

AIDS OTÁZKY A ODPOVĚDI

Katka Kašová, pinf.namibia@centrum.cz, Člověk v tísni

1. Jak se virus HIV v Africe objevil? Jaké jsou důvody takového rozšíření HIV/AIDS v Africe?

Poprvé byl syndrom získaného selhání imunity diagnostikován ve Spojených státech v roce 1981, nicméně do dnešního dne neexistuje vědecká shoda, odkud virus skutečně pochází. Některé vědecké teorie například soudí, že virus se vyskytoval mezi lidoopy v zemích střední Afriky, z nichž se krví přenesl na lidi. Původ viru samotného nicméně nevysvětluje důvody globální pandemie HIV/AIDS.

Mnohé infekční či pohlavně přenosné nemoci, jež se šíří podobnými způsoby jako HIV/AIDS (syfilis, hepatitis B apod.), nikdy nedosáhly rozměrů epidemie HIV/AIDS a v mnoha případech zůstaly omezeny zpravidla na rizikové skupiny obyvatelstva.¹ Odlišnost onemocnění HIV/AIDS a jeho nebezpečí spočívá v tom, že probíhá velmi dlouhou dobu bez příznaků, v současnosti toto onemocnění nelze léčit a v konečné fázi způsobuje smrt. Právě tato schopnost viru HIV je do značné míry klíčem k vysvětlení příčin epidemie.

Epidemii HIV/AIDS nelze chápat jako jednolitý celek. Epidemiologové na základě nejčastějších způsobů přenosu infekce a s ohledem na obdobný společenský kontext rozlišují tři vzorce šíření infekce HIV:

- Pro *vzorec I.* je typická nákaza při mužském homosexuálním pohlavním styku či v důsledku používání infikovaných injekčních stříkaček narkomany. Většinu infikovaných tvoří muži a tento typ šíření infekce je charakteristický zejména pro Spojené státy, západní Evropu a Austrálii. V jihoafrickém regionu byl tento vzorec výrazný v počátečním stádiu epidemie v Jihoafrické republice. Na začátku osmdesátých let se virus velmi rychle rozšířil mezi bělošskou homosexuální populací především ve městech Pretoria, Kapské město a Durban. První případ onemocnění AIDS byl v Jihoafrické republice diagnostikován u homosexuálního bělocha v roce 1982, který se virem HIV nakazil ve Spojených státech.
- *Vzorec II* je charakterizován přenosem infekce při heterosexuálním pohlavním styku. Poměr mezi nakaženými muži a ženami je zpravidla jedna ku jedné. Riziko nákazy může být až pětina násobně vyšší při souběžné naze některými dalšími pohlavními chorobami (jedná se zejména o syfilis a vředová onemocnění). Typický pro *vzorec II.* je rostoucí výskyt pediatrické formy AIDS, kdy dochází k naze dítěte během těhotenství, porodu či kojení. V průměru třetina dětí narozených HIV pozitivním matkám je rovněž infikována.

Vzorec II dominuje v zemích subsaharské Afriky a v rostoucí míře i v Latinské Americe a Indii. Například v jihoafrickém regionu dochází k naze v 88 % případů právě při heterosexuálním pohlavním styku. Na rychlém šíření epidemie má v tomto regionu významný podíl i vysoký výskyt pohlavních nemocí v populaci. Přibližně 10 % nakažených tvoří děti, které se narodily HIV pozitivním matkám.

¹ Je zřejmé, že v zemích s nedostatečnou zdravotní péčí a špatnými zdravotními a hygienickými podmínkami je míra výskytu těchto nemocí mnohonásobně vyšší než v rozvinutých zemích.

Jako příklad pro vysvětlení šíření viru HIV může posloužit Jihoafrická republika. V počátcích epidemie se zde vyskytovaly *vzorec I.* a *II.* ze sociologického hlediska nezávisle na sobě, kdy *vzorec I.* dominoval v bělošské homosexuální menšině, zatímco *vzorec II.* se začal od poloviny 80.let šířit v heterosexuální černošské populaci. S rozvinutím epidemie nicméně došlo v průběhu času k rozšíření infekce rovněž mezi heterosexuální bílé páry. Pokud nedojde ke změně chování je pro epidemii HIV/AIDS tento proces postupného rozšíření infekce z vysoce rizikových skupin do obecné populace typický.

- Vliv *vzorce III.* na masivní rozšíření epidemie je ve srovnání s výše zmíněnými způsoby šíření HIV/AIDS nepatrný. Příčinou mohou být infikované jehly či krevní deriváty ve zdravotních zařízeních či rozšíření viru mezi nepočetnou skupinou prostitutek. Samozřejmě i v tomto případě existuje potenciální riziko, že za určitých podmínek přejde *vzorec III.* ve *vzorec II.*.

Je zřejmé, že z epidemiologického hlediska je nejnebezpečnější vzorec II., kdy dochází k přenosu heterosexuálním pohlavním stykem. Klíčem k zastavení epidemie je snížení tzv. reprodukční míry viru. Pokud se podaří, aby alespoň část nakažených neinfikovala žádnou další osobu, míra výskytu viru v populaci začne postupně klesat. Jak bude vysvětleno v dalším textu příčiny rychlého šíření viru HIV v Africe a dalších zemích globálního jihu úzce souvisí se zdravotním stavem obyvatelstva, socio-ekonomickými podmínkami i kulturním prostředím.

2. Jaká jsou celosvětová čísla? Kolik je v Africe v současné době osob infikovaných virem HIV/nemocných AIDS?

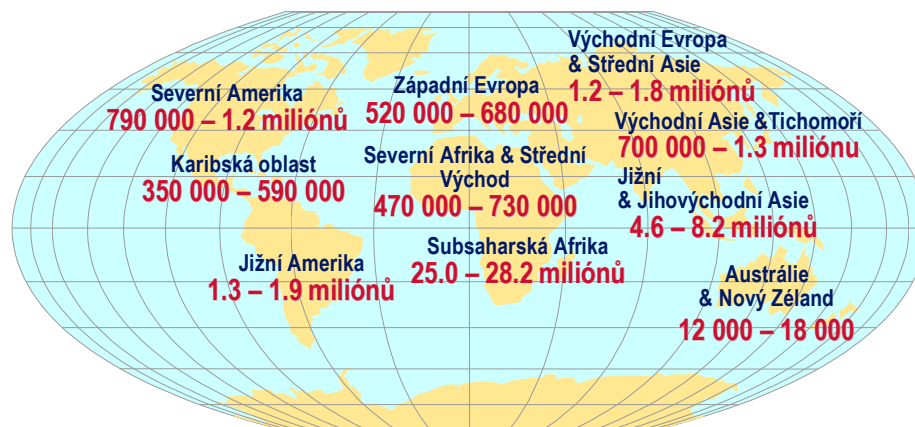
První případ HIV/AIDS na světě byl diagnostikován v roce 1981. Během více než 20 let, kdy virus HIV pronásleduje lidstvo, zemřelo po celém světě na onemocnění AIDS 20 miliónů lidí. Pouze v roce 2003 podlely AIDS 3 milióny nemocných. Na konci roku 2003 žilo s virem HIV přibližně 38 miliónů lidí po celé zeměkouli.² Potenciálně nejrizikovější skupinou jsou celosvětově mladí lidé ve věku od 15 do 24 let. Mladí lidé v tomto věku tvoří v současnosti 50 % nově nakažených a denně se virem nakazí 6 tisíc mladých lidí. Zatímco v počátcích epidemie tvořili většinu nakažených muži, v současnosti největší břemeno epidemie nesou ženy. Tvoří celosvětově polovinu nakažených a nesou i největší břemeno péče o nemocné a sirotky.

V současnosti lze konstatovat, že de facto žádná země na světě nezůstala AIDS zcela ušetřena. Navzdory propracovaným metodám prevence počet lidí nakažených virem HIV rok od roku narůstá. Nejvíce postiženým regionem je *subsaharská Afrika*, kde žijí v současnosti dvě třetiny všech lidí nakažených virem HIV (přibližně 25 miliónů). Pouze v minulém roce se virem HIV nově nakazily až 3 milióny obyvatel tohoto kontinentu. Ve většině případů zde dochází k přenosu viru při heterosexuálním pohlavním styku. Druhou nejvíce postiženou oblastí je *jižní a jihovýchodní Asie*, kde žije odhadem 6.5 milionu lidí nakažených virem HIV. Epidemie v asijských zemích se zatím koncentruje zejména na uživatele drog, mužskou homosexuální populaci a sektor komerčních sexuálních služeb. Hrozbou do budoucna je rostoucí počet

² Obecně je nutno podotknout, že oficiální čísla o počtech nemocných se opírají o kvalifikované odhady a mohou se do značné míry lišit od skutečnosti. Registraci lidí nakažených virem HIV či zemřelých na AIDS velmi ztěžuje obrovské sociální stigma, které HIV/AIDS provází, a s tím související neochota lidí podstoupit test na přítomnost viru HIV. Svoji roli hraje i skutečnost, že se jedná o smrtelnou nevléčitelnou nemoc, jež nicméně nevykazuje typické příznaky, které by umožnily nemocné jednoznačně vizuálně identifikovat.

nakažených virem HIV ve *východní Evropě a střední Asii*. I zde jsou považováni zatím za nejrizikovější skupinu uživatelé drog.

Počet lidí žijících s HIV/AIDS na konci roku 2003



Zdroj: UNAIDS

3. Které africké země jsou na tom nejhůř a které naopak epidemie vůbec nezasáhla?

Na začátku druhého tisíciletí byly pandemií HIV/AIDS nejvíce zasaženy země na jihu Afriky, jak dokumentují údaje uvedené v tabulce. Svazijsko, Botswana, Lesotho, Zimbabwe, Jihoafrická republika a Namibie jsou nejen nejvíce zasaženými zeměmi subsaharské Afriky ale i v rámci celého světa (měřeno procentem dospělé populace nakažené virem HIV). Měřeno absolutním počtem nakažených na druhé místo mezi africkými zeměmi by se za Jihoafrickou republikou zařadila v roce 2003 Nigérie (3.6 miliónu), následována Zimbabwe, Tanzánií (1.6 miliónu) a Etiopií (1.5 miliónu).³

Údaje na konci roku 2003 (zdroj: UNAIDS)

	% dospělých (15 až 49 let) žijících s HIV/AIDS	Počet lidí žijících s HIV/AIDS (včetně dětí)	Počet úmrtí v důsledku AIDS v 2003	Počet dětí osiřelých v důsledku AIDS
Svazijsko	38.8 %	220 tisíc	17 tisíc	65 tisíc
Botswana	37.3 %	350 tisíc	33 tisíc	120 tisíc
Lesotho	28.9 %	320 tisíc	29 tisíc	100 tisíc
Zimbabwe	24.6 %	1.8 miliónu	170 tisíc	980 tisíc
Jihoafrická republika	21.5 %	5.3 miliónů	370 tisíc	1.1 miliónu
Namibie	21.3 %	210 tisíc	16 tisíc	57 tisíc

Na druhé straně relativně minimální je výskyt HIV/AIDS v zemích severní Afriky, kde ve většině případů míra nákazy v dospělé populaci nepřesahuje 0.1 až 0.3

³ Celosvětově druhou nejpostiženější zemí na světě – měřeno absolutním počtem lidí žijících s virem HIV – je Indie, kde v současnosti žije 5,100,000 nakažených.

procenta. V rámci subsaharské Afriky patří mezi nejméně postižené země Gambie, Niger a Senegal.

4. Jaká je situace šíření epidemie AIDS v Zambii?

Na konci roku 2003 žilo podle odhadů UNAIDS v Zambii 16.5 % dospělých lidí⁴, jež byli nakaženi virem HIV. Celkově byl v této zemi odhadován počet lidí nakažených HIV/AIDS (včetně dětí) na 920 tisíc. Pro srovnání v sousední Zimbabwe činila míra nákazy HIV/AIDS v dospělé populaci 24.6 % a v Namibii 21.3 %. Zambie tedy bezesporu patří mezi nejpostiženější země planety. V roce 2003 zde na tuto nemoc zemřelo 89 tisíc lidí. 630 tisíc zambijských dětí připravilo HIV/AIDS o jednoho či oba rodiče.

5. AIDS je pandemie. Co tento pojem přesně znamená a s jakými pandemiemi už se lidstvo ve své historii setkalo?

Epidemie i pandemie jsou formou hromadného výskytu infekční nemoci. V případě epidemie je výskyt časově i místně ohraničen. Zpravidla se jedná o malý prostor, maximálně několik zemí. Naopak u pandemie výskyt není prostorově omezen. Svým rozsahem a následky bývá pandemie HIV/AIDS srovnávána pouze s řáděním dýmějového moru, který ve čtrnáctém století prošel celým tehdy známým světem. Nejvíce obětí bylo v Číně a v Evropě. Během pouhých pěti let tehdy způsobil smrt poloviny obyvatel Evropy.

6. Do jaké míry je AIDS „pouze“ lékařským problémem? Nejedná se spíše o problém společensko-kulturní?

HIV/AIDS bezpochyby nepředstavuje pouze zdravotní problém. Analýza determinant epidemiologie HIV/AIDS jasně ukázala, že socio-kulturní podmínky, chudoba a zaostalost přímo souvisí s rychlým šířením této nemoci v rozvojových zemích a zároveň zásadním způsobem komplikují zmírňování následků epidemie. Jak bude podrobněji vysvětleno v dalších otázkách věnovaných prevenci HIV/AIDS, sociální normy a kulturní faktory do značné míry ovlivňují podobu sexuálních vztahů ve společnosti i postavení žen v partnerských vztazích, a tudíž mají významný vliv na šíření epidemie.

Neméně důležitá je ekonomická situace. Ženy trpící chudobou budou s větší pravděpodobností nabízet sexuální služby za úplatu, zatímco mužům špatná ekonomická situace může znemožnit založení rodiny či je donutí od rodin odejít, aby si našli práci. Chudí lidé jsou častěji podvyživení, a v horším zdravotním stavu, jelikož nejsou schopni za ošetření platit, mají častěji sklon k alkoholismu, který vnímají jako určité východisko z frustrace. Nižší vzdělání či negramotnost jim může bránit k přístupu k informacím, jak se před HIV/AIDS chránit apod. Všechny tyto faktory přispívají k šíření epidemie, a tudíž bez celkového socio-ekonomického rozvoje postižených zemí nelze při současných metodách léčby očekávat výrazné zlepšení.

7. Je situace horší ve městech nebo na venkově?

⁴ Přesněji mezi 15 a 49 lety

Z dosavadních výzkumů vyplývá, že epidemie na venkově je zpožděna za městy v průměru o sedm let. Některé studie zároveň potvrdily, že míra rozšíření epidemie ve městech je vyšší než na venkově. Důvodem může být vyšší koncentrace obyvatelstva, více příležitostí k mimomanželským vztahům, anonymita, vyšší mobilita obyvatel měst apod. Ohnisky epidemie jsou zpravidla velkoměsta, města, kde se koncentruje těžební průmysl či zde má základnu armáda a nebo, která leží na důležitých komunikacích – jedná se tedy o místa, kde se koncentrují rizikové faktory, které napomáhají šíření epidemie.

8. Jak se ke katastrofální situaci v Africe staví mezinárodní společenství? Jaké organizace zde působí?

Epidemie HIV/AIDS představuje jak akutní humanitární krizi tak i dlouhodobou hrozbu pro rozvoj postižených zemí. Svými dopady na kvalitu života vrací HIV/AIDS vývoj v postižených zemích zpět o padesát i více let a ničí pokrok dosažený díky socio-ekonomickému rozvoji zemí i zahraniční pomoci. Například v jihoafrické Namibii těžce zasažené pandemií AIDS byla v roce 1991 očekávaná doba dožití při narození 61 let, nicméně v roce 2000 už to bylo pouhých 46 let. Tato situace se nadále zhoršuje, což řadí Namibii srovnáváno tímto parametrem mezi nejméně vyspělé země světa.

Boj s touto nemocí je vzhledem k množství obětí a svým celkovým dopadům prioritou jednak téměř všech mezinárodních dárcovských/donorských institucí a velkého množství nevládních organizací (Lékaři bez hranic, Červený kříž, Family Health International, Oxfam apod.), ale patří rovněž i mezi prioritní oblasti při poskytování bilaterální pomoci vládami vyspělých zemí (včetně České republiky). Nejvíce postižené chudé země Afriky a Asie jsou odkázány až z 80 % na externí zdroje financování boje s HIV/AIDS přicházející ve většině případů od agentur OSN a bilaterálních donorů (tj. od vlád vyspělých industriálních zemí). Na celosvětové úrovni je boj s pandemií HIV/AIDS koordinován prostřednictvím specializovaných institucí typu UNAIDS (www.unaids.org) či Globálního fondu pro boj s HIV/AIDS, malárií a tuberkulózou, jež jsou jakási joint-ventures vytvořená agenturami OSN, Světovou zdravotnickou organizací, Světovou bankou a dalšími agenturami s cílem zvrátit společnými silami a koordinovaným postupem další šíření nemoci ve světě.

Obecně se boj s pandemií HIV/AIDS ubírá dvěma směry. Prvním z nich je *prevence* zaměřená na omezení či dokonce zastavení šíření nemoci. Druhým směrem je *zmírnění dopadů* epidemie na úrovni jednotlivců (tj. dopadů na zdravotní a psychický stav nemocných, na jejich sociální a ekonomickou situaci i na situaci v jejich rodinách) i na země jako celek. Konkrétní projekty a intervence pak mají vzhledem ke komplexnosti epidemie HIV/AIDS mnoho podob, ať už se jedná o výzkum léků či vakcíny, osvětu, distribuci kondomů, léčbu a péči o nemocné, zmírňování chudoby, péči o sirotky či například zmírnění stigmatizace nemocných. Zároveň experti doporučují tzv. *mainstreaming*, tj. doporučují, aby byl v postižených zemích u každého rozvojového projektu zvažován jeho dopad na šíření viru HIV. V praxi to znamená, že například při stavbě nové továrny by mělo být pamatováno i na rodiny zaměstnanců, jímž by mělo být umožněno přestěhovat se do místa zaměstnání svých rodinných příslušníků, aby se zabránilo rozpadům rodin, promiskuitě a následně vytvoření rizikového prostředí pro šíření viru HIV.

9. Vědí Afričané infikovaní HIV, o jakou nemoc vlastně jde, jak a proč onemocněli, jak dál předcházet šíření choroby?

Schopnost porozumět všem souvislostem nemoci HIV/AIDS úzce souvisí s celkovou vzdělaností. Zároveň je ovšem nutné konstatovat, že samotné porozumění neznamená ochranu před tímto onemocněním. HIV/AIDS se šíří napříč sociálními vrstvami, v příměstských slumech i na univerzitách, v afrických vesnicích i evropských městech. Rozdíl zde však přece jen existuje. Pro lidi, kteří mají přístup ke kvalitní zdravotní péči (zejména k antiretrovirálním lékům), kvalitní stravě a kteří si mohou dopřát zdravý životní styl, AIDS může představovat pouze nepříjemné chronické onemocnění. Na druhé straně lidé, jež trpí chudobou, jsou nevzdělaní a nemají přístup k dostatečné zdravotní péči, podlehnou HIV/AIDS zpravidla do pěti až šesti let od nákazy.

10. Které tradice či předsudky Afričanů brání lepší prevenci v šíření této pandemie?

Celosvětově největším problémem, jež brání účinné prevenci, je společenské stigma, které HIV/AIDS provází. Důvodem, je jednak skutečnost, že se jedná o pohlavně přenosnou a zároveň smrtelnou chorobu, a jednak i určitá tajemnost a nejasnosti, které okolo HIV/AIDS stále ještě existují. Mnoho lidí nejen v Africe věří, že HIV/AIDS je trestem od Boha například za střídání sexuálních partnerů případně nevěru, že nakažení jsou alkoholici, narkomané, homosexuálové apod. HIV/AIDS je mnohými lidmi chápáno i jako trest od Boha. Tyto předsudky se následně promítají do chování k lidem trpícím HIV/AIDS a zároveň napomáhají šíření nákazy. Ještě v devadesátých letech nebyly i v Evropě výjimkou názory, že nemocní by měli být usmrceni nebo aspoň internováni, aby se zabránilo dalšímu šíření nákazy. V mnoha případech rodina nemocného vyobcuje, když se dozví, že trpí HIV/AIDS, či se aspoň snaží zatajit před ostatními pravou příčinu jeho onemocnění. Při ztrátě zaměstnání či dokonce rodiny v důsledku nákazy virem HIV hraje samozřejmě velkou roli strach zdravých lidí z nákazy. Z tohoto důvodu je velmi důležitá osvěta, která může tento strach i společenské stigma zmírnit.

Co se týče různých předsudků a rituálů, někteří Afričané věří, že pohlavní styk s pannou je může vyléčit z HIV/AIDS či odmítají používat kondom, protože mužské sperma je určeno výhradně pro tělo ženy a pro zplození potomků apod. Lékařské výzkumy poukazují rovněž na skutečnost, že ženská obřízka může zvýšit riziko nákazy, zatímco mužská obřízka toto riziko snižuje. Celkově je ovšem podíl těchto pověr a rituálů na šíření nákazy relativně minimální a to zejména ve srovnání s ostatními faktory. Velkým problémem je široce rozšířená promiskuita i mnohoženství, které je v mnoha případech součástí kulturně společenských tradic. Po smrti manžela má například u některých kmenů bratr zemřelého povinnost ujmout se vdovy i jeho dětí. U jiných etnik je společensky akceptován předmanželský sex a narození potomka z těchto vztahů dokazuje plodnost ženy. V jihoafrických zemích jsme naopak v současnosti svědky zhroucení tradic a kolapsu rodin, jež se projevuje nízkým počtem uzavřených sňatků a naopak vysokou promiskuitou i rostoucím počtem dětí narozených mimo manželství.

Obecně ve většině afrických zemích riziko šíření nákazy zvyšuje skutečnost, že ženy nemají rovnoprávné společenské postavení s muži a to se promítá i do oblasti sexu. Z tohoto důvodu mnoho afrických žen má minimální možnost se před nákazou virem

HIV účinně chránit. Řešením je opět osvěta a citlivý tlak na změnu společenských norem a kulturních tradic, které zvyšují riziko šíření viru.

11. Jak se k problému pandemie AIDS staví samotní Afričané? Co dělají vlády nejvíce postižených zemí?

Téměř ve všech zemích, kde rozšíření viru HIV v populaci dostoupilo stádia epidemie, vlády s podporou mezinárodních organizací ustavily národní (a v mnoha případech i lokální) výbory pro boj s HIV/AIDS a vypracovaly národní plány boje s touto nemocí. Cílem těchto mechanismů je koordinovat postup vlády, donorů, mezinárodních institucí, nevládních a církevních organizací a dalších partnerů v oblasti prevence i minimalizace dopadů na jednotlivce i společnost. Existence těchto koordinačních mechanismů je bezesporu vzhledem k obrovskému rozsahu dopadů a nebezpečnosti této epidemie velmi důležitá, problémem je nicméně jejich reálná funkčnost. Obecně platí, že čím chudší a nestabilnější daná země je, tím obtížnější je pro ni epidemii HIV/AIDS účinně čelit.

V případě většiny afrických zemí je hlavní část národních programů boje s HIV/AIDS financována prostřednictvím peněz zahraničních dárců. V zemích na jihu afrického kontinentu, kde epidemie postoupila zatím nejdál, se zejména v devadesátých letech hlavní úsilí soustředilo na *prevenci a seznámení obyvatelstva se samotnou existencí této nemoci*. Z výzkumů vyplývá, že v současnosti až 90 % obyvatelstva některých regionů má povědomí o existenci HIV/AIDS. Následně na začátku druhého tisíciletí se pozornost obrátila k *dobrovolným testům na přítomnost viru HIV v těle a k léčbě pacientů trpících AIDS pomocí antiretrovirálních léků*, jež zpomalují průběh nemoci a částečně brání i přenosu viru z matky na dítě během těhotenství. V současnosti je například v Namibii, Botswaně a Jihoafrické republice poskytována antiretrovirální léčba zdarma pacientům vybraných státních zdravotních zařízení. Tento posun částečně souvisí se skutečností, že epidemie viru HIV je na jihu Afriky již doprovázena epidemií AIDS, tudíž roste počet pacientů v terminálním stádiu a pacientů, jež nemoci podlehli.

V zemích nacházejících se v epicentru epidemie platí, že naprostá většina rodin je nějakým způsobem zasažena epidemií HIV/AIDS, ať už se jedná o nemocného člena rodiny či jeho úmrtí nebo například o výchovu sirotků. Přesto i v této situaci HIV/AIDS stále provází již zmíněné obrovské sociální stigma, jež brání účinnému boji s touto nemocí. Důvodem je jednak skutečnost, že se jedná o pohlavně přenosnou nemoc a jednak že se jedná o nemoc smrtelnou. Lidé se často obávají podstoupit testy či případně otevřeně hovořit (aspoň v rámci rodiny) o svém HIV pozitivním statutu. Zároveň se ve většině případů nedaří dosáhnout zásadní změny v chování obyvatelstva, jež by přineslo omezení šíření nemoci. Nedaří se to i přesto, že lidé mají dostatek informací o šíření viru i o tom, jak infekci předcházet.⁵ Řešením je mnohonásobení úsilí v boji s touto nemocí a zaměření se mj. prioritně na mladou generaci, jež patří k nejvíce ohroženým skupinám.

12. Existují nějaké hmatatelné výsledky snažení humanitárního úsilí v boji proti šíření AIDS v Africe? Jaké jsou prognózy dalšího vývoje?

⁵ Lze nabídnout srovnání s kouřením, přestože kuřáci mají dostatek informací o škodlivosti kouření, přesto to nemusí znamenat, že s kouřením přestanou.

Obrovským úspěchem je samotná skutečnost, že v některých afrických zemích se lidé o HIV/AIDS dozvěděli a připustili si samotnou existenci této nemoci. Vzhledem k tomu, že HIV/AIDS probíhá během prvního stádia téměř bez příznaků a později na sebe obrazně bere podobu jiných nemocí (tudíž způsobuje nemoci trávicího traktu, tuberkulózu, onemocnění kůže apod.), může se zejména laikovi zdát, že HIV/AIDS je „nemocí bez tváře“. Právě tato skutečnost zejména v zemích s nízkou vzdělaností obyvatelstva výrazně komplikuje boj s touto nemocí. Pro mnohé Afričany HIV/AIDS neexistuje právě proto, že se neprojevuje jednoznačnými viditelnými příznaky. Snaha popřít existenci HIV/AIDS byla zejména v minulosti prohloubena i množstvím mýtů a snahami zneužít HIV/AIDS v politické propagandě. AIDS bylo například považováno za nemoc vznikající z chudoby, za nemoc, jíž trpí pouze černošské obyvatelstvo či snahu apartheidní vlády kontrolovat populační růst černošské populace.

Za další obrovský úspěch lze považovat vyvinutí technik, jak provádět rychlé testy na přítomnost viru a stále snažší dostupnost testovacích center v zemích nejvíce postižených pandemií. Ještě důležitější je nicméně objev antiretrovirálních léků a jejich potenciální zpřístupnění širokým vrstvám obyvatelstva některých nejvíce postižených zemí. Díky těmto lékům se za příznivých podmínek z HIV/AIDS stává chronické onemocnění, jež pacientům umožní opět se vrátit do normálního života, pracovat a vychovávat svoje děti.

Nejobtížnějším ale o to zásadnějším úkolem je dosažení změny v chování obyvatelstva (používání kondomů, snížení promiskuity, dodržování pravidel léčby apod.). Dosavadní zkušenosti např. z Ugandy a Thajska ukazují, že za určitých okolností změny v chování obyvatelstva dosáhnout lze. Například v Ugandě v polovině 90. let používalo kondom při pohlavním styku se stálým partnerem 20 % párů, zatímco v roce 2000 se jednalo již o více než 50 % párů. Během stejného období míra rozšíření HIV/AIDS mezi těhotnými ženami v Ugandě poklesla z 11 % na pouhých 5 %.

Obecně lze konstatovat, že během dvou desetiletí, kdy se lidstvo s pandemií HIV/AIDS potýká, se podařilo získat dostatek poznatků a zkušeností, jak šíření viru úspěšně čelit a jak minimalizovat dopady nemoci. Problémem ovšem zůstává, jak tyto metody aplikovat v zemích potýkajících se se zaostalostí, chudobou, politickou nestabilitou, nefunkčností státního aparátu a zdravotního systému a v mnoha případech i s vojenskými konflikty. I kdyby se již nyní podařilo šíření viru zastavit, z následků epidemie by se nejvíce postižené země vzpamatovávaly po desetiletí. Například pouze v subsaharské Africe žije k dnešnímu dni více než 12 miliónů sirotků, jimž AIDS zabilo jednoho či oba rodiče. Celosvětové předpovědi v nejbližších letech neočekávají výrazné zlepšení, co se týče průběhu epidemie a rozšíření HIV/AIDS v populaci. Zásadní zlom by v tomto ohledu zřejmě mohl přinést pouze objev vakcíny proti viru HIV. Neoptimističtější odhady předpokládají, že vakcína by mohla být uvedena na trh za pět let. Problémem je ovšem skutečnost, že HIV je velmi „inteligentní“ virus, jež se postupně mění a využívá nových forem přenosu.

13. Mají Afričané možnost získat kvalitní antiretrovirální léky? Jak moc mohou tyto léky prodloužit HIV pozitivnímu člověku život?

Antiretrovirální léky na jedné straně snižují množství viru HIV v krvi a na straně druhé napomáhají reprodukci bílých krvinek, které vir HIV poškozuje. Díky této kombinaci napomáhají obnovit funkci imunitního systému organismu. Tyto léky jsou pacientům předepisovány ve chvíli, kdy imunitní systém již není schopen se s pomocí běžných léků vypořádat s oportunními (přidruženými) infekcemi, jimiž nemocný trpí.

V ekonomicky vyspělých zemích někteří pacienti užívají antiretrovirální léky již více než dvacet let. Problém dlouhodobého užívání těchto léků jsou jejich nežádoucí vedlejší účinky a postupně rostoucí resistance viru proti této léčbě.

Afričtí pacienti, kteří mají soukromé zdravotní pojištění či dostatek finančních prostředků, měli možnost užívat antiretrovirální léky od jejich uvedení na trh. Problémem je ale jejich dostupnost pro běžnou populaci. V mnoha afrických zemích je zdravotní péče placená a už i náklady na běžnou léčbu přidružených nemocí zpravidla mnohonásobně převyšují příjmy většiny obyvatelstva. Pouze několik málo zemí afrického kontinentu, jako například Jihoafrická republika a Namibie, jsou schopny zajistit svým občasným bezplatnou zdravotní péčí a od roku 2003 i bezplatnou antiretrovirální léčbu. Ve většině případů jsou nicméně léky financovány i v těchto zemích prostřednictvím donorů. Například v rámci 'Nouzového plánu prezidenta Bushe pro pomoc lidem s AIDS' by během následujících 4 let mělo získat zdarma antiretrovirální léčbu 2 milióny lidí z 12 afrických zemí a 3 mimoafrických zemí. Podobná iniciativa Světové zdravotnické organizace by měla v roce 2005 zaručit bezplatné antiretrovirální léky 3 miliónům lidí. Velkou neznámou je ovšem fakt, jak v podmínkách rozvojových zemích dosáhnout správného užívání antiretrovirálních léků. U antiretrovirálních léků v případě špatného užívání dochází velmi rychle k vytvoření rezistentní formy viru HIV, který může pak nakažený člověk šířit dále a který již na klasickou léčbu nereaguje. Jedním z nejčastějších důvodů špatného užívání léků může být u chudých pacientů nedostatek jídla, protože při požití léku bez jídla se vyskytuje silná nevolnost, kterou zejména nevzdělaní lidé mohou řešit dočasným vysazením léku a vypěstovat si tak již zmíněnou rezistenci. Dalším velkým problémem u chudých a nevzdělaných lidí je dodržování léčebného režimu – tj. docházení na pravidelné lékařské kontroly, dodržování zprávné životosprávy.

14. Existuje nějaká osvěta, pokud ano, kdo ji provádí? Jak se na ní podílí mezinárodní společenství?

Jak již bylo vysvětleno výše, HIV/AIDS je v současnosti smrtelné infekční onemocnění, které se přenáší ve většině případů pohlavním stykem. Z toho vyplývá, že jediným účinným prostředkem, jak šíření HIV/AIDS bránit, je právě osvěta.

Rozsáhlá metodika prevence HIV/AIDS byla odborníky vytvořena již během 90.let. Vzhledem k tomu, že šíření nemoci úzce souvisí s kulturními tradicemi a sociálními normami, jež se týkají sexu a partnerských vztahů, byly vypracovány mutace osvětových materiálů, které berou v úvahu rozdílný kulturní kontext v jednotlivých regionech.

Velkoplošné osvětové kampaně, jež jsou zpravidla koordinovány vládou ve spolupráci s mezinárodními organizacemi (UNAIDS, WHO apod.), začaly v zemích nejvíce ohrožených epidemií již v průběhu 90.let. Zatímco v začátcích epidemie bylo cílem těchto kampaní především informovat obyvatelstvo o existenci HIV/AIDS a způsobech, jak se před infekcí chránit, nyní se užívá tohoto prostředku v nejvíce postižených zemích i k určitému tlaku na obyvatele, aby podstoupili test na přítomnost viru HIV v krvi. Výzkumy nicméně prokázaly, že samotná informace o nemoci a způsobech prevence zpravidla nevedou k žádoucí změně chování. K té dojde teprve tehdy, když je jedinec schopen a ochoten na základě dané informace svoje chování přehodnotit. A právě zde je nutno hledat příčiny dosavadního neúspěchu v bitvě s HIV/AIDS.

Díky nízké vzdělanosti velké části obyvatel postižených zemí je velmi obtížné lidem vysvětlit, jaké nebezpečí pro ně HIV/AIDS představuje, a že je nutné, aby změnili svoje chování a v případě propuknutí nemoci dodržovali léčebný režim. Další problém představuje skutečnost, že z kulturních, společenských, ekonomických či osobních příčin, lidé často nejsou schopni své chování změnit. (Žena například nemůže trvat na použití kondomu či je pro ni z ekonomických či společenských důvodů neúnosné pohlavní styk odmítnout.)

Z toho vyplývá, že je nezbytné doplňovat informativní kampaně aktivitami, jež na úrovni komunit a jednotlivců stimulují změnu chování a povedou k odstraňování rizikových faktorů, které k šíření HIV/AIDS přispívají. Projekty tohoto typu zaměřené na poradenství, osvětu v komunitách, zmírnění chudoby, zlepšení postavení žen ve společnosti apod. implementují po celém světě ve spolupráci s donory lokální i zahraniční nevládní organizace, komunitní spolky i státní instituce. Přestože po celém světě probíhají desítky tisíc takových projektů, řešení a skutečné vítězství v boji s HIV/AIDS může přinést pouze celkový sociální a ekonomický rozvoj zemí globálního jihu. Dosavadní celosvětový vývoj nicméně kráčí opačným směrem: lidí, kteří žijí pod hranicí chudoby i těch, co jsou nakaženi virem HIV stále přibývá.

15. Jaké jsou v tomto smyslu aktivity EU a ČR?

Evropské unie je v celosvětovém měřítku největší donor v oblasti zahraniční rozvojové pomoci a epidemie HIV/AIDS je přirozeně jednou z jejích hlavních priorit při poskytování zahraniční pomoci. Evropská unie se například zavázala v letech 2001 až 2006 přispět 460 milióny EUR do Globálního fondu pro boj s HIV/AIDS, tuberkulózou a malárií. Z hodnocení dosavadní strategie EU v této oblasti vyplývá, že se zatím podařilo zakomponovat HIV/AIDS jako prioritu do programových dokumentů a plánů a alokovat pro boj s touto nemocí relativně vysoký objem finančních prostředků. Největší nedostatky odborníci nicméně spatřují v následné implementaci schválených programů a doporučení v obtížném prostředí zemí globálního jihu.

HIV/AIDS bylo rovněž stanoveno jako sektorová priorita při poskytování rozvojové pomoci českou vládou. Například v roce 2004 byly z prostředků české oficiální rozvojové pomoci financovány projekty zabývající se problematikou HIV/AIDS v Namibii, Malawi, Zimbabwe a Ugandě. Jedním z nich je i projekt společnosti Člověk v tísní zabývající se psychosociální podporou a ekonomickou stabilizací rodin a komunit postižených HIV/AIDS na jihu Namibie. Z hlediska objemu finančních prostředků alokovaných českou vládou na projekty zaměřené na boj s HIV/AIDS se ovšem jednalo o pouhých 1.5 % z celkového objemu rozvojové pomoci na rok 2004.

16. Jaký je vliv katolické církve na tuto problematiku (na jedné straně charita, na straně druhé agitace proti antikoncepci a potratům)?

Na úvod je nutno podotknout, že postavení katolické církve a její vliv na utváření společenských norem a hodnot se v různých částech afrického kontinentu značně liší. Katolická církev je zpravidla pouze jednou z hlavních církví v zemi či jedním z náboženství, které je obyvateli praktikováno.⁶ Narozdíl od Evropy, kde křesťanství a katolická církev do značné ovlivnily vývoj a dnešní podobu evropské kultury a civilizace, na africkém kontinentě podobnou úlohu sehrálo tradiční náboženství a

⁶ V severní části Afriky je dominantním náboženstvím islám.

zvyky, které do dnešních dnů v mnoha zemích determinují fungování zdejší společnosti. Právě ty sociální normy a zvyky, jež se týkají partnerských vztahů, sexuálního chování, postavení muže a ženy ve společnosti a fungování rodiny, tudíž ty, jež přímo souvisí se šířením HIV/AIDS, představují jednu z hlavních determinant dané kultury a fungování společnosti. Z tohoto důvodu je velmi obtížné tyto společenské normy a zvyky zásadním způsobem v krátkém časovém horizontu měnit.

Přístup katolické církve k pandemii HIV/AIDS lze názorně demonstrovat na příkladu jihoafrického regionu, jež představuje v současnosti ohnisko epidemie. Vzhledem k dlouhé koloniální historii těchto zemí, má katolická církev v tomto regionu značný vliv. Konkrétní aktivity v oblasti HIV/AIDS se zde zpravidla zaměřují jak na prevenci přenosu viru, tak i na zmírnění dopadů epidemie, jež představuje zejména péče o sirotky a nemocné. Například v Namibii katolická církev provozuje jednu z největších celonárodních nevládních organizací zaměřených na boj s HIV/AIDS. V oblasti prevence katolicky orientované organizace i církve sama klade primární důraz na sexuální abstinenci před uzavřením manželství a zachovávání věrnosti mezi partnery. Zejména v prevenčních programech určených pro děti je zdůrazňována potřeba vazby lásky mezi partnery a sexem. V situaci, kdy ve většině jihoafrických zemích dochází k akutní krizi rodiny a kdy dramaticky roste počet dětí narozených mimo manželství a zároveň v situaci, kdy široce rozšířená promiskuita je běžně tolerována, má tento přístup katolické církve své opodstatnění.

Co se týče kondomů, katolické organizace kondomy zpravidla přímo nedistribuuji, nicméně své klienty o používání mužských i ženských kondomů často detailně informují. Potraty jsou například v Namibii zakázány zákonem (výjimkou může být pouze potrat ze zdravotních důvodů). Zároveň je ovšem ve státních zdravotních zařízeních poskytována zdarma antikoncepce a zdarma je prováděna i případná sterilizace. Například na jihu Namibie, kde pracuje společnost Člověk v tísni, je běžné, že zejména ženy z chudších společenských vrstev mají více dětí s různými partnery, kteří se o děti nestarají ani je finančně nepodporují. Tato situace je společensky akceptována a představuje běžnou praxi. úvody jsou různé: těhotenství bez uzavření sňatku a statut svobodné matky nepředstavuje výrazný společenský handicap, děti jsou částečně povážovány ženami za dar od Boha, některé z nich doufají, že po narození potomka se s nimi partner ožení, či je těhotenství způsobeno neznalostí reprodukčního systému a možností antikoncepce.

17. Realizují se v Africe nějaké projekty na podporu sirotků, jejichž rodiče zemřeli na AIDS?

HIV/AIDS mění mimo jiné demografickou strukturu populace. Zatímco počet dětí a starých lidí se výrazně nemění, vymírá střední generace rodičů, jež za normální situace tvoří sociální i ekonomickou oporu společnosti. Péči o děti osiřelé v důsledku HIV/AIDS přebírá nejčastěji rozšířená rodina, ať už jsou to prarodiče, starší sourozenci či další příbuzní. Tento způsob sdílení péče o děti je v afrických zemích běžný. Problém nastává v momentě, kdy počty dětí osiřelých v důsledku HIV/AIDS zahlcují kapacitu této přirozené sociální sítě tvořené rozšířenou rodinou. Sirotci pak trpí nejen ztrátou rodičů po emoční a psychické stránce, ale trpí často i nedostatkem jídla, oblečení, nemohou z ekonomických důvodů chodit do školy apod., protože příbuzní nemají dostatek finančních prostředků se o děti postarat. Zejména ve velkých městech přibývá i dětí-bezdomovců žijících na ulicích.

V této situaci vzniká prostor jak pro státní intervence tak pro působení nevládních a komunitních organizací. Například v Namibii mají pěstouni nárok na státní příspěvek a sirotkům může být odpuštěno placení školného a dalších poplatků. Toto systémové řešení si nicméně většina afrických zemí nemůže dovolit a i v Namibii, je problém s reálnou vymahatelností těchto dávek, jež je způsobena zejména nedostatkem sociálních pracovníků. S pomocí přicházejí různé komunitní či nevládní organizace, jež se snaží ať už přímo či nepřímo pomoci sirotkům a jejich pěstounům po materiální a ekonomické stránce (ať už se jedná o jídlo, oblečení, školní pomůcky či výdělečné aktivity) či se snaží dětem nabídnout psychologickou oporu a pomoc, jak se vypořádat se ztrátou rodičů. Většina organizací se snaží mezi dětské aktivity zahrnout i prevenci HIV/AIDS. Obecně lze konstatovat, že cílem těchto projektů je napomoci pěstounským rodinám s výchovou dětí. Některé nevládní organizace provozují i dětské domovy, kam jsou umísťovány děti, pro které se nepodaří najít pěstounskou rodinu. Dětské domovy je nicméně třeba v afrických podmínkách vnímat jako krajní možnost, jelikož děti ztrácejí kontakt se svojí komunitou a mohou tak ztratit například i právo na půdu po předcích apod.

Z českých nevládních organizací se pomoci sirotkům věnuje například společnost Člověk v tísni. V Namibii Člověk v tísni zaměstnává sociální pracovníci, která pomáhá rodinám vyřizovat sociální dávky, a v komunitním centru ČvT probíhá pravidelný program mimoškolních aktivit, který navštěvují sirotci i další ohrožené děti. V Etiopii bude společností Člověk v tísni vybudována škola a internát pro tyto děti z rodin postižených HIV/AIDS.

Doporučené zdroje informací:

UNAIDS, www.unaids.org

WHO, www.who.int

Cohen D. (1998), Socio-economic causes and consequences of the HIV epidemic in Southern Africa: A case study of Namibia,, Issues Paper No. 31, HIV and Development Programme, UNDP, <http://www.undp.org/hiv/publications/issues/english/issue31e.htm>

Desmond Ch., Michael K., Gow J. The Hidden Battle: HIV/AIDS in the Family and the Community, University of Natal, Durban (Health Economics & HIV/AIDS Research Division) <http://www.irinnews.org/impact.pdf>

International Labour Office, (2000), HIV/AIDS in Africa: The Impact on the World of Work, African Development Forum, Ethiopia, Addis Ababa (www.ilo.org)

Kongsin S., Watts Ch. (2000), Household Impacts of AIDS in Thailand, <http://www.uea.ac.uk/dev/publink/barnett/Sukhonthdurb.pdf>

Lamprey, P.R., Zeitz, P., Larivee C. (eds.), (2001), Strategies for Expanded and Comprehensive Response to a National HIV/AIDS Epidemic, Family Health International, www.fhi.org

Family Health International, www.fhi.org

USAID, www.info.usaid.gov

Člověk v tísni, www.clovekvtisni.cz