

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA



HIV jako globální problém lidstva

HIV as a global problem of humanity

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce

MUDr. Jiřina Ondrušová

Vypracovala

Šárka Zápotocká

Praha 2012

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat MUDr. Jiřině Ondrušové za cenné rady při psaní mé bakalářské práce. Dále studentovi Agripovi ze Zimbabwské vesnice Tengenenge za cenné informace o současné situaci v zemi a také Mgr. Monice Měrotské a vedení HTF UK za umožnění stáže v Africkém Zimbabwe.

Prohlašuji, že jsem závěrečnou bakalářskou práci zpracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité informační zdroje a literaturu. Tato práce ani její podstatná část nebyla předložena k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze, dne 15. 4. 2012

.....

podpis

ANOTACE

Název: HIV jako globální problém lidstva

Shrnutí práce:

Cílem této bakalářské práce je seznámení čtenáře s tématem HIV a AIDS. Na začátku jsou uvedeny základní informace o HIV a AIDS, jako historie nemoci, způsoby přenosu, fáze onemocnění, testing, léčba. V další části je zmapována současná situace v Jižní Africe, zejména Zimbabwe. Po těchto rozsáhlých kapitolách následují informace o České společnosti AIDS pomoc, společně s kazuistikami získanými přímo v této společnosti. V závěru najdeme výzkum, který se zabývá informovaností mladých lidí z České republiky, Zimbabwe a Maďarska.

Klíčová slova:

HIV, AIDS, Afrika, Dům Světla, HIV Pozitivní

ANNOTATION

Title: HIV as a global problem of humanity

Summary:

Objective of my bachelor's thesis is reader's acquaintance with the topic of HIV and AIDS. At the beginning are basic informations, such as the history of the disease, mode of transmission, disease stage testing, treatment. In the next part is mapped current situation in south Africa, especially Zimbabwe. Following after those extensive chapters are informations about Czech AIDS Help Society, along with case reports acquired within this company. In the end we have research concerned with awareness of young people from Czech Republic, Zimbabwe and Hungary.

Key words: HIV, AIDS, Africa, Dům Světla, HIV Positive

SEZNAM ZKRATEK	9
ÚVOD	10
1. ZÁKLADNÍ POJMY	12
1.1 Vymezení pojmu HIV a AIDS	12
1.2 Objev a historie nemoci	12
1.3 Virus HIV	15
1.3.1 Epidemiologická charakteristika infekce HIV	16
1.3.2 Způsoby přenosu HIV infekce.....	17
1.4 Nemoc zvaná AIDS	18
1.4.1 Stadium akutní infekce	19
1.4.2 Stadium asymptomatického nosičství	19
1.4.3 Stadium generalizovaného (povšechného) zduření uzlin	19
1.4.4 Stadium ARC (AIDS Related Complex – prae AIDS).....	20
1.4.5 Stadium rozvinutého onemocnění – AIDS	20
1.5 Testy na HIV.....	21
ELISA	22
1.6 Léčba.....	23
2. ČASOVÁ PŘÍMKA	25
3. SITUACE V JIŽNÍ AFRICE	29
3.1 Šíření onemocnění HIV/AIDS v zemích jižní Afriky	29
3.1.1 Počátek šíření v Africe	29
3.1.2 Geografické šíření epidemie HIV/AIDS	30
3.2 Epidemiologie HIV/AIDS	30
3.3 Institucionální struktura a charakter intervencí.	32
3.4 Epidemiologie HIV	32
3.5 Povědomí o HIV/AIDS.....	34

3.6 Stigma versus soucit	34
3.7 Programy prevence	35
3.8 Dopady epidemie HIV/AIDS	36
3.8.1 Demografické dopady.....	36
3.8.2 Ekonomické dopady	37
3.8.3 Dopady na úrovni domácnosti.....	38
3.8.4 Dopady na děti.....	38
3.8.5 Dopady na ženy	39
4. SITUACE V ČESKÉ REPUBLICĚ	40
4.1 Historie v ČR	40
4.2 Současná situace v ČR.....	40
5. ČESKÁ SPOLEČNOST AIDS POMOC – DŮM SVĚTLA.....	42
5.1 Historie ČSAP a Domu Světla.....	42
5.2 Dům Světla	43
5.2.1 Budoucnost Domu světla.....	44
5.3 Přímá pomoc lidem HIV pozitivním a nemocným AIDS	44
5.3.1 Sociální pracovník	45
5.3.2 Lůžková část	45
5.3.3 Léčebná terapie a ozdravné pobyty	45
Kazuistika č. 1	46
Osobní anamnéza.....	46
Rodinná anamnéza.....	46
Sociální anamnéza	47
Kazuistika č. 2	48
Osobní anamnéza.....	48
Rodinná anamnéza.....	49
Sociální anamnéza	49
Současný zdravotní stav	49

VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ	51
Charakteristika výzkumného šetření.....	51
Cíle.....	51
Stanovení hypotéz.....	51
Výzkumné metody.....	51
Soubor.....	52
Výzkumné otázky	54
Zpracování dat	55
Otázka číslo 1	56
Otázka číslo 2	57
Otázka číslo 3	58
Otázka číslo 4	59
Otázka číslo 5	60
Vyhodnocení Hypotéz	61
Diskuze	61
ZÁVĚR	62
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	63
INTERNETOVÉ ODKAZY	64
SEZNAM PŘÍLOH.....	66

SEZNAM ZKRATEK

+	pozitivní
AIDS	Acquired Immunnodeficiency Syndrom (syndrom získaného imunodeficitu)
Aj.	a jiné
Apod.	a podobně
Atd.	a tak dále
ČSAP	Česká společnost AIDS pomoc
DC	Dům Světla
HIV	Human Immunodeficiency Virus (virus lidské imunitní nedostatečnosti)
IHE	Institut hygieny a epidemie
MZ	Ministerstvo Zdravotnictví
NRL	Národní referenční laboratoř
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SPID	Ruská zkratka pro AIDS
TBC	tuberkulóza
UNAIDS	United Nation Programme on HIV/AIDS
VŠCHT	Vysoká škola chemicko-technologická

ÚVOD

V úvodu bych chtěla zdůraznit, že ačkoliv téma mojí práce je hlavně zaměřeno na virus HIV, budu zde psát hlavně o onemocnění AIDS, jelikož infekce virem HIV předchází této nemoci.

Toto téma jsem si vybrala již po absolvování praxe v prvním ročníku, kdy jsem se zúčastnila jednosemestrální praxe v Domu Světla, což je v dnešní době jedno z hlavních center pro lidi HIV pozitivní, či nemocné AIDS v České republice.

V této práci se zaměřím jak na situaci v České republice, tak i ve světě. Díky své třítydenní stáži v africkém Zimbabwe mohu lépe zmatovat situaci HIV pozitivních lidí přímo na jihu Afriky, kde je HIV a AIDS silně rozšířeno.

Téma HIV/AIDS mě také zajímá z důvodu jeho rozsáhlosti. Dalo by se říci, že při práci s HIV pozitivními lidmi pracujete s různými skupinami osob, různého věku, sociálních vrstev i společenského postavení. Můžeme se setkat jak s lidmi, kteří se nakazili svojí nedbalostí či nedostatečnou ochranou při sexuálním styku, tak s například narkomany. Ačkoliv můžeme pracovat s klienty, u kterých bychom nikdy neřekli, že mohou mít něco společného, je tomu bohužel tak a spojuje je dost závažná věc, HIV pozitivita či onemocnění AIDS, na které v dnešní době jsou stále medicína a vědci krátkí, my nyní můžeme jen doufat v pokrok v boji s touto nemocí.

Je nutné také poukázat na současný stav české literatury na téma HIV/AIDS. Vzhledem k tomu že v České republice není HIV/AIDS tolik rozšířeno, jako například v jižní Africe, není k dispozici dostatek aktuální literatury zabývající se touto tematikou. Z toho důvodu jsem při zpracování této práce používala hodně internetových zdrojů, či přímo vlastních zkušeností a informací, jež jsem získala v průběhu praxe z Domu Světla a afrického Zimbabwe.

TEORETICKÁ ČÁST

1. ZÁKLADNÍ POJMY

1.1 Vymezení pojmu HIV a AIDS

HIV je zkratkou anglických slov *Human Immunodeficiency Virus*, což v překladu znamená lidský virus selhání imunity.

- *Human* – člověk
- *Immunodeficiency* – nedostatečná imunita
- *Virus* – nebuněčná forma živých soustav způsobující onemocnění organismů

AIDS je také zkratkou anglických slov a to *Acquired Immunnodeficiency Syndrom* což v překladu znamená syndrom získaného selhání imunity.

- *Acquired* – získané
- *Immune* – imunní
- *Deficiency* – nedostatek
- *Syndrom* - skupina, charakteristické seskupení několika typických příznaků (ČSAP)¹

1.2 Objev a historie nemoci

V průběhu let se lidstvo setkalo postupně s řadou závažných epidemických onemocnění. Můžeme uvést například různé morové onemocnění, malomocenství, cholera, španělskou chřipku a dále můžeme pokračovat. „V 80. letech se objevila v americkém odborném časopise nenápadná zpráva o výskytu pěti případů vzácného zánětu plic v Los Angeles a čtyř případů vzácného pojivového nádoru Kaposiho sarkomu v New Yorku – vesměs u mladých homosexuálů.“ (Holub, AIDS a my, 1993, s. 7)

V tuto chvíli ještě lidstvo zcela netušilo, jak závažné onemocnění bude v blízkých letech objeveno. U nás se první zprávy ohledně této problematiky objevily na přelomu let

¹ http://www.aids-pomoc.cz/ca_slovnicek.htm

1981 – 82, kdy se psalo o prvních případech onemocnění v USA, objevovaly se obrázky, jak se zdravotnický personál chránil speciálním obleky, maskami, rouškami a podobně. V této době to bylo pojmenováno jako nemoc 4 H. První příznaky se projevíly mezi hemofilicky, homosexuály a narkomany, většinou lidmi pocházejícími z Haiti.

„Ještě nikdy v historii medicíny nevyvolala žádná nemoc a její nečekaně rychlé šíření do prakticky všech zemí světa tolik diskuzí, názorů, sporů a rozporuplných závěrů v řadách nejen odborníků, ale i laiků, jako to bylo a je u nemoci, kterou v roce 1982 odborníci shodně nazvali syndromem získaného selhání imunity, známé pod zkratkou AIDS. Ve frankofonních zemích se užívá zkratka SIDA a v ruštině je nemoc označována zkratkou SPID.“ (Holub a kol. 1993, s. 12)

Je zajímavé, že ještě před zkratkou AIDS se užívala zkratka GRIDS, která byla pro spojení Gay Related Immunodeficiency syndrom, jelikož se AIDS vyskytovala hlavně mezi homosexuálními pacienty.

Doktor Dvořák ve své knize *Ve stínu AIDS* (1993, s. 8-9) hovoří o tom, že v květnu roku 1981 obdrželo Centrum pro kontrolu nemocí v Atlantě, USA, které představuje jedno ze středisek americké služby veřejného zdravotnictví, od Dr. Michaela S. Gottlieba a jeho čtyř spolupracovníků z Kalifornie zdánlivě nezajímavou zprávu. Dr. Gottlieb hlásil, že „pět mladých mužů, vesměs homosexuálů, žijících v Los Angeles, onemocnělo v období od září 1980 do května 1981 vzácnou formou zánětu plic vyvolanou parazitem pneumocystis carinii. Dva z nemocných zemřeli. Mimo zmíněný zánět plic trpěli všichni kvasinkovými infekcemi sliznic. Zmíněná forma zánětu byla poprvé popsána dvěma českými vědci, patologem prof. MUDr. J. Vaňkem a parazitologem akademikem O. Jírovcem, v roce 1951. Zpráva Dr. Gottlieba právem upoutala pracovníky Centra a proto ji již 5. července 1981 publikovali ve svém týdenním bulletinu. O něco později došla do Atlanty obdobná zpráva z druhé strany severoamerického kontinentu. Dr. A. Friedman – Kein z New Yorku a jeho téměř 50 spolupracovníků z New Yorku i z Kalifornie oznamovali, že mezi svými pacienty v městech New York, Los Angeles a San Francisco zjistili 26 mladých homosexuálních mužů, kteří onemocněli v době od září 1978 do června 1981 vzácným metastazujícím kožním nádorem, zvaným Kaposiho sarkom. Taktéž tato zpráva byla otištěna 3. července 1981. Byly to dvě první zprávy o výskytu AIDS na Zemi. Dodnes je čteme pro jejich přesnost a úplnost s obdivem.

Po prvních dvou zmíněných zprávách byla vytvořena federální pátrací skupina, která stanovila předběžnou definici nového onemocnění a navázala spolupráci se všemi státními

epidemiology Unie. Během několika týdnů bylo zjištěno, že onemocnění se vyskytuje na území USA nejméně od roku 1979 a to v daleko větším rozsahu než se předpokládalo. Bylo zjištěno, že onemocnění postihuje i intravenózní narkomany obou pohlaví a heterosexuální muže trpící chorobnou krvácivostí (hemofilií), kteří byli léčeni krevními nebo plasmatickými koncentráty. Onemocnění bylo v relativně vysokém počtu zjištěno i u Hait'anů. Ojediněle byly mezi nemocnými zjištěny i ženy a ojediněle i děti narozené matkám – narkomankám. Do konce roku 1981 dosahoval počet obětí nové nemoci půl druhé stovky případů a jejich počet se týdně zvyšoval (Dvořák, 1992, s. 8-9).

Roku 1981 Dr. Gottlieb se spolupracovníky tedy popsal také onemocnění ve speciálním medicínském magazínu, jeho vznik však stále nebyl znám, nevědělo se, jaký bude mít vliv zdravotní, mravní, sociální, náboženský, politický a právní na lidstvo.

V literatuře se také lze setkat s různými hypotézami o vzniku tohoto onemocnění, byly zformulovány hlavní tři hypotézy, které se projednávaly, avšak nějaké byly hned zavrhnuty. Je nutné zde zdůraznit, že tyto hypotézy jsou pouze hypotetické a proto je nemůžeme brát za pravdivé.

První hypotéze se říká tzv. Opičí, kvůli vzniku původu. Její zastánci jsou toho názoru, že „některé kmeny ve Střední Africe, používaly čerstvou opičí krev pro posilování pohlavní výkonnosti. Krev z opic si členové kmenu vtírali do hluboce rozškrábané kůže. Věřili, že tím na ně přijde i ona výkonnost. Odborníci předpokládají, že tím mohlo dojít k přenosu opičího viru imunity do krve člověka, k jeho přeměně na HIV dnešní podoby a účinnosti. Tato hypotéza se také opírá o několik prokázaných případů HIV pozitivitu před rokem 1981. Např. v Portugalsku, Norsku, Velké Británii. V literatuře se uvádí, že to byli námořníci, kteří navštívili Afriku, a tam se pravděpodobně v přístavních nevěstincích nakazili.“ (Holub a kol. 1993, s. 9)

V této souvislosti se také profesor Holub ve své knize *AIDS a my* opírá o fakt, že virus HIV existoval na světě i v minulých staletích. Např. údajně Erasmus Rotterdamský zemřel na následky nemoci AIDS, bohužel dnešní věda i poznání tyto skutečnosti nemůže ani prokázat, ani vyvrátit.

Z dalších hypotéz byl názor vědců z bývalé NDR. Ti podle Holuba (1993, s. 9) vypracovali absurdní studii, v níž se snažili prokázat, že virus HIV byl přirovnán v USA jako biologická zbraň a zkoušen na věznicích dobrovolnících, kteří po propuštění na svobodu rozšířili virus mezi americkou populaci. Po prozkoumání všech faktů došli odborníci k názoru, že šlo o vykonstruovanou studii.

Třetím názorem, který uvádí profesor Holub je dopad Božího trestu na lidstvo za amorální promiskuitní život a sexuální revoluci, která počala v 60. letech tohoto století.

Můžeme tedy uvádět různé názory i hypotézy. Nic to však nemění na skutečnosti, že lidstvo v současné době nemá k dispozici účinný lék, který by onemocnění vyléčil, nebo očkovací vakcínu, která by účinně zabránila dalšímu šíření epidemie. Tím, že postihuje imunitní systém, má dlouhou inkubační dobu, dotýká se intimních stránek života a dodnes je nevyléčitelná, se stala nemoc AIDS novodobým morem lidstva.

Původcem onemocnění AIDS je virus, který je dnes známý jako HIV. Virus HIV byl objeven v letech 1883 – 84, ale až v roce 1986 bylo mezinárodně dohodnut označení HIV. Profesor Mirek Grmko, pracovník z Pařížského Pasteurova ústavu ve svých publikacích uvádí, že AIDS na světě existoval již před 200 lety. Jako jeden z příkladů poukazuje na záznam z deníku neapolského dermatoverenologa Tommasa De Amici z roku 1782. Tento lékař ve dvanácti případech určil diagnózu zvláštního onemocnění, které krátce před tím objevil vídeňský lékař, po kterém bylo onemocnění pojmenováno, Kaposiho sarkom. Nemocní byli vesměs muži mezi 39 – 45 lety a jejich stav se rychle zhoršoval.

„Řada vědců vyslovila hypotézu, že HIV a tím i AIDS existovaly již v minulých letech, a dokumentovali to i některými fakty a skutečnostmi, které tuto hypotézu mohou podpořit. Není však známo, zda tehdy virus zabíjel a jak. Epidemie pravděpodobně nebyly. Virus, který existoval, se stával selekcí postupně silnějším a našel v lidském organismu dobrého hostitele.“

(Holub a kol. 1993, s. 10-13)

1.3 Virus HIV

Virus HIV patří k retrovirům. To jsou viry, které obsahují RNA a nikoliv DNA. V případě, že HIV vnikne do lidského organismu, napadá především bílé krvinky nazývané T-lymfocyty. Obrazně řečeno: virus HIV má speciální zástrčku, která je maximálně přizpůsobena na zásuvku, kterou má T-lymfocyt. Prostřednictvím tohoto spojení vnikne HIV snadno do T-lymfocytu a díky tzv. reversní transkriptáze, kterou s sebou nese, se přepíše RNA obsažená v HIV do genetického kódu DNA v T-lymfocytu.

Profesor Holub (1993, s. 12) říká: „Když se HIV zapíše do genetického kódu T-lymfocytu, zásadně ovlivní vlastnosti této bílé krvinky. Za určitých okolností se z T-

lymfocytu stane taková malá továrnička na výrobu HIV, který se díky hostitelské buňce množí, poráží buněčnou blánu T-lymfocytu a takto se HIV jednak dostává do krve a napadá další T-lymfocyty a současně poškozují a ničí původní hostitelskou buňku. Celý proces se potom opakuje a počet T-lymfocytů se rychle snižuje. Jedná se o složitý pochod a uvedené proniknutí je zde uvedeno velmi zjednodušeně, aby bylo zřejmé, co HIV v těle člověka způsobuje a z čeho pramení tak velké obavy z nemoci AIDS.“

„T-lymfocyt je bílá krvinka, která je důležitou součástí imunitního systému člověka. Právě v působení HIV na genetickou informaci hostitelských buněk se nejvíce projevuje zákeřnost HIV a jeho smrtelné nebezpečí. Aby to nebylo až tak „jednoduché“, HIV napadá v lidském těle ještě další buňky. Jsou to makrofágy (bílé krvinky odpovědné za odstranění cizorodých látek) a některé buňky centrálního nervového systému.

Pro porovnání hodnot T-lymfocytů u HIV negativního a HIV pozitivního člověka je zajímavé vědět, že HIV negativní člověk má v průměru 500-1500 T-lymfocytů v jednom mililitru krve a HIV pozitivní člověk jich má v pokročilém stádiu infekce méně než 200.

HIV se prakticky dostane do všech částí těla. Především se nachází v krvi, spermatu a poševním sekretu. I sliny, slzy a pot infikovaného člověka obsahují HIV. Z hlediska přenosu je však nebezpečná infikovaná krev, sperma a poševní sekret.“ (Holub a kol. 1993, s. 12-13)

1.3.1 Epidemiologická charakteristika infekce HIV

Zdrojem nákazy je infikovaný člověk, ať již zdravý nebo nemocný. Zhruba za 6-8 týdnů po infekci se asi u 50% infikovaných osob objeví tzv. primární onemocnění, připomínající chřipku, někdy syndrom monocytární angíny, projevující se teplotou, nočními poty, únavností, bolestí v kloubech, zvětšením některých uzlin, někdy i vyrážkami. Onemocnění samo odezní během 1-2 týdnů. Zhruba druhá polovina infikovaných osob zůstává zcela bez klinických projevů. Všechny infikované osoby jsou však nosiči viru a představují nebezpečné zdroje nákazy pro další vnímavé osoby (Šejda, 1993).

Epidemiologické důkazy, které jsou až dosud ve světě k dispozici, zcela jasně prokazují, že přenos HIV se uskutečňuje pouze prostřednictvím krve, spermatu či poševního sekretu, a to v jakémkoliv stádiu infekce. Pro infekci HIV je rozhodující zanesení viru do krevního oběhu vnímavé osoby. To lze uskutečnit pouze:

-nechráněným pohlavním stykem s infikovanou osobou

-prostřednictvím krve či krevních produktů obsahujících HIV

-přenosem z infikované matky na plod nebo novorozence

(Šejda, 1993, s. 19)

1.3.2 Způsoby přenosu HIV infekce

„Pro způsob přenosu viru HIV je určující jeho přítomnost v krvi a sekretech pohlavního ústrojí (sperma a vaginální sekret) nakažených osob. V ostatních tělesných tekutinách, jako jsou slzy, sliny, pot, moč se za normálních okolností (bez příměsí krve) virus vyskytuje v minimálním množství a tento biologický materiál nemá v přenosu HIV infekce prakticky význam.

Sexuální přenos HIV představuje v současné době hlavní cestu šíření této infekce. Sliznice pohlavního ústrojí nepředstavují na rozdíl od neporušené kůže účinnou bariéru proti vstupu HIV do organismu a vzhledem k vyšší vnímavosti sliznice v konečníku je nejrizikovější sexuální praktikou receptivní anální pohlavní styk. Riziko přenosu HIV významně zvyšuje současná přítomnost jiných sexuálních přenosných infekcí (herpes genitalis, syfilis, lues).

K parenterálnímu přenosu HIV infekce docházelo zvláště na počátku pandemie často v souvislosti s poskytováním zdravotní péče (podávání kontaminované krve a krevních derivátů, popřípadě používání nesterilních nástrojů), vzhledem k povinnému vyšetření krve od dárců a nutnosti důsledného dodržování zásad dezinfekce a sterilizace je v současné době možnost nosokomiálního přenosu HIV infekce prakticky eliminována. Významnou roli však má stále parenterální přenos HIV při šíření této infekce mezi injekčními toxikomany.

V průběhu těhotenství, především pak během porodu, existuje riziko vertikálního přenosu HIV infekce z matky na dítě. Za přirozených podmínek se toto riziko pohybuje kolem 20-25%, jisté nebezpečí přenosu infekce existuje i při kojení. Při využití všech současně dostupných možností farmakologické (antiretrovirotika) i nefarmakologické (způsob vedení porodu aj.) profylaxe lze toto riziko snížit o 2-3%.“ (Connor et al., 1994).

„Osoby s HIV infekcí jsou při vyhledání zdravotnické péče povinny podle zákona č. 258/2000 Sb. ošetřující personál o své HIV pozitivitě informovat, stejně tak i ostatní osoby, kterým by hrozilo nakažení (sexuální partneři, ostatní osoby v těsném kontaktu, např. při krvavém poranění apod.)“ (Walter, 2003).

Černý a Machala (2007, s. 23-24) podotýkají, že při vyšetřování a ošetřování HIV pozitivních pacientů přenos HIV infekce při důsledném dodržování zásad bezpečnosti práce nehrozí. Dojde-li při provádění invazivních zákroků k poranění kontaminovaným předmětem (jehla, skalpel apod.) nebo k zasažení sliznic infekčním materiálem, je třeba zahájit postexpoziční profylaxi. Tato profylaxe spočívá jednak v řádném ošetření poranění, jednak v podávání antiretrovirových léků. Tyto léky jsou trvale k dispozici v regionálních AIDS centrech při infekčních odděleních krajských nemocnic (Praha FN Na Bulovce, Ústí nad Labem, Hradec Králové, Ostrava, Brno, České Budějovice, Plzeň) a na těchto pracovištích jsou také odborníci, kteří mohou v nejasných případech poskytnout konzultaci.

1.4 Nemoc zvaná AIDS

Infekce vyvolaná virem lidské imunodeficiencie (HIV) a široké spektrum klinických obrazů, které charakterizují jednotlivá stadia onemocnění. Když se HIV dostane do organismu, napadá, případně zabíjí součást našeho imunitního tj. obranného systému, který nás chrání před nejrůznějšími infekcemi. Mnohé z těchto infekcí nás za normálních okolností neohrožují, ale když HIV oslabil naši imunnoschopnost, mohou se i tyto stát smrtelnými. Víme, že může určitou dobu přežít v lidském organismu, aniž by vyvolal příznaky onemocnění. Zhruba dle délky působení viru na lidský organismus můžeme toto infekční onemocnění rozdělit na stadium asymptomatické – bezpříznakové a stadium symptomatické, které je již charakterizováno určitými klinickými příznaky. Je tedy důležité rozlišovat lidi HIV infikované, ale zatím bez příznaků onemocnění – to jsou tzv. asymptomatictí HIV nosiči – a lidi HIV infikované již s klinickými příznaky onemocnění. Podle Holuba (1993, s. 18) klasický průběh onemocnění vyvolaného virem lidské imunodeficiencie můžeme rozdělit na několik etap:

- Stadium akutní infekce
- Stadium asymptomatického nosičství
- Stadium generalizovaného (povšechného) zduření mízních uzlin (PGL)
- Stadium ARC (AIDS related complex – prae AIDS)
- Stadium rozvinutého onemocnění – AIDS

1.4.1 Stadium akutní infekce

Pokud je člověk infikován HIV, ať už při nechráněném sexuálním styku s HIV pozitivním jedincem, nebo použitím infikované jehly či stříkačky u nitrožilních narkomanů, či příjmem krve od HIV pozitivního dárce, dojde obvykle do 6 týdnů k akutní infekci. Toto stadium akutní infekce, označované někdy jako žlázová horečka, se může projevit některým z těchto klinických příznaků; teplotou, celkovou únavou, bolestmi kloubů a svalů, zduřením nejčastěji krčních mízních uzlin, bolestmi krku, někdy i zvětšením jater a sleziny, na kůži některých lidí se objeví prchavé vyrážky, zřídka se mohou objevit i nejrůznější neurologické příznaky. Všechny tyto příznaky většinou během týdne odeznějí a pacient je zcela bez problémů. U některých lidí se stadium akutní infekce nemusí vůbec klinicky projevit. Stadium akutní HIV infekce se podaří klinicky rozpoznat jen vyjimečně (Holub a kol. 1993).

1.4.2 Stadium asymptomatického nosičství

Včasné fázi infekce je většina pacientů bez jakýchkoliv příznaků onemocnění, cítí se dobře, zcela bez problémů. Z hlediska klinických příznaků nelze tedy toto stadium diagnostikovat. O infekci HIV svědčí jen pozitivní průkaz protilátek proti HIV.

A právě v tomto stádiu je velmi nutné infekci diagnostikovat. V této fázi lze úspěšně terapeuticky zasáhnout, zpomalit rozšiřování viru v organismu člověka a napadání dalších buněk imunitního systému (Holub a kol. 1993).

1.4.3 Stadium generalizovaného (povšechného) zduření uzlin

Po stadiu bezpříznakového nosičství, které může trvat i více než 10 let, pokud je pacient v kvalitní zdravotnické péči, část pacientů přechází do stadia generalizovaného zduření uzlin – PGL (Persistent Generalised Lymphadenopathy). Nejčastěji se zvětšují uzliny krční, v podpaží, za ušními boltci, ale i v dutině břišní. Asi u 1/3 pacientů bývá i zvětšení sleziny. Zduření uzlin může přetrvávat více než 3 měsíce a musí být samozřejmě vyloučeny jiné choroby, které se mohou projevit také zvětšením uzlin. Při imunologickém vyšetření nacházíme, již mírné postižení obranného systému (Holub a kol. 1993, s. 19).

1.4.4 Stadium ARC (AIDS Related Complex – prae AIDS)

Další fází infekce je stadium ARC. Je charakterizováno přímým působením HIV na organismus. Klinické příznaky, charakterizující toto stadium, jsou především teploty, trvající více než jeden měsíc, a nemusí být spojeny s jinými příznaky. Dalším symptomem je ztráta tělesné hmotnosti o nejméně 10% během tří měsíců. Dále průjemem, který trvá více než 1 měsíc, bez příčiny v dietní chybě, či způsobením infekčního nebo parazitárního činitele. Často se objevuje výrazná únava, která redukuje fyzickou aktivitu, a nevysvětlitelné noční pocení. Mohou se objevit i příznaky zvýšené podrážděnosti, změna osobnosti, poruchy paměti. V některých případech nejrůznější neurologické projevy ze strany centrálního nervového systému nebo periferních nervů. V této fázi bývá již postižen imunitní systém pacienta, někdy i změny v krevním obrazu i v dalších speciálních vyšetřeních (Holub a kol. 1993, s. 20).

1.4.5 Stadium rozvinutého onemocnění – AIDS

Pravděpodobně ne u každého pacienta, infikovaného HIV, se objeví onemocnění AIDS. Holub a kol. (1993, s. 20-21) uvádějí studie, které ukazují, že k progresi k AIDS dojde asi u 60% infikovaných lidí do 7 let. Je nepochybné, že dlouhodobější pozorování ukáže vyšší procento pacientů, kteří onemocní AIDS. Víme, že AIDS je charakterizován úplným selháním obranyschopnosti pacienta. Virus zničil imunitní systém natolik, že pacient onemocní nejrůznějšími virovými, bakteriálními, parazitárními či plísňovými chorobami, které mohou být pro HIV infikovaného pacienta smrtelné.

Jsou dvě hlavní klinické manifestace onemocnění AIDS: nádory a oportunní (příležitostné) infekce. Nejčastějším nádorem je Kaposiho sarkom, méně častý je lymfom či šupinatý karcinom v ústech nebo na sliznici konečníku.

Nejběžnější a nejnebezpečnější z oportunních infekcí je zápal plic, způsobený prvokem *Pneumocystis carinii*. Neléčený nebo špatně léčený zánět je vždy smrtelný. *Pneumocystovou* pneumonií v současné době dovedeme nejen léčit, ale i předcházet jí různými preventivními opatřeními. Závažnou plicní komplikací jsou i další záněty, vyvolané nejrůznějšími bakteriemi (hlavně TBC) i ostatními infekčními agens. Trávící trakt může být infikován nejrůznějšími parazity, prvoky, plísněmi či jinými vyvolateli infekčních onemocnění. Toto postižení se projeví těžkými neovladatelnými průjmy, které vedou k vyhubnutí pacienta a rozvratu jeho vnitřního prostředí. Často se setkáváme u těchto pacientů s nejrůznějšími kožními projevy. Velmi nepříjemnou komplikací pro tyto nemocné je výskyt

plísni a to nejen na kůži, ale i na sliznicích, hlavně v dutině ústní. Pokud pacient včas nevyhledá lékaře, může plíseň prorůst i dále do zažívacího traktu a způsobit těžké potíže při polykání. Neurologické komplikace u pacientů s AIDS jsou běžné a mají velmi široké spektrum klinických obrazů – od bolesti hlavy, ztráty paměti, změny osobnosti až po poruchy hybnosti, křeče, ztráty vědomí. K postižení mozku či nervů může dojít buď přímým působením viru, nebo výskytem nejrůznějších oportunních infekcí či nádorů. Běžnou komplikací zvláště u homosexuálních mužů je zánět sítnice vyvolaný cytomegalovirem, který může způsobit až oslepnutí. Vyžaduje celoživotní terapii (Holub a kol. 1993, s. 20-21).

1.5 Testy na HIV

Nepřímé metody

Přítomnost viru HIV lze prokázat ve vzorku odebrané krve. Průkaz se provádí nejčastěji nepřímými metodami, umožňujícími detekci protilátek vytvořených organismem jako odpověď na přítomnost viru, nebo méně často přímými metodami, umožňujícími průkaz samotného viru nebo některé z jeho složek.

Tyto metody (jako například ELISA) umožňují průkaz protilátek jako odpověď na přítomnost viru, nikoli však průkaz viru samotného nebo jeho složek.

Přímé metody

1. *Izolace samotného viru z lymfocytů* představuje velmi nákladnou techniku, jejíž použití je vyhrazeno pouze pro výzkumné účely.

2. *Průkaz virového antigenu* se provádí přímo v séru. Přítomnost antigenů v krvi je zjistitelná záhy po infekci, ale pouze po přechodnou dobu. Antigeny totiž zpravidla zmizí, jakmile se objeví protilátky, a objevují se znovu v období rozvinutého onemocnění.

3. *PCR*: A nakonec jedna z nejnovějších technik označovaná jako PCR (z anglického Polymerase Chain Reaction), založená na amplifikaci části genetického materiálu HIV (DNA), a to až milionkrát. Tato metoda umožní prokázat přítomnost i velmi malého množství viru v krvi. V současné době se PCR provádí pouze v Národní referenční laboratoři v Praze. (AIDS Info)²

² <http://aids.alms.cz/cz/aids-fakta-109.php>

ELISA

Provedení techniky ELISA vyžaduje zpravidla několik hodin. Dnes jsou však již k dispozici rychlé diagnostické testy, pomocí nichž obdržíme výsledek do několika minut. Tyto výsledky je však třeba ověřit, neboť jsou nepřesné. Dále se testy, které dnes máme k dispozici, vyznačují stále vyšší citlivostí a specifitou. Umožňují tedy dřívější průkaz sérokonverze (vzestup hladiny protilátek), ke které dochází po infekci virem. (AIDS Info)³

Před odběrem krve na vyšetření infekce HIV je samozřejmě nezbytný informovaný souhlas pacienta. Diagnostika je běžně založena na detekci anti-HIV protilátek. Rutinně se nejčastěji vyšetřuje přítomnost protilátek proti obalovým proteinům pomocí testu ELISA. Pokud dojde k potvrzení nálezu, doplňuje se ještě konfirmační test (western blot). Toto vyšetření zatím provádí v ČR pouze Národní referenční laboratoř pro AIDS. V séroprevalenčních studiích jsou používány i méně spolehlivé testy, stanovující přítomnost specifických sekrečních protilátek (IgA) ve slinách.

Využívají se také screeningových testů pro rychlou diagnostiku (krevní i slinné). Jejich případná pozitivita musí být vždy ověřena klasickými testy krevními (ELISA, western blot).

„Přímý průkaz viru, jeho antigenů či nukleových kyselin se provádí jen ve specifických indikacích. Mezi ně patří vyšetření novorozenců HIV pozitivních matek, kdy se zjišťuje přítomnost virového genomu v leukocytech z pupečnickové krve. Případný pozitivní nález je jednoznačným důkazem vertikální infekce. Jinou indikací je potřeba sledování průběhu infekce HIV a odpovědi na podávanou antiretrovirovou léčbu. V tomto případě se vyšetřuje virová nálož (viral load, tj. počet kopií HIV RNA v 1 ml periferní krve) pomocí real-time PCR. Toto vyšetření se používá i při časném 14 průkazu nově vzniklé infekce a při testování bezpečnosti krve v transfuzní službě. Test detekující přítomnost antigenu p24 v krvi je určen pro průkaz včasné infekce, kdy se ještě nezačaly tvořit protilátky. Kultivace viru je využívána především pro experimentální účely.“ (Beneš, 2009)

³ <http://aids.alms.cz/cz/aids-fakta-109.php>

1.6 Léčba

Současně s tím, jak se rozbíhala kampaň „Stop AIDS“, přišel v roce 1987 i léčebný průlom v podobě schválení prvního antiretrovirálního léku, AZT (azidothymidine). AZT nebyl kouzelným prostředkem, ale byl to začátek. Záhy však začalo být zjevné, že tento lék bude extrémně drahý, a bude tudíž pro většinu světové populace nedostupný. Měl rovněž vážné vedlejší účinky. Navíc zde byl další aspekt: lék sice na jedné straně prodlužoval život některých HIV pozitivních lidí a dokázal zabránit přenosu nákazy z matky na dítě, na druhé straně však epidemiologové argumentovali tím, že jeho užívání bude znamenat vzestup počtu infikovaných lidí schopných přenést nákazu na jiné. Ve vědeckých kruzích se rozhořely vášnivě debaty na téma práva jedince versus diktáty veřejného mínění (Dobsonová, 2009, s. 199-201).

Doktorka Dobsonová (2009, s. 200) mluví ve své knize také o tzv „koktejlů“, který dostal zelenou téměř o desetiletí později. Jedná se o „koktejl“ tří či více účinných antiretrovirálních léků (známých pod anglickou zkratkou HAART – *highly active antiretroviral therapy*, tedy vysoce aktivní antiretrovirální terapie). V Severní Americe a v Evropě začala být účinnost této kombinační terapie známá pod pojmem „Lazarův efekt“. Lidé nakažení HIV, kteří by kdysi museli zemřít na AIDS, se nyní vraceli do normálního života. V USA a Kanadě v letech 1996 až 1997 úmrtnost na HIV/AIDS významně klesla.

Podobné úspěchy začínaly být zjevné i v některých částech západní Evropy. Léky nemoc neléčí, ale díky zpomalení postupu viru, potlačení jeho dělení a zabránění v tom, aby rychle zničil imunitní systém, znamenala kombinační terapie průlom. Také další léky, především antibiotika a analgetika, pomáhají ve spojení s vakcínami a dlouhodobou lékařskou péčí zabránit druhotným infekcím v tom, aby si vybíraly svou smrtící daň. V bohatších státech už HIV na konci 20. Století neznamenal nevyhnutelná rozsudek smrti.

Cena těchto léků je však mimořádně vysoká a v zájmu zachování života musejí být užívány denně. Lidé s HIV, ať už ve velkoměstech, nebo v odlehlých vesničkách, potřebují testování, diagnostikování, konzultace, léčbu a sledování. Tyto preparáty mohou do života lidí vnést podivuhodný rozdíl – brání například přenosu infekce z těhotných matek, které jsou HIV pozitivní, na nenarozené dítě. Ale jak by se tyto léky mohly dostat k infikovaným v chudších státech?

„V roce 1996 byl založen UNAIDS (United Nation Programme on HIV/AIDS - Společný program OSN pro HIV/AIDS), – první organizace OSN zaměřená výhradně na boj s krizí AIDS. V roce 2000 podepsalo několik vědců ze 189 států Deklaraci angažovanosti, v níž vyjadřovali naději, že díky mezinárodnímu úsilí „*věda jednoho dne zvítězí nad AIDS stejně, jako zvítězila nad pravými neštovicemi...*“.

Na 11. Mezinárodní konferenci o AIDS, která se konala roku 1996 v kanadském Vancouveru, bylo přijato heslo „Jeden svět, jedna naděje“ , jelikož naděje existuje vždycky. V posledních několika letech snížily farmaceutické firmy ceny léků pro chudší státy a k mání jsou levnější generické alternativy. Celosvětové fondy vynakládané především na antiretrovirální léky v rozvojových zemích se od roku 2000 ztrojnásobily a nyní má z těchto léků prospěch zhruba 1,3 milionu lidí v rozvojových státech – třebaže stále ještě jde jen o malý zlomek těch, kdo potřebuje klinickou péči. V současné době vzniká mnoho charit, mezi významné americké charity, můžeme zařadit Nadaci Billa a Madelindy Gatesových, kteří vynakládají na výzkum AIDS značné fondy; rockové hvězdy jako Bono Vox upozorňují na krizi AIDS; koncerty jako například akce „Live 8“ v roce 2005, zorganizované Bobem Geldofem, zvyšují povědomí o AIDS. Možná nejlepší nadějí na ukončení pandemie AIDS je vakcinace. Zkoušky různých vakcín už se provádějí, ale navzdory úsilí imunologů během uplynulých 25 let se vědcům doposud nepodařilo vyvinout úspěšnou vakcínu, zčásti kvůli rychlosti, s jakou virus HIV dokáže mutovat, a vyhnout se tak jak vypátrání, tak likvidaci.“ (Dobsonová, 2009)

V této kapitole je důležité vyzdvihnout jméno profesora Antonína Holého, velmi uznávaného českého chemika a virologa. Zabývá se syntesou antimetaboliků jako léčiv proti leukemii, rakovině a virovým onemocněním včetně hepatitidy a AIDS. Jeho velkým objevem a do dnešní doby nepřekonaným je nález léku Viread. Byl schválen v USA roku 2001 a je stále v současnosti jedním z nejúčinnějších léků proti AIDS. Viread významně zvyšuje kvalitu života osobám trpícím onemocněním AIDS a stal se nadějí milionů HIV pozitivních lidí na celém světě. (Vysoká škola chemicko-technologická)⁴

⁴ <http://www.vscht.cz/homepage/tisk/ovvk/akce2006/cestnydoktorat>

2. ČASOVÁ PŘÍMKA

Časová přímka, je souhrn podstatných dat, činů, nálezů, a událostí, spojených s HIV a AIDS.

1981 Střediska pro kontrolu a prevenci nemocí v USA informují o pěti pacientech s nezvyklou imunitní nedostatečností

1982 V USA se začíná razit termín AIDS – syndrom získané imunitní nedostatečnosti.

Činnost zahajují Sanfranciská nadace AIDS, Losangelský projekt AIDS, zdravotní krize homosexuálních mužů v New Yorku a Fond Terrence Higginse se sídlem v Londýně

1982 – 1983 První zaznamenané případy AIDS u hemofiliků, kteří dostali faktor VIII z kontaminované krve.

1983 V Africe je zjištěna epidemie AIDS mezi heterosexuály.

1984 Virus působící AIDS (později nazývaný HIV neboli virus lidské imunitní nedostatečnosti) je identifikován laboratořemi v USA a ve Francii.

1985 Jsou schváleny testy na kontrolu protilátek proti HIV a krevní banky v USA začínají s kontrolami na HIV.

Hollywoodská hvězda Rock Hudson (1925-1985) umírá na AIDS.

Zimbabwe se stává první rozvojovou zemí, která kontroluje veškerou krev před transfúzemi. V roce 1990 zde byla předpokládaná délka života při narození 52 let; do roku 2003 činila 34 let.

V Atlantě v americkém státě Georgia se koná první konference k AIDS.

1986 Mezinárodní výbor pro taxonomii virů doporučuje používat termín HIV.

Prezident Reagan poprvé použije slovo AIDS na veřejnosti

Ve Velké Británii je ustanoven vládní výbor pro AIDS a je otevřeno první středisko pro výměnu jehel v Británii.

Krevní vzorek odebraný v roce 1959 v Zairu (dnešní Koňgské demokratické republice) se při testech ukáže jako pozitivní na přítomnost HIV.

1987 Do roku 1987 ohlásí Světová zdravotnická organizace (WHO) 71 751 případů AIDS; 47 022 z nich je v USA.

WHO zahajuje svůj Světový program boje proti AIDS a odhaduje, že na světě by mohlo být infikováno HIV 5 až 10 milionů lidí. V USA a v Evropě probíhají kampaně „Zastavte AIDS“.

Americký úřad pro potraviny a léky (FDA) schvaluje AZT (azidothymidin, první antiretrovirální lék na HIV/AIDS). Americký vědec Robert Gallo (nar. 1937) a francouzský vědec Luc Montagnier (nar. 1932) jsou uznáni jako spoluobjevitelé HIV.

1988 Počet případů AIDS se na celém světě prudce zvýší o 56%.

WHO vyhláší 1. prosince jako první Světový den boje proti AIDS.

1989 V prosinci 1989 vzniklo v Československu sdružení Společnost AIDS pomoc (SAP)

1990 Společnost AIDS pomoc je zaregistrována Ministerstvem vnitra ČR, stává se NNO

1991 Na AIDS umírá Freddie Mercury (1946 – 1991) z rockové skupiny Queen.

Mezinárodní symbolem uvědomělosti vůči AIDS stává rudá stuha.

1992 AIDS se stává prvořadou příčinou smrti u amerických mužů mezi 25 a 44 lety.

1993 Na komplikace vyvolané AIDS umírá Arthur Ashe (1943 – 1993), afroamerický tenista. HIV se nakazil při krevní transfúzi při operaci srdce. Po rozdělení Československa je společnost přejmenována na Českou společnost

- AIDS pomoc (ČSAP); do čela organizace přichází Jiří Horský
- 1995** V USA je schválena k použití vysoce aktivní antiretrovirální terapie (HAART).
- WHO oznamuje, že od počátku epidemie byl hlášen jeden milion případů AIDS a 19,5 milionu se nakazilo HIV.
- 1996** Je ustaven Společný program OSN pro HIV/AIDS (UNAIDS), jehož cílem je prosazovat celosvětový postup proti pandemii AIDS.
11. Konference o AIDS v kanadském Vancouveru přijímá motto : „Jeden svět, jedna naděje“.
- V New Yorku je ustavena Mezinárodní iniciativa za vakcínu proti AIDS, jež má urychlit její hledání. V té době už žije 90% všech lidí nakažených HIV v rozvojovém světě.
- 1997** Počet úmrtí souvisejících s AIDS v USA klesá oproti předchozímu roku o více než 40% především díky HAART.
- 1998** V USA začíná první plnohodnotná zkouška vakcíny proti HIV.
- 1999** V České republice proběhlo slavnostní otevření Domu světla.
- 2000** V Jihoafrické republice se koná 13. Mezinárodní konference o AIDS (první uspořádaná v rozvojové zemi), která má zvýšit povědomí o světové povaze epidemie. Součástí Rozvojových cílů tisíciletí je zvrátit šíření HIV/AIDS, malárie a tuberkulózy.
- 2001** V Americe schválen lék zvaný Viread, byl nalezen díky výzkumu českého chemika a přírodovědce prof. Antonína Holého, je to do dnešní doby neúčinnější dostupný lék na AIDS
- 2002** Založení Světového fondu boje proti AIDS, TBC a malárii.
- 2003** V Den světového boje proti AIDS zahajují WHO a UNAIDS iniciativu, jež má 3 milionům lidí v rozvojovém světě zajistit do roku 2005 antiretrovirální léčbu.

- 2004** UNAIDS zakládá Světovou koalici pro ženy a AIDS, aby zviditelnila dopad této nemoci na ženy a dívky na celém světě.
- 2005** Ve Velké Británii se v Edinburghu koná summit států G8 zaměřený na rozvoj v Africe, včetně boje proti HIV/AIDS.
- V Londýně se koná koncert „Live 8“, aby se zvýšila uvědomělost vůči HIV/AIDS.
- Na historické společné tiskové konferenci WHO, UNAIDS, vlády USA a Světového fondu boje proti AIDS, TBC a malárii jsou vyhlášeny výsledky společného úsilí o zvýšení dostupnosti retrovirálních léků rozvojových zemích.
- 2006** Generální tajemník OSN Kofi Annan vyzývá mezinárodní společenství, aby nadále bojovalo za získání kontroly nad světovou epidemií AIDS.
- 2009** Barac Obama zrušil zákon o zákazu vstupu do USA pro lidi s virem HIV

(Dobsonová, 2004, s. 192-195)

(VŠCHT)⁵

(Zdravotnické Noviny)⁶

⁵ <http://www.vscht.cz/homepage/tisk/ovvk/akce2006/cestnydoktorat>)

⁶ <http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicke-noviny/obama-rusi-narizeni-zakazujici-lidem-s-hiv-cestovat-do-usa-447789?category=ze-zahranici>)

3. SITUACE V JIŽNÍ AFRICE

Začátkem této kapitoly, bych chtěla zdůraznit, že ačkoliv je zaměřená na oblast celou oblast jižní Afriky, budu se zde zaměřovat hodně na současnou problematiku s touto epidemií v Zimbabwe, jelikož jsem měla možnost v této zemi získávat aktuální informace, v průběhu své stáže zde, na konci loňského roku, tedy roku 2011.

3.1 Šíření onemocnění HIV/AIDS v zemích jižní Afriky

„Retrovirus HIV se vyskytuje v několika mutacích, které se vzájemně liší stupněm virulence a pravděpodobností nákazy. Celosvětově nejrozšířenějším typem je virus HIV – 1, který způsobuje většinu onemocnění v zemích jižní Afriky. V západní Africe se často vyskytuje rovněž typ HIV – 2. Ve výrazně nižší míře byl tento druh diagnostikován také v Angole, Mosambiku, Zimbabwe a Jihoafrické republice. V obou případech dochází k přenosu infekce tělesnými tekutinami.“ (Mojžíšová, 2004)

3.1.1 Počátek šíření v Africe

Roku 1983 byla v Africe zjištěna epidemie AIDS mezi homosexuály. Vědci se domnívají, že tato epidemie se v Africe šířila již dříve, vzhledem k tomu, že nemoc má až desetiletou inkubační dobu.

Jednou z prvních nejkontroverznějších teorií byla hypotéza „vzpomínek na Afriku“, jež vedla mnohé k námitce, že Afrika je „obviňována“ z toho, že se do světa smrtící mikroby vypustila.

Stejně tak jako na Západě, tak i v počátečních stádiích AIDS v Africe, převládalo popírání, vzájemné osočování a směsice moralistických a vědeckých vysvětlení. Vlády všech zemí, si v té době velmi pomalu uvědomovali, co v budoucnosti přijde. Bylo pro ně velmi těžké pochopit a vypátrat, co se ve skutečnosti děje, jelikož jim to ztěžovala délka inkubační doby a nedostatečnost specifických symptomů, spojených s epidemií AIDS.

Během několika let se nemoc rozšířila ze subsaharské Afriky na východ, západ, sever a jih po trasách tzv. Dálnice AIDS. Tato dálnice se rozmáhala společně s narůstajícími zastávkami na jednu noc. Rozmáhala se v centrech komerčního sexu a z velkoměst pronikla mezi heterosexuální populaci ve vesnicích, z mužů na ženy, z žen na muže, ze starých na mladé a z matek na novorozeňata. „Na konci 20. Století dosahovala HIV/AIDS v subsaharské

Africe rozměrů, jaké byly v 80. letech tohoto století nepředstavitelné, a na začátku 21. Století se infekce rozšířila ještě dále, do severní Afriky, Asie, na Blízký východ, do východní Evropy a Tichomoří a každoročně si po světě vyžádala 3 miliony mrtvých.“ (Dobsonová, 2009, s. 197)

3.1.2 Geografické šíření epidemie HIV/AIDS

Podle Mojžíšové (2004, s. 17) se předpokládá, že onemocnění HIV/AIDS se do jihoafrického regionu rozšířilo ze zemí střední Afriky, kde epidemie AIDS vypukla jako první (tj. z Ugandy, Keni, Rwandy, Burundi a Tanzanie). Mezi jednotlivými zeměmi a mezi regiony v rámci jedné země nicméně existují z hlediska rozsahu a časového průběhu epidemie velké rozdíly, které souvisí se stupněm urbanizace, hustotou dopravní infrastruktury a vzdáleností a stupněm interakcí se středoafrikými státy. Důležitým faktorem je rovněž rozsah a charakter migrace (mezinárodní i vnitrostátní), přesuny uprchlíků, cestování společenské elity i míra pohybu obyvatelstva mezi sousedními státy. V Africe obecně a v jižní Africe zvlášť struktura pracovního trhu zděděná již z koloniálního období vede k oddělenému životu členů domácností a napomáhá tak ke vzniku mimomanželských sexuálních vztahů a následnému šíření epidemie HIV/AIDS.

„Mezi prvními byly v jihoafrickém regionu epidemií HIV zasaženy Tanzanie, Zambie a Zimbabwe, a tudíž v těchto zemích začíná již nyní kulminovat epidemie AIDS. S několikaletým časovým zpožděním HIV/AIDS zasáhla v neztečné míře Botswanu, Namibii, Jihoafrickou republiku, Mosambik a další země regionu. V roce 2001 byl nejvyšší výskyt HIV/AIDS mezi dospělou populací hlášen v Botswaně (38,8%), Zimbabwe (33,7%), Svazijsku (33,4%) a Lesothu (31%).

V rámci jednotlivých zemí existují jednak velké rozdíly mezi různými oblastmi, jednak se liší z hlediska průběhu epidemie města od venkova. Z dosavadních výzkumů vyplývá, že epidemie na venkově je zpožděna za městy v průměru o sedm let a například Caldwell (1993) ve své studii uvádí, že poměr rozšíření HIV/AIDS mezi městy a venkovem se zpravidla ustálí na poměru 1,4 : 1.“ (Mojžíšová, 2004, s. 18)

3.2 Epidemiologie HIV/AIDS

Epidemiologie HIV/AIDS představuje velmi komplexní problém, jenž vyžaduje interdisciplinární přístup, ať už na úrovni výzkumu či rovněž praktických intervencí.

Z metodologického pohledu je nutné k fenoménu přenosu viru HIV přistupovat z hlediska historického, sociologického, ekonomického, kulturního, politického, antropologického a samozřejmě i virologického.

Ve svých počátcích se výzkum AIDS na africkém kontinentě soustředil na bioantropologický kontext přenosu viru ve snaze najít kulturní vlivy a potenciální „úchytky“ v „africké“ sexualitě, které by jednoduchým způsobem vysvětlily důvody heterosexuálního přenosu HIV. V současnosti se tento směr výzkumu zaměřuje především na vliv některých tradičních rituálních sexuálních obřadů (obřízky, rituálního očištění apod.) na zvýšení rizika nákazy virem HIV.

Zdá se, že skutečně jediným metodologicky správným přístupem je propojení tří oblastí výzkumu: analýzy kulturního prostředí, politicko-ekonomických struktur a výzkumu životních mikrokosmů jednotlivých individuí. Mojžíšová (2004, s. 22) také poukazuje na Douglase Webba (1997), který vysvětluje vzorce chování, jenž jsou podmíněny mnohvrstevnou škálou faktorů, a proto na různých místech a v odlišném čase mají kulturní vlivy, jednání jednotlivců a socio-politické a ekonomické faktory odlišný vliv na šíření nemoci.

Velký vliv na současnou situaci s onemocněním HIV/AIDS mají i tři politicko-ekonomické faktory. Tyto faktory nepůsobí v každé zemi, ale v oblasti jižní Afriky jsou velmi významnými.

Prvním faktorem jsou občanské války a vojenské konflikty v Mosambiku, Angole a Namibii. Tento konflikt a problémy s ním odvedl myšlenky lidí od jiných hrozeb, jako je právě také HIV/AIDS a zcela zastínil jakoukoliv snahu o prevenční systém v poškozených oblastech. Dokonce v Jihoafrické republice byl problém HIV/AIDS velmi nevhodně zpolitizován a zneužíván v rasistické propagandě. Jelikož občanskými válkami nebyly postiženy všechny jihoafrické země, jako například Tanzanie, Zimbabwe či Zambie, stejně se tyto země potýkaly s velmi vážnými ekonomickými problémy v tomto období. Programy hospodářské transformace pod vedením Světové banky a Mezinárodního měnového fondu ve stadiu ekonomické recese, v mnoha případech přispěly k nárůstu chudoby, ke zhoršení postavení žen ve společnosti, snížení zdravotní péče, zvýšení migrace do měst a tímto vlastně napomohly také k dalšímu šíření epidemie HIV/AIDS.

Dalším velkým faktorem, který ztěžuje prevenci a boj s pandemií HIV/AIDS je turistický průmysl. Ten je velmi důležitý pro hospodářství jihoafrických zemí, ovšem vlády těchto zemí se bojí odlivu turistů, když uvidí jak je zde nemoc rozšířena a jak např. po

městech visí lobbující plakáty k testování a léčbě HIV/AIDS a proto se snaží tento problém částečně skrýt, čímž ovšem ale silně omezují a potlačují prevenci.

Třetím velmi závažným problémem jihoafrických zemí v boji s HIV/AIDS je extrémní sucho, které v letech 1992-93 či 2002 zužovalo celý jih Afriky. Velký problém hladomoru a nárůst chorob spojených s nedostatkem vody je také velmi úzce spojen a nárůstem HIV/AIDS a velmi komplikují boj s touto pandemií.

Všechny tyto problémy ve většině zemí přetrvávají v různých formách a stupních do současnosti. Tyto problémy zastiňují v mysli lidí velkou hrozbu spojenou s pandemií HIV/AIDS, což výrazně snižuje účinnost prevenčních programů v jihoafrických zemích (Mojžíšová, 2004).

3.3 Institucionální struktura a charakter intervencí.

Mojžíšová (2004, s. 24) se ve své knize zmiňuje o první reakci vlád jihoafrických zemí na rostoucí hrozby související s epidemií HIV/AIDS, které se objevily okolo roku 1987. V této době vlády jednotlivých zemí ustanovily za asistence Světové zdravotnické organizace (WHO) tzv. národní koordinační programy pro boj s AIDS (National AIDS Coordination Programmes), které zpravidla spadají pod působnost ministerstva zdravotnictví. Ve svých počátcích se vládní aktivity soustředily zejména na zvýšení povědomí o HIV/AIDS, nicméně postupně se rozsah vládních intervencí rozšířil. Vlády nyní usilují o vytvoření komplexních systémů zahrnujících potřebné mechanismy, infrastrukturu i institucionální rámec, který jednak umožní kontrolu pandemie a jednak přispějí ke zmírnění jejich následků.

3.4 Epidemiologie HIV

Chudoba a ekonomická závislost žen na mužích zásadním způsobem ovlivňuje charakter partnerských a sexuálních vztahů v zemích jižní Afriky. Sex se stal v afrických podmínkách jakousi službou prodávanou za peníze či vyměňovanou za jídlo, pití, oblečení či jiné výhody. Jistá forma finanční či materiální odměny za sex je akceptována jako standardní součást mimomanželských sexuálních vztahů a není společností vnímána jako prostituce (Mojžíšová, 2004, s. 28).

Tomuto nasvědčuje i jakýsi trend, který je v současné době rozšířen zejména v Zimbabwském hlavním městě Harare. Heslo tzv. sugar mam a sugar dad (cukrová maminka a cukrový tatínek) znají zde téměř všichni. Takto jsou nazýváni zámožní lidé, kteří na ulici hledají mladé lidi v rozmezí 16 – 25 let, muže i ženy, bez práce a domova a za sexuální služby

jim poskytnou na nějakou dobu střechu nad hlavou, stravu, oblečení a dokonce jsou i tací, kteří platí svým sugar kids (cukrové dítě) studium na univerzitě. Délka tohoto pobytu je různá, jsou případy, kdy si tito „rodiče“ nechají dítě pouze na týden a pak ho vymění za jiné, ale jsou případy, kdy ho živí klidně i několik let a jejich skutečné rodiny nic netuší, jelikož tito „rodiče“ jsou lidé, kteří hodně cestují po zemi a mají více bydlišť. Mají vlastní rodiny, ale tyto mladé lidi si vodí do jiných domů, aby se o nich nikdo nedozvěděl. Mladí sugar kids tohoto hojně využívají, jelikož je to jejich jediná možnost na přežití, či budoucnost formou vzdělání, ovšem již si neuvědomují, že právě tito „rodiče“ jsou v současné době jedni z největších šířitelů HIV v této oblasti. Ačkoliv vědí, že jsou HIV pozitivní, nic neřeší a hledají neustále nové sugar kids, HIV šíří a stát s tím zatím nic nedělá, jelikož by díky jejich zámožnosti přišel také o prostředky. Ekonomickými důvody lze do značné míry vysvětlit i vyšší počet sexuálních partnerů a promiskuitní chování některých jedinců.

Prostituce jako taková je v jihoafrických zemích braná negativně, ovšem ženy to vidí jako jediné východisko, jelikož to je jediný způsob obživy jich samotných a jejich rodiny. Nejvíce ohroženými v této problematice jsou mladé dívky a ženy, svobodné matky, rozvedené ženy a vdovy.

Z hlediska prevence HIV/AIDS nerovná pozice žen v sexuálních vztazích snižuje jejich schopnost snížit riziko nákazy při pohlavním styku (např. použitím kondomů) Otázka kondomů je v jihoafrickém regionu stále velmi citlivé téma. Jejich používání bylo dlouho odmítáno nejen veřejností, ale i církví. (Mojžíšová, 2004, s. 28).

Teprve v posledních letech vlády přistoupily k rozsáhlejším informačním kampaním a snaží se zvyšovat dostupnost kondomů pro obyvatelstvo. Např. Zimbabwská vláda se snaží podporovat dostupnost kondomů maximálně, proto i díky různým speciálním centrům nemají obyvatelé problém se získáním kondomů, ovšem musejí chtít této možnosti využít. Jejich mentalita je stále dost často na bodu, kdy v manželství nechtějí kondomy používat a tak se HIV neustále mezi manželi a následně na dítě šíří a to hlavně kvůli nevěře. Zimbabwští obyvatelé mají kondomy téměř všude bezplatně, mohou přijít do lékáren, nemocnic či zdravotnických center a kondomy jim jsou poskytnuty bezplatně, jediná místa kde se za kondomy platí, jsou nightcluby a kina. U kin je to pro nás velmi nezvyklé, ale nejde o to, že lidé souloží přímo zde, ale kino je v Zimbabwské metropoli Harare brané hlavně jako místo, kam chodí na schůzky nevěrní lidé a poté pokračují do různých hodinových hotelů. Cena kondomů v nightclubech a kině je většinou stejná a to jeden dolar za balíček po deseti kondomech.

3.5 Povědomí o HIV/AIDS

V zemích jižní Afriky je informovanost o HIV/AIDS obecně velmi vysoká. V Zimbabwe funguje mnoho podpůrných organizací, na univerzitách fungují různé skupiny, kam může kdokoliv docházet, aby se informoval o této nemoci, na základních a středních školách se o této problematice otevřeně mluví, tudíž již od dětství ji mají lidé v podvědomí. Bohužel je tento problém ale spjat i s negramotností, jelikož je zejména dál od větších měst, stále běžným scénářem, že rodiče jsou negramotní a do školy nikdy nechodili, tak tam své děti neposílají také a ty o této problematice moc nevědí.

„Velké rozdíly nicméně přetrvávají v prioritě, jaká je tomuto onemocnění v rámci různých komunit přisuzována. Zejména v počátečních stádiích epidemie HIV lidé často považovali za hlavní zdravotní riziko tuberkulózu, zápal plic, malárii apod., tedy nemoci, se kterými měli přímou zkušenost, na rozdíl od HIV/AIDS.“ (Mojžíšová, 2004)

Právě přímý kontakt s nemocí, ke kterému dochází nyní při nástupu epidemie AIDS, může zásadním způsobem změnit subjektivní vnímání tohoto onemocnění, a tak za určitých podmínek přispět ke změnám v individuálním chování jedinců. Epidemie HIV/AIDS se stává v mnoha jihoafrických komunitách bezprostředním problémem, která je nutné řešit tady a teď. Zásadní pro další vývoj bude skutečnost, zda komunity budou schopny přijít s pozitivní, aktivní reakcí na toto nové externí ohrožení, či zda u většiny lidí převáží strach, stigmatizace, pasivita a fatalismus (Mojžíšová, 2004).

3.6 Stigma versus soucit

Podle Douglasa Webba, který prováděl v polovině 90. let ve čtyřech jihoafrických a jedné namibijské komunitě socio-epidemiologický průzkum, zaměřený na HIV/AIDS, se dozvídáme, že 14% respondentů uvedlo, že lidé trpící AIDS by měli být zabiti, 55% si přálo jejich izolaci a pouze 27% se domnívalo, že by se těmto nemocným mělo dostat přiměřené péče.

Násilí představuje extrémní reakci na individuální či skupinové ohrožení. Z tohoto důvodu požadavek zabít lidi trpící HIV/AIDS, který se vyskytl například i ve Velké Británii v průběhu 80. let, lze chápat jako důkaz velmi vysoké míry společenského stigmatu a pocitu ohrožení, jež toto onemocnění provází. HIV pozitivní jedinci či lidé trpící AIDS (což jihoafrická veřejnost většinou nerozlišuje) jsou stále někdy vnímány jako potenciální zabijáci, a nikoliv jako oběti nevyléčitelné nemoci. Strach z pasivní infekce a s tím související stigma rovněž vysvětluje další důvody chování osob, které nejsou nakaženy. Velmi často se snaží

pozitivní osoby sociálně, někdy i fyzicky izolovat. Nejrůznější formy diskriminace a ostrakismus následně způsobují, že mlčenlivost a zatajování této problematiky mezi jihoafrickou společností je bráno, jako všeobecně akceptovaná sociální norma. Zlomení tohoto silného stigmatu HIV/AIDS, které souvisí jak s úrovní vzdělání ve společnosti, tak s chudobou, je základním předpokladem péče o nemocné AIDS i klíčem k řešení vážných socio-ekonomických následků spojených s epidemií. Jedním z nejdůležitějších a nejakutnějších úkolů je v této souvislosti zabezpečení péče o rychle rostoucí počet sirotků, jejichž rodiče zemřeli na následky AIDS (Mojžíšová, 2004, s. 30).

V Zimbabwe v současné době již téměř $\frac{3}{4}$ obyvatelstva přijímá osoby nakažené HIV či trpící nemocí AIDS, ovšem nadále je tu velké procento lidí, kteří tento problém nepřijímají a nakažené odsuzují. Problém se sirotky je zde velmi rozšířen, jelikož je běžné, kdy typické ortodoxní rodiny HIV pozitivní dítě nepřijme a odloží ho někam, či když rodiče dítěti zemrou a to je odkázané buď jen na sebe, nebo na nejbližší příbuzné, kteří si velmi často z dítěte dělají sluhu a týrají ho.

3.7 Programy prevence

Intervence, které si kladou za cíl zvrátit průběh pandemie HIV/AIDS v zemích jižní Afriky, musí koordinovaným způsobem přistoupit k řešení dvou vzájemně provázaných okruhů problémů. Jednak se musí pokusit o odstranění příčin šíření epidemie, jež tkví v socio-ekonomickém prostředí, které ovlivňuje sexuální chování, a pak musí také motivovat jedince ke změně jejich sexuálního a sociálního chování.

Předpokladem žádoucí behaviorální změny, která sníží riziko přenosu HIV, je kombinace tří faktorů: informace o nemoci, motivace či vůle jedinců změnit své chování a schopnost a možnost své chování změnit. Je tedy zřejmé, že programy zaměřené pouze na zvýšení povědomí o HIV/AIDS a o metodách prevence nákazy nemohou zvrátit průběh epidemie samy o sobě, jelikož informace je pouze jednou z determinant, jež ovlivňuje motivaci jedince ke změně chování. Velmi důležitým faktorem, který je klíčovým zejména v případě snížení rizika nákazy u žen, je zvýšení jejich schopnosti změnit své sexuální chování. Cesta k dosažení tohoto cíle vede především přes omezení ekonomické závislosti žen na mužích. Získání vlastního, byť malého, zdroje příjmu zvyšuje ekonomický i sociální statut ženy a dává jí možnost větší kontroly nad svým sexuálním chováním.

Mojžíšová (2004, s. 32) ve své knize uvádí, že chudoba a zaostalost přímo souvisí s rychlým šířením této nemoci v rozvojových zemích, a zároveň zásadním způsobem

komplikují zmírňování následků epidemie, Z tohoto důvodu došlo v průběhu 90. let ke změně v metodologii prevence HIV/AIDS a zdravotně a edukačně zaměřené programy prevence byly doplněny rozvojovými programy. Implementace takto komplexně pojatých programů prevence předpokládá širokou a dlouhodobou spolupráci vlády s nevládními organizacemi i soukromým sektorem, jež umožní dosáhnout nezbytných změn v celkovém socioekonomickém prostředí dané země i v životě komunit, rodin a jednotlivců. Dosavadní zkušenosti ukazují, že pouze tento velice náročný a komplexní přístup může zvrátit dosavadní vývoj pandemie HIV/AIDS a zmírnit její závažné následky; nicméně uvedení tohoto systému do praxe je v podmínkách jihoafrických zemí velmi obtížné a je provázeno velkými problémy.

3.8 Dopady epidemie HIV/AIDS

Reid (1993) identifikoval čtyři fáze, kterými země zasažená epidemií HIV/AIDS projde v případě, že se nepodaří průběh epidemie zvrátit vhodnými intervencemi. První fáze začíná nárůstem výskytu oportunních infekcí, zvyšuje se psychologické trauma ve společnosti a roste počet nakažených HIV/AIDS i úmrtí v důsledku tohoto onemocnění. Ve druhé fázi dochází ke změnám v demografickém složení populace, mění se společenské struktury a roste počet nezaopatřených dětí a starých lidí. Ve třetí fázi se začíná výrazně projevovat nedostatek pracovních sil, a to zejména ve výrobních sektorech a v oblasti sociálních služeb. Ve čtvrté fázi pak dochází k výraznému rozšíření chudoby, sociální a ekonomické destabilizaci a hrozí společenské a politické nepokoje.

Jak uvádí Mojžíšová (2004) „obecně lze dopady epidemie HIV/AIDS rozdělit do tří oblastí, na demografické důsledky (zpomalení populačního růstu, změna struktury populace apod.), sociální následky (na úrovni rodin, komunit i širší společnosti) a hospodářské dopady na mikroekonomické i makroekonomické úrovni. Z časového hlediska jde jak o okamžité dopady (např. ztráta pracovního místa a následně zhoršení úrovně), tak o dlouhodobé následky na úrovni domácností i celé společnosti.“

3.8.1 Demografické dopady

Vzhledem k tomu, že nejpostiženější věkovou skupinou obyvatelstva jsou v případě HIV/AIDS lidé v produktivním věku, epidemie způsobuje dočasné zpomalení populačního růstu (nikoli zastavení!) a narušení přirozené demografické struktury populace. Díky studii

UNAIDS (2011) (United Nation Programme of HIV/AIDS) se dozvídáme, že z demografických odhadů například vyplývá, že v roce 2015 bude v Namibii žít 2,3 milionů lidí, což je o 21% méně než v případě, že by tuto zemi epidemie HIV/AIDS nezasáhla. Míra populačního růstu např. v Namibii poklesne ze současných 3,2% na 1,6% do roku 2015.

„Epidemie HIV/AIDS v zemích jižní Afriky je rovněž doprovázena dramatickým zhoršením kvality života. Očekává se, že novorozenecká úmrtnost vzroste v tomto regionu v důsledku HIV/AIDS o polovinu, dětská úmrtnost (do pěti let po narození) se ztrojnásobí a dosáhne tak úrovně obvyklé před padesáti lety (12%). Úmrtnost dospělých ve věku mezi 15 až 49 lety rovněž stoupne na trojnásobek.“ (Mojžíšová, 2004)

Zatímco v případech žádoucích demografických změn dochází k poklesu porodnosti v důsledku vyššího vzdělání žen a snížením dětské a kojenecké úmrtnosti, zvyšují se investice do vzdělání dětí a prodlužuje se délka života, v případě epidemie HIV/AIDS dochází k narušení přirozené demografické struktury populace. Nastává postupná přeměna populační pyramidy na tzv. populační komín v důsledku úmrtí lidí v produktivním věku a v důsledku mírného poklesu porodnosti způsobeného HIV/AIDS.

3.8.2 Ekonomické dopady

Onemocnění a smrt velkého počtu lidí v produktivním věku a s tím spojené změny ve struktuře spotřeby a investic se z ekonomického hlediska projeví jak na úrovni domácností a podniků, tak na úrovni celého hospodářství.

Mojžíšová (2004) také uvádí, že dalším velmi závažným ekonomickým problémem, který je způsoben demografickými změnami v důsledku epidemie HIV/AIDS, se stává úbytek pracovních sil, a to zejména kvalifikovaných pracovníků (učitelů, lékařů, vědců, technických expertů apod.).

Podle jejích poznatků z této oblasti tvrdí, že zásadní změny se již nyní odehrávají ve struktuře rodin a komunit. Za nejzávažnější problém je v tomto ohledu považován dramatický nárůst počtu sirotků, ke kterému v nejbližších letech dojde ve všech zemích zasažených epidemií. Například se očekávalo, že do roku 2010 28% dětí žijících v jihoafrickém regionu (tj. cca 10 milionů dětí) ztratí jednoho nebo oba rodiče v důsledku HIV/AIDS. Po celou dobu trvání epidemie (tj. již od roku 2000) čtvrtina dětí žije v rodinách, kde jsou jeden či oba rodiče HIV pozitivní. Od devadesátých let je v této oblasti vidět výrazný nárůst dětí - bezdomovců, či dětí živelů rodiny. Kvůli této skutečnosti, je zda také vidět, jak rozsah epidemie přesahuje

v současné době v některých zemích model Africké rodiny, tvořený rozšířenou rodinou (Mojžíšová 2004, s. 35).

3.8.3 Dopady na úrovni domácnosti

Vzhledem k tomu, že v afrických zemích je nejvyšší výskyt onemocnění HIV/AIDS soustředěn ve věkové skupině od 15 do 49 let, největší břemeno spojené s pandemií HIV/AIDS nesou domácnosti, které ztrácejí ty členy, kteří za normálních okolností plní funkci živitelů i rodičů.

Vzhledem k tomu že zde hraje významnou roli instituce rozšířené rodiny, oproti obvyklé euro-americké nukleární rodině, jsou dopady na úroveň domácnosti zásadní. Kvůli pandemii HIV/AIDS se základní vzorec rodiny mění a ačkoliv je domácnost zvyklá na podporu od rozšířené rodiny, (např. péče o sirotky, pomoc při péči o nemocného, finanční podpora apod.) dochází k rozpadu a razantnímu zhoršení a dramatickému nárůstu kvality života a úrovně domácností zejména v nejchudších vrstvách obyvatelstva.

3.8.4 Dopady na děti

Zhoršující neekonomická situace domácností postižených HIV/AIDS vede k předčasnému ukončení školní docházky u více než poloviny dětí, čímž je způsobená šířící se negramotnost, dochází také ke zhoršení jejich zdravotního stavu, podvýživě apod. Neméně závažné je psychologické trauma, kterým děti z postižených rodin trpí v důsledku nedostatečné péče, chudoby a stresu způsobeného péčí o nemocné rodiče a příbuzné a jejich následnou smrtí. Z těchto důvodů se v dospělosti mohou u dětí z rodin postižených HIV/AIDS vyskytnout dlouhodobé psychické poruchy, sociální deprivace a následně opět chování zvyšující riziko nákazy HIV/AIDS.

Jestliže dítě přijde o rodiče a je odkázáno samo na sebe, musí se uživit samo, tudíž již od útlého věku musí pracovat a tím je rozvíjena jeho negramotnost, jelikož kvůli práci zanedbává vzdělání. Ke stejnému scénáři dochází, i pokud je dítě jediné schopné práce v rodině a musí uživit své nemocné rodiče.

3.8.5 Dopady na ženy

Žena je v tradiční africké společnosti považována za jakousi základní stavební a funkční jednotku rodiny. Největší zátěž při péči o sirotky a nemocné připadá právě jí. Ženy také zpravidla dávají do pořádku a zodpovídají za ekonomické zabezpečení rodiny.

Ženy jsou ale zároveň více a častěji ohroženi a také nakaženi HIV či nemocí AIDS. Je to způsobeno společenskými, kulturními a biologickými podmínkami afrických žen. Jsou také více vystaveny riziku a psychickému stresu z důvodu onemocnění vlastních dětí. Jestliže je žena HIV pozitivní, stres je u ní nejhorší právě z důvodu, že tuto nákazu přenesou i na své dítě.

4. SITUACE V ČESKÉ REPUBLICE

V této kapitole je stručně popsána situace v České republice jako historie, první případy a výskyty a současná situace.

4.1 Historie v ČR

Informace o nákaze HIV/AIDS byly stejně jako v dalších zemích střední a východní Evropy v 80. letech, kdy se na Západě o této problematice mluvilo, velmi omezené. Díky doporučení Světové Zdravotnické Organizaci se již v roce 1984 Česko-slovenskému (dále jen ČSSR) Ministerstvu Zdravotnictví podařilo přes veškeré potíže dané doby realizovat potřebné první kroky k diagnostice, hlášení a prevenci tohoto problému na našem území. Byl jmenován odborný oddíl, který spadl pod Ministerstvo Zdravotnictví, jehož úkolem bylo předkládat hlavnímu hygienikovi návrhy na organizaci a řízení protiepidemických opatření, díky tomu došlo v roce 1985 ke zřízení Národní Referenční Laboratoře (NLR), která spadala pod Institut hygieny a epidemiologie (IHE).

První laboratorně ověřený případ na území ČSSR byl diagnostikován v roce 1985. V této době byly také řešeny další důležité administrativně organizační problémy týkající se hlášení, evidence a eventuální protiepidemické opatření.

Roku 1986 byly zjištěny první případy HIV pozitivita na území ČSSR mezi hemofiliky. Následně v průběhu roku 1986 narůstal počet HIV pozitivních osob mezi homosexuály a zahraničními studenty, především z Afriky.

První případ klinicky potvrzeného a plně rozvinutého onemocnění AIDS na území ČSSR byl diagnostikován koncem roku 1986.

(Hygienická stanice hlavního města Prahy)⁷

4.2 Současná situace v ČR

Poslední aktuální výzkum uveřejnila ČTK (Česká tisková kancelář), která informovala, že od konce roku 2011 za pouhé dva měsíce přibilo v Česku 21 pacientů s virem HIV, z toho 16 mužů a pět žen. Onemocnění AIDS bylo zjištěno u pěti osob a dva lidé na následky onemocnění AIDS zemřeli.

⁷ <http://www.hygpaha.cz/files/Co%20je%20to%20HIV%20a%20AIDS.pdf>

Tento výzkum provedla Národní referenční laboratoř pro AIDS Státního zdravotního ústavu v průběhu ledna a února 2012. ČTK také informovala, že od počátku testování v ČR, které trvá více než 26 let, odborníci potvrdili celkem u 1696 Čechů a cizinců s trvalým pobytem v ČR nákazu virem HIV. Onemocnění AIDS bylo diagnostikováno 348 osobám. Následně za uplynulých 26 let, kdy se o této problematice na našem území ví, zemřelo 180 pacientů. (Zdravotnické Noviny)⁸

V přílohách číslo 2 a 3 je možné vidět přímý postup a nárůst HIV pozitivních osob a osob trpících onemocněním AIDS v průběhu let 1986 – 2012.

⁸ <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/za-prvni-dva-mesice-pribylo-v-cesku-21-lidi-s-hiv-a-pet-s-aids-464061?category=z-domova>

5. ČESKÁ SPOLEČNOST AIDS POMOC – DŮM SVĚTLA

Malého 3/282

186 21 Praha 8 – Karlín

Tato kapitola bude zaměřena na podle mého názoru největší české organizaci bojující s HIV/AIDS. Tato organizace zde není pouze pro prevenci, ale spolupracuje jak s lidmi, kteří se o tento problém pouze zajímají, chtějí se nějak bránit, nebo již jsou nakaženi. V Domě světla, které je součástí České Společnosti AIDS Pomoc najde podporu či radu téměř každý člověk, zajímající se o tuto problematiku. Česká Společnost AIDS Pomoc (dále jen ČSAP) se snaží pořádat nejrůznější podpůrné a preventivní akce, benefiční vystoupení, zavedli účet, kam lidé mohou posílat DMS a výtěžek je na danou potřebnou věc, či projekt. ČSAP je každoročně prvního prosince také organizátorem celosvětové sbírky, kdy si lidé mohou v českých městech zakoupit červenou stužku za symbolickou cenu, která je určena na boj si HIV a nemocí AIDS a slouží jako znak celosvětového boje proti HIV/AIDS.

Vzhledem k tomu, že ČSAP provádí anonymní testování a mapuje současnou situaci v České republice, zařadím do této kapitoly

5.1 Historie ČSAP a Domu Světla

V prosinci roku 1989 z řad prvních HIV pozitivních a AIDS nemocných, jejich rodin, přátel a lidí, kterým problematika HIV/AIDS nebyla lhostejná, začalo vznikat občanské sdružení, které nese název Česká společnost AIDS pomoc (ČSAP). Dne 28. Zářní 1990 byla tato organizace zaregistrovaná Ministerstvem vnitra ČR a stává se tak oficiálně uznávaným občanským sdružením, nevládní neziskovou organizací pod č. j. VSP/1-2596/90-R. Český statistický úřad přiděluje číslo organizace 00409367.

Vzhledem k tomu, že bývalí pracovníci společnosti neměli dostatek kontaktů s osobami, kterých se nemoc přímo týkala, nedocházelo k vlastní pomoci a činnost organizace se zaměřovala spíše na prevenci a osvětu. Proto, také byla celková činnost společnosti v minulých letech poměrně málo viditelná.

Tento stav se prolomil v roce 1993, kdy došlo k personálním změnám, během kterých se podařilo zainteresovat do činnosti organizace přímo osoby s HIV. Po smrti

bývalého předsedy ČSAP, však činnost opět částečně stagnovala až do ledna roku 1997, kdy do vedení společnosti vstoupil nový předseda. Ten kolem sebe utvořil skupinu, která vnesla do společnosti jasnou koncepci a nový program, který oslovil nejen HIV pozitivní a nemocné AIDS. Činnost ČSAP byla rozšířena mimo hranice České republiky.

V měsíci říjnu 1998 byl podán na Ministerstvo zdravotnictví ČR projekt „Dům světla“. Projekt byl schválen. Rozpočet na celkovou rekonstrukci činil výše 13 milionů korun. 50% těchto nákladů v rámci investiční státní dotace poskytlo Ministerstvo Zdravotnictví ČR. Zbývajících 6,5 milionů Kč byl úkol organizace.

Dům světla se bez zájmů veřejnosti otevírá dne 11. srpna 1999. Nezáměr o tuto událost ukazuje, že práce v problematice HIV/AIDS nebude lehká. Organizace má dva základní úkoly, a to přímou pomoc HIV pozitivním a AIDS nemocným, jejich rodinám, přátelům, a prevenci a boj proti AIDS.

V únoru 2007 rezignoval stávající předseda na všechny své funkce. A na dubnové schůzi předsednictva ČSAP byl předsedou zvolen dosavadní místopředseda České společnosti AIDS pomoc

Činnost společnosti se v současné době zaměřuje zejména na preventivní besedy na školách i v prostorách ČSAP a testování na HIV infekci v ambulanci Domu světla (testování zde je anonymní a zdarma). ČSAP je zřizovatelem Domu světla, který slouží také jako azylové centrum pro HIV pozitivní v nouzi. (Česká společnost AIDS pomoc)⁹

5.2 Dům Světla

Prevence a boj proti AIDS je opravdu úkolem těžkým, ČSAP se nedaří přesvědčit širokou veřejnost o tom, že HIV není problémem jen rizikových skupin, jako jsou homosexuálové, injekční uživatelé drog a prostitutky, ale že je to problém nás všech, celého lidstva.

31. října 1999 zahajuje svoji činnost AIDS poradna spojená s bezplatným anonymním testováním na HIV infekci. Tato poradna provádí anonymní testování spojené s předtestovým a potestovým poradenstvím. Testování. Ambulance v Domě světla se tedy stává největším odběrovým místem v ČR.

⁹ http://www.aids-pomoc.cz/kj_o_spolecnosti.htm

Otevřením Domu světla zahajuje svoji činnost, jako první v České republice, nonstop telefonní informační Linka AIDS pomoci. Na této lince odborníci na toto téma a stávající zaměstnanci odpovídají na otázky týkající se problematiky HIV/AIDS. Linka je pro volající bezplatná – 800 800 980.

Dobré výsledky vykazují internetové stránky na adrese www.aids-pomoc.cz. Na těchto stránkách pracuje internetová AIDS poradna, také zde dostane klient odpovědi na otázky týkající se problematiky HIV/AIDS. Pro HIV/AIDS klienty zde je speciální část, kde si mohou pouze chatovat, či zde chvíli působí i seznamka.

Další preventivní činností ČSAP jsou besedy o HIV/AIDS na školách všech stupňů a nebo přímo v přednáškovém sále Domu světla. Besedy vede HIV pozitivní lektor. Snahou ČSAP je zvýšit profesionalitu provedení besed za použití moderních metod, hlavně nových komunikačních technologií. (ČSAP)¹⁰

5.2.1 Budoucnost Domu světla

V první polovině roku 2006 přidělila Městská část Prahy 8 ČSAP volné bytové a nebytové prostory ve druhém patře domu. Z těchto prostor vznikly nové kanceláře a první samostatná bytová jednotka pro klienty.

Snahou ČSAP je pokračovat a zdokonalovat dlouholeté projekty, jako jsou provoz Domu světla, testování na HIV infekci, provoz telefonní a internetové AIDS poradny, besedy pro širokou veřejnost, preventivně informační kampaně Světlo pro AIDS a Světový den boje proti AIDS.

5.3 Přímá pomoc lidem HIV pozitivním a nemocným AIDS

Přímá pomoc lidem HIV pozitivním a nemocným AIDS je zprostředkována zvláště díky Domu Světla, jednou z těchto pomoci je poradna, kde se klienti dozvědí potřebné informace o nejrůznějších novinkách, jak postupovat ve svém životě s HIV pozitivitou či onemocněním AIDS atd., jako poradce zde působí lidé HIV pozitivní, či sociální pracovník. Pokud klient přímo obývá Dům Světla, je to možné díky lůžkové části Domu Světla. Poslední přímou pomocí jsou různé léčebné terapie či ozdravné pobyty.

¹⁰ http://www.aids-pomoc.cz/kj_ds.htm

5.3.1 Sociální pracovník

Sociální pracovník je v Domě světla dostupný každý všední den, je zaměstnancem České společnosti AIDS pomoc. Tento pracovník je součástí psycho – sociální poradny, kde je možné se s odborníkem poradit o svých problémech ať už psychických, či sociálních například s prací, financemi a podobně. Sociální pracovník pomáhá klientům řešit finanční problémy, nalézt novou práci, či s pochůzkami po úřadech. Pokud se neobrátil klient na sociálního pracovníka, jsou mu k dispozici pracovníci, kteří jsou neustále na místě, díky bezplatné nonstop telefonní poradně. Tito pracovníci jsou všichni HIV pozitivní, jsou pozitivní dlouhodobě, a proto jsou již dostatečně informovaní v problémech spojených s touto infekcí či nemocí.

5.3.2 Lůžková část

Dům světla zajišťuje azylové ubytování s 15 lůžky v prvním patře. Nabízí dočasnou péči během období rekonvalescence, dlouhodobé a dočasné ubytování pro infikované osoby a jejich blízké. Je zde také vyhrazen prostor pro mimopražské pacienty, kteří dojíždí do Prahy za lékaři. Nachází se zde dvoulůžkové a jednolůžkové pokoje a jedno rodinné apartmá. Kuřácká místnost, klubovna, místnost s TV, terasa, zimní zahrada, prádelna, kuchyně, kde je možno vařit vlastní jídlo a jídelna. Hosté, včetně dětí, jsou vždycky vítáni a mohou zůstat po dohodě i přes noc, ovšem za podmínek, dodržování pravidel Domu Světla. Jedním z hlavních pravidel, na které je důrazně apelováno, je správná hygiena.

5.3.3 Léčebná terapie a ozdravné pobyty

Pod vedením zkušených pracovníků může klient využít širokého kruhu terapií. Vedle individuální terapie, kterou je především relaxační masáž a elektroléčba, nabízí zapojení se do skupinového rekondičního cvičení spojené s muzikoterapií nebo možností nechat se vnést do světa jógy. Mezi nejoblíbenější patří perličková masáž.

Na pravidelných setkáních s lékařem se může klient dozvědět o způsobech a možnosti využití nové léčby a o důležitosti dodržování léčebného programu.

Následné kazuistiky byly zpracovány v průběhu mé praxe v Domu Světla, na jaře 2009.

Kazuistika č. 1

Jméno: Pan K

Věk: 36 let

Vzdělání: Základní

Zaměstnání: nezaměstnaný

Osobní anamnéza

Panu K je 36 let a dostudoval pouze základní školu. V průběhu základní školy se účastnil několika konkurzů a ve svých 12 letech účinkoval v divadle. Se svým otcem se po škole připravoval na konzervatoř, ale to se nezdařilo. Přihlásil se tedy na Střední odborné učiliště - obor zedník, tuto školu nedostudoval, protože ho obor nezajímal. Později odjel kvůli konfliktu s matkou do Myjavy na Slovensko studovat obor zootechnik-chovatel kožešinových zvířat, tento obor taktéž nedostudoval a vrátil se do Čech, kde se zabýval nepravdělnou prací v komparsu. Později se začal živit prostitucí po klubech. Bral drogy-pervitin a stal se z něj bezdomovec (3 roky squat Milada apod.). Dvakrát byl souzen za drobné krádeže – nejprve odsouzen podmíněně na 2 roky a podruhé dostal trest odnětí svobody po dobu 9 měsíců.

Pan K je velmi společenský, otevřený, bezprostřední. V kontaktu s druhými lidmi je vstřícný. Raději než o své rodině a minulosti hovoří o přítomnosti a plánech do budoucna. V rozhovorech často odbíhá od tématu, nerozlišuje časové úseky. Má výborně vyvinutou sociální inteligenci. Klient je svobodný, je bez blízkých přátel, silná konformita se skupinou a silnějším jedincům. Trpí poruchou osobnosti a má problém s uznáváním autorit u starších žen, které by mu připomínaly matku (v minulých letech měl například konflikt se zdravotní sestrou). Potřebuje hlavně vzor otce, který vlídně, ale striktně s určením hranic bude řešit klientova hygienická pravidla.

Rodinná anamnéza

Dětství pan K prožil na Slovensku, kam se po roce 1968 přestěhovali jeho rodiče. V 80. letech se vrátili zpět do Brna. Otec pracoval jako herec a operetní zpěvák, matka jako

učitelka. Otec se s matkou seznámil až po smrti své první manželky. S klientovou matkou se brali až v roce 1989. Vztah pana K k otci byl kladný až na mírné neshody kvůli velkému věkovému rozdílu. V době, kdy panu K nedopadly dobře zkoušky na konzervatoř, otec umírá. Tato smrt klienta velmi zasáhla. Klient je homosexuální orientace, což jeho matka nepřijala a od jeho pobytu ve vězení s ním přerušila kontakty. S matkou tedy nebyl v kontaktu. Ve vesnici kde dříve žil vládla napjatá atmosféra kvůli klientově sociální situaci. Po přijetí do Domu Světla se pan K spojil se svou babičkou a matkou. Babička se mu stala oporou a matka ho přijala. Dodnes se navštěvují.

Sociální anamnéza

Po propuštění z vazby se dostal pan K opět na ulici, kde se seznámil se streetworkem, který mu udělal test na HIV, po testu slin byl poslán na odběr krve a byla mu stanovena diagnóza HIV (2000). 12. 9. 2000 byl přijat do Domu světla. Pan K tuší kdo ho asi mohl nakazit. Vzpomíná nejvíce na jednoho ze svých partnerů, cizince, se kterým se stýkal déle jak dva roky. Od roku 2000 kdy byl do DS přijat zde s výjimkou přestávek (vazba, trestní oznámení), žije stále. Léčí se ve Fakultní nemocnici Bulovka v Aids centru. Bere léky Combivir a vitamíny. Klient má problém s dodržováním základních hygienických návyků (sprchování, vousy, nehty...) a je tedy nutné na něj dohlížet. Do Domu světla si přinesl své oblečení, je však nutné dohlížet na jeho praní a celkovou kontrolu čistoty. Má tendenci shromažďovat zbytečnosti- kelímky od krémů apod. Klient je nezaměstnaný, více jak 6 let je na úřadě práce s výjimkou malých přestávek (prádelna, divadelní projekt 07-08, spolupráce s nadací Šance). Dostává dávky sociální péče a příspěvek na bydlení. Snaha klienta najít si zaměstnání je téměř nulová a nesnaží se ani pod pohružkou ukončení pobytu v DS. Díky klientově extravagantní „image“ – trvale nalepené umělé řasy, výrazné líčení, ženské doplňky a špatným hygienickým návykům - trvale zapáchá, nemá šanci práci vyhledat. Pan K je vyhledáván exekučním úřadem pro dluhy. Momentálně hraje v bezdomoveckém divadle, vyrábí kostýmy pro travesty show, dělá koláže, obrázky a různé výstavy. Ale stále nemá trvalé zaměstnání. Při nástupu do DS byly klientovi cíle najít si zaměstnání, najít jiné bydlení a využití možnosti rekvalifikace. Splnil si několik kurzů a rekvalifikací. Je absolventem vzdělávacích programů "Pracovník grafického studia", "Kurz psychosociálních dovedností", „Kurz informačních technologií“, „Kurz uměleckých dílen" a jako poslední absolvoval „Kurz interaktivně vzdělávací pro nezaměstnané“. Klientovi je doporučena režimová sociální terapie. Dále je potřeba ho podporovat v hygieně. Kvůli jeho nedochvilnosti je nutné hlídat

jeho termínované schůzky. Účastní se bezdomoveckého divadla, což je kladná činnost hlavně pro jeho sklony k umění. Potřebuje také podporu při správě sociálních dávek a správě dluhů (VZP, Soud, MHD). Měl by pokračovat v pravidelném užívání léků na léčbu HIV.

Současný zdravotní stav

V současné době pan K netrpí žádnými závažným onemocněním, spojeným s HIV pozitivitou. Jeho HIV pozitivita je v druhé fázi a užívá pravidelně lék Combivir a hodně vitamínů, které mu předepisují ve FN Bulovka. S postupem času se u něj rozvíjí zrakový problém s dálkozrakostí a musí nosit tedy dioptrické brýle či čočky.

Kazuistika č. 2

Jméno : Pan S

Věk : 44 let

Vzdělání : vyučen

Zaměstnání: nezaměstnaný, dříve pracoval u Českých Drah

Osobní anamnéza

Pan S má dokončené střední odborné učiliště, pracoval u ČD, poté v zahraničí. Dnes pobírá dávky ve výši životního minima. Učí se psát na PC, prodává Nový prostor.

Pan S je nevidomý, má zhoršenou orientaci v neznámém prostředí. Má Tendenci k lehkému abúzu alkoholu. Kvůli jeho nevyvážené stravě má zhoršené stravovací návyky, proto je nutný dohled, stejně tak jako nad čistotou ošacení, je u něj nutná osobní asistence při úklidu pokoje. V současné době je HIV pozitivní a je jedním z obyvatel Domu Světla. Pan S má známé z bývalé doby v Modřanech, vzhledem k informacím od klienta, se jedná o skupinu sociálně níže postavených jedinců, kteří tráví veškerý volný čas v hostincích a popíjí nadměrné konzumace alkoholu. Toto přátelství je povrchní, když dojdou peníze, končí a o klienta se nikdo z nich nepostará.

Rodinná anamnéza

Pan S je svobodný. Má jednoho syna, narozeného roku 1994, syn je nyní v péči své matky nar. 1958. Pan S se synem a jeho matkou nevidá, ta má spíše vůči klientovi averzi. Jeho rodiče již zemřeli. Je navštěvován ženou, které je zhruba 40 let, se kterou se přátelí. Seznámili se přes inzerát. Poskytuje mu služby obdobného sociálního pečovatelsví.

Sociální anamnéza

Klient je často vznětlivý, má cholerickou povahu. Vzhledem ke svému postižení je velmi sebestředný, pomoc přijímá a vyžaduje automaticky. Vzhledem k zdravotnímu vztahu, musí dodržovat přísnou životosprávu - strava s hodně bílkovinami, ovoce, zelenina. Je v pravidelné péči psychiatra od 2001, léčen antidepresivy. Pan S je úplně slepý, převážně závislý na pomoci druhé osoby. Pro nesplnění podmínek mu byla žádost o invalidní důchod zamítnuta. Jeho jediným současným příjmem, jsou dávky sociální péče, ve výši životního minima. Potřebuje dohled a eventuelní pomoc při osobní hygieně, není schopen si vyprat, uvařit, doprava do neznámého prostoru žádná. Je potřeba, aby sebeobsluhu trénoval. Jeho pokus žít samostatně dopadl neúspěšně. V říjnu 2001 a následující měsíce prodělal kryptokokovou meningitidu v podmínkách hlubokého imunodeficitu. Komplexní resuscitační péči zvládl, avšak s těžkými následky – ztráta zraku. Od 1. 2. 2002 od propuštění z nemocnice, je ubytován v azylovém Domu Světla České společnosti AIDS pomoc.

Současný zdravotní stav

HIV pozitivní v rozvinutém stadiu, s velmi závažnými komplikacemi. Pravidelně užívá léky. Vzhledem k zdravotnímu vztahu, je u něj nutné dodržování přísné životosprávy - strava s hodně bílkovinami, ovoce, zelenina. V pravidelné péči psychiatra od roku 2001, léčen antidepresivy. Úplně slepý, převážně závislý na pomoci druhé osoby.

PRAKTICKÁ ČÁST

VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Charakteristika výzkumného šetření

Bakalářská práce se zabývá problematikou HIV/AIDS jako globálním problémem lidstva. Hlavním cílem výzkumného šetření je zjistit, jaká je současná informovanost o této problematice v České Republice, Maďarsku a Zimbabwe.

Výzkumné šetření probíhalo v Zimbabwe v prosinci 2011 a dále pak v Maďarsku a České republice v březnu. Rozhodla jsem se oslovit hlavně mladé lidi ve věkovém rozmezí 14-25 let a to hlavně z toho důvodu, že právě mladá generace je jednou z nejvíce ohrožených.

Cíle

Cílem výzkumného šetření bylo:

- 1) Zjistit, do jaké míry jsou v dnešní době mladí lidé informovaní o problémech spojených s HIV pozitivitou v dané zemi
- 2) Zjistit, ve které zemi jsou mladí lidé o této problematice nejlépe informováni.
- 3) Prozkoumat, jaká je prevence onemocnění v jednotlivých zemích.

Stanovení hypotéz

Na základě výzkumného problému jsem stanovila a zformulovala následující dvě hypotézy:

Hypotéza 1 – Předpokládám, že mezi respondenty z různých zemí, bude rozdíl v informovanosti

Hypotéza 2 – Předpokládám, že respondenti z Evropského kontinentu budou více informováni, než respondenti z Afrického kontinentu

Výzkumné metody

Data byla získána pomocí anonymního dotazníku, umožňujícího rychlé a jednoduché shromáždění dat od většího počtu respondentů. Jedná se o způsob šetření, při kterém jsou informace od zkoumaných osob získávány písemně prostřednictvím otázek předtištěných na zvláštním formuláři. Je nutné, aby otázky byly srozumitelné a pokud možno krátké. Jednoduchost otázek byla v mém případě nevyhnutelná už jen kvůli jazykovým dovednostem dotazovaných, jelikož jsem pracovala s lidmi ze třech různých zemí. Důležité jsou také

pokyny jak dotazník vyplnit. Vzhledem k jazykovým bariérám, v Zimbabwe a Maďarsku byly dotazníky napsány v anglickém jazyce.

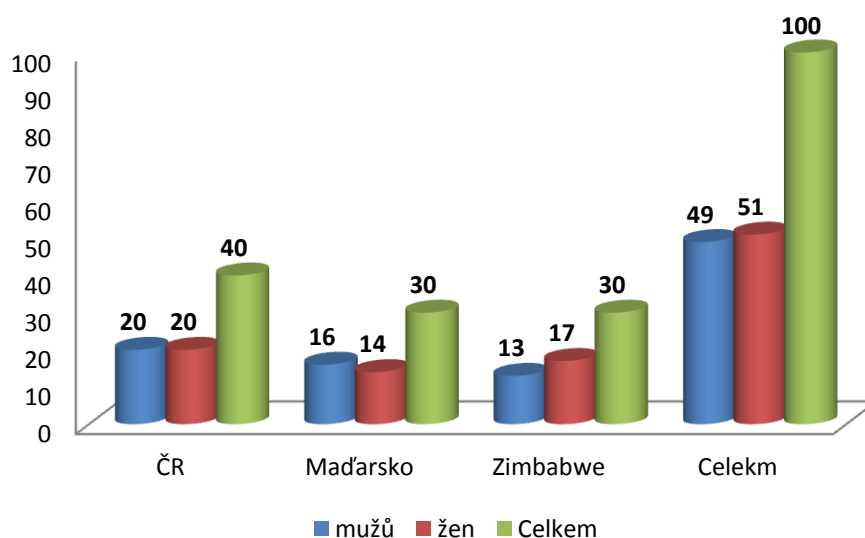
Soubor

Zkoumané osoby jsem rozdělila do tří kategorií, podle zemí, kde byli dotazováni a následně ještě podle pohlaví. (tab. č. 1 a graf č. 1) Oslovila jsem osoby ve věkovém rozmezí 14-25 let, průměrný věk respondentů je 20 let. O účast na výzkumném šetření bylo požádáno 100 osob, dotazníky vyplnili všichni oslovení, návratnost byla tedy 100%. Údaje o věku a pohlaví respondentů jsou uvedeny v tabulce č. 2 a znázorněny v grafu č. 2.

Tab. č. 1 – Zastoupení respondentů v jednotlivých zemích

	ČR	Maďarsko	Zimbabwe	Celkem
mužů	20	16	13	49
žen	20	14	17	51
Celkem	40	30	30	100

Graf č. 1 - Zastoupení respondentů v jednotlivých zemích v procentech



Nejvíce respondentů, kteří se výzkumného šetření zúčastnili, bylo z České republiky. Respondentů v Maďarsku a Zimbabwe byl stejný počet.

První zkoumanou skupinou byli občané České republiky. Celkem odpovědělo 40 respondentů, z toho 20 mužů a 20 žen.

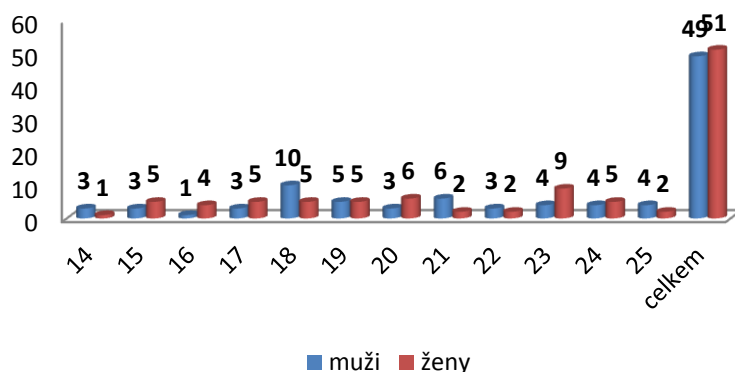
Druhou zkoumanou skupinou byli občané Maďarska. Celkově odpovědělo 30 respondentů, z toho 16 mužů a 14 žen.

Třetí zkoumanou skupinou byli občané Zimbabwe. Odpovědělo 30 respondentů, z toho 13 mužů a 17 žen.

Tab. č. 2 – Zastoupení respondentů podle věku a pohlaví

věk	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	celkem
muži	3	3	1	3	10	5	3	6	3	4	4	4	49
ženy	1	5	4	5	5	5	6	2	2	9	5	2	51

Graf č.3 – Grafické znázornění celkového rozdělení respondentů podle věku a pohlaví



Všichni respondenti splňují věkové rozmezí stanovené k vypracování dotazníku a všichni mají alespoň základní vzdělání. Je nutno však podotknout, že ačkoliv všechny zkoumané osoby mají alespoň základní vzdělání, nemůžeme předpokládat, že úroveň školství a vědomostí je v jednotlivých zemích stejná.

Vzhledem k tomu, že jsem si stanovila tři zkoumané vzorky podle místa dotazování, jsou místa šetření také různě charakteristická.

Prvním místem šetření byla Česká republika. Respondenty jsem vybrala podle věkové hranice, určené k vypracování dotazníku a žijí na území hlavního města Prahy. Neoslovovala jsem odborníky, ale pouze osoby, které se touto problematikou nezabývají. Zvolení respondenti byli vybráni z řad mých přátel.

Druhým místem šetření je Maďarsko. Respondenti byli z 50% osoby ze slabších sociálních vrstev. Jsou to buď občané hlavního města Budapešť, či z jeho blízkého okolí. Většina dotázaných je romského původu. Dotazníky jsem s nimi zpracovala při týdenní stáži v Maďarsku, kdy jsem se zúčastnila mezinárodního zážitkového kurzu, zaměřeném na dobrovolnickou činnost, který byl také určený pro lepší začlenění maďarských Romů do společnosti.

Třetím místem šetření bylo Zimbabwe. Respondenti pocházejí z umělecké komunity Tengenenge. Část dotazovaných stále navštěvuje školu – střední či univerzitu, další pracují jako sochaři nebo v dole jako dělníci a někteří se pouze starají o své rodiny, protože nejsou schopni najít práci a jsou tedy nezaměstnaní.

Výzkumné otázky

Výzkumné otázky byly kladeny jednoduše a výstižně, aby byly pro respondenty co nejsrozumitelnější.

1. Víte, co znamená HIV pozitivní?
2. Víte, co je AIDS?
3. Víte, jak se chránit před HIV?
4. Víte, jak se HIV pozitivita šíří?
5. Znáte někoho HIV pozitivního?

Vzor dotazníku je možné shlédnout pod přílohou číslo 7.

Zpracování dat

Data získaná anonymním dotazníkem, jsem si zaznamenala, vyhodnotila a analyzovala. Jednotlivé odpovědi na otázky které jsou rozděleny podle pohlaví a země původu respondenta jsem zaznamenala v tabulkách a grafech č. 3-7.

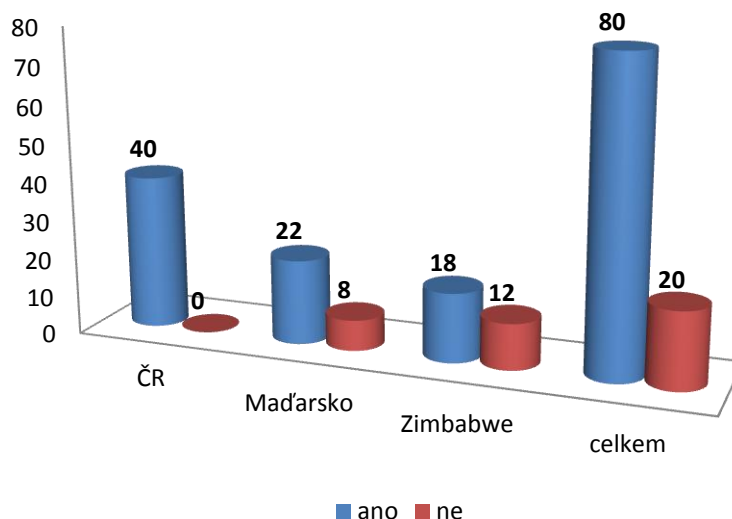
Otázka číslo 1

Víte, co znamená HIV pozitivní?

Tabulka č. 3 – odpověď na otázku Víte, co znamená HIV pozitivní?

	ČR	Maďarsko	Zimbabwe	Celkem
Ano	40	22	18	80
Ne	0	8	12	20

Graf č. 3 – Odpověď na otázku Víte, co znamená HIV pozitivní?



V tabulce a grafu číslo 3 je zaznamenáno, že na otázku „Víte, co je to HIV pozitivní“ odpovědělo 80% ze všech respondentů pozitivně a 20 % negativně. Je tedy zřejmé, že více jak tři čtvrtiny dotázaných ví, co znamená HIV pozitivní.

V České republice odpovědělo 100% tázaných kladně. V Maďarsku 73,4% odpovědělo taktéž kladně a 26,6 % záporně. V Zimbabwe ví 60% dotázaných co je HIV pozitivní a 40% je neznalých.

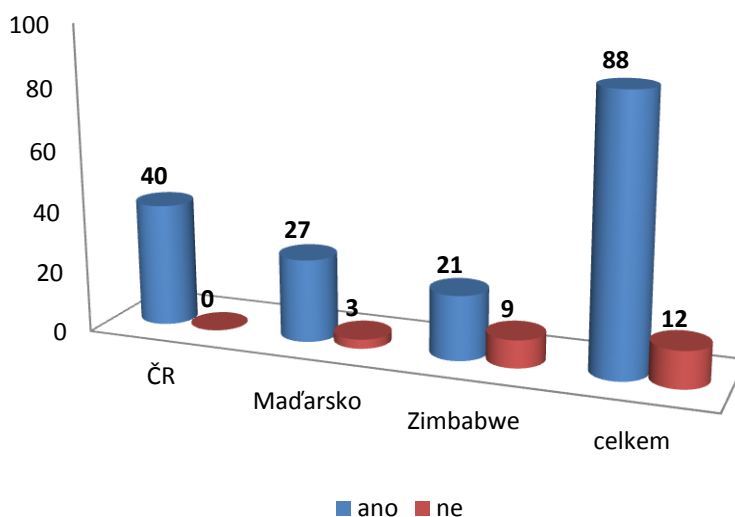
Otázka číslo 2

Víte, co je AIDS?

Tab. č. 4 – Odpověď na otázku Víte, co to je AIDS?

	ČR	Maďarsko	Zimbabwe	Celkem
Ano	40	27	21	88
Ne	0	3	9	12

Graf č. 4 - Odpověď na otázku Víte, co to je AIDS?



Z tabulky a grafu číslo 4, je zřejmé, že 88% ze všech respondentů ví, co to je AIDS. Když se podíváme na graf číslo 4, je názorně vidět, že v České republice jsou mladí lidé nejvíce informováni, zatímco v Zimbabwe jsou na tom nejhůře.

100% znalých je opět pouze v České republice, v Maďarsku 90% tázaných má v podvědomí co je to AIDS a 10% ne. V Zimbabwe je znalých 70% a respondentů a 30% neví co je AIDS.

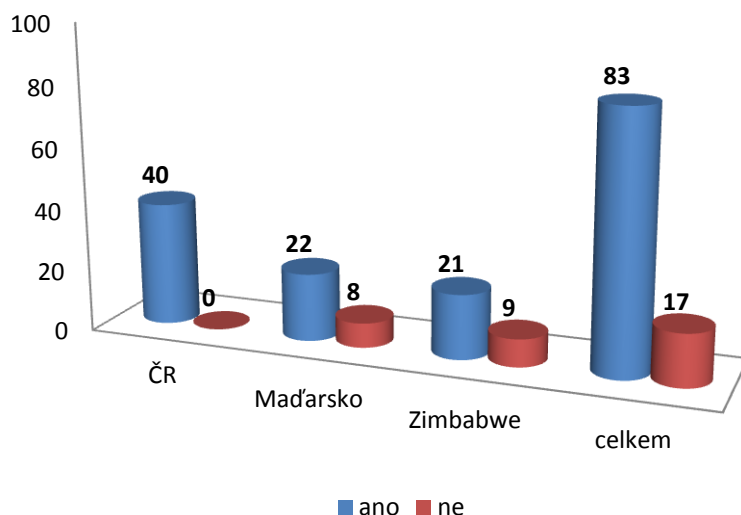
Otázka číslo 3

Víte, jak se chránit před virem HIV?

Tab. č. 5 - Odpověď na otázku Víte, jak se chránit před virem HIV?

	ČR	Maďarsko	Zimbabwe	Celkem
Ano	40	22	21	83
Ne	0	8	9	17

Graf č. 5 - Odpověď na otázku Víte, jak se chránit před virem HIV?



Podle tabulky a grafu číslo 5 se dozvídáme, že 83% dotázaných ví, jak se před nákazou virem HIV chránit.

Opět pouze v České republice jsou mladí lidé o způsobu ochrany před HIV dostatečně znalí. V Maďarsku i Zimbabwe jsou na tom velmi podobně. Maďarští respondenti jsou způsobu ochrany znalí ze 73,3 % a 27,7% tázaných způsob ochrany nezná. V Zimbabwe má 70% v podvědomí jak se před virem chránit a zbylých 30% netuší.

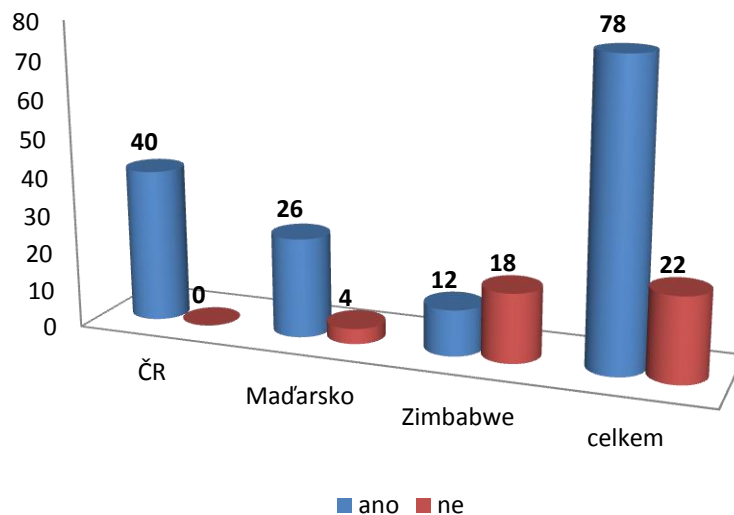
Otázka číslo 4

Víte, jak se HIV pozitivita šíří?

Tab. č. 6 - Odpověď na otázku Víte, jak se HIV pozitivita šíří?

	ČR	Maďarsko	Zimbabwe	Celkem
Ano	40	26	12	78
Ne	0	4	18	22

Graf č. 6 - Odpověď na otázku Víte, jak se HIV pozitivita šíří?



Z tabulky a graf číslo 6 se dozvídáme, že 78% je se způsobem nákazy HIV seznámeno a informováno. 22% z celkového množství respondentů odpovědělo, že neví.

Způsobem šíření nákazy je v České republice 100% respondentů, v Maďarsku 86,6 % a v Zimbabwe pouhých 40%.

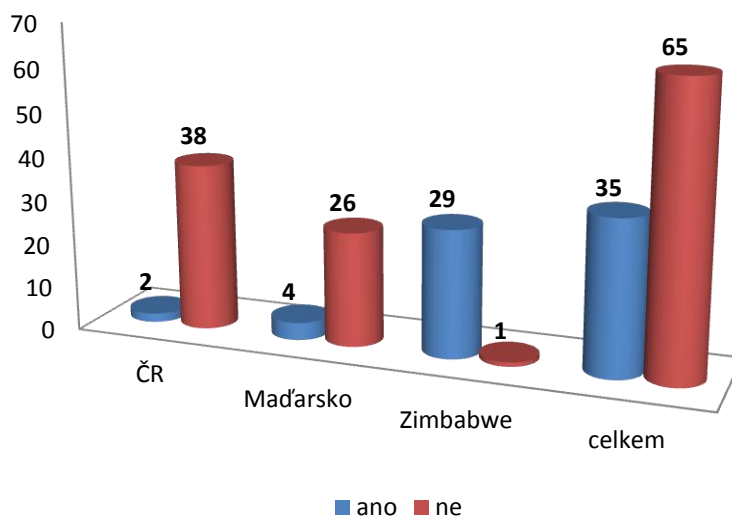
Otázka číslo 5

Znáte někoho HIV pozitivního?

Tab. č. 7 - Odpověď na otázku Znáte někoho HIV pozitivního?

	ČR	Maďarsko	Zimbabwe	Celkem
Ano	2	4	29	35
Ne	38	26	1	65

Graf č. 7 - Odpověď na otázku Znáte někoho HIV pozitivního?



V tabulce a grafu číslo 7 můžeme vyčíst, zda respondenti znají někoho HIV pozitivního. 35% ze všech respondentů odpovědělo že ano. Když porovnáme jednotlivé země, je zřejmé, že 99% respondentů ze Zimbabwe zná minimálně jednoho HIV pozitivního člověka. V dotaznících v Evropě bylo většinou napsáno, pokud znají někoho HIV pozitivního, že znají jednu či dvě HIV pozitivní osoby, v Zimbabwe se počet HIV pozitivních osob, které respondent zná pohybovalo kolem čísel 50 – 100.

Vyhodnocení Hypotéz

Hypotéza č. 1 předpokládala, že mezi respondenty v dané zemi bude rozdíl v informovanosti ohledně základních znalostí o HIV, což se potvrdilo. Z odpovědí zaznamenaných v tabulkách a grafech číslo 3-7 je zřejmé, že respondenti v České republice jsou stoprocentně informovaní, na druhém místě, co se týká informovanosti, se umístilo Maďarsko s 80% kladných odpovědí a na posledním místě je Zimbabwe s pouhými 60% znalostí základních informací ohledně této problematiky.

Hypotéza č. 2 předpokládala, že budou respondenti na Africkém kontinentu méně informovaní, i když je HIV na tomto kontinentu více rozšířené než v Evropě. Z tabulek a grafů číslo 3-7 je zřejmé, že tato hypotéza byla také potvrzena.

Diskuze

Prostřednictvím toho výzkumného šetření jsem se mohli utvrdit ve zjištění, že informovanost ohledně problematiky spojené s HIV/AIDS stále není dobrá. Ačkoliv na Africkém kontinentu je tato epidemie nejrozšířenější, stále je informovanost nedostatečná, pouhých 60% respondentů ze Zimbabwe odpovídalo na otázky kladně, tudíž stále 40% zůstává nedostatečně informovaných. Dovoluji si tvrdit, že toto je stále způsobeno hojnou negramotností a nedostupností informací v Zimbabwe. Co se týká Evropy, v Maďarsku odpovědělo kladně 80% dotázaných, což je dobrý výsledek a v České republice odpovědělo kladně 100%, tudíž je zde informovanost velmi dobrá. Otázkou však zůstává, zda jsou lidé opatrní a zodpovědní i když jsou o této problematice dostatečně informovaní.

Jedním z cílů dotazníkového šetření bylo také zjistit, zda existuje dostatečná prevence. Tento cíl, se nám názorně nabízí na respondentech v Zimbabwe. Vidíme, že vědí jak se před pandemií chránit, ovšem jak se HIV šíří, již tři čtvrtiny respondentů netušilo. Zde se nám ukazuje, že je potřeba zdůraznit důležitost určitých informací.

Je důležité si uvědomit, že ačkoliv je tato problematika zejména v Zimbabwe velmi rozšířena, informovanost je stále nedostatečná. V každé zemi jsou určité nedostatky, se kterými by se nadále mělo něco dělat. Nemůžeme doufat, že i když budou lidé informovaní, infekci lze zabránit. Prevence je velmi důležitá, informovanost také, ovšem nejdůležitější je zodpovědné chování ohroženého jedince.

ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo bližší seznámení s problematikou HIV/AIDS, jako globálním problémem lidstva. Psaní práce mi poskytlo možnost hlubšího prostudování dané problematiky a získání nových poznatků souvisejících s touto nemocí. Zaměřila jsem se zejména na situaci v jižní Africe, hlavně v Zimbabwe, jelikož jsem v této zemi absolvovala stáž, kde jsem měla možnost získat informace o této pandemii přímo od místních obyvatel.

Pandemie HIV/AIDS je veřejně známá, je vnímaná jako globální problém, ovšem znalosti, které společnost o této problematice má, jsou z větší části pouze základní. Informovanost mladých lidí v Zimbabwe o problematice HIV /AIDS je nedostatečná přestože je zde tato infekce velmi rozšířena. Z vyhodnocených dat mě nejvíce překvapila skutečnost, že dotázaní neznají rozdíl mezi HIV a AIDS.

Díky své práci jsem se také utvrdila v tom, že tento problém je opravdu globální, ovšem Česká republika má nízký počet nakažených oproti jiným zmíněným zemím. Informovanost o dané problematice je u nás velmi dobrá, ale i v Čechách počet nakažených neustále stoupá.

Závěrem bych chtěla upozornit na nutnost realizace výchovných a preventivních programů, které oslavují mladou generaci již na základních školách. Vedou k získání potřebných informací o této problematice. Nebytná je motivace jedinců, aby využívali získaných informací v praktickém životě, protože nezodpovědnost může vést k nezvratnému a dosud nevléčitelnému onemocnění se závažnými důsledky.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BENEŠ, J. (2009). *Infekční lékařství*. Praha: Galén. ISBN - 978-80-7262-644-1
- ČERNÝ, R. -M. (2007). *Neurologické komplikace HIV/AIDS*. Praha: Karolinum. ISBN – 978-80-246-1222-5
- DOBSONOVÁ, M. (2009). *Nemoci, příběhy nejnebezpečnějších zabijáků hostiroie*. Praha: Slovart, s.r.o. ISBN – 978-80-7391-292-5
- DVOŘÁK, J. a. (1992). *Ve stínu AIDS*. Praha: Academia. ISBN – 80-200-0236-7
- HOLUB, J. a. (1993). *AIDS a my*. Praha: Avicenum. ISBN – 80-7169-068-6
- JOHNSON, E. (1993). *Jak se vyhnout AIDS*. Praha: Lunarion. ISBN – 80-901031-9-7
- MOJŽÍŠOVÁ, A. -K. (2004). *Dopady HIV/AIDS a ostatních průvodních onemocnění na kvalitu sociálně slabých rodin v zemích jižní Afriky*. Praha: Triton s.r.o. ISBN – 80-7254-566-3
- ŠEJDA, J. e. (1993). *Prevence, léčba a další aspekty nákazy HIV/AIDS*. Praha: Galén. ISBN – 80-85047-14-4
- ZAVADILOVÁ, L. (2000). *Jsem HIV-positivní, aneb Já neumírám, já žiji*. Praha: Grada. ISBN – 80-7169-808-3
- HUMANA PEOPLE TO PEOPLE (2009) . Zimbabwe
- *Information series -1 AIDS is.... The Basic Facts (Mukondombera chi...Zvibodzwa Zvekutanga)*
 - *We who are HIV positive/negative - 2 Deciding to stay HIV negative*
 - *We who are HIV positive/negative – 3 How to live a long and good life with HIV cheaply*
 - *Information series – 9 Boosting the Immune System*
- UNAIDS REPORT. Report on global HIV/AIDS epidemic. 2007.

INTERNETOVÉ ODKAZY

UNAIDS.ORG, [online], získáno 15. 11. 2011, (publikováno 2010),
http://www.unaids.org/documents/20101123_FS_SSA_em_en.pdf

ČESKÁ SPOLEČNOST AIDS POMOC, [online], získáno 1. 3. 2012, (publikováno leden 2012), http://www.aids-pomoc.cz/info_statistiky.htm#top

ČESKÁ SPOLEČNOST AIDS POMOC, [online], získáno 12. 2. 2012, (datum publikace není uvedeno), http://www.aids-pomoc.cz/kj_o_spolecnosti.htm

ČESKÁ SPOLEČNOST AIDS POMOC, [online], získáno 12. 2. 2012, (datum publikace není udáno), http://www.aids-pomoc.cz/kj_ds.htm

AVERT.ORG, [online], získáno 25. 2. 2012, (datum publikace není uvedeno)
<http://www.avert.org/aids-zimbabwe.htm>

004.CZ, [online] získáno 20.1. 2012, (publikováno 21. 8. 2005),
<http://www.004.cz/testovani-na-hiv-zdarma>

STÁTNI ZDRAVOTNICKÝ ÚSTAV, [online], získáno 28. 2. 2012, (publikováno 21. 2. 2012),
<http://www.szu.cz/tema/prevence/zprava-o-vyskytu-a-sireni-hiv-aids-za-rok-2011?highlightWords=HIV>

AIDS INFO, [online], získáno 28. 2. 2012, (datum publikace není udáno),
<http://aids.alms.cz/cz/aids-fakta-109.php>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, [online], získáno 5. 3. 2012, (24. 6. 2011),
http://mzcr.cz/dokumenty/spolecne-stanovisko-ministerstvazdravotnictvi-crstatniho-zdravotniho-ustavu-narodni-referencnilaboratore-pro-aids-a-spolecnosti-infekcniho-lekarstvi-cls-jep-ktestovani-hiv-protilatek_5146_1524_1.html

NÁRODNÍ PROGRAM BOJE PROTI AIDS, [online], získáno 18. 11. 2011, (datum publikování není udáno), <http://www.aids-hiv.cz/dokumenty04.html>

ZDRAVOTNICKÉ NOVINY, [online], získáno 1. 12. 2011, (publikováno 2. 11. 2009),
<http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicke-noviny/obama-rusi-narizeni-zakazujici-lidem-s-hiv-cestovat-do-usa-447789?category=ze-zahranici>

ZDRAVOTNICKÉ NOVINY, [online], získáno 2. 4. 2012, (publikováno 20. 11. 2002),
http://www.zdn.cz/denni-zpravy/profesni-aktuality/vedci-zacali-testovat-globalni-vakcinu-proti-hiv-149816?seo_name=zdr

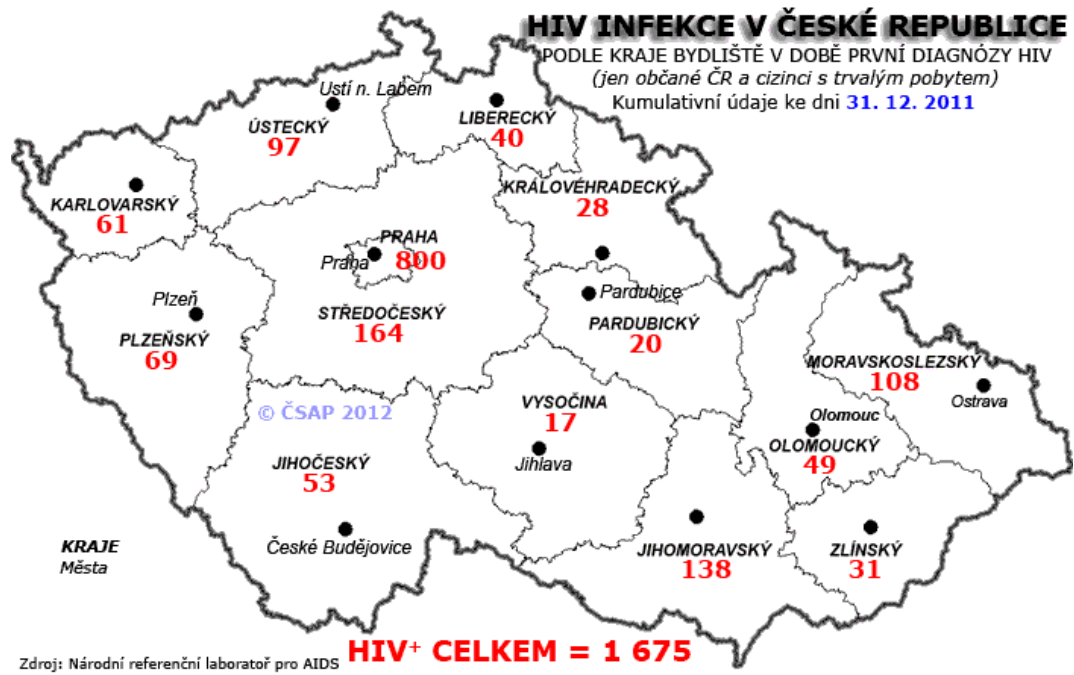
HYGIENICKÁ STANICE HL. M. PRAHY, [online], získáno 8. 4. 2012, (datum publikace není udáno), <http://www.hygpaha.cz/files/Co%20je%20to%20HIV%20a%20AIDS.pdf>

VYSOKÁ ŠKOLA CHEMICKO – TECHNOLOGICKÁ, [online], získáno 8. 4. 2012, (datum publikace není uvedeno), <http://www.vscht.cz/homepage/tisk/ovvk/akce2006/cestnydoktorat>

SEZNAM PŘÍLOH

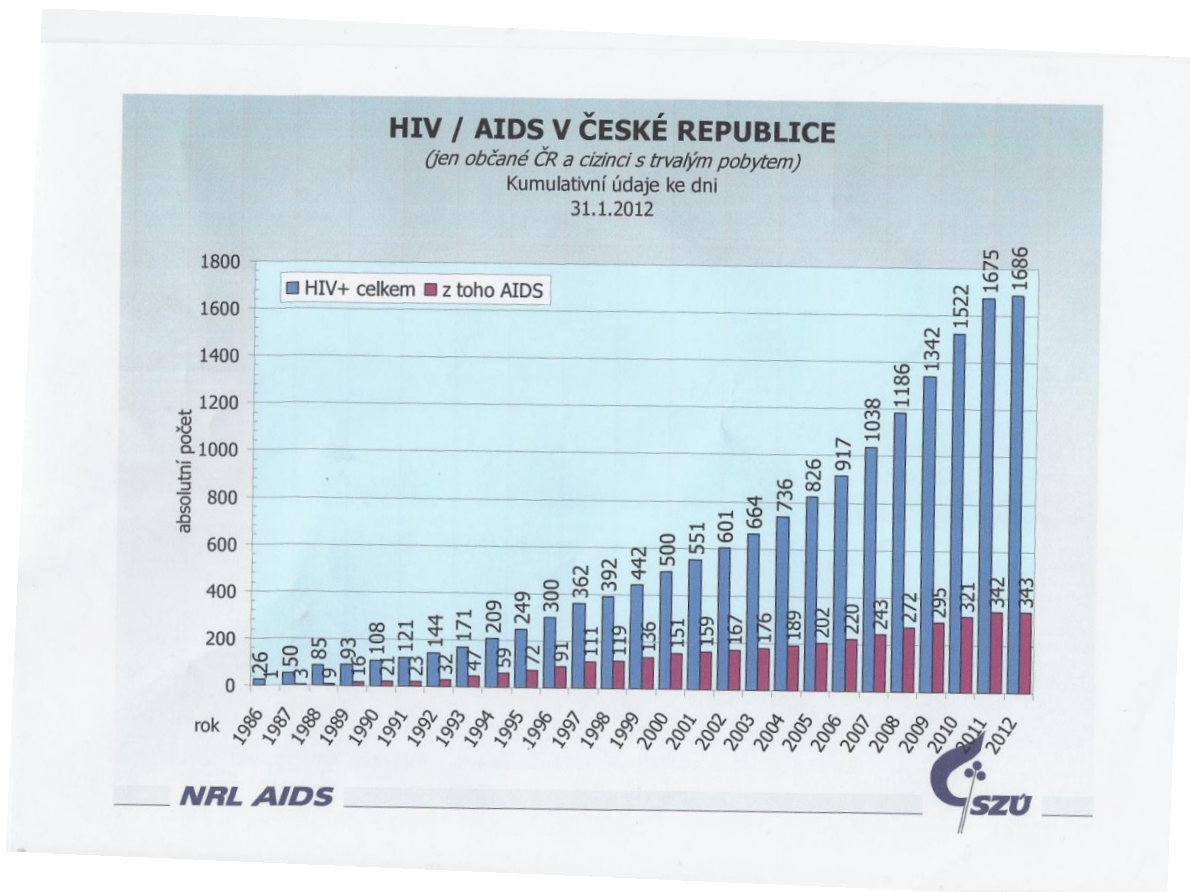
Příloha 1 – Současná situace HIV pozitivních v České Republice, prosinec 2011	67
Příloha 2 – HIV a AIDS v České republice	68
Příloha 3 – AIDS v České republice	69
Příloha 4 – HIV a AIDS ve světě podle regionů, 2009.....	70
Příloha 5 – Graf zobrazující postup epidemie v dané oblasti, 2009	71
Příloha 6 – Grafické znázornění výskytu epidemie dle procent v dané oblasti, 2009	72
Příloha 7 – Vzor dotazníku	73
Příloha 8 – Fotodokumentace z Afriky.....	74

Příloha 1 – Současná situace HIV pozitivních v České Republice, prosinec 2011



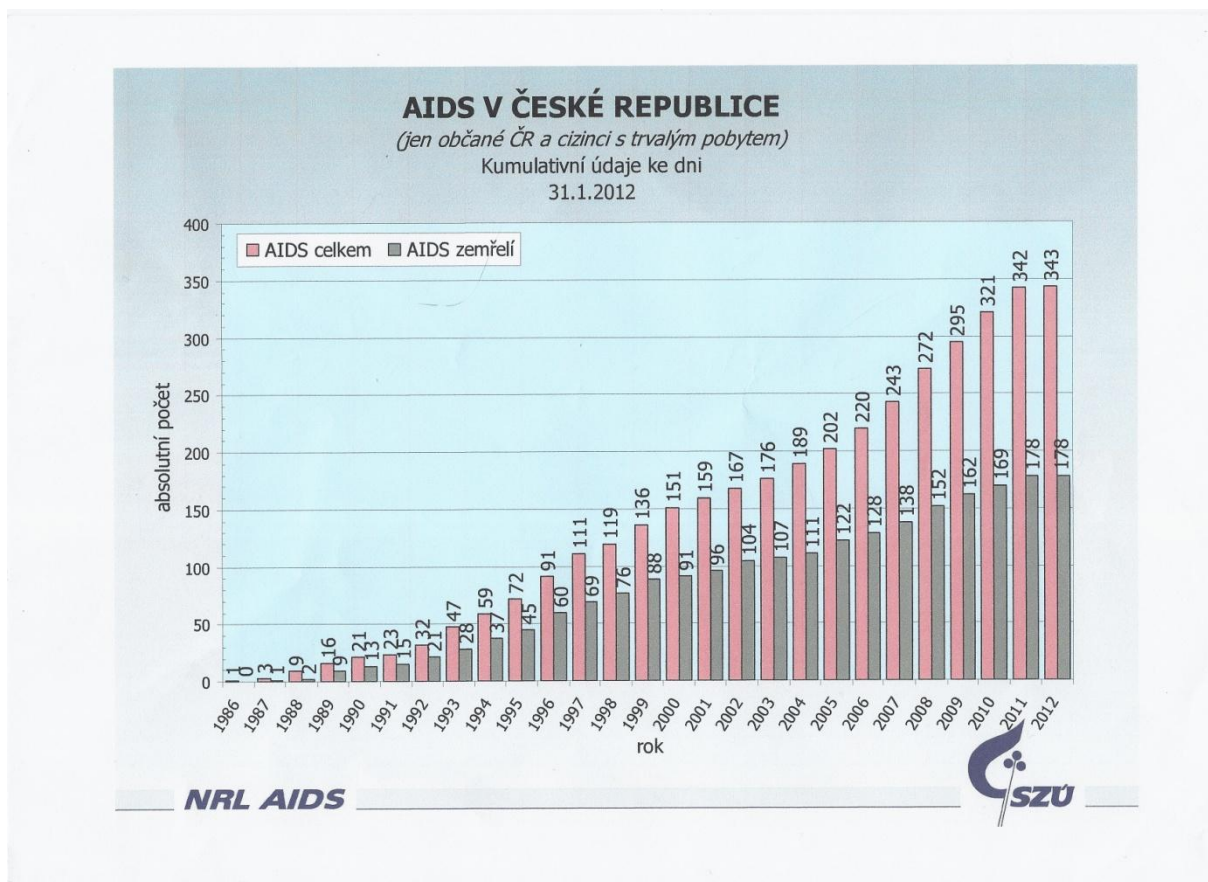
Obrázek č. 1 – Mapa HIV infekce v České republice

Příloha 2 – HIV a AIDS v České republice



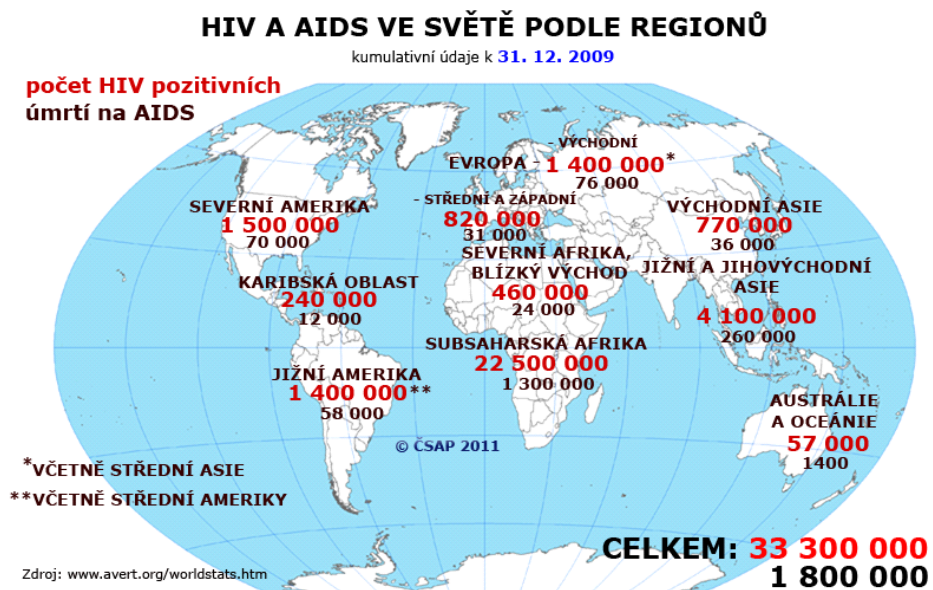
Obrázek č. 2 – HIV a AIDS v České republice v letech 1986 - 2012

Příloha 3 – AIDS v České republice



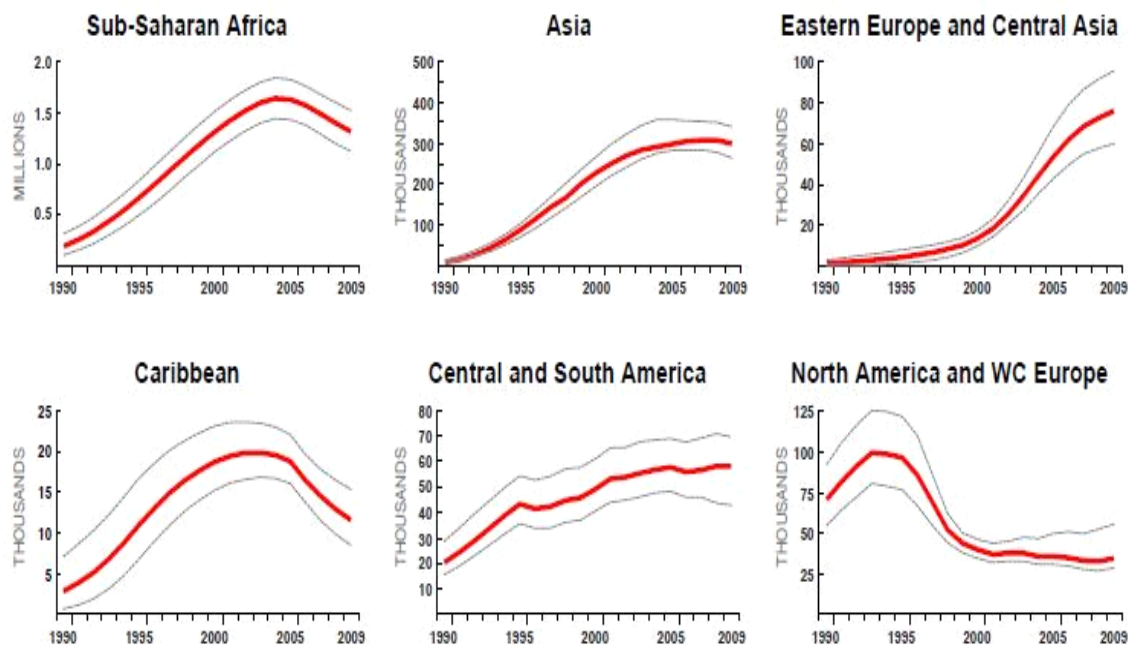
Obrázek č. 3 – AIDS v České republice v letech 1986 - 2012

Příloha 4 – HIV a AIDS ve světě podle regionů, 2009



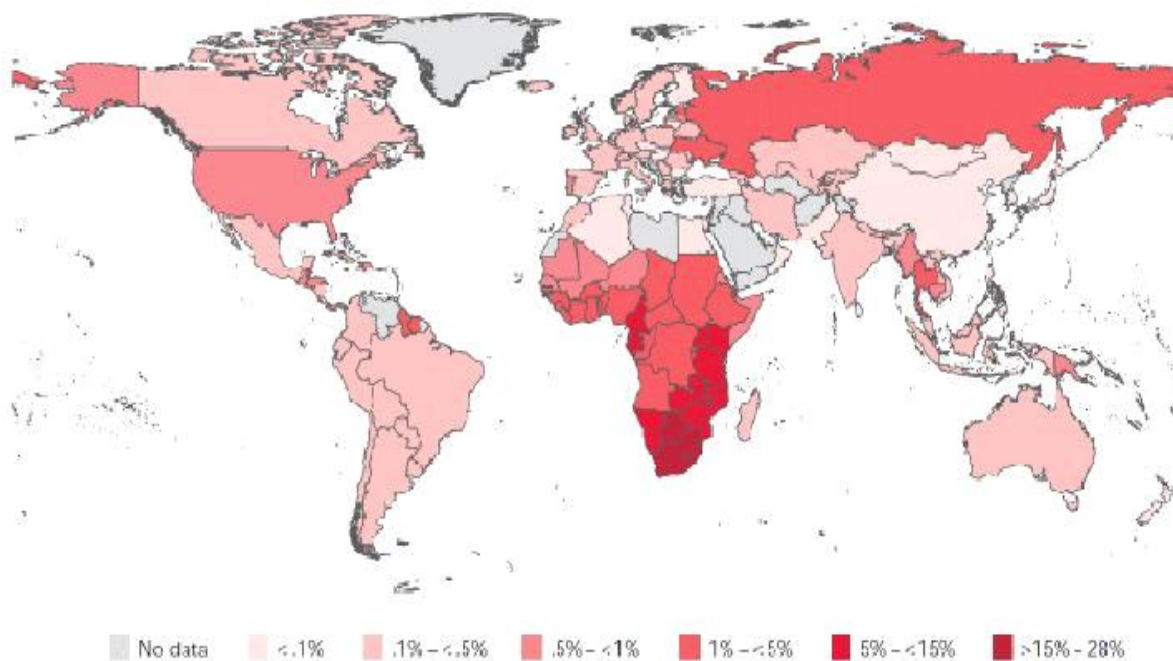
Obrázek č. 4 – Mapka HIV a AIDS ve světě podle regionů a kontinentů z roku 2009

Příloha 5 – Graf zobrazující postup epidemie v dané oblasti, 2009



Obrázek č. 5 – Grafické znázornění pomocí křivek, zobrazující epidemii v dané oblasti, rok 2009

Příloha 6 – Grafické znázornění výskytu epidemie dle procent v dané oblasti, 2009



Obrázek č. 6 – Graficky znázorněn výskyt epidemie v dané oblasti na slepé mapě světa, 2009

Příloha 7 – Vzor dotazníku

Věk:

Pohlaví:

1. Víte, co znamená HIV pozitivní?
2. Víte, co je AIDS?
3. Víte, jak se chránit před HIV?
4. Víte, jak se HIV pozitivita šíří?
5. Znáte někoho HIV pozitivního?

Příloha 8 – Fotodokumentace z Afriky



Foto č. 1 - Africké chýše 1



Foto č. 2 - Učitelka Stalla s nápisem UK vyrobeným dětmi



Foto č. 3 - Předškolní děti z Tengenenge 1



Foto č. 4 - Krajina v okolí Zimbabwského Tengenenge

