://doi.org/10.1016/s0212-6567\(02\)78993-2](https://doi.org/10.1016/s0212-6567(02)78993-2)

- Robb, M. L., & Ananworanich, J. (2016). Lessons from acute HIV infection. *Current opinion in HIV and AIDS*, 11(6), 555–560. <https://doi.org/10.1097/COH.0000000000000316>
- Rojas-Celis, V., Valiente-Echeverría, F., Soto-Rifo, R., & Toro-Ascuy, D. (2019). New Challenges of HIV-1 Infection: How HIV-1 Attacks and Resides in the Central Nervous System. *Cells*, 8(10), 1245. <https://doi.org/10.3390/cells8101245>
- Seth, P., Kidder, D., Pals, S., Parent, J., Mbatia, R., Chesang, K., Mbilinyi, D., Koech, E., Nkingwa, M., Katuta, F., Ng'ang'a, A., & Bachanas, P. (2014). Psychosocial functioning and depressive symptoms among HIV-positive persons receiving care and treatment in Kenya, Namibia, and Tanzania. *Prevention science : the official journal of the Society for Prevention Research*, 15(3), 318–328. <https://doi.org/10.1007/s11121-013-0420-8>
- Shaw, G. M., & Hunter, E. (2012). HIV transmission. *Cold Spring Harbor perspectives in medicine*, 2(11), a006965. <https://doi.org/10.1101/cshperspect.a006965>
- Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science & Medicine*, 32(6), 705–714. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-B](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-B)
- Shi, Y., Su, J., Chen, R., Wei, W., Yuan, Z., Chen, X., Wang, X., Liang, H., Ye, L., & Jiang, J. (2022). The Role of Innate Immunity in Natural Elite Controllers of HIV-1 Infection. *Frontiers in immunology*, 13, 780922. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2022.780922>
- Simoni, J. M., Safren, S. A., Manhart, L. E., Lyda, K., Grossman, C. I., Rao, D., Mimiaga, M. J., Wong, F. Y., Catz, S. L., Blank, M. B., DiClemente, R., & Wilson, I. B. (2011). Challenges in addressing depression in HIV research: assessment, cultural context, and methods. *AIDS and behavior*, 15(2), 376–388. <https://doi.org/10.1007/s10461-010-9836-3>
- Smolík, P. (1997). Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací : nástin nozologie : diagnostika (2. revidované vydání). Maxdorf.
- Snopková, S., Rozsypal, H., Aster, V., Sedláček, D., Dlouhý, P., Kapla, J., Jilich, D., Veselý, D., Jerhotová, Z., Olbrechtová, L., Zjevíková, A., & Zlámal, M. (2019). *Doporučený postup Společnosti infekčního lékařství České lékařské společnosti J. E. Purkyně*. Infektologie. <https://infektologie.cz/DPHIV19.htm>
- Státní zdravotní ústav. (2021). *Výskyt a šíření HIV/AIDS v České republice v roce 2021*. Dostupné z <https://szu.cz/publikace/data/vyskyt-a-sireni-hiv-aids/zpravy-o-vyskytu-a-sireni-hiv-aids-za-rok-2021/>

- Subu, M. A., Wati, D. F., Netrida, N., Priscilla, V., Dias, J. M., Abraham, M. S., Slewa-Younan, S., & Al-Yateem, N. (2021). Types of stigma experienced by patients with mental illness and mental health nurses in Indonesia: a qualitative content analysis. *International journal of mental health systems*, 15(1), 77. <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00502-x>
- Šolcová, I., & Kebza, V. (1999). Sociální opora jako významný protektivní faktor. *Československá psychologie*, 43(1), 19-38.
- Štětkářová, I., Javůrková, A., & Raudenská, J. (2018). Výskyt deprese u roztroušené sklerózy. *Neurologie pro praxi*, 19(2), 114–122. <https://doi.org/10.36290/neu.2019.031>
- Tao, J., Vermund, S. H., & Qian, H. Z. (2018). Association Between Depression and Antiretroviral Therapy Use Among People Living with HIV: A Meta-analysis. *AIDS and behavior*, 22(5), 1542–1550. <https://doi.org/10.1007/s10461-017-1776-8>
- Tao, J., Wang, L., Kipp, A. M., Qian, H. Z., Yin, L., Ruan, Y., Shao, Y., Lu, H., & Vermund, S. H. (2017). Relationship of Stigma and Depression Among Newly HIV-Diagnosed Chinese Men Who Have Sex with Men. *AIDS and behavior*, 21(1), 292–299. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1477-8>
- Taylor, A. W., Nesheim, S. R., Zhang, X., Song, R., FitzHarris, L. F., Lampe, M. A., Weidle, P. J., & Sweeney, P. (2017). Estimated Perinatal HIV Infection Among Infants Born in the United States, 2002-2013. *JAMA pediatrics*, 171(5), 435–442. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2016.5053>
- Tran, B. X., Phan, H. T., Latkin, C. A., Nguyen, H. L. T., Hoang, C. L., Ho, C. S. H., & Ho, R. C. M. (2019). Understanding Global HIV Stigma and Discrimination: Are Contextual Factors Sufficiently Studied? (GAP_{RESEARCH}). *International journal of environmental research and public health*, 16(11), 1899. <https://doi.org/10.3390/ijerph16111899>
- Tsai, A. C., Bangsberg, D. R., Frongillo, E. A., Hunt, P. W., Muzoora, C., Martin, J. N., & Weiser, S. D. (2012). Food insecurity, depression and the modifying role of social support among people living with HIV/AIDS in rural Uganda. *Social science & medicine (1982)*, 74(12), 2012–2019. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.02.033>
- Turan, B., Budhwani, H., Fazeli, P. L., Browning, W. R., Raper, J. L., Mugavero, M. J., & Turan, J. M. (2017). How Does Stigma Affect People Living with HIV? The Mediating Roles of Internalized and Anticipated HIV Stigma in the Effects of Perceived Community

Stigma on Health and Psychosocial Outcomes. *AIDS and behavior*, 21(1), 283–291. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1451-5>

Turan, B., Smith, W., Cohen, M. H., Wilson, T. E., Adimora, A. A., Merenstein, D., Adedimeji, A., Wentz, E. L., Foster, A. G., Metsch, L., Tien, P. C., Weiser, S. D., & Turan, J. M. (2016). Mechanisms for the Negative Effects of Internalized HIV-Related Stigma on Antiretroviral Therapy Adherence in Women: The Mediating Roles of Social Isolation and Depression. *Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999)*, 72(2), 198–205. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000000948>

Turi, E., Simegnaw, D., Fekadu, G., Tolossa, T., Desalegn, M., Bayisa, L., Mulisa, D., & Abajobir, A. (2021). High Perceived Stigma Among People Living with HIV/AIDS in a Resource Limited Setting in Western Ethiopia: The Effect of Depression and Low Social Support. *HIV/AIDS (Auckland, N.Z.)*, 13, 389–397. <https://doi.org/10.2147/HIV.S295110>

Uhrová, T., & Roth, J. (2020). *Neuropsychiatrie: klinický průvodce pro ambulantní i nemocniční praxi*. Maxdorf.

Uchino, B. N., Cacioppo, J. T., & Kiecolt-Glaser, J. K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological bulletin*, 119(3), 488–531. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.119.3.488>

UNAIDS. (2011). Guidelines on surveillance among populations most at risk for HIV. Dostupné z: http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/20110518_Surveillance_among_most_at_risk.pdf

Vahedparast, H., Mohammadi, E., Ahmadi, F., & Farhadi, A. (2017). The Role of Social Support in Adherence to Treatment Regimens: Experiences of Patients with Chronic Diseases. *Medical - Surgical Nursing Journal. In Press*, 7(1) e69646. <https://doi.org/10.5812/msnj.69646>

Vaingankar, J. A., Abdin, E., Chong, S. A., Shafie, S., Sambasivam, R., Zhang, Y. J., Chang, S., Chua, B. Y., Shahwan, S., Jeyagurunathan, A., Kwok, K. W., & Subramaniam, M. (2020). The association of mental disorders with perceived social support, and the role of marital status: results from a national cross-sectional survey. *Archives of public health = Archives belges de sante publique*, 78, 108. <https://doi.org/10.1186/s13690-020-00476-1>

- Van der Kooij, Y. L., Kupková, A., den Daas, C., van den Berk, G., Kleene, M., Jansen, H., Elsenburg, L., Schenk, L. G., Verboon, P., Brinkman, K., Bos, A., & Stutterheim, S. E. (2021). Role of Self-Stigma in Pathways from HIV-Related Stigma to Quality of Life Among People Living with HIV. *AIDS patient care and STDs*, 35(6), 231–238. <https://doi.org/10.1089/apc.2020.0236>
- Vokurka, M., & Hugo, J. (2015). *Velký lékařský slovník* (10. aktualizované vydání). Maxdorf.
- Wang, T., Fu, H., Kaminga, A. C., Li, Z., Guo, G., Chen, L., & Li, Q. (2018). Prevalence of depression or depressive symptoms among people living with HIV/AIDS in China: a systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*, 18(1), 160. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1741-8>
- Weldesebet, A. B., Kebede, S. A., & Tusa, B. S. (2020). The Effect of Poor Social Support on Depression among HIV/AIDS Patients in Ethiopia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Depression research and treatment*, 2020, 6633686. <https://doi.org/10.1155/2020/6633686>
- World Health Organization. (July, 2022). *HIV*. Dostupné z: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/hiv-aids>
- World Health Organization. (September, 13, 2021). Depression. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Xiao, Z., Li, X., Qiao, S., Zhou, Y., & Shen, Z. (2017). Social support, depression, and quality of life among people living with HIV in Guangxi, China. *AIDS care*, 29(3), 319–325. <https://doi.org/10.1080/09540121.2016.1224298>
- Yen, Y. F., Lai, H. H., Kuo, Y. C., Chan, S. Y., Chen, L. Y., Chen, C. C., Wang, T. H., Wang, C. C., Chen, M., Yen, T. F., Kuo, L. L., Kuo, S. T., & Chuang, P. H. (2022). Association of depression and antidepressant therapy with antiretroviral therapy adherence and health-related quality of life in men who have sex with men. *PLOS ONE*, 17(2), e0264503. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0264503>
- Yousuf, A., Mohd Arifin, S. R., Musa, R., & Md Isa, M. L. (2019). Depression and HIV Disease Progression: A Mini-Review. *Clinical practice and epidemiology in mental health : CP & EMH*, 15, 153–159. <https://doi.org/10.2174/1745017901915010153>

Zewudie, B. T., Geze, S., Mesfin, Y., Argaw, M., Abebe, H., Mekonnen, Z., Tesfa, S., Chekole, B., Tadesse, B., Aynalem, A., & Lankrew, T. (2021). A Systematic Review and Meta-Analysis on Depression and Associated Factors among Adult HIV/AIDS-Positive Patients Attending ART Clinics of Ethiopia: 2021. *Depression research and treatment*, 2021, 8545934. <https://doi.org/10.1155/2021/8545934>

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

1. Abstrakt v českém jazyce
2. Abstrakt v anglickém jazyce

Příloha č. 1: Abstrakt v českém jazyce

ABSTRAKT PRÁCE

Název práce: Depresivita a sociální opora u osob s diagnostikovaným HIV/AIDS onemocněním

Autor práce: Radek Müller

Vedoucí práce: Mgr. Michal Bártek

Počet stran a znaků: 65 (85 891 znaků)

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 142

Abstrakt: Bakalářská práce se zabývá psychosociálními aspekty u HIV/AIDS onemocnění. V teoretické části jsou představena témata HIV infekce (vymezení, cesty přenosu, patogenese, průběh onemocnění a léčba), dále depresivita a sociální opory (obecně a v souvislosti s onemocněním HIV/AIDS). Praktická část se opírá o kvantitativní metodologii a využívá dotazníků BDI-II a MOS k popisu míry depresivity a sociální opory. Dále byl zkoumán vzájemný vztah mezi těmito dvěma konstrukty a vztah depresivity k pohlaví a klinickému stadiu HIV infekce. Respondenti byli do výzkumu vybráni nepravděpodobnostní metodou výběru. Výzkumný soubor tvořilo 64 participantů. Nalezli jsme středně silný vztah v negativním směru mezi depresivitou a sociální oporou u osob s HIV infekcí. Nebyly shledány důkazy pro vyšší depresivitu nebo sníženou sociální oporu u osob s HIV infekcí v porovnání s běžnou populací. Vztah pohlaví nebo klinického stadia HIV infekce k depresivitě nebyl vyhodnocen z důvodu nedostatku vstupních dat.

Klíčová slova: HIV infekce, depresivita, sociální opora

Příloha č. 2: Abstrakt v anglickém jazyce

ABSTRACT OF THESIS

Title: Depressivity and social support among people diagnosed with HIV/AIDS

Author: Radek Müller

Supervisor: Mgr. Michal Bártek

Number of pages and characters: 65 (85 891 characters)

Number of appendices: 2

Number of references: 142

Abstract: The bachelor thesis deals with psychosocial aspects of HIV/AIDS disease. In the theoretical part, the topics of HIV infection (definition, routes of transmission, pathogenesis, course of the disease and treatment), as well as depression and social support (in general and in connection with HIV/AIDS) are presented. The practical part is based on quantitative methodology and uses the BDI-II and MOS questionnaires to describe the level of depression and social support. Furthermore, the mutual relationship between these two constructs and the relationship of depression to gender and the clinical stage of HIV infection were investigated. Respondents were selected for the research using a non-probability sampling method. The research group consisted of 64 participants. We found a moderately strong relationship in the negative direction between depression and social support among people with HIV infection. No evidence was found for higher depression or reduced social support among people with HIV infection compared to the general population. The relationship of gender or clinical stage of HIV infection to depression was not evaluated due to lack of baseline data.

Key words: HIV infection, depression, social support