

Univerzita Hradec Králové  
Pedagogická fakulta  
Katedra sociální patologie a sociologie

**Společenská situace HIV pozitivních osob a další dopady rizikového sexuálního chování**

Bakalářská práce

Autor:	Dominika Grenarová
Studijní program:	B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor:	Sociální patologie a prevence
Vedoucí práce:	Mgr. Lucie Špráchalová
Oponent práce:	PhDr. Václav Bělík, Ph.D.



## Zadání bakalářské práce

**Autor:** Dominika Grenarová

**Studium:** P15P0925

**Studijní program:** B7507 Specializace v pedagogice

**Studijní obor:** Sociální patologie a prevence

**Název bakalářské práce:** **Společenská situace HIV pozitivních osob a další dopady rizikového sexuálního chování**

**Název bakalářské práce AJ:** Social situation of HIV-positive people and other impacts of hazardous sexual behaviour

### **Cíl, metody, literatura, předpoklady:**

Bakalářská práce je zaměřena na HIV/AIDS jako jeden z možných následků rizikového sexuálního chování. Dále zmiňuje druhy rizikového sexuálního chování a jejich další následky v rovině zdravotní i sociální. Výzkumná část obsahuje empirické šetření kvalitativního rázu. Cílem práce je zjistit, v jaké společenské/sociální situaci se nachází respondenti z řad HIV pozitivních osob, s důrazem na jejich subjektivní vnímání.

MACH, Petr a kol. Metodika pro vzdělávání a přímé tutorování v problematice zaměstnávání HIV+ pro nevládní neziskové organizace a pracovníky úřadů práce. Praha: Centrum pro komunitní práci pro Českou společnost AIDS pomoc, z.s., 2015. 43 stran. ISBN 978-80-87809-32-7.  
ROZEHNALOVÁ, Marcela. Co se skrývá za sexem dospívajících?, aneb, Prevence rizikového sexuálního chování mládeže a jeho následků. Praha: CEVAP, 2005. 146 s. ISBN 80-902898-8-6.  
Strategie pro odstranění společenských bariér a zlepšení zaměstnávání osob HIV+. Praha: Centrum pro komunitní práci pro Českou společnost AIDS pomoc, z.s., 2015. 23 stran. ISBN 978-80-87809-33-4. ŠULOVÁ, Lenka a kol. Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví. Praha: Maxdorf, 2011. 439 s. ISBN 978-80-7345-238-4. WEISS, Petr a kol. Sexuologie. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. xiii, 724 s. ISBN 978-80-247-2492-8.

**Garantující pracoviště:** Katedra sociální patologie a sociologie, Pedagogická fakulta

**Vedoucí práce:** Mgr. Lucie Špráchalová

**Oponent:** PhDr. Václav Bělík, Ph.D.

**Datum zadání závěrečné práce:** 5.1.2016

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucí bakalářské práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne .....

.....  
Dominika Grenarová

### **Poděkování**

Ráda bych zde poděkovala Mgr. Lucii Špráchalové za odborné vedení mé bakalářské práce, za cenné rady, věcné připomínky a vstřícnost při konzultacích a vypracování bakalářské práce. Mé poděkování patří také účastníkům výzkumného šetření.

## **Anotace**

GRENAROVÁ, Dominika. *Společenská situace HIV pozitivních osob a další dopady rizikového sexuálního chování*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2018. 57 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce se zabývá problematikou společenské situace HIV pozitivních osob. Teoretická část poskytuje základní vhled do rizikového chování. Práce je však více zaměřena na rizikové sexuální chování, a to především na jeho důsledky, jako jsou pohlavně přenosné choroby, nechtěné těhotenství a další. Podrobněji je pak popsáno onemocnění HIV/AIDS. Hlavní částí práce je kapitola týkající se společenské situace HIV pozitivních osob, konkrétně poznatků, které byly do dnešní doby zjištěny a zpracovány. Pro empirické šetření byla vybrána kvalitativní metoda, a to rozhovory, pomocí kterých jsme se snažili získat subjektivní náhled HIV pozitivních osob na jejich společenskou situaci. Zkoumali jsme, zda se setkávají s diskriminací, jaká je kvalita jejich vztahů a jestli jsou spokojeni s úrovní pomoci HIV pozitivním osobám v České republice.

**Klíčová slova:** HIV, diskriminace, společenské situace, rizikové sexuální chování

## **Annotation**

GREVAROVÁ, Dominika. *Social situation of HIV-positive people and other impacts of hazardous sexual behaviour*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2018. 57 pp. Bachelor Degree Thesis.

This Bachelor thesis addresses social status of HIV-positive persons in the society. The theoretical part of the thesis examines risk behaviour. The thesis itself focuses more on hazardous sexual behaviour, and especially its consequences such as sexually transmittable diseases, unplanned pregnancy and others. The thesis further elaborates on HIV/AIDS. The main section focuses on the social status of HIV-positive persons, using previously discovered findings. Qualitative empirical research is used in the form of interviews, which offer a deeper look into the social status and overall situation of HIV-positive persons. The thesis concentrates on the discrimination of HIV-positive persons, the quality of their relationships and the quality of services provided to them in the Czech Republic.

Keywords: HIV, discrimination, social situation, hazardous sexual behaviour

## Obsah

<b>Úvod</b> .....	<b>8</b>
<b>1 Vhled do problematiky rizikového chování</b> .....	<b>10</b>
1.1 Syndrom rizikového chování .....	10
1.2 Faktory vedoucí ke vzniku rizikového chování .....	11
1.3 Formy rizikového chování .....	13
<b>2 Rizikové sexuální chování</b> .....	<b>13</b>
2.1 Motivy k rizikovému sexuálnímu chování.....	15
2.2 Druhy a následky rizikového sexuálního chování .....	16
2.3 Prevence rizikového sexuálního chování .....	18
<b>3 HIV/AIDS</b> .....	<b>21</b>
3.1 Základní informace o léčbě/terapii .....	23
3.2 Výskyt HIV/AIDS ve světě a v České republice .....	24
3.3 Přehled legislativy týkající se viru HIV .....	25
<b>4 Společenská situace HIV pozitivních osob</b> .....	<b>27</b>
4.1 Diskriminace v zaměstnání .....	28
4.2 Diskriminace v oblasti zdravotnické péče .....	30
4.3 Další oblasti života ovlivněné infekcí HIV .....	32
<b>5 Výzkumné šetření dané problematiky</b> .....	<b>34</b>
5.1 Výzkumný problém a výzkumné otázky .....	34
5.2 Metodologie .....	35
5.3 Výzkumný vzorek .....	37
5.4 Výsledky .....	38
<b>Závěr</b> .....	<b>49</b>
<b>Seznam zdrojů</b> .....	<b>50</b>
<b>Seznam tabulek</b> .....	<b>56</b>
<b>Seznam příloh</b> .....	<b>57</b>

## Úvod

HIV je onemocnění, které bylo objeveno v osmdesátých letech dvacátého století. V tomto období mu bylo věnováno, stejně jako všem novým „objevům“, hodně pozornosti. Nejprve souviselo pouze s homosexuály, poté bylo zjištěno, že může postihnout i heterosexuály, tedy že se přenáší pohlavním stykem a také krví. Lidé na tuto nemoc umírali a neexistoval lék ani žádná terapie. V dalších letech byly objeveny léky, díky kterým došlo ke značnému zlepšení kvality života osob postižených virem HIV. Dnes je již léčba HIV na skvělé úrovni, onemocnění díky tomu bezprostředně neohrožuje životy, jako tomu bylo před třiceti lety.

Ačkoliv tato nemoc dnes není nutně smrtelná, je s ní spojováno mnoho mýtů, které se často týkají přenosu viru. Jedním z mýtů je přenos podáním ruky nebo slinami. Tato dezinformace vyvolává v lidech strach z osob HIV pozitivních, a také může přinést mnoho předsudků o nemoci a osobách postižených touto nemocí. Vědecky je však dokázáno, že se tento vir přenáší pouze třemi cestami - pohlavním stykem, krví či z matky na plod. Všechny tyto mýty a z toho vyvěrající strach pocházejí nejspíš z nedostatku informací, a tedy z nedostatečné osvěty.

Právě předsudky a z nich vycházející špatné chování společnosti k HIV pozitivním osobám nás zajímá, zejména sociální situace HIV pozitivních osob. Konkrétněji se v práci zaměřujeme na to, zda se osoby HIV pozitivní setkávají kvůli zmíněným mýtům s různými formami diskriminace a stigmatizace. Také nás zajímá, jaké jiné oblasti života nemoc ovlivňuje, a jestli je možné, aby HIV pozitivní osoby žily normální život. Bakalářská práce se zaměřuje na téma společenské situace HIV pozitivních osob jak v teoretické části, tak v empirickém šetření. Teoretické poznatky se snažíme podat tak, aby došlo k ucelenému náhledu na problematiku a k lepšímu pochopení. Snažíme se postupovat od obecného ke konkrétnímu.

Proto nejprve nahlížíme na problematiku rizikového chování v obecné rovině. Snažíme se o definici rizikového chování, což není jednoduché, jelikož různí autoři zastávají různé názory. Popisujeme také syndrom rizikového chování a stručně uvádíme motivy, které vedou k rizikovému chování. Větší pozornost věnujeme rizikovému sexuálnímu chování, které patří mezi rizikové chování. S rizikovým sexuálním chováním souvisejí různé následky, jako nechtěné těhotenství či pohlavně přenosné choroby a další. Konkrétněji se však zabýváme virem HIV a nemocí AIDS. Mezi nejdůležitější část práce patří kapitola týkající



se společenské situace HIV pozitivních osob. Z různých zdrojů se snažíme zjistit, jak vypadá život HIV pozitivních lidí z hlediska jejich společenského života. Tedy zda se setkávali s diskriminací, popřípadě kde a jaká je celková kvalita života HIV pozitivních osob.

Na toto téma se zaměřujeme i v empirickém šetření, pro které jsme zvolili kvalitativní metodu sběru dat, a to rozhovory s respondenty, kteří jsou HIV pozitivní. Naším cílem je ověřit teorii, tedy zda se HIV pozitivní osoby setkávají s diskriminací a co je jejím důvodem. Také chceme zjistit, jak kvalitní jsou jejich mezilidské vztahy, a jak jsou spokojeni s úrovní pomoci HIV pozitivním osobám v České republice. I tento faktor se nám zdá být důležitý pro zlepšení společenské situace HIV pozitivních osob. Naším cílem je také zjistit, jestli je společnost dostatečně informována o onemocnění, s důrazem na subjektivní vnímání respondentů. Je stále potřeba osvěty společnosti? Dezinformace totiž často bývá příčinou odlišného chování.

Doufáme, že bakalářská práce povede čtenáře k lepšímu pochopení situace HIV pozitivních osob a pomůže eliminovat předsudky, které nemoc doprovázejí.

## **1 Vhled do problematiky rizikového chování**

V práci se zaměřujeme na rizikové sexuální chování, a proto je podle nás nutné na úvod v obecné rovině popsat, co rizikové chování je. První kapitola tedy obsahuje stručný vhled do této problematiky. Nejprve se snažíme nalézt definici rizikového chování a poté stručně popisujeme motivy takového chování.

Podle „Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2013-2018“ mezi rizikové formy chování patří ty, „které mají negativní dopady na zdraví, sociální nebo psychologické fungování jedince a/nebo ohrožují jeho sociální okolí.“ (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, © 2013 – 2018c, online). Podobně popisuje rizikové chování i Macek (2003). Rizikové chování podle něj ovlivňuje zdraví jedince jak fyzické, tak psychické a později může ohrožovat i společnost. Rizikovým chováním ale děti většinou neporušují zákon (Moravcová a kol., 2015).

Pojem „rizikové chování“ je těžké zařadit, nemá univerzální podobu a užívá se v mnoha oborech. Nielsen Sobotková (2014) uvádí, že je to pojem nadřazený delikventnímu, antisociálnímu a disociálnímu chování. S tím nesouhlasí Jedlička (2015), který naopak píše, že je to jakýsi předstupeň pro vytvoření sociálně-patologického chování. Výše zmíněnou definici přenáší spíše k sociální patologii. K chápání rizikového chování můžeme přistupovat z hlediska syndromu rizikového chování.

### **1.1 Syndrom rizikového chování**

Rizikový styl života je v období dospívání do jisté míry považován za normální. Je však důležité, do jaké míry se dospívající chová rizikově, zda jde jen o přechodné období a samotného dospívajícího neohrožuje. Rizikové chování však může být predispozicí pro budoucí sociopatologické či delikventní jednání (Nielsen Sobotková, 2014). Jessor (dle Hamanová a Csémy, 2014) provedl výzkum psychosociálního vývoje adolescentů, kterým popsal tzv. syndrom rizikového chování SRCH-D. Zjistil, že se u dospívajících tento syndrom objevuje, a že takové chování má jistou funkci, a to určité uspokojení, pomoc, naplnění něčeho, co dospívajícímu chybí.

Jsou rozlišovány tři okruhy projevů SRCH-D: zneužívání návykových látek, negativní jevy v oblasti psychosociálního vývoje a rizikové chování v oblasti reprodukční (Nielsen Sobotková, 2014). Ke zneužívání návykových látek dětmi dochází často ve skupinách. Do

negativních projevů v psychosociálním vývoji se řadí agresivita, protispolečenské jednání, autoagrese, týrání zvířat, rvačky apod. Projevem v reprodukční oblasti může být předčasný sexuální život, promiskuita, nechráněný pohlavní styk (Hamanová a Csémy, 2014). Syndrom rizikového chování je také chápán tak, že jednotlivé oblasti spolu souvisejí. Pokud začne jedinec užívat drogy, pravděpodobně se začne chovat rizikově i v jiných oblastech (Jessor a Jessor, 1997; dle Mioviský a kol., 2015b). Rizikově se může jedinec chovat za účelem zapadnutí do určité skupiny, jak uvádějí autorky Šafářová (2002) a Nielsen Sobotková (2014). Podle nich se adolescent v období dospívání snaží nalézt svou identitu a může se stát, že ji nalezne v rizikové skupině. Pokud chce být jedinec přijat skupinou, musí si osvojit její vzorce chování, které mohou být rizikové. Pocit sounáležitosti a přijetí je v období dospívání důležitý. Často si pak adolescent osvojí vzorce chování, které společnost neakceptuje.

Ačkoliv je rizikové chování v období dospívání normální, může mít negativní dopady, které si adolescent neuvědomuje. Některé chování může být dokonce protiprávní, což se pak s jedincem může nést celý život (Nielsen Sobotková, 2014). Může si vytvořit závislost na návykových látkách, ale také může být vyloučen ze školy. V rámci rizikového sexuálního chování může dívka například předčasně otěhotnět. Jelikož rizikové chování má určitou funkci, a to třeba uspokojení určitých potřeb, je nutné najít alternativy, které by nahradily rizikové chování, také by dospívajícímu přinášely uspokojení, ale zároveň by nebyly nebezpečné. Uvedeno je např. posílení sebevědomí či posilování vztahů s vrstevníky (Hamanová a Csémy, 2014).

Rizikové chování v dospívání můžeme považovat do určité míry za normální, ale pokud je dlouhodobé, hrozí, že se jedinec bude chovat rizikově celý život. Takové chování může dokonce vést ke kriminalitě, co se týká společenského jednání. Jedinec může také trpět nemocemi vzniklými z užívání návykových látek, či z nechráněného pohlavního styku.

## **1.2 Faktory vedoucí ke vzniku rizikového chování**

V předchozí kapitole jsme zmiňovali vytváření identity jedince v průběhu dospívání. V této podkapitole se věnujeme jednotlivým faktorům důležitým pro utváření identity jedince a pro jeho socializaci.

Šafářová (2002) uvádí, že pro utváření identity je důležitým faktorem rodina. Ta má největší vliv na to, kam dítě bude směřovat. Ke vzniku rizikového chování přispívá například socioekonomický status rodiny. Jedná se například o případy, kdy je dítě odděleno od

společnosti tím, že rodina bydlí někde na okraji města, nebo o případy, kdy jeden nebo oba rodiče nemají zaměstnání. Pokud se rodina nachází ve špatné ekonomické situaci, může se to projevat agresí a nespokojeností, což má špatný vliv na děti. Pokud je situace opačná, tedy rodina vůbec nestrádá, může to u dětí také vyvolávat rizikové až delikventní chování. Pro utváření identity dítěte a vzorců chování je také důležité chování samotných rodičů, podle nichž se děti učí. Celková atmosféra v rodině, tedy jak se rodiče chovají jeden ke druhému a k dětem, ovlivňuje budoucí chování dětí. Pokud se např. rodič chová doma agresivně, dítě si pak toto chování může osvojit jako normální. Hamanová a Csémy (2014) připojují rizikové faktory, jako je ztráta někoho blízkého, nebo rozvod. Macek (2003) ještě dodává, že pro prevenci rizikového vývoje dítěte jsou důležité vztahy v rodině, ale také zapojení rodiny do dalších skupin svého dítěte. Rodina by měla být informována o volném čase, o kamarádech a rodiče by měli být ve spojení se školou.

Dalšími faktory jsou různé zkušenosti z dětství, jako je zneužívání a týrání, anebo porucha chování dítěte. Rizikem může být dokonce i špatný prospěch ve škole či nedostatečná představa o budoucnosti. Pokud jedinec patří k některé menšině, může také docházet k rozvoji rizikového chování (Hamanová a Csémy, 2014). Důležitým faktorem je také samozřejmě škola, kde se dítě setkává se svými vrstevníky různých povah.

Kloep a kol. (2009; dle Miovský a kol., 2015b) uvádějí tři motivace, které vedou jedince k rizikovému chování. První motivací může být dosažení nějakého cíle. Dalším motivátorem může být sociální nátlak, například z řad vrstevníků, kdy se dospívající může obávat, že ztratí přátele, pokud neprovede určitý skutek. A třetím motivátorem je vyhledávání vzrušení.

### **1.3 Formy rizikového chování**

Rizikové chování má spoustu podskupin a jednotliví autoři se liší tím, co do této oblasti zařazují. Nielsen Sobotková (2014) například uvádí tyto formy rizikového chování:

- záškoláctví,
- lhaní (není společností vnímáno dostatečně jako rizikové),
- agresivita, agresivní chování,
- šikana, kyberšikana, násilné chování,
- obecně kriminální jednání (hlavně krádeže),
- vandalismus,
- závislostní chování,
- rizikové chování na internetu,
- rizikové sexuální chování,
- rizikové chování v dopravě,
- extrémně rizikové sporty, hazardní aktivity,
- užívání anabolik a steroidů,
- nezdravé stravovací návyky,
- extremismus,
- xenofobie, rasismus, intolerance, antisemitismus.

Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže pak zase neuvádí užívání anabolik a steroidů, a naopak přidává negativní působení sekt (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, © 2013-2018c, online).

Jednotlivé skupiny rizikového chování dále nerozvádíme, protože podrobněji se v práci zabýváme pouze rizikovým sexuálním chováním, a to v následující kapitole.

## **2 Rizikové sexuální chování**

V této kapitole již popisujeme konkrétní rizikové chování, a to sexuální. Snažíme se ho definovat a také uvádíme jednotlivé druhy a následky rizikového sexuálního chování.

Miovský a kol. považuje rizikové sexuální chování za „soubor behaviorálních projevů doprovázejících sexuální aktivity a vykazujících prokazatelný nárůst zdravotních, sociálních a dalších typů rizik. (...) (např. nechráněný pohlaví styk při náhodné známosti, výrazně

promiskuitní chování, rizikové sexuální praktiky, (...).“ Přidává k tomu i moderní fenomény v oblasti internetu jako je „zveřejňování intimních fotografií na internetu či jejich zaslání mobilním telefonem<sup>1</sup>, ev. nahrávání na video se zvýšeným rizikem zneužití takového materiálu.“ (Miovský a kol. 2015a, s. 68). Může být také zkombinované třeba se zneužíváním návykových látek.

Před samotným popisováním jednotlivých druhů rizikového sexuálního chování je důležité zmínit, jak se celkově vyvíjí u člověka sexuální chování. Je patrné, že rodina má na vývoj dítěte zásadní vliv. Podle Machové a Hamanové (2015) či Gjuriče (2007) je tento vliv zásadní i pro vývoj sexuálního chování dítěte, zejména vzor komunikace rodičů. Rodina určuje, jakého si dítě najde v životě partnera. Weiss (2011) dodává, že rodiče jsou identifikační vzorce pro dítě i při vytváření sexuální role a osvojování si vzorců chování k opačnému pohlaví. Dalším vzorem pro děti ve školním věku, který Weiss uvádí, jsou také vrstevníci a média.

Ve školním věku se u dětí projevuje tzv. homosociální chování, kdy se chlapci kamarádí s chlapci a děvčata s děvčaty. Celkově děti v tomto věku odmítají opačné pohlaví a osvojují si chování a zájmy typické pro jejich pohlaví. Tedy chlapci např. sportují, zajímají se o auta apod. Dívky se zase parádí, mluví o oblékání a hrají si s panenkami. Až v období puberty spolu začínají chlapci a dívky komunikovat, což je vysvětlováno rozvojem sexuálních citů a tužeb (Weiss, 2011). Období puberty je období heterosexuální skupinové. Dochází právě ke vzniku heterosexuálních dyadických vztahů, tedy vztahů, které se skládají ze dvou lidí, muže a ženy (Šulová, 2011).

Weiss (2011) uvádí, že sexuální chování je u dětí pozorovatelné už v dětství, např. sexuální hry, kdy děti prozkoumávají své pohlavní orgány, pohlavní orgány svých kamarádů, napodobují aktivity dospělých, nebo také masturbují, což je považováno za přirozené, jde především o dětskou zvědavost. Ačkoliv se děti mohou chovat sexuálně, tvrdí Machová a Hamanová (2015), že je to období asexuální, a až období puberty je obdobím, kdy se rozvíjí erotická a sexuální aktivita se sexuálním nádechem. U chlapců v pubertě převládá složka sexuality, u dívek naopak složka citová. Dívky tak můžou zabránit předčasnému sexuálnímu styku ve vztahu. Autorky uvádějí, že dnešní děti začínají předčasně sexuálně žít kvůli společenskému tlaku, který je řízen konzumem sexu. Zvěřina (2003)

---

<sup>1</sup> Dnes se k zaslání fotografií využívají spíše sociální sítě jako Facebook či Instagram.

přidává, že sexuální hry bez sexuálního spojení a onanie v dětském věku jsou sice přirozené a nemělo by se proti nim nějak výrazně zasahovat, je ale nutné děti poučit o určitých hranicích, samozřejmě přiměřeně jejich věku.

Je tedy třeba zdůraznit, že sexuální chování lidí určují z části rodiče. Zároveň můžeme předpokládat, že pokud rodiče své děti přehnaně poučují o tom, že jejich sexuální projevy v dětství nejsou normální, a zakazují dětem některé sexuální projevy, vede to k rizikovému sexuálnímu chování. Riziko ovšem může nastat také, pokud rodiče neurčí jasné hranice toho, co je ještě normální, a co už ne. Myslíme, že je ale nejdůležitější, aby rodiče celou sexualitu netabuizovali, a děti viděly své rodiče jako jistou oporu a bezpečné místo pro otázky a svěřování se (více kapitola 2.4).

## **2.1 Motivy k rizikovému sexuálnímu chování**

K rizikovému sexuálnímu chování člověka může motivovat leccos. Například Bianchi uvádí typy situací, kterými lidé ospravedlňují své nezodpovědné chování v oblasti sexu. Tyto typy byly zjištěny během výzkumných sond, na kterých se Bianchi podílel. Můžeme říci, že jsou to i motivy pro rizikové sexuální chování. Patří mezi ně nízká sociálně-emoční kvalita domácího prostředí v dětství, kdy dítě nedostává lásku od své rodiny a nedokáže ji tedy ani samo projevovat. Snaží se tuto prázdnotu zaplnit tím, že si hledá partnery a snaží se získávat si lásku druhých, třeba i jen sexuální. Tyto vztahy většinou moc dlouho netrvají, a tak vznikají stále nové. Další situací je zklamání po rozchodu s „velkou láskou“. Dívka má partnera a očekává, že s ním stráví celý svůj život. Pokud se však partner s dívkou rozejde, velice ji to zasáhne a zklame. Snaží se pak nahradit jeho místo řadou jiných povrchních vztahů. Jinou situací, kterou si člověk ospravedlňuje své nezodpovědné jednání, je nátlak k sexuálnímu styku. To platí hlavně u mladistvých, kteří se mohou cítit jako outsideři ve skupině vrstevníků, pokud ještě neměli pohlavní styk (Bianchi, 2011).

Je nutné podotknout, že k rizikovému pohlavnímu styku může docházet i ve vztahu. Právě v něm se člověk cítí v bezpečí, důvěřuje svému partnerovi, a často v rámci vztahu dochází k nechráněnému pohlavnímu styku. Vztah však může skončit a může začít zase úplně nový, s jiným člověkem, ve kterém opět dochází k nechráněnému pohlavnímu styku, a i k možnému přenášení pohlavních nemocí. Tomuto jevu se říká sériová monogamie - osoba má pouze jednoho sexuálního partnera v daném čase, po rozchodu následuje další vztah. Po rozchodu s tímto partnerem má dalšího (Popper, 1997; dle Bianchi, 2011).

## 2.2 Druhy a následky rizikového sexuálního chování

Druhů rizikového sexuálního chování je mnoho, stejně jako jeho následků. V této podkapitole uvádíme nejčastější a nejznámější příklady. Rizikovým sexuálním chováním může být například promiskuita neboli časté střídání sexuálních partnerů. Zvěřina uvádí, že zvýšená promiskuita vede k nežádoucím jevům, které jsou spojeny s hygienou či reprodukcí. Jsou to různé pohlavně přenosné choroby, ale také neočekávané těhotenství. Zároveň uvádí, že následky promiskuity jsou často horší pro ženy než pro muže. Zasluku na rozšíření promiskuity a snížené morálky v oblasti sexuálního života má zavedení hormonální antikoncepce (Zvěřina, 2003).

Dalším typem rizikového sexuálního chování může být předčasné zahájení sexuálního života. Machová a Hamanová (2015) uvádějí několik zdravotních důsledků předčasného zahájení pohlavního života. Zmiňují například to, že i když dívka v období puberty dosahuje jakési pohlavní zralosti a je schopná reprodukce, není stále její pohlavní ústrojí úplně zralé. Dospívající dívka má děložní čípek vystlán pouze jednovrstevným epitelem, zatímco dospělé ženy už mají vícevrstevný epitel, který čípek kryje lépe před infekcemi. V případě předčasného pohlavního života existuje tedy vyšší riziko různých infekcí. Autorky dokonce uvádějí, že pohlavní choroby jsou nejčastější ve věkové skupině 15-24 let. Spojují předčasný pohlavní život s promiskuitou a užíváním antikoncepce, a tedy i s větším rizikem přenosu pohlavních nemocí. Problematická situace vzniká, pokud dívka otěhotní ve věku, kdy ještě není plně připravena. Proto zdůrazňují, že by se v sexuální výchově mělo dbát hlavně na odsunutí pohlavního života do co nejvyššího věku, a měla by se posilovat monogamie a hlavní úloha sexu, tedy reprodukce. Skřenková (2011) také uvádí, že může u dívek kvůli předčasnému zahájení pohlavního života dojít třeba i k výpadku menstruace.

K rizikovému sexuálnímu chování dochází často pod vlivem drog. Vavřinková popisuje účinek jednotlivých drog na jejich uživatele. Uživatelé heroinu mají více sexuálních partnerů za rok, tudíž je u nich i zvýšený přenos infekčních chorob jako je HIV, ale i hepatitida typu C. Je u nich běžnější sexuální styk bez bariérové antikoncepce. Závislí na heroinu také často provozují sex za peníze. Stimulační drogy, jako je kokain a pervitin, zvyšují touhu po sexu vedoucí až k hypersexuálnímu chování, snižují zábrany a jedinci pod vlivem těchto drog podstupují sexuální praktiky, které by ve střízlivém stavu většinou nepodstoupili. Některé praktiky (skupinový sex, výměna partnerů) jsou rizikové, co se týká přenosu různých



nemocí. Ženě, která je pod vlivem drog, může také hrozit znásilnění. Taneční drogy také snižují zábrany, dávají uživatelům pocit náklonnosti a lásky ke každému, což může vést i k rizikovému sexu. Užívání kanabinoidů opět zvyšuje touhu po sexu, jedinci jsou promiskuitní. Je uvedeno, že uživatelky konopí jsou 7x častěji nakaženy pohlavně přenosnými chorobami než ženy, které konopí nekouří. Velmi častou společensky tolerovanou drogou je alkohol, který snižuje zábrany, zvyšuje touhu po sexu a pod jehož vlivem dochází často k nechráněnému pohlavnímu styku (Vavřínková, 2011).

Nechráněný pohlavní styk může vést k těhotenství. Šilerová ale uvádí, že počet náctiletých matek se snižuje, protože existuje spolehlivější antikoncepce. Pokud ale dívka otěhotní, je to pro ni těžké. Musí se rozhodnout, zda si dítě nechá vzít a půjde na interrupci, což pro dívku nemusí být jednoduché. Potrat může být psychickou zátěží pro matku, která může zažívat pocity viny. Dívka se může rozhodnout, že si dítě nechá, ale na takový krok ještě nemusí být zralá. Zde je riziko toho, že dívku dítě brzy omrzí, protože zjistí, jaká omezení s tím souvisejí. Zatímco ostatní kamarádky si užívají života, dívka se musí starat o svoje děťátko doma. Pokud s dívkou otec dítěte zůstal, pak může narození dítěte zasáhnout i do jejich vztahu, který je založený spíše na zamilovanosti než na lásce a odpovědnosti. Z toho vyplývá, že je předčasné těhotenství složitá situace, která zatěžuje jak matku, tak její rodiče, či partnera a rodiče partnera (Šilerová, 2003).

Na problematiku nechtěných dětí poukazuje již Matějček, a to konkrétně na psychologické výzkumy, které ukázaly, že u dětí, které jsou nechtěné, se na rozdíl od zdravého průměru mohou objevovat vývojové odchylky a nedostatky. Tyto děti jsou i častěji nemocné, celkově jsou hůře zařazovány do společnosti a jejich okolí nehodnotí úplně příznivě jejich charakterové vlastnosti a postoje na rozdíl od dětí, které jejich rodiče chtěli. Nechtěné děti jsou tedy vystaveny určitému riziku, které ale nemusí být nevyhnutelné. Matějček také zdůrazňuje, že bychom neměli lpět jen na fungující antikoncepci, ale také na odpovědnosti (Matějček, 1989).

Machová a Hamanová (2015) se zmiňují o dalším dopadu nechráněného pohlavního styku a promiskuity, jakým jsou pohlavně přenosné choroby, nesoucí také název venerické choroby, v angličtině „sexually transmitted diseases“. Je zajímavé, že nejvíce postiženou skupinou jsou mladí lidé ve věku 15-24 let. Důvodem může být právě to, že dívky v tomto věku nemají děložní čípek chráněný tak jako vyspělé ženy. Podle Rozsypala (2015) se

sexuálně přenosné choroby šíří hlavně důsledkem rozvolňování sexuálního chování spolu s užíváním návykových látek, a také díky komercializaci sexu.

Existuje mnoho druhů pohlavních nemocí, které se přenášejí hlavně pohlavním stykem. Machová a Hamanová (2015) uvádějí např. kapavku, syfilis, měkký vřed, čtvrtou pohlavní nemoc a pátou pohlavní nemoc. Mezi další nemoci, které se mohou přenášet pohlavním stykem i jinými cestami, patří např. chlamydiové infekce, genitální bradavice a samozřejmě syndrom získaného imunodeficitu, tedy AIDS. V této práci se zabýváme hlavně důsledky onemocnění virem HIV, proto se o ostatních pohlavních infekcích zmiňujeme jen stručně.

Kapavka se přenáší pouze pohlavním stykem, ačkoliv možností je i přenos skrze oči, pokud dojde k hrubému porušení hygieny. Je jednou z nejčastějších pohlavních nemocí a při neléčení může způsobit neplodnost muže i ženy. Další pohlavní nemoc – syfilis – může být získaná, tedy přenášena pohlavním stykem, ale i vrozená, kterou dítě získává od své matky v těhotenství, přičemž nepřímý přenos je vzácný. Syfilis má tři stádia a je důležité zjistit přítomnost této nemoci již v prvním stádiu a začít ji léčit. Jinak mohou být následky syfilidy vcelku drastické. Může způsobit hluchotu i slepotu, oslabuje končetiny, dokonce dochází i ke změně osobnosti jedince, kdy přestane dbát na svůj zevnějšek, prudce se mu mění nálada, může být hrubý, může trpět dezorientací, halucinacemi a podobně (Machová a Hamanová, 2015).

### **2.3 Prevence rizikového sexuálního chování**

Aby se u dospívajících zabránilo rizikovému sexuálnímu chování a s ním spojeným následkům, jako jsou pohlavně přenosné choroby či nechtěné těhotenství, je potřeba prevence, která může mít různé podoby. K prevenci rizikového sexuálního chování může docházet prostřednictvím sexuální výchovy ve škole, ale hlavně v rodině. Šilerová uvádí, že rodiče mají často v dnešní společnosti pocit, že jejich role výchovy v této oblasti není tak podstatná, že se vše děti dozví ve škole, na internetu, či od svých vrstevníků. To je ovšem omyl. Rodiče hrají roli zásadní. Naopak by měli děti informovat dříve, než se dočtou něco na internetu nebo uslyší zkreslené či vymyšlené informace od svých vrstevníků. Zároveň rodiče hrají důležitou roli i v případě, kdy se již jejich dítě něco dozvědělo, ale může ho to vést k naprosté dezinformaci, rodiče pak mohou usměrňovat tyto informace do správných mezí (Šilerová, 2003).

Rodina by měla být místem, kde panuje důvěra, blízkost a intimita, kde by rodiče a děti spolu měli hovořit o všem. I o sexualitě, která dodává vztahu ještě více důvěry. Pokud taková atmosféra v rodině panuje, dítě spíše uvěří tomu, co mu vysvětlí rodič o sexu než jeho kamarádi. Pokud rodiče polehčují či zesměšňují téma sexuality a nechtějí se o tom s dětmi bavit, uvádí to děti do stavu, kdy si myslí, že je to asi něco špatného, a pak se nepřijdou svěřit, když se něco děje. Je proto důležité si i v tomto získat důvěru dítěte a téma netabuizovat. Dětem by se měla předávat i ta informace, že sexualita je spjata s citovým vztahem, láskou, aby dokázaly odolat nátlaku svého okolí a oddálily zahájení sexuálního života na zralý věk. Celkově by rodiče měli děti informovat o riziku přenosu pohlavních nemocí a o možnostech ochrany, aby se děti nebály a nestyděly antikoncepci, a to hlavně prezervativy, používat (Šilerová, 2003).

Poučeny by děti měly být také o možném sexuálním zneužití. Tedy že si nesmějí nechat někým osahávat své pohlavní orgány (pokud nechtějí a pokud nejsou dostatečně staří), ani nesmějí být nuceny osahávat pohlavní orgány někomu jinému. Děti musí vědět, že to není normální, a pokud se něco takového stane, nemají se bát se svěřit (Šilerová, 2003).

Sexuální výchova probíhá také ve škole. Podle rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání<sup>2</sup> jsou základy sexuální výchovy součástí vzdělávací oblasti, která se nazývá „Člověk a jeho svět“, kdy jsou žáci seznámeni s partnerskými vztahy, manželstvím, rodičovstvím, nebo i s přenosnými infekcemi jako je HIV. S pohlavními orgány se dítě seznamuje prostřednictvím předmětu biologie. Podrobněji je sexualita rozebírána ve vzdělávací oblasti „Člověk a zdraví“, konkrétně ve vzdělávacím oboru „Výchova ke zdraví“. Jedním z cílů tohoto oboru je např. schopnost zdrženlivosti v dospívání a odpovědného sexuálního chování. Žáci jsou blíže seznamováni se sexuálně přenosnými chorobami, formou přenosu těchto chorob a s pojmy jako je promiskuita, pohlavní identita či intimita. Také se učí o mezilidských vztazích. Problematiku mezilidských vztahů a sebezdraví obsahuje také průřezové téma „Osobnostní a sociální výchova“. V rámcovém vzdělávacím programu pro gymnázia nalezneme u oboru „Výchova ke zdraví“ např. hygienu v těhotenství či hygienu pohlavního styku, nebo rizika spojená s volbou životního partnera (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, © 2013 – 2018b, online).

---

<sup>2</sup> Tento program je platný od roku 2005, ale roku 2016 prošel novelizací kvůli inkluzi.

Kromě sexuální výchovy, která je ukotvena ve vyučovaných předmětech školy, probíhají také preventivní programy na školách. Miovský a kol. (2015b) popisuje minimální preventivní program (MPP), který má každá škola. MPP začleňuje různá preventivní témata do učiva a také může zvát jiné organizace, které poskytují preventivní programy. V návrhu MPP je soubor znalostí, dovedností a způsobilostí, které by si děti měly v rámci základního vzdělání osvojit. Znalost znamená, že dítě zná, rozumí, rozlišuje atd. Dovednost znamená, že dítě umí, uplatňuje, používá. A způsobilost znamená, že je schopné uplatňovat nabyté znalosti a dovednosti v určitých situacích. Oblastí rizikového chování je devět. Všechny tyto oblasti by měly být propojeny, neměli bychom je oddělovat. MPP obsahuje návrh znalostí, dovedností a způsobilostí v jednotlivých oblastech rizikového chování, kterých by měl žák dosáhnout na určitém vývojovém stupni. Tyto stupně existují čtyři:

1. První a druhý ročník,
2. třetí a čtvrtý ročník,
3. pátý a šestý ročník,
4. sedmý, osmý a devátý ročník na základní škole.

Prevence sexuálního chování je začleněna až od druhého stupně a nejvíce se jí věnuje čtvrtý stupeň, kdy se probírají možnosti antikoncepce, co je to bezpečný sex, co jsou to pohlavně přenosné nemoci apod. Je ale nutné říci, že návrh MPP je pouze doporučený. Každá škola si ho musí upravit na míru (Miovský a kol., 2015b).

K prevenci rizikového chování obecně slouží také Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2013 až 2018<sup>3</sup>. Je to dokument Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT). Z názvu vyplývá, že hlavním obsahem je primární prevence rizikového chování. Hlavním cílem je snížit výskyt rizikových forem chování a nejlépe předejít jejich vzniku tím, že se bude u dětí rozvíjet sociální chování, či psychosociální dovednosti (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, © 2013-2018c, online). Dále MŠMT vydalo Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování dětí a mládeže ve školách a školských zařízeních, které „vymezuje aktuální terminologii, která je v souladu s terminologií v zemích EU, a začlenění prevence do školního vzdělávacího programu a školního řádu, popisuje jednotlivé instituce v systému prevence a úlohu

---

<sup>3</sup> V roce 2018 vychází nová strategie na dalších pět let.

pedagogického pracovníka, definuje Minimální preventivní program, doporučuje postupy škol a školských zařízení při výskytu vybraných rizikových forem chování dětí a mládeže.“ (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, © 2013–2018a, online). Příloha č. 18 tohoto doporučení se věnuje rizikovému sexuálnímu chování. Obsahuje terminologii pro oblast sexuality a rizikového chování. Také obsahuje doporučené postupy pro pedagogy v určitých nastalých situacích, jak by měli postupovat, a čemu by se naopak měli vyhnout a v jakých situacích by měli kontaktovat Policii České republiky či orgán sociálně-právní ochrany dětí (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, © 2013–2018a, online).

Prevenzi rizikového sexuálního chování se pozornost věnuje, je obsažena v dokumentech a různých metodikách. Je však otázkou, jestli je pozornost dostatečná. Důležitá je také prevence v rodině, zejména ze strany rodičů, kteří by měli děti podporovat a vytvářet bezpečné prostředí, aby se děti mohly svěřovat.

### **3 HIV/AIDS**

Tato kapitola se zabývá jedním z následků rizikového sexuálního chování, a to HIV/AIDS. Jelikož je naším cílem popsat společenskou situaci HIV pozitivních osob, považujeme za nutnost čtenáře stručně seznámit s informacemi o tomto onemocnění.

Nemoc AIDS byla pojmenována v roce 1981, kdy se začaly hlavně u homosexuálních mužů objevovat zvláštní stavy/choroby (Rozsypal, 2015). Proto se tato nemoc také nejprve nazývala GRID (gay-related immune deficiency), protože ji lékaři nejprve nacházeli u homosexuálů. I proto v té době narůstala nenávisť ke gayům (Kulířová, 2014a). Poté bylo zjištěno, že touto nemocí netrpí pouze homosexuálové, ale i toxikomani a heterosexuálové. Výzkumy ukázaly, že se nemoc přenáší pohlavním stykem a krví. V roce 1983 pak byl objeven zdroj této nemoci, virus HIV. Tato nemoc se vyskytovala na kontinentech jako je Afrika, Evropa či Amerika, a šířila se dál po celém světě. Protože nebyla ještě tolik prozkoumána, nebyl zatím znám způsob léčby. Až v 90. letech byla zavedena antiretrovirová léčba, která značně změnila budoucnost lidí nakažených virem HIV (Rozsypal, 2015).

Infekci HIV vyvolává virus lidské imunodeficiency (Záhumenský a kol., 2015) neboli virus snížené obranyschopnosti. Tato zkratka pochází z anglických slov „Human Immunodeficiency Virus“ (Procházka, 2010). Imuno odkazuje na imunitu, která chrání naše tělo a deficiencie znamená deficit něčeho, tedy že nám něco chybí nebo máme něčeho málo. Pokud tedy spojíme imuno a deficit, je nám jasné, že to znamená nedostatek imunity,

což přesně virus HIV způsobuje. Imunitní systém nefunguje správně. HIV virus napadá bílé krvinky, které nás v normálním stavu chrání před nemocemi. Člověk, který takový virus má, pak podlehe nemoci, která je normálně léčitelná (Johnson, 1993; Holub a kol., 1993). HIV bílé krvinky neničí, ale přeměňuje je na „továrny“ na HIV. Bílé krvinky tedy poté vyrábějí více viru HIV a bílých krvinek ubývá. Pak začíná HIV napadat i další buňky lidského těla až nakonec dochází k selhání imunity a vypuknutí nemoci AIDS (Holub a kol., 1993).

### **Stádia infekce**

Infekce HIV má několik stádií, než propukne v nemoc AIDS. U čerstvě nakaženého jedince může dojít po cca 6 týdnech od nakažení k tzv. akutní infekci. Projevuje se jako normální chřipka – teplota, únava, bolest kloubů, svalů, bolest v krku apod. Zhruba po týdně je vše v normálu. Tělo si začíná tvořit proti viru HIV protilátky, které testy můžou objevit, ale infekci ještě nelze zcela prokázat. V tomto stádiu je již člověk nakažlivý (Holub a kol., 1993). Procházka (2010) uvádí, že právě v tomto období dochází k nejširšímu nakažení dalších osob. Asi právě proto, že o tom daný člověk ještě neví, a tak se chová rizikově dál.

Dalším stádiem je asymptomatické období, které trvá zhruba 8 až 9 let, pokud jedinec nepodstupuje antiretrovirovou léčbu (Procházka, 2010). Je to období, kdy se jedinec cítí vcelku dobře a většinou nemá žádné příznaky onemocnění. Je důležité, aby se v této fázi o infekci dozvěděl a zahájil léčbu, než bude pozdě a nastoupí nemoc AIDS. Poté nastává období před AIDS, tzv. stadium ARC (AIDS Related Complex). V tomto období, kdy je již postižen imunitní systém, se objevují určité problémy, jako horečky, průjemy, výrazná únava a jiné (Holub a kol., 1993). Pokud není nasazena protivirová léčba, infekce propukne v nemoc AIDS. Ve stadiu nemoci AIDS se objevují nádory či oportunní infekce. Mezi oportunní infekce patří třeba zápal plic, nebo různé infekce trávicího traktu. V případě průjmu může člověk zcela vyhubnout a rozvrací se mu jeho vnitřní prostředí. Dochází také k neurologickým komplikacím, které mohou způsobit poruchy hybnosti, postižení mozku apod. Nemocný člověk může i oslepnout (Procházka, 2010).

### **Způsoby přenosu**

Virus HIV se přenáší pouze třemi prokázanými cestami, ale i tak mezi lidmi panuje strach, že se mohou nakazit i jinak. Mezi tyto cesty patří krevní přenos, sexuální přenos a přenos z matky na dítě. Virus se nachází v tělních tekutinách, ale ne všechny jsou rizikové pro přenos.

Vyskytuje se třeba i ve slinách, slzách či moči, ale koncentrace viru je nízká, takže skrze tyto tekutiny nákaza nehrozí. K přenosu krví může dojít při užití injekční stříkačky po někom, kdo je HIV pozitivní, což se často děje u narkomanů. Proto je nutné pokaždé použít novou jehlu (Procházka, 2010). Než bylo zahájeno testování dárců krve, byl HIV virus přenášen i při krevních transfúzích (Holub a kol., 1993). Procházka (2010) uvádí, že se takto nakazilo asi 14 příjemců krve. Dnes k tomu dochází zcela vzácně, protože jsou lidé před darováním krve testováni, avšak při procesu transplantace orgánů hrozí nakažení zdravotnickému personálu.

Dalším typem přenosu je sexuální přenos. Může k němu dojít skrze vaginální či anální soulož, přičemž anální je nebezpečnější než vaginální. Při orálním sexu je riziko malé. Pro prevenci přenosu skrze sexuální akt je uváděna buď abstinence (zdrženlivost od sexu), věrnost (mít jednoho partnera) nebo užití kondomu. V posledním případě může dojít k selhání například pokud kondom praskne či sklouzne. Pro prevenci je špatné, že se kondom stále méně užívá, nejspíš kvůli objevu hormonální antikoncepce. Je zajímavé, že k většině přenosů dochází právě v páru, kde milenci kondom skoro neužívají (Procházka, 2010). Aktéři se nejspíš domnívají, že ve vztahu se nemusí ničeho obávat.

Poslední formou přenosu je přenos z matky na dítě. Procházka zmiňuje zákon o ochraně veřejného zdraví, dle kterého musí být všechny ženy, které jsou těhotné, testovány na HIV. Pokud totiž dochází k antiretrovirové léčbě ženy během těhotenství, poté žena porodí císařským řezem a dítěti jsou po porodu podávána antivirotika, je riziko přenosu malé. Je ale potřeba aby žena, která je HIV pozitivní, své těhotenství naplánovala a měla co nejmenší virovou nálož (Procházka, 2010).

### **3.1 Základní informace o léčbě/terapii**

Po objevení viru HIV v roce 1983 se začal hledat lék. Farmaceutické firmy přicházely s různými léky, ale žádný z nich se úplně neosvědčil. Průlomový byl až „tenofovir“, který objevil český vědec profesor Antonín Holý. Toto antiretrovirotikum bylo schváleno roku 2001 a dodnes se nejvíce používá pro léčbu. Obchodním názvem je „Viread“. Překážkou v některých zemích, zvláště v rozvojových, je však to, že antiretrovirová terapie není finančně dostupná (Kulířová, 2014a).

Pro dnešní antiretrovirovou terapii se užívá zkratka ART-Antiretroviral Therapy (Collins, 2016) či HAART-Highly Active Antiretroviral Therapy (Konvalinka a Machala, 2011). Při této terapii je cílem dosažení nulové virové nálože.

Pacienti jsou testováni na virovou nálož, aby bylo zjištěno, jaké množství viru HIV se v jejich organismu vyskytuje. Antiretrovirotika působí tak, že zabráňují viru dále se tvořit, a naopak se pak začnou zase tvořit CD-4 T-lymfocyty (druh bílých krvinek), které jsou zodpovědné za imunitu. Je nutné uvést, že léky pacienta nezbavují HIV, tedy nevyлéčí ho (Collins, 2016). Konvalinka a Machala (2011) uvádějí, že terapie se snaží hlavně zastavit vývoj onemocnění, aby nedošlo do stádia AIDS. To se podaří pouze u pacientů, kteří se začínají léčit ještě vcelku v raném stádiu, kdy vir ještě tolik nezdevastoval imunitní systém.

V současnosti se daří šíření viru v lidském organismu zastavit, což zlepšuje imunitu lidí nakažených virem HIV. Pokud správně užívají léky, prodlužuje se délka jejich života. Také se snížilo riziko přenosu z matky na plod. Pokud matka podstupuje antiretrovirovou terapii, je zde riziko přenosu 5 % na rozdíl od předchozích 25 % (Konvalinka a Machala, 2011).

Antiretrovirová léčba přináší i nežádoucí účinky, zvláště při dlouhodobém užívání některých léků. Může způsobit cukrovku, změnu metabolismu, ledvinové kameny, průjmy, nevolnost apod. Její kvalita se ale stále zlepšuje. Například dříve museli pacienti užívat několik léků za den, což bylo zdrojem stresu, protože museli neustále myslet na to, že si musí vzít lék, a často na něj zapomínali. Dnes mají pacienti většinou jednu pilulku, která obsahuje více antiretrovirových látek. I když je kvalita léčby stále lepší, pro pacienty je těžké přijmout, že terapie nikdy neskončí, pokud se nenajde lék, který nemoc vyléčí úplně. Také je pro jejich psychiku těžké, pokud jedna léčba selže a je nutné nastavit novou. Léčba HIV také není nejlevnější. Měsíčně se cena pouhých léků pohybuje okolo 35 000 za jednoho člověka. V České republice je léčba hrazená státem (Konvalinka a Machala, 2011).

### **3.2 Výskyt HIV/AIDS ve světě a v České republice**

Infekce virem HIV a nemoc AIDS jsou celosvětovým problémem. Podle UNAIDS je celosvětově nakaženo virem HIV 36,7 milionů lidí, z toho 2,1 milionu dětí a skoro 18 milionů žen. V roce 2016 přibylo kolem 1,8 milionu nových případů infekce a milion osob zemřelo na následky nemoci AIDS. 20,9 milionů lidí s HIV podstupuje antiretrovirovou léčbu. Celkově bylo od objevení HIV/AIDS zaznamenáno 76,1 milionu případů infekce a 35 milionů lidí zemřelo na její následky. Nejvíce lidí nakažených virem HIV nebo žijících s nemocí AIDS pochází z Afriky. Počet nakažených v Africe činí kolem 25,5 milionů lidí, což je opravdu vysoké číslo. Počet nových případů ovšem roste pomaleji stejně jako ve zbytku světa (UNAIDS, © 2017b, online).



Pro přiblížení ještě uvádíme, že UNAIDS je světový program OSN pro HIV/AIDS, který vznikl roku 1994 na podporu prevence a léčby HIV, a který také podporuje osoby žijící s HIV/AIDS. UNAIDS působí ve více než osmdesáti zemích světa (Ministerstvo zahraničních věcí České republiky, online).

Údaje o výskytu HIV/AIDS v České republice vycházejí z webových stránek Státního zdravotního ústavu (SZÚ). Podle informací SZÚ začal být výskyt a nárůst osob nakažených virem HIV v České republice sledován v roce 1985. Od tohoto roku až do prosince roku 2017 bylo zaznamenáno 3160 případů. Muži mají značnou převahu a to 2715 případů, HIV pozitivních žen je pouze 445. Na nemoc AIDS zemřelo celkem 281 lidí. K úmrtí dochází ve stádiu, které je výsledkem nepodstoupení léčby, a tak infekce virem HIV přechází v nemoc AIDS, která už je fatální. Je ale nutné podotknout, že léčba HIV byla zahájena až v devadesátých letech, proto je pravděpodobné, že mezi dosavadní případy úmrtí (281 lidí) patří osoby, které se nakazily virem HIV v období, kdy léčba ještě neexistovala.

Za rok 2017 byl zaznamenán pokles nových případů infekce, celkově 254 případů oproti roku 2016, kdy bylo nakaženo 286 osob. V dlouhodobém horizontu ale stále dochází spíše k nárůstu nových případů infekce. Nejčastějším bydlištěm, které infikovaní uvádí je hlavní město Praha. U nových případů infekce je Praha zastoupena ve 48 % případů. Po Praze následuje Středočeský kraj, Ústecký kraj a Královehradecký kraj a nejmenší výskyt HIV je zaznamenán v kraji Olomouckém. Stále převládá přenos sexuální cestou. 71,3 % nových případů bylo zjištěno u mužů, kteří mají pohlavní styk s jinými muži, tedy homosexuálové převládají nad heterosexuály. I tak ale byl v loňském roce zaznamenán pokles přenosu infekce mezi homosexuály (Státní zdravotní ústav, online).

I když je uvedeno, že v roce 2017 poklesl výskyt nových případů infekce virem HIV, je to podle nás vysoké číslo. Je tedy stále potřeba věnovat pozornost preventivním aktivitám, které by pomáhaly snižovat prevalenci nových případů onemocnění HIV/AIDS i v dlouhodobém měřítku, nejlépe na nulu nebo na co nejnižší číslo.

### **3.3 Přehled legislativy týkající se viru HIV**

HIV je onemocnění, které mezi sebou přenášejí lidé různými cestami, které jsme již uvedli. Existují zákony regulující chování osob s HIV a s jinými infekčními nemocemi s hlavním cílem zastavit šíření nemocí. Mezi tyto zákony patří zejména zákon č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví a také zákon č. 40/2009 Sb. trestní zákoník.

V zákoně o ochraně veřejného zdraví se HIV/AIDS věnuje třeba § 53, který obsahuje povinnosti nakažených osob. Osoby HIV pozitivní musí například podstoupit léčbu, nesmí vykonávat činnosti, kterými by ohrožovaly zdraví jiných osob, musí informovat lékaře a poskytovatele zdravotních služeb o své HIV pozitivitě atd. § 71 stejného zákona se věnuje vyšetřování přítomnosti viru HIV, zejména tomu, které osoby by měly podstoupit toto vyšetření. Vyšetření musí být dárci krve, orgánů, tkání či spermatu před darováním. Pokud vyšetření nepodstoupí, nemohou darovat. Bez souhlasu pak může být vyšetřena těhotná žena, dále fyzická osoba, která má poruchu vědomí, anebo osoba, která je obviněna z trestného činu ohrožování pohlavní nemocí. Podle § 75 je nutné zajistit anonymitu osoby, která je HIV pozitivní (Zákony pro lidi, © 2010-2018b, online).

Zákon o zdravotních službách v § 51 předkládá zachování mlčenlivosti v souvislosti se zdravotními službami. Poskytovatel zdravotní služby je povinen zachovat mlčenlivost o všem, co se dozvěděl v rámci poskytování zdravotní péče, je tedy povinen zachovat informace o HIV pozitivitě svých pacientů (Zákony pro lidi, © 2010-2018f, online). S tím poté souvisí trestní zákoník, konkrétně § 180, který obsahuje jednotlivé tresty, jež jsou ukládány za trestný čin neoprávněného nakládání s osobními údaji. Podle § 180 by byl uložen trest odnětí svobody až na tři léta nebo trest zákazu činnosti tomu, kdo by z nějakého důvodu zveřejnil osobní údaje osoby a byla by jí tím způsobena újma na právech. Tento trest se týká právě i lékařů, kteří by porušili povinnost mlčenlivosti (Zákony pro lidi, © 2010-2018d, online).

Trestní zákoník zmiňuje i jiné tresty, které souvisejí s HIV. Například § 152 a § 153 se týkají šíření nakažlivé nemoci úmyslně a z nedbalosti. Podle těchto paragrafů by člověku, který by šířil úmyslně nějakou nemoc, byl uložen trest odnětí svobody až na tři léta, nebo trest zákazu činnosti či propadnutí věci. Pokud by osoba šířila nemoc z nedbalosti, mohl by jí být uložen trest odnětí svobody až na jeden rok, trest zákazu činnosti či trest propadnutí věci. Trestní sazby se pak zvyšují podle okolností, např. pokud osoba nakazila více osob, pokud by způsobila smrt apod. § 155 se přímo věnuje pohlavní nemoci: „Kdo jiného vydá, byť i z nedbalosti, nebezpečí nákazy pohlavní nemocí, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok.“ (Zákony pro lidi, © 2010-2018d, online).

## 4 Společenská situace HIV pozitivních osob

V této kapitole používáme pouze pojem HIV, nemoc AIDS opomíjíme. A to proto, že je dnes léčba na dobré úrovni, a tak se do stádia AIDS dostává méně lidí. Proto se zaměříme na osoby s HIV, a to i v našem výzkumném šetření.

Lidé s virem HIV se setkávají s různými formami diskriminace, odmítáním ze strany společnosti, i ze strany svých přátel. HIV pozitivní osoby mají celkově zhoršenou kvalitu života. Mohou trpět úzkostnými poruchami kvůli strachu ze stigmatizace a diskriminace a ze strachu před zhoršením zdravotního stavu. Někteří se obávají přenosu infekce na někoho dalšího a následného právního stíhání. Mají strach z toho, že se okolí dozví o jejich zdravotním stavu. Jelikož je HIV přenášeno hlavně pohlavním stykem, setkávají se pak často se stigmatizací ohledně sexuálního chování. Infekce poté ovlivňuje samotnou sexuální aktivitu (Procházka, 2014).

Veřejným míněním ohledně HIV se zabývá např. výzkum dvou studentů Husitské teologické fakulty Univerzity Karlovy, který se týká právě postoje k HIV pozitivním osobám, či osobám s AIDS. Tento výzkum ukazuje, že ačkoliv se ve společnosti vyskytují určité formy diskriminace osob s HIV, nemusí diskriminační postoj zastávat všichni. Studenti zadali dotazník, který vyplnilo 1136 respondentů a který byl převážně zaměřen na studenty středních a vysokých škol. Nejvíce byla zastoupena věková kategorie 21-25 let, odpovídali však i respondenti nad 70 let. Otázky se, jak název napovídá, týkaly postojů veřejnosti k HIV/AIDS a k lidem postiženým touto nemocí. Například na otázku „Jak se díváte na lidi s onemocněním HIV+/AIDS?“ odpovědělo 580 respondentů „nevadí mi“ a 507 respondentů „soucítím s nimi“. Negativní přístup k HIV pozitivním osobám mělo 57 respondentů, kteří odpověděli „hnusí se mi“. Na jinou otázku, která zněla „Jak byste reagoval/a kdyby Vám Váš kamarád sdělil, že je HIV pozitivní?“ odpověděla většina respondentů (793), že by je to sice šokovalo, ale akceptovali by to. 740 respondentů odpovědělo „bylo by mi jí/ho líto“. 105 respondentů by mělo strach, že je kamarád nakazí a 37 respondentů by se s ním přestalo stýkat. U otázky „Jak byste reagoval/a, kdybyste zjistil/a, že je váš soused HIV pozitivní?“ odpověděla opět většina pozitivně „bavil/a bych se s ním dál a dál bych to neřešil“. Je však zajímavé že 83 respondentů odpovědělo „bál/a bych se, že mě nakazí“. Na otázku, která souvisí s diskriminací v zaměstnání „Vadilo by Vám pracovat s HIV pozitivní osobou?“ odpovědělo 640 respondentů

(více jak polovina z celkového počtu), že ne a 120 respondentů odpovědělo, že ano (Novák, 2016, online).

Z výsledků tohoto šetření je tedy patrné, že většinová společnost je o HIV informována a nemá strach z osob nakažených virem HIV. Stále však mají někteří negativní přístup k této nemoci a k lidem postiženým touto nemocí, což může být způsobeno nedostatkem informací nebo neochotou porozumět. Jakákoliv forma diskriminace, odlišného zacházení a špatného zacházení vůči osobám HIV pozitivním ze strachu je zbytečná, protože léčba už je na takové úrovni, že pokud HIV pozitivní člověk podstupuje správně antiretrovirovou terapii a má tak nulovou virovou nálož, je neinfekční. V následujících podkapitolách stručněji uvádíme jednotlivé formy diskriminace, tedy odlišného jednání, ze strany zaměstnavatelů, lékařů, přátel či rodiny.

#### **4.1 Diskriminace v zaměstnání**

Osoby HIV pozitivní se mohou setkat s diskriminací v práci. Česká společnost AIDS pomoc (dále ČSAP) se lidem, kteří se s touto i s jinými formami diskriminace setkávají, snaží pomáhat. Založila kvůli tomu internetové stránky „HIV práce“, které poskytují informace pro zaměstnavatele, kteří zaměstnali HIV pozitivní osobu, i informace pro HIV pozitivní osoby, které se setkaly v práci s diskriminací. Na webových stránkách se dozví, co je to diskriminace, jaká jsou práva nakažených osob, ale i zaměstnavatelů, která jsou ukotvena v zákonech (HIV práce, © 2014, online). Dále společnost vede stránky „HIV uniforma“, což jsou internetové stránky sloužící ke sdílení zkušeností HIV pozitivních osob převážně ve státním sektoru, jako jsou členové zdravotnických a bezpečnostních sborů (HIV uniforma, © 2014, online).

ČSAP provedla výzkumné šetření, které mělo za cíl zjistit, zda se k HIV pozitivním osobám chovají v zaměstnání, nebo při jeho hledání jinak než k osobám HIV negativním. Mnozí respondenti (HIV pozitivní) uvedli, že se v práci setkali s negativním jednáním ze strany svých kolegů a svého zaměstnavatele. Příkladem takového jednání byly pomluvy, šikana apod. Někteří se setkali i s tím, že jakmile se zaměstnavatel dozvěděl o jejich HIV, okamžitě je propustil. Stává se, že zaměstnavatelé dokonce klamně obviňují HIV pozitivní zaměstnance z nepravdivých skutků, např. z krádeže, aby měli důvod dát jim výpověď. Další respondenti měli zkušenosti s negativním jednáním při získávání zaměstnání, na úřadu práce, nebo u zaměstnavatele. Na úřadu práce se setkali s odmítnutím zprostředkování zaměstnání.

Z výzkumného šetření tedy vyplývá, že se HIV pozitivní osoby setkávají s jiným chováním, než se setkává zdravý člověk. Dokonce se mohou potýkat i se šikanou a špatným zacházením. Důvodem pro takové chování ze strany zaměstnavatelů a kolegů je nedostatečná informovanost o přenosu viru, strach z nakažení, předsudky, které se nesou společností (Mach a Pospíšil, online).

Zákaz diskriminace HIV pozitivních osob je ukotven v zákoníku práce, antidiskriminačním zákoně, zákoně o ochraně osobních údajů apod. V zákoníku práce se této tématice věnuje § 30 odst. 2, kdy zaměstnavatel může vyžadovat jen ty údaje o zaměstnanci, které jsou nutné, což informace o HIV statusu většinou není (Zákony pro lidi, © 2010-2018c, online). Údaj o zdravotním stavu spadá podle Zákona o ochraně osobních údajů do tzv. citlivých údajů. Podle § 9 tohoto zákona se smí citlivé údaje zpracovávat pouze se souhlasem osoby, která je objektem tohoto údaje, nebo v případě zachování zdraví a života subjektu, ale i ostatních osob, kterým hrozí nebezpečí nákazy (Zákony pro lidi, © 2010-2018a, online).

Podle § 32 zákoníku práce musí zaměstnanec před vstupem do pracovního poměru podstoupit lékařskou prohlídku. Při vstupní lékařské prohlídce je budoucí zaměstnanec povinen informovat lékaře o své HIV pozitivitě a lékař je vázán mlčenlivostí, proto posudek o zdravotní způsobilosti tuto informaci nemůže obsahovat. Lékař ovšem musí zvážit, zda je osoba zdravotně způsobilá pro danou práci. Zaměstnavatel se tedy nemusí dozvědět, že je osoba HIV pozitivní, pokud to nevyžadují bezpečnostní opatření, nebo pokud dotyčná osoba neohrožuje ostatní nákazou. Pokud je HIV pozitivní osoba zdravotně způsobilá a pokud to jiný právní předpis neomezuje, může vykonávat jakékoliv zaměstnání (Štefančík a kol., 2014, online).

K diskriminaci jako takové se vyjadřuje § 16 zákoníku práce: „V pracovněprávních vztazích je zakázána jakákoliv diskriminace, zejména diskriminace z důvodu pohlaví, sexuální orientace, (...) zdravotního stavu, (...).“ (Zákony pro lidi, © 2010-2018c, online). Dále odkazuje na antidiskriminační zákon. Tento zákon popisuje diskriminaci jako „jednání, včetně opomenutí, kdy se s jednou osobou zachází méně příznivě, než se zachází nebo zacházelo nebo by se zacházelo s jinou osobou ve srovnatelné situaci, a to z důvodu rasy, (...) zdravotního postižení, náboženského vyznání, víry či světového názoru.“ Tento zákon uvádí i přípustné formy zacházení, za diskriminaci se nepovažuje např. rozdílné zacházení

v zaměstnání, pokud je k tomu opodstatněný důvod (zaměstnavatel nezaměstná osobu zdravotně postiženou, pokud je jasné, že vzhledem k povaze svého postižení nedokáže zvládnout své pracovní úkony) (Zákony pro lidi, © 2010-2018e, online). Zdrojem diskriminace osob s HIV mohou být existující mýty o možnostech přenosu, jako je přenos podáním ruky, slinami, použitím stejné toalety a jiných předmětů po osobě s HIV. Ve skutečnosti dochází k přenosu pouze třemi způsoby, a to nechráněným pohlavním stykem, krví a z matky na plod (Štefančík a kol., 2014, online).

Existují některé typy zaměstnání, ve kterých není možné zaměstnávat HIV pozitivní osoby. Patří sem např. určité funkce u bezpečnostních sborů či armády, což jsou státní zaměstnanci, kteří mají vlastní pracovněprávní úpravu, a mezi diskriminační důvody nepatří uvedení zdravotního stavu, jak je tomu v zákoníku práce. Zdravotní způsobilost se zde hodnotí jinak než u jiných zaměstnání. Neznamená to ale, že HIV pozitivní osoba nemůže být vůbec zaměstnána v bezpečnostních složkách. I v bezpečnostních sborech jsou vhodné pozice pro HIV pozitivní osoby (Štefančík a kol., 2014, online).

## **4.2 Diskriminace v oblasti zdravotnické péče**

HIV pozitivní osoby se často setkávají s odmítnutím zdravotní péče, ale také s negativním chováním ze strany lékařů a ostatního zdravotnického personálu. Důvodem je to, že i samotní lékaři se obávají přenosu infekce (Kulířová, 2014b).

Podle Hirschalla (2016, online) je forem diskriminace a stigmatizace ze strany zdravotnického personálu mnoho. Již jsme zmínili, že lékaři dokonce odmítají poskytnout zdravotní péči, nebo poskytují péči méně kvalitní. S diskriminací ze strany zdravotnického personálu se setkávají osoby, které ani nemusí být HIV pozitivní, ale jsou to skupiny, které jsou na okraji společnosti, a může jim i hrozit zvýšené riziko přenosu infekce, tedy prostitutky, homosexuálové, uživatelé drog a další. Skálová provedla výzkum se 112 respondenty na téma „Přístup českých zdravotníků k HIV pozitivním osobám“, který byl vydán v plzeňském lékařském sborníku. Z výzkumu vyšlo, že se někteří respondenti setkali s opovržlivým chováním ze strany lékařů, s jakousi odtažitostí a neochotou, a to hlavně mimo specializovaná AIDS centra. U některých respondentů se lékaři očividně vyhýbali fyzickému kontaktu. Skoro všichni respondenti se shodli na pozitivních zkušenostech přímo v AIDS centrech, kde se setkali se skvělým přístupem. Sama autorka výzkumu zmiňuje, že lékaři svým chováním ztrácejí

důvěru u HIV pozitivních pacientů, jejich důvěru v celý zdravotnický systém, a kvůli tomu se poté pacienti mohou vyhýbat léčbě (Skálová, 2016).

Problematika stigmatizace a diskriminace ve zdravotnickém sektoru je popisována i organizací UNAIDS. Samotná diskriminace a stigmatizace, se kterou se setkávají HIV pozitivní osoby, přispívá k tomu, že se tato nemoc stále rozšiřuje. Lidé se totiž kvůli obavám z diskriminace, se kterou se mohli už předtím setkat, bojí chodit na kontroly k lékaři. Mají například špatné zkušenosti s lékaři, se zdravotnickými zařízeními, a tak nechtějí chodit na prohlídky tak často. Osoby ze skupin, které často bývají terčem diskriminace, stigmatizace apod. mohou mít strach jít na lékařskou prohlídku. Jedná se obvykle o homosexuály, nebo sexuální pracovníce, které bývají stigmatizovány kvůli svému povolání. Takové osoby pak často nechodí k lékaři vůbec, nebo ho navštíví až v případech, kdy je to naprosto nezbytné. Tyto lékařské prohlídky pak mohou prokázat přítomnost viru HIV (UNAIDS, © 2017a, online).

Lidé, kteří mají špatné zkušenosti se zdravotní péčí, nepůjdou na testování přítomnosti viru HIV ani do organizací, které testování přímo nabízejí. Proto je potřeba zamezit diskriminaci a stigmatizaci ze strany lékařů, ale i společnosti, abychom mohli opravdu bojovat proti šíření viru HIV. Je to začarovaný kruh. Člověk se bojí jít k lékaři, ale je HIV pozitivní, což nezjistí, dokud nepůjde na testy, nebo až mu bude opravdu špatně a lékařská péče bude potřebná. Jenže do té doby může mít třeba jiné sexuální partnery, a tak dochází k dalšímu rozšiřování HIV/AIDS (UNAIDS, © 2017a, online).

Strategický plán Světové zdravotnické organizace „Global health sector strategy on HIV, 2016-2021“ si klade za jeden z cílů snížit míru diskriminace HIV pozitivních osob, a to zejména ve zdravotnickém sektoru. Chce dosáhnout snížení případů diskriminace tak, že 90 % lidí žijících s HIV se nebude setkávat s diskriminací ve zdravotnickém sektoru (World Health Organization, © 2018, online). Dále bylo proti diskriminaci a pro dodržování lidských práv HIV infikovaných či nemocných s AIDS po celém světě vydáno 8. 6. 2016 na Valném shromáždění OSN „Politické prohlášení o HIV a AIDS“<sup>4</sup>. Mezi hlavní cíle patří odstranění diskriminace a stigmatizace spojené s HIV. Dalším cílem je celkové snížení šíření viru HIV celosvětově na méně než 500 000 případů do roku 2020, a taky snížení počtu úmrtí

---

<sup>4</sup> Originální název: Political Declaration on HIV and AIDS: On the Fast-Track to Accelerate the Fight against HIV and to End the AIDS Epidemic by 2030.

v souvislosti s AIDS, také na méně než 500 000 případů do roku 2020 (UNAIDS, © 2017c, online). V roce 2016 přitom přibylo asi 1,8 milionů nově infikovaných virem HIV a zemřelo kolem 1 milionu lidí na AIDS (UNAIDS, ©2017b, online).

### **4.3 Další oblasti života ovlivněné infekcí HIV**

HIV ovlivňuje celkovou kvalitu života nakažených lidí. V následujícím textu uvádíme některé příklady.

Kulířová uvádí, že lidé postižení infekcí HIV či nemocí AIDS musí dodržovat správnou životosprávu. Je potřeba, aby si osvojili určité stravovací návyky, potrava by měla být bohatá na vitaminy a minerály. V období, kdy je častý výskyt chřipek a jiných sezonních onemocnění, by měli zůstat doma, aby neonemocněli, protože takové banální onemocnění pro HIV pozitivní osoby není jednoduché. Musí zároveň chodit na pravidelné kontroly k lékaři. U lehkého poranění je potřeba, aby si HIV pozitivní osoba byla schopna sama ošetřit ránu, ošetření rány někým jiným než jí samou nebo lékařem je totiž rizikové. Případně je potřeba mít ochranné rukavice. Pokud osoba nakažená virem HIV užívá alkohol v rozumném množství, neovlivňuje to nijak kriticky její zdravotní stav (Kulířová, 2014b).

Sexuální aktivita také ovlivňuje kvalitu života. Procházka zmiňuje strach z nakažení dalších osob, strach z jiných infekcí, který ovlivňuje sexuální život, a může přispívat k sexuálním dysfunkcím. Tyto dysfunkce mohou být nejen psychické, ale i fyzické. Jedinec trpí různými onemocněními, která zabraňují pohlavnímu styku. Je nutno podotknout, že i přes jisté komplikace a rizika není pohlavní styk nemožný (Procházka, 2014).

Dalším aspektem ovlivňujícím kvalitu života lidí jsou mezilidské vztahy. Utrpením pro člověka s HIV a AIDS může být opuštění ze strany blízkých. Strouhal píše, že rodina může osobu, která zjistí svou HIV pozitivitu, zavrhnout, opustit. Důvodem může být samotná nemoc nebo i zjištění, že dotyčný např. užíval návykové látky, nebo že se věnoval pro ně neakceptovatelným sexuálním praktikám apod. Dochází také k opuštění ze strany partnera, který může situaci považovat za zradu (Strouhal, 2007).

Ačkoliv v Evropě, i v České republice je dobrý podpůrný systém pro nakažené osoby, musí pro ně být obtížné a nepříjemné setkávat se s odmítáním ze strany společnosti, svých přátel nebo i rodiny. Je potřeba stále myslet na léky a na rizika, která přináší jejich nemoc, což znesnadňuje pokojný život.



## **Pomoc HIV pozitivním lidem v České republice**

V České republice existuje podpůrný systém pro HIV pozitivní osoby. Jednou z podpůrných organizací je Česká společnost AIDS pomoc (ČSAP), která vznikla roku 1989 nejprve jako skupina známých, blízkých a pozitivních osob, které se snažily pomáhat lidem s HIV. Organizace vybudovala sociálně-azylové centrum Dům světla, a také se věnuje prevenci a osvětě. Mezi zaměstnance patří i samotné HIV pozitivní osoby. Organizace poskytuje mnoho podpůrných aktivit, mezi které patří nonstop telefonní linka, poradna, bezplatné anonymní testování na HIV a také azylové a ubytovací služby. Zaměřuje se i na právníckou pomoc osobám, které se setkaly s diskriminací kvůli svému HIV statusu, snaží se také odstranit stigmatizaci HIV pozitivních osob (Česká společnost AIDS pomoc, © 2014a, online).

Dům světla je hlavním zázemím ČSAP, probíhá zde bezplatné a anonymní testování, a také se zde poskytuje pomoc a podpora osobám HIV pozitivním, které se ocitly v nepříznivé sociální či osobní situaci, a které hledají útočiště. ČSAP dále pořádá besedy o HIV/AIDS interaktivní formou, kdy HIV pozitivní člověk hovoří o svých zkušenostech a pocitech. Tyto besedy se konají hlavně na školách, ale mohou být určeny i pro veřejnost. Je to jeden ze způsobů prevence a osvěty společnosti, aby se zbavili stigmatu spojeného s HIV (Česká společnost AIDS pomoc, © 2014a, online).

ČSAP má velice přehledné webové stránky, kde lze nalézt různé užitečné informace týkající se infekce. Provozuje stránky jako HIV prevence, HIV uniforma, HIV testování či HIV komunita. Poslední zmíněná stránka obsahuje např. informace o skupinách, které vytvářejí HIV pozitivní osoby. Lidé, kteří mají čerstvě diagnostikovanou infekci, mohou přijít na setkání osob se stejným problémem a dozvědět se, jak se s tím ostatní vypořádávají. Dále se konají setkání nejen nově diagnostikovaných, ale všech HIV pozitivních osob (Česká společnost AIDS pomoc, © 2014b, online). Tato setkání jsou skvělou příležitostí, jak si mohou nemocné osoby nalézt přátele či dokonce partnery, a kdy mohou zjistit, že HIV není nutně smrtelná nemoc.

## **5 Výzkumné šetření dané problematiky**

Tématem našeho výzkumného šetření je společenská situace HIV pozitivních osob, které, jak jsme zjistili z odborné literatury a internetových zdrojů, se dosud potýkaly s různými formami diskriminace a odmítání v mnoha oblastech, ať už se to týkalo odmítnutí poskytnutí lékařské péče nebo přetrhávání vazeb mezi přáteli. Podle našeho zjištění jsme tedy formulovali výzkumný problém, hlavní výzkumnou otázku. Na hlavní výzkumnou otázku odpovídáme souhrnem dílčích výzkumných otázek, které se zaměřují na konkrétní oblasti. Vedle hlavní výzkumné otázky, která se týká přímo tématu, jsme se respondentů ptali i na otázky z oblasti prevence, abychom získali námět pro případné budoucí bádání.

### **5.1 Výzkumný problém a výzkumné otázky**

Během utváření teoretické části práce jsme zjistili, s čím se osoby s HIV v minulosti setkávaly. Tedy s diskriminací v oblasti získávání práce, v oblasti zdravotnické péče, a s celkově sníženou kvalitou života. Kvůli HIV trpěly také vztahy, které osoby postižené touto nemocí měly. Proto jsme se rozhodli tuto oblast prozkoumat a stanovit ji jako výzkumný problém. Snažíme se zjistit, jaká je společenská situace HIV pozitivních osob dnes. Podle toho jsme stanovili hlavní výzkumnou otázku, která je formulována poměrně obecně. Proto jsme určili ještě dílčí výzkumné otázky, které zaměřujeme na konkrétní společenské oblasti. Mezi tyto oblasti patří diskriminace v zaměstnání, při shánění bydlení, ve zdravotnickém sektoru a v kvalitě mezilidských vztahů. Zajímá nás také, zda jsou respondenti spokojeni s úrovní pomoci poskytované HIV pozitivní osobám v České republice, protože i to zajisté přispívá k dobré společenské situaci. Snažíme se také zjistit, jak sami respondenti vnímají společenský postoj k nim samotným. Na to všechno hledáme odpovědi pomocí tazatelských otázek.

## **Hlavní Výzkumná otázka:**

Jaká je společenská situace HIV pozitivních osob?

## **Dílčí výzkumné otázky (DVO):**

**DVO 1:** Setkávají se stále HIV pozitivní osoby s odlišným chováním či odmítnutím ve společnosti?

**DVO 2:** Jaké jsou mezilidské vztahy HIV pozitivních osob?

**DVO 3:** Jsou HIV pozitivní osoby spokojeny s úrovní pomoci v České republice?

**DVO 4:** Jak společnost vnímá HIV a HIV pozitivní osoby?

## **5.2 Metodologie**

Pro získání údajů pro náš výzkum jsme si vybrali kvalitativní metodu rozhovoru. Hendl a Remr (2017, s. 83) o rozhovoru stručně píše, že je to metoda, kdy „tazatel dává otázky respondentovi a získává jeho odpovědi, tím shromažďuje data o určité problematice.“ Strauss a Corbinová (1999, s. 10) popisují kvalitativní výzkum jako „jakýkoliv výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických procedur nebo jiných způsobů kvantifikace.“ Obdobný názor má i Gavora (2000), který uvádí, že při kvalitativním přístupu se zjištěné údaje uvádí ve slovní podobě, na rozdíl od kvantitativního, kde se pracuje s údaji číselnými.

Při kvalitativním výzkumu dochází ke sblížení s respondenty, výzkumník se je snaží pochopit a proniknout do problematiky. K takovému sblížení dochází i díky tomu, že kvalitativní výzkum většinou probíhá formou, kdy je výzkumník a respondent tváří v tvář, právě během rozhovoru či pozorování (Gavora, 2000). To však může být podle Collinsové (2017) i nevýhoda, protože se respondenti mohou snažit udělat dojem na tazatele, mohou si tak vymýšlet, informace zkreslovat atd. Jinou nevýhodou kvalitativního přístupu může být i to, že získaná data nemusí být plně zobecnitelná na populaci, a výsledky mohou být zkreslené samotným tazatelem, který má určité postoje (Hendl, 2016).

Gavora vidí výhodu kvalitativního přístupu v tom, že se zaměřuje na subjektivní postoje lidí. Rozhovor „umožňuje zachytit nejen fakta, ale i hlouběji proniknout do motivů a postojů respondentů.“ (Gavora, 2000, s. 110). To byl hlavní důvod, proč jsme si tento přístup vybrali. Naším hlavní cílem totiž je zjistit, jaké jsou subjektivní pocity našich respondentů ohledně jejich společenské situace. Ptáme se na jejich vlastní zkušenosti. Přemýšleli jsme

o použití dotazníku, ale to by respondenti neměli takovou možnost vyjádřit své postoje a své pocity, jako právě během rozhovoru. Aby respondent dokázal mluvit o svých zkušenostech, je nutné navázat bezpečnou a otevřenou atmosféru.

Používali jsme otevřené otázky, respondent měl tedy možnost odpovědět volně, a ne pouze ano/ne. Rozhovor byl polostrukturovaný, což znamená, že jsme si sice připravili na začátku otázky a interview vedlo k určitému cíli, ale zároveň jsme nechali prostor i pro doplňující otázky, kdyby bylo potřeba něco vysvětlit (Skutil a kol., 2011). Rozhovory byly nahrávány na diktafon a probíhaly anonymně. Jeden ilustrativní rozhovor je přílohou této práce (příloha A), ostatní můžeme předložit na vyžádání, stejně tak jako audionahrávky všech rozhovorů.

### **Metodologie zpracování a analýzy získaných dat**

Nahrané rozhovory jsme přepsali do písemné podoby. Využili jsme doslovnou a selektivní transkripci. Doslovný přepis znamená přesné přepsání toho, co říká respondent i tazatel. Selektivní transkripce umožňuje výzkumníkovi „zahrnout jenom informace týkající se určitých věcí a zbytek zcela vypustit.“ (Hendl, 1999, s. 154). Tuto metodu přepisování jsme využili u respondentů, kteří se ubírali jiným směrem, než bylo zamýšleno a neodpovídali třeba na otázky, na které jsme se ptali.

Pro analyzování získaných dat jsme zvažovali metodu otevřeného kódování, která je součástí zakotvené teorie. Zakotvená teorie je metoda, kterou vyvinuli Barney Glaser a Anselm Strauss. Jde o odvození teorie pomocí zkoumání nějakého jevu. Teorie je vytvořena až z výsledků výzkumu, v tomto případě tedy výzkum teorii neověřuje, ale naopak ji vytváří (Strauss a Corbinová, 1999). Otevřené kódování pak spočívá v tom, že výzkumník pročítá získaná data a hledá témata, kterým přiřazuje kódy, pak se začnou vytvářet kategorie, a to podle podobnosti kódů. Metoda využívá také tzv. dimenzionalizace, což je identifikování vlastností jednotlivých kategorií (Hendl, 1999). Tuto metodu jsme nakonec nepoužili, protože v našem výzkumu z teorie vycházíme a snažíme se ji ověřit.

Při analýze dat jsme nakonec použili tematickou analýzu, která se zdá být velice podobná zmíněné metodě, protože také využívá kódování. Je však nutné zmínit, že kódování je běžnou metodou analýzy dat, nejen v zakotvené teorii. Hendl sice uvádí, že metoda tematické analýzy není tolik uznávána, ale i tak se hojně využívá. Metoda je vhodná „pro získání odpovědí na výzkumné otázky o lidských zkušenostech a jejich názorech, (...) pro

výzkumné otázky se vztahem k porozumění a reprezentaci (...)“ (Hendl, 2016, s. 264). Proto jsme si tuto metodu vybrali, přijde nám vhodná pro naše výzkumné otázky, pomocí kterých zjišťujeme subjektivní vnímání respondentů.

Tato metoda má několik fází. Nejprve by se měl výzkumník seznámit se získanými daty a několikrát si je pročíst. Poté se vygenerují kódy a témata, která se vztahují k výzkumným otázkám. Témata jsou pojmenována a je vypracována závěrečná zpráva. Témata vidíme jako takové synonymum pro kategorie při otevřeném kódování. Kódování spočívá ve vytváření kódů, které se vytváří nejprve z toho, co říká respondent. To nám umožňuje redukovat data a zobecňovat je. Dále si díky kódům může výzkumník hledat podobnosti u jednotlivých respondentů, vzorce, ale také rozdíly. Kódy jsou tedy nejprve přepisovány z citací respondentů a při objevení shody s jinými přepisy jsou zobecňovány. Na konec je napsána závěrečná zpráva, která prezentuje jednotlivá témata a výsledky (Hendl, 2016).

Na začátku jsme si tedy stanovili témata, která často vycházela z tazatelských otázek. Poté jsme začali pročitat přepisy rozhovorů a vytvářeli podle odpovědí jednotlivých respondentů kódy. Nakonec jsme zjistili, že jsou si některá témata podobná a shodují se, takže jsme je propojili. Díky kódům jsme eliminovali data, která jsme nepotřebovali, která nebyla relevantní pro náš výzkum, a zaměřili jsme se na skutečný problém. U každého tématu jsme vypracovali „závěrečnou zprávu“, která má být shrnutím toho nejdůležitějšího, co k danému tématu respondenti řekli. Ke konci práce je pak shrnuto všechno dohromady.

### **5.3 Výzkumný vzorek**

Respondenti, které jsme hledali, museli být HIV pozitivní. Není to tedy skupina lidí, která by byla lehce vyhledatelná. Pomohla nám proto organizace Dům světla, která těmto lidem pomáhá. Spojili jsme se s organizací přes e-mail a dohodli jsme datum, kdy budou probíhat rozhovory s respondenty. Organizace nám poskytla svou poradenskou místnost, zaměstnanci byli ochotní a vstřícní a celková spolupráce byla výborná.

Respondentů bylo celkem šest a všechny rozhovory proběhly v jeden den. Bylo mezi nimi pět mužů a jedna žena. Nejnižší věk byl 27 let a nejvyšší 58 let. Všichni respondenti mají práci, přičemž tři z nich přímo v Domě světla. Dva respondenti mají stálého partnera, ostatní jsou svobodní. Jeden z respondentů je pěstounem. Vzdělání převládá středoškolské, dva

respondenti mají základní vzdělání. Pro lepší představu přikládáme tabulku (tab. 1) se jmény, která jsou smyšlena, jelikož rozhovory probíhaly anonymně.

*Tabulka 1- přehled respondentů*

<b>Jméno</b>	<b>Věk</b>	<b>Pohlaví</b>	<b>Rodinný stav</b>	<b>Vzdělání</b>	<b>Zaměstnání</b>	<b>Délka onemocnění</b>
Romana	32	žena	partner	základní	ano (Dům světla)	10 let
Kamil	27	muž	partner	středoškolské	ano (Dům světla)	2,5 roku
Prokop	28	muž	svobodný	středoškolské	ano (Dům světla)	2 roky
Bohumil	32	muž	svobodný	středoškolské	ano	2 roky
Jakub	58	muž	svobodný	středoškolské	ano	8 let
Matouš	41	muž	svobodný	základní	ano	8 let

## 5.4 Výsledky

V této podkapitole prezentujeme výsledky a to tak, že jsme zvolili několik oblastí, které se týkají jednotlivých dílčích výzkumných otázek. V každé oblasti je několik témat, a ke každému jsou připsány kódy, které vznikly během tematické analýzy, abychom si všechna získaná data od respondentů urovnali, zredukovali a mohli je správně interpretovat. U každého tématu pak následuje naše interpretace, tedy vypsání toho nejdůležitějšího, co jsme se od respondentů dozvěděli. V závěru jsou výsledky shrnuty, a do shrnutí je přidána ještě oblast prevence, která je navíc a není tématem naší práce. Chtěli jsme se však prostřednictvím otázek týkajících se prevence dozvědět, na co by se mohlo zaměřit další bádání.

**DVO 1:** Setkávají se stále HIV pozitivní osoby s odlišným chováním či odmítnutím ve společnosti?

### **Téma č. 1: Diskriminace v oblasti zaměstnání**

#### **Kódy:**

*Výhoda*

*Zaměstnavatel to nemusí vědět*

*Zatajování*

*Nezaměstnali mě*

*Bez zkušeností*

Čtyři respondenti se shodují na tom, že o svém zdravotním stavu zaměstnavateli vůbec nemusejí říkat, že to není důležitá informace. Jakub to zdůvodňuje i tím, že nikoho svou prací

neohrožuje. Matouš si je zase vědom toho, že i když je HIV pozitivní, může zastávat mnoho funkcí: „Já můžu dělat třeba v kuchyni, i když jsem pozitivní, můžu dělat třeba u policie, můžu dělat sanitáře, (...). Dneska je to úplně jedno.“ Přesto zmiňuje, že to před svým zaměstnavatelem tají, stejně jako většina ostatních respondentů, například Jakub se na to snaží neupozorňovat. Respondenti si tedy jsou vědomi toho, že i dle zákona nejsou povinni tuto informaci sdělovat, ale i tak si podle toho, že to tají, můžeme myslet, že se bojí, aby nepřišli o svou práci. Jakub nám sdělil, že ho kvůli HIV nezaměstnali. Není to však zcela jasné, ale spíš je to jeho domněnka: „Vím to ještě další zaměstnavatel, že tu bydlím (Dům světla, pozn.aut.), protože jsem potřeboval proplatit nemocenskou a dovolenou a kvůli úrazu jsem přestal pracovat, (...). A předpokládám, že i ten poslední zaměstnavatel mě kvůli tomu vyhodil.“ Ostatní respondenti se s výpovědí v práci kvůli HIV nesetkali, Romana dokonce uvádí její stav jako „výhodu“, díky které pracuje v Domě světla. S odlišným chováním v práci se respondenti nesetkávají, je to také možná proto, že o jejich zdravotním stavu kolegové nevědí.

## **Téma č. 2: Diskriminace při shánění bydlení**

### **Kódy:**

*Bez zkušeností*

*Nedůležitá informace*

V oblasti bydlení nemá žádný z respondentů potíže. Často uvádějí, že je ani nenapadlo o takovém problému uvažovat, protože to je při shánění bydlení nedůležitá informace.

## **Téma č. 3: Diskriminace v oblasti zdravotnické péče**

### **Kódy:**

*Odmítnutí poskytnout zdravotnickou péči*

*Patent na HIV*

*Bez zdravotních problémů*

*Špatný přístup doktora*

*Přijetí a pochopení*

Prokop a Jakub byli odmítnuti lékařem, a to konkrétně zubařem, což odpovídá i teorii, která tvrdí, že v oblasti stomatologie je největší problém. Prokopa odmítla zubařka, protože měla

strach, kvůli svému těhotenství. Zde můžeme sledovat situaci vzniklou dezinformacemi, které se šíří ohledně přenášení viru. Jakub byl odmítnut kvůli tomu, že na pohotovosti nebyli připraveni na ošetření HIV pozitivního člověka, tak si musel dlouho počkat na svého zubaře, který ho naštěstí přijal. U respondentů se objevuje pojem „patent na HIV“, který odkazuje na lékaře, kteří ošetřují osoby s HIV. Romana uvádí, že teď už má svého lékaře, přes kterého všechno řeší, a proto nemá s lékařskou péčí potíže, což zmiňují i jiní respondenti. Špatné zkušenosti má Romana se zjištěním o své HIV pozitivitě. Svou diagnózu se dozvěděla přes telefon, protože lékařka, která ji testovala, jí to nebyla schopná normálně sdělit: „Vyšla z ordinace, vrazila mi obálku a řekla: ‚Jedte na Bulovku.‘ (...) Takže já jsem se to dozvěděla po telefonu cestou do nemocnice.“ Dále Romana upozorňuje i na lékaře, kteří mají zastaralé informace a neuznávají ty aktuální, a proto se také zasluhují o stigmatizaci HIV pozitivních osob. Zbývající respondenti tvrdí, že jejich lékaři k tomu mají dobrý přístup a jsou chápaví.

#### **Téma č. 4: Jiné formy diskriminace**

##### **Kódy:**

*Služby*

*Vězení*

*Pozitivní reakce*

*Odmítnutí ze strany přátel a známých*

Skoro každý z respondentů má zkušenosti s určitou formou odlišného chování v oblasti mimo zaměstnání, shánění bydlení či zdravotnické péče. Kamil, Bohumil a Romana byli odmítnuti někým z přátel nebo známých. Romana podotýká, že je tato nemoc jakýsi filtr na lidi: „Odfiltruju tím lidi, kteří mají vlastnosti jako nezájem, nechápanost, neochota si něco vysvětlit.“ A naopak uvádí, že se setkává spíše s přehnaně pozitivními reakcemi: „Věděl, že jsem HIV pozitivní, tak se mě neustále dotýkal a furt mi dával najevo, že se mě jako nebojí, až mi to bylo nepříjemný.“

Prokop se setkal s negativním jednáním v hotelu, kdy po něm uklízečka odmítla uklidit pokoj, kvůli jeho HIV pozitivitě. Také měl potíže s OSPODem: „Já mám v péči dítě, tím že jsem pěstoun, tak jsem pod pravidelným dohledem OSPODu. Měnili jsme trvalý bydliště, dostali jsme se pod OSPOD Praha-Západ. A sociální pracovnice, která teda, víc jak třicet jí být nemohlo, což mě poměrně překvapilo, tak nejenomže měla problém s mojí orientací, měla



problém i s mým HIV statusem. Řádně mi to zavařila. Skončilo to tak, že jsme museli měnit trvalé bydliště jenom kvůli tomu, abychom se od ní dostali.“ To si můžeme opět spojit s dezinformací a strachem, který z ní vyplývá. Bohumil uvádí, že je stále potřeba osvěty ve všech kruzích, protože se setkal se špatným jednáním i ve vězení, kde je podle něj personál nevzdělaný.

## **Téma č. 5: Společenské přijetí**

### **Kódy:**

*Skrývání*

*Nekonečný boj*

*Nesnášenlivost*

*HIV jako běžná věc*

Jakub je ze všech respondentů nejvíce pesimistický. Je u něj znát jakási paranoia kvůli jeho nynějšímu stavu. Má potřebu se skrývat a o své nemoci nikomu neříká, což také odůvodňuje tím, že nevěří lidem. „Jak vám na někom záleží, už nastávají problémy, už se musíte skrývat, musíte dávat pozor. Lidé nejsou blbí. Takže podvědomý je stále pocit ohrožení, uvidí mě tu, ten to někomu může říct, a to se pomaličku šíří.“ Z toho pro nás vyplývá, že nemá dobré zkušenosti s lidmi a nemá pocit, že by ho společnost přijala. Je ale potřeba uvést, že tento respondent to nedává za vinu pouze HIV, ale i dalším okolnostem, kvůli kterým se člověk ocitne na dně, na okraji společnosti. Jiní respondenti vnímají HIV dnes už jako běžnou věc, podle nich jsou lidé už více informovaní. Podle Bohumila se ale lidé stále bojí, stále jsou dezinformovaní, takže shledáváme jistou protichůdnost zkušeností. Shledává, že je to horší u starších lidí, kteří jsou prý ze „staré školy“. Romana má zkušenosti i s nesnášenlivostí. „On začal vykřikovat: ‚No já bych je postavil před zeď a všechny bych je postřílel rovnou, to je hrozný svinstvo, co ti lidi šířej!‘“ Podle ní bude trvat ještě dlouho, než lidé změní svůj přístup.

## **DVO 2: Jaké jsou mezilidské vztahy HIV pozitivních osob?**

### **Téma č. 1: Chování blízkých osob**

#### **Kódy:**

*Reakce*

*Vysvětlování*

*Filtr*

*Beze změny*

*Dobrý postoj*

Většina respondentů informovala o svém zdravotním stavu, tedy o své HIV pozitivitě, svou rodinu i přátelé. Reakce byly různé, třeba zničující, a většinou byla informace pro blízké osoby překvapením. Prokop ale uvádí, že ho všichni podrželi. Bohumil byl nejprve litován, ale pak to jeho blízcí také vzali „v pohodě“. Kamil uvádí, že někteří k tomu mají špatný postoj, ale spíše ze strany známých, ne blízkých osob. Romanu opustila kamarádka. „Jedna moje kamarádka, do té doby kamarádka, tak když jsem jí to řekla, tak zaujala takový postoj, že bychom se neměly bavit. Nenechala si to vysvětlit.“ Ona na to ale reagovala opět tak, že je to skvělý filtr na lidi. Většina respondentů uvádí, že se k nim jejich blízcí chovají stejně jako předtím, a jen málokoho z nich jejich přátelé opustili. Zůstávají ti, kteří za to opravdu stojí. Matouš říká, že se jeho přátelé a rodina nejprve odtahovali, ale poté, co jim vše vysvětlil, tedy způsob přenosu a také to, že HIV již není tak vážné onemocnění, jako tomu bylo dřív, přijali to lépe. Stejně jako Romana, která svým přátelům také vysvětlovala, jaké to je být HIV pozitivní, a dokonce některé inspirovala k tomu, aby se šli také otestovat.

### **Téma č. 2: Kvalita mezilidských vztahů**

#### **Kódy:**

*Výborný*

*Filtr*

Respondenti hodnotí své mezilidské vztahy spíše kladně. Třeba Kamil uvedl, že jsou „na špičkové úrovni, protože si u sebe držím jenom lidi, který chci, a se kterými je mi fajn a berou mě takového, jaký jsem.“ I Romana vidí tento filtr jako jistou výhodu.

### **Téma č. 3: Nové přátelské vztahy**

#### **Kódy:**

*Výběr*

*Uzavřený život*

*Otevřenost novým vztahům*

*Práce*

Většina respondentů se snaží navazovat nové vztahy, ale vybírají si, komu řeknou o své HIV pozitivitě. Důležité je člověka nejprve poznat, jestli mu mohou důvěřovat. Prokop a Romana pracují v Domě světla, takže i skrze tuto organizaci mají nové přátele, kteří tak hned vědí, že jsou HIV pozitivní. Bohumil se nevyhýbá novým přátelům, ale konstatuje že „když jim to bude vadit (HIV, pozn. autora), tak je to jejich problém a ne můj.“ Jakub uvádí, že se nevyhýbá přátelství, protože s přáteli nemá pohlavní styk, a tudíž je neohrožuje. Ale na druhou stranu tvrdí, že žije uzavřený život, a že tato nemoc jeho vztahy ovlivňuje. Celkově nedůvěřuje lidem, a proto se snaží minimalizovat problémy tím, že o své nemoci nikomu neříká. Z toho vyvozujeme, že respondent vnímá, že by to mohl být ve vztazích (i přátelských) problém.

### **Téma č. 4: Životní partner**

#### **Kódy:**

*Žádný*

*Pěstounství*

*Rozchod*

*Partner*

Prokop a Jakub partnera nemají, za to je ale Prokop pěstounem. Kamil a Romana mají stálého partnera, a to HIV negativního. Oba partneři o situaci vědí a nepovažují to za komplikaci. To nás přesvědčuje o tom, že HIV už opravdu není tak vážné onemocnění, protože pokud má pacient nulovou virovou nálož, nemůže nakazit někoho dalšího, ani při pohlavním styku.

Bohumil a Romana měli předtím dlouholetého partnera, který je však nakazil, a tak se spolu rozešli. Nechráněný pohlavní styk je tedy rizikový i v partnerském vztahu. Jakub žije opravdu uzavřeným životem a nikoho nevyhledává. Matouš má známost, se kterou se stýká a která je HIV pozitivní.

## **Téma č. 5: Povědomí přátel a rodiny o zdravotním stavu**

### **Kódy:**

*Nikdo to neví*

*Rodina, přátelé a známí*

*Zbytečné starosti*

*Bývalí sexuální partneři*

Respondenti o své HIV pozitivitě informovali svou rodinu, přátelé. Kamil a Romana o tom neřekli některým členům rodiny hlavně proto, že je nechtějí zatěžovat a přidělovat jim starosti. „Nechci jim zbytečně přidělovat starosti, protože moje máma se bude bát potom, ale vim, že je to zbytečný.“ Romana uvádí, že je to právě kvůli tomu, že starší generace má o HIV zastaralé představy, tedy že HIV se rovná smrt. „Oni jsou prostě generace, která má o tom informace, které byly na přelomu 80. a 90. let. A většina lidí, tedy těch starších má ty informace, že HIV rovná se smrt. Nechtělo se mi jim to vysvětlovat.“ Můžeme to odůvodnit tím, že starší lidé nemají takový přístup k médiím jako je internet, aby si zjistili aktuální informace o této nemoci. Nebo mají své názory tak zažité, že se jim nechtějí měnit. Romana mluvila i o lékaři, který pracuje v AIDS centru, a ten také nepřijímá nové informace a objevy v oblasti HIV. A pokud to nedokáže přijmout lékař-vědec, jak to mají přijmout obyčejní lidé?

**DVO 3:** Jsou HIV pozitivní osoby spokojeny s úrovní pomoci HIV pozitivním osobám v České republice?

## **Téma č. 1: Povědomí HIV pozitivních osob o pomáhajících organizacích (hlavně Dům světla)**

### **Kódy:**

*Zdroj informací*

*Dostupnost*

*Informovanost*

*Nevědomost*

Kamil a Prokop o organizacích věděli již předtím, než onemocněli. Kamil například zmiňuje, že se pohybuje mezi homosexuály, a ti to podle jeho slov vědí. Informace respondenti získali od svých přátel, ale převládající zdroj byly sociální pracovnice. Jakub žil kupříkladu v azylovém domě, kde mu sociální pracovnice doporučila Dům světla. Jiný respondent získal

informace přímo v nemocnici. Romana podotýká, že si informace musela vyhledat sama a konstatuje, že jsou velice dostupné. Jednoduše je lze vyhledat na stránkách organizace Dům světla. Také zmiňuje, že informace byly dříve hodně zastaralé, dnes už je podle ní ovšem úroveň lepší.

## **Téma č. 2: Spokojenost HIV pozitivních osob s úrovní pomoci HIV pozitivním lidem v České republice**

### **Kódy:**

*Fantastická*

*Léčba zdarma*

*Přístup odborníků*

*Peníze*

I když mnoho respondentů tvrdí, že jsou s úrovní pomoci spokojeni, vždy nachází nějakou oblast, která by potřebovala zlepšit. Například Kamil říká, že mu nic nechybí, ale vnímá, že by bylo potřeba změnit přístup lékařů. Souhlasí s ním i Prokop, který také zmiňuje, že je potřeba větší edukace u odbornějších profesí. Romana má také pocit, že přístup některých doktorů není nejlepší, podle ní zde panuje zaostalost. „Hodně těch doktorů v důchodovém věku šíří informace, které nejsou pravdivé a tím vnáší stigma na lidi, který jsou HIV pozitivní a jednak obavy na lidi, kteří by mohli být a nejdou kvůli tomu na test, protože se boje, co pak bude následovat.“ A k tomu dodává: „Myslím, že problém není v poskytované péči, ale problém je spíš v ochotě zdravotnického personálu tu péči nabízet.“

Bohumil zmiňuje i nedostatek peněz od státu v této oblasti. Jakub mluví o záchranném kruhu, bez Domu světla by prý byl na dně. A také uvádí, že i na různých úřadech má skvělé lidi, kteří mu pomáhají. Podle výpovědí respondentů si můžeme tedy domyslet, že se sociální pomoci jsou spokojeni, ale prostor pro zlepšení vidí hlavně ve zdravotnickém sektoru.

**DVO 4:** Jak společnost vnímá HIV a HIV pozitivní osoby?

**Téma č. 1: Změna společenského vnímání onemocnění virem HIV**

**Kódy:**

*Posun*

*Předsudky, nezájem*

*Vyléčitelné*

*Beze změny*

*Média*

Někteří respondenti věří, že se vnímání onemocnění virem HIV změnilo, situace je rok od roku lepší. Když to například srovnávají s minulostí, určitě došlo k určitému posunu. HIV je často bráno jako normální věc, které se nemusíme obávat. Podle Romany si dokonce mladí myslí, že je to vyléčitelné, což také není dobrý přístup, protože HIV/AIDS vyléčitelné není.

Jiní respondenti tvrdí, že se nic nezměnilo, nebo jen u části společnosti. Mnoho lidí má HIV stále ve spojení pouze s narkomany a homosexuály, tedy stále panují předsudky o způsobech přenosu. Lidé stále nevěří, že i jich se to může týkat. Podle Prokopa je to způsobeno také tím, že lidé nemají zájem se tím zabývat a stále vidí HIV jako smrtelnou chorobu. Romana z toho viní média: „Média nevynášej žádný aktuální údaj. Že by řešili nějaký aktuální informace, to ne.“ Dále uvádí, že dezinformovaní jsou i učitelé, což je špatné, protože učitelé ovlivňují žáky. „A nejhlupejší dotazy nebo reakce na besedách o HIV jsou od učitelů. Byla jsem na gymnáziu v Praze a paní zástupkyně ředitelky řekla ředitelce: „To je ta slečna AIDS pozitivní.““ Z čehož vyplývá, že ani zástupkyně paní ředitelky, která by měla být o takových věcech informována, neví, že AIDS není HIV.

**Téma č. 2: Osvěta společnosti**

**Kódy:**

*Média*

*Všude je potřeba*

*Průběžné testování*

Všichni respondenti se shodují na tom, že je stále potřeba osvěty ve společnosti. Někteří tvrdí, že všude, jiní zase, že je potřeba hlavně osvěta prostřednictvím médií, jako je televize či rádio. Matouš zase uvádí že „je to zapotřebí hlavně pro ty bezdomovce, prostitutky, by měli chodit

průběžně na testování.“ Tedy lidé, kteří jsou více ohroženi. Zvláště „prostitutky“, pokud nepoužívají při pohlavním styku prezervativ, mohou nakazit sebe nebo někoho jiného. Také je to skupina, která s velkou pravděpodobností nepůjde na testování sama od sebe.

### **Shrnutí výsledků**

Díky empirickému šetření jsme odpověděli na jednotlivé dílčí otázky a v souhrnu na hlavní výzkumnou otázku. DVO 1 zněla: Setkávají se stále HIV pozitivní osoby s odlišným chováním či odmítnutím ve společnosti? Z výsledků vyvozujeme, že se HIV pozitivní osoby nesetkávají s diskriminací při získávání zaměstnání v tak vysoké míře. Zaměstnavatelé se při pracovním pohovoru na zdravotní stav zájemce většinou neptají, jeden z respondentů měl však zkušenost s výpovědí v práci kvůli svému zdravotnímu stavu. Jinak si jsou HIV pozitivní osoby vědomy toho, že informace o zdravotním stavu není při pracovních pohovorech většinou důležitá. Špatnou zkušenost mají HIV pozitivní osoby třeba v oblasti služeb, například v hotelu. Dále pak bylo uvedeno vězení, nebo oblast sociální práce, například při jednání s OSPODem. Nejčastější příčinou odlišného chování je podle samotných nemocných dezinformace, ze které pak pramení strach.

Nejvíce se setkávají se špatným zacházením ve zdravotnictví, kde někteří lékaři stále nepřijímají nové objevy a aktualizace v léčbě. Respondenti se také shodli na tom, že osvěty je potřeba právě ve zdravotnickém sektoru, protože přístup některých lékařů je nekorektní a špatný. Tomuto tématu by se tedy měla věnovat pozornost.

Prostřednictvím DVO 2 jsme se ptali na to, jaké jsou mezilidské vztahy HIV pozitivních osob. Odpovědí je, že kvalita mezilidských vztahů HIV pozitivních osob je na dobré úrovni. Většina respondentů má rodinu a přátele, kteří je neopustili ani po zjištění toho, že jsou nemocní. Někteří přátele však odmítli být nadále v kontaktu, na což jedna respondentka reagovala tak, že je to jakýsi filtr na lidi, který odfiltruje ty, kteří nejsou dobrými lidmi. Rodina a přátele se jinak snaží osoby HIV pozitivní podporovat a nechali si vysvětlit, co to nemoc HIV vlastně je. Názor, že je HIV smrtelné, ale u některých rodinných příslušníků stále převládá, a proto si to někteří respondenti nechávají pro sebe, protože nechtějí někomu přidělovat zbytečné starosti. HIV pozitivní osoby se nevyhýbají novým přátelům, ale vybírají si, komu o svém zdravotním stavu řeknou. Někteří se tím snaží minimalizovat problémy, z čehož je zřejmé, že svou nemoc vnímají jako komplikaci, kterou by nemusel někdo přijmout. Některé HIV pozitivní osoby mají stálého partnera, dokonce HIV negativního, který o jejich

zdravotním stavu ví. Díky léčbě jsou HIV pozitivní osoby s nulovou virovou náloží neinfekční a mohou vykonávat pohlavní styk i bez bariérové antikoncepce.

DVO 3 zněla: Jsou HIV pozitivní osoby spokojeny s úrovní pomoci HIV pozitivním osobám v České republice? Podle výpovědí respondentů jsou HIV pozitivní osoby se sociální pomocí v České republice spokojeny. Zmiňují zvláště služby Domu světla, bez kterého by byly bezradné. Tvrdí, že informace o testování a pomoci jsou dostupné třeba na internetu. Problémem je spíše pomoc zdravotnická. Někteří lékaři mají podle nich špatný přístup a zastaralé informace, což je možná způsobeno tím, že většina je v důchodovém věku. Tímto přístupem však přispívají ke stigmatizaci HIV.

Pomocí DVO 4 jsme se snažili zjistit, jak společnost vnímá HIV a HIV pozitivní osoby. Podle respondentů někteří lidé sice přijímají nové objevy, ale stále převládají předsudky a dezinformace v oblasti přenosu. Kvůli mylným informacím pak dochází k tomu, že se lidé bojí osob s HIV. Podle nich je ohledně tohoto tématu stále potřeba osvěty např. prostřednictvím médií.

Respondentů jsme se mimo jiné zeptali i na oblast prevence, konkrétně zda jsou s její úrovní v České republice spokojeni, zda se setkali s preventivními aktivitami předtím, než se nakazili, a proč si myslí, že na ně tyto preventivní aktivity neúčinkovaly. Je zajímavé, že většina respondentů se s prevencí před svým nakažením vůbec nesetkala, ale věděli, jak se HIV přenáší a že existuje. Nikoho z nich ani nenapadlo, že by se jich mohlo něco takového týkat, a o své nemoci se dozvěděli většinou náhodou. Zdůrazňují, že právě na to by se prevence měla také zaměřovat, aby si každý uvědomil, že se nemoc může dotknout kohokoliv. Lidé by měli být podporováni k tomu, aby se šli otestovat, protože podle respondentů je dnešní způsob prevence zaměřen spíše na strašení, které od testování odrazuje.

Prostřednictvím dílčích výzkumných otázek jsme dostali odpověď na celkovou hlavní výzkumnou otázku, která zní: Jaká je společenská situace HIV pozitivních osob? Z výsledků vyplývá, že společenská situace HIV pozitivních osob stále není nejpříznivější. Stále se setkávají s určitými druhy odlišného, někdy i špatného zacházení hlavně v oblasti zdravotnictví. Naštěstí je v České republice silná podpora ze strany ČSAP a u většiny respondentů také v rodině.



## **Závěr**

Práce shrnuje poznatky o rizikovém chování, rizikovém sexuálním chování a jeho následcích. Obsahuje teoretickou a empirickou část. Výzkumné šetření je zaměřeno na společenskou situaci HIV pozitivních osob.

Cíl práce byl podle nás naplněn. Odpověděli jsme na hlavní výzkumnou otázku, tedy jaká je společenská situace HIV pozitivních osob, a to pomocí jednotlivých dílčích výzkumných otázek. Společenská situace HIV pozitivních osob je příznivější, než jsme předpokládali, ale není ideální. Nejvíce se HIV pozitivní osoby setkávají s diskriminací v oblasti zdravotnictví, což je alarmující zjištění. Právě lékaři by měli jít společnosti v tomto ohledu příkladem, zvláště když ze svého odborného postavení musí být informováni o tom, jak se vir HIV přenáší. Pokud má však samotný lékař strach ošetřit osobu s HIV, jak to působí na zbytek společnosti? Lékaři tak mohou dále šířit stigmatizaci, která se v oblasti onemocnění HIV drží. Sociální pomoc pro HIV pozitivní osoby je dostačující, co je ale třeba vylepšit, je právě péče zdravotnického personálu.

Ačkoliv někteří z respondentů vedou uzavřený život, jiní dokáží žít úplně normálním životem a jejich HIV status se jich tolik nedotýká. Mají rodinu, přátele a s diskriminací se skoro vůbec neseťkávají. Kvůli tomu si myslíme, že v rámci společenské situace záleží i na samotném jedinci, jak svou nemoc přijme, jestli ji bude brát jako překážku pro svůj život a uzavře se, i kvůli obavám z diskriminace, nebo se s tím srovná a bude žít normálně. Prostor pro zlepšení je tedy na obou stranách, na straně společnosti i na straně jedince s HIV. My, jakožto společnost, musíme bojovat proti dezinformacím a z toho vyplývajícím předsudkům, abychom společenskou situaci HIV pozitivních vylepšili. A samotní HIV pozitivní lidé by neměli automaticky považovat svou nemoc za překážku.

Podle výzkumu Nováka (viz kapitola 4) většině společnosti HIV nevadí. Ale stále jsou ve společnosti tací, kteří k této nemoci mají negativní přístup, což odpovídá i našemu výzkumnému šetření z hlediska subjektivního vnímání respondentů. A proto je stále potřeba zaměřovat se na osvětu společnosti ohledně problematiky HIV, protože z dezinformací a mýtů pak vycházejí i předsudky a strach. Důležité je se zamyslet nad tím, jak osvětu dobře převést do praxe, aby její účinnost byla maximální. Měly by se provést další výzkumy s větším počtem respondentů, kteří nejsou HIV pozitivní, a zjistit, proč ve společnosti stále převládají předsudky o HIV.

## Seznam zdrojů:

### Literatura

BIANCHI, Gabriel, 2011. Subjektivnost sexuality: diskursy sexuality, sexuální spokojenost, významy sexu, motivy sexuálního debutu a sociální ospravedlnění rizikového sexu. In: ŠULOVÁ, Lenka, Tomáš FAIT, Petr WEISS a kol. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf. s. 130-146. ISBN 978-80-7345-238-4.

COLLINSOVÁ, Hilary, 2017. *Kreativní výzkum: teorie a praxe výzkumu v oblasti tvůrčích odvětví*. Brno: Barrister & Principal. ISBN 978-80-7485-125-4.

COLLINS, Simon, 2016. *Úvod do kombinované antiretrovirové léčby*. Praha: Centrum pro komunitní práci. ISBN 978-80-87809-39-6.

GAVORA, Peter, 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido. ISBN 80-85931-79-6.

GJURIČ, Andrej, 2007. Vliv rodiny na manželské (partnerské) chování dětí. In: *Rizikové chování dospívajících a jeho prevence: VIII. Odborný seminář*. Praha: Cevap. s. 61-70. ISBN 978-80-86963-06-8.

HAMANOVÁ, Jana a Ladislav CSÉMY, 2014. Syndrom rizikového chování v dospívání – teoretické předpoklady a souvislosti. In: KABÍČEK, Pavel, Ladislav CSÉMY, Jana HAMANOVÁ a kol. *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. Praha: Triton. s. 32-48. ISBN 978-80-7387-793-4.

HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.

HENDL, Jan a Jiří REMR, 2017. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1192-1.

JEDLIČKA, Richard a kol., 2015. *Poruchy socializace u dětí a dospívajících*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5447-5.

JOHNSON, Earvin „Magic“, 1993. *Jak se vyhnout AIDS*. Praha: Lunarion. ISBN 80-901031-9-7.

KONVALINKA, Jan a Ladislav MACHALA, 2011. *Viry pro 21. století*. Praha: Academia. ISBN 978-80-200-2021-5.

KULÍŘOVÁ, Veronika, 2014a. Historie HIV infekce. In: JILICH, David, Veronika KULÍŘOVÁ a kol. *HIV infekce: současné trendy v diagnostice, léčbě a ošetřovatelství*. Praha: Mladá fronta. s. 15-26. ISBN 978-80-204-3325-1.

KULÍŘOVÁ, Veronika, 2014b. Péče o HIV-pozitivní pacienty. In: JILICH, David, Veronika KULÍŘOVÁ a kol. *HIV infekce: současné trendy v diagnostice, léčbě a ošetřovatelství*. Praha: Mladá fronta. s. 75-98. ISBN 978-80-204-3325-1.

MACEK, Pavel, 2003. *Adolescence*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-747-7.

MACHOVÁ, Jitka a Jana HAMANOVÁ, 2015. Rizikové sexuální chování. In: MACHOVÁ, Jitka, Dagmar KUBÁTOVÁ a kol. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada. s. 160-182. ISBN 978-80-247-5351-5.

MATEJČEK, Zdeněk, 1989. *Rodiče a děti*. Praha: Avicenum. ISBN 08-056-89.

MIOVSKÝ, Michal a kol., 2015a. *Programy a intervence školské prevence rizikového chování v praxi*. Praha: Klinika adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecná fakultní nemocnice. ISBN 978-80-7422-394-5.

MIOVSKÝ, Michal a kol., 2015b. *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování*. Praha: Klinika adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecná fakultní nemocnice. ISBN 978-80-7422-393-8.

MORAVCOVÁ Eva, Zuzana PODANÁ, Jiří BURIÁNEK a kol., 2015. *Delikvence mládeže – trendy a souvislosti*. Triton. ISBN 978-80-7387-860-3.

NIELSEN SOBOTKOVÁ, Veronika a kol., 2014. *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4042-3.

PROCHÁZKA, Ivo, 2010. Sexuologické aspekty HIV infekce a AIDS. In: WEISS, Petr a kol. *Sexuologie*. Praha: Grada. s. 613-624. ISBN 978-80-247-2492-8.

PROCHÁZKA, Ivo, 2014. Psychické aspekty nemoci u HIV-pozitivních. In: JILICH, David, Veronika KULÍŘOVÁ a kol. *HIV infekce: současné trendy v diagnostice, léčbě a ošetrovatelství*. Praha: Mladá fronta. s. 133-146. ISBN 978-80-204-3325-1.

ROZSYPAL, Hanuš, 2015. *Základy infekčního lékařství*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2932-2.

SKÁLOVÁ, Jitka, 2016. Přístup českých zdravotníků k HIV pozitivním osobám. In: *Plzeňský lékařský sborník*. Plzeň: Karolinum. ISBN 978-80-246-3398-5. ISSN 0551-1038.

SKUTIL, Martin a kol., 2011. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-778-7.

STRAUSS, Anselm a Juliet CORBINOVÁ, 1999. *Základy kvalitativního výzkumu*. Brno: Albert. ISBN 80-85834-60-X.

STROUHAL, Václav, 2007. Poradenství pro sdělení pozitivního výsledku. In: *Příručka HIV poradenství*. 2. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav. s. 31-35. ISBN 978-80-7071-294-8.

ŠAFÁŘOVÁ, Michaela, 2002. Rizikové chování v adolescenci. In: SMÉKAL, Václav a Pavel MACEK. *Utváření a vývoj osobnosti*. Brno: Bannister & Principal. s. 191-208. ISBN 80-85947-83-8.

ŠILEROVÁ, Lenka, 2003. *Sexuální výchova: jak a proč mluvit s dětmi o sexualitě*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0291-6.

ŠULOVÁ, Lenka, 2011. Psychosociální vývoj jedince a formování identity v dětství. In: ŠULOVÁ, Lenka, Tomáš FAIT, Petr WEISS a kol. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf. s. 77-90. ISBN 978-80-7345-238-4.

VAVŘINKOVÁ, Blanka, 2011. Reprodukce a drogová závislost. In: ŠULOVÁ, Lenka, Tomáš FAIT, Petr WEISS a kol. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf. s. 307-314. ISBN 978-80-7345-238-4.

WEISS, Petr, 2011. Vývoj pohlavní identity. In: ŠULOVÁ, Lenka, Tomáš FAIT, Petr WEISS a kol. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf. s.71-76. ISBN 978-80-7345-238-4.

ZÁHUMENSKÝ, Josef, David JILICH a Daniela VAŇOUSOVÁ, 2015. *Základy moderní venerologie*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-429-6.

ZVĚŘINA, Jaroslav, 2003. *Sexuologie: (nejen) pro lékaře*. Brno: CERM. ISBN 80-7204-264-5.

### **Internetové zdroje**

Documents. *UNAIDS*. [online]. © 2017a [cit. 2017-11-02]. Dostupné z: <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2017/confronting-discrimination>

Documents. *UNAIDS*. [online]. © 2017b [cit. 2017-11-21]. Dostupné z: [http://www.unaids.org/en/resources/documents/2017/UNAIDS\\_FactSheet](http://www.unaids.org/en/resources/documents/2017/UNAIDS_FactSheet)

Dům světla. *Česká společnost AIDS pomoc*. [online]. © 2014a [cit. 2018-03-26]. Dostupné z: <https://www.aids-pomoc.cz/dum-svetla.html>

HIRNSCHALL, Gottfried, 2016. Striving for zero discrimination in health care. In: *World Health Organization* [online]. © 2017 [cit. 2017-11-21]. Dostupné z: <http://www.who.int/mediacentre/commentaries/zero-discrimination-day/en/>

Komunitní setkání. *Česká společnost AIDS pomoc*. [online]. © 2014b [cit. 2018-03-26]. Dostupné z: <http://www.hiv-komunita.cz/komunitni-setkani.html>

MACH, Petr a David POSPÍŠIL. *Výsledky výzkumného šetření v oblasti odlišného chování k HIV pozitivním osobám v zaměstnání nebo při jeho hledání* [online]. [cit. 2017-11-15]. Dostupné z: [http://www.hiv-prace.cz/fls/web/vyzkumne\\_setreni\\_final\\_verze\\_8.pdf](http://www.hiv-prace.cz/fls/web/vyzkumne_setreni_final_verze_8.pdf)

Metodické dokumenty (doporučení a pokyny). *Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy* [online]. © 2013-2018a [cit. 2018-02-08]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/metodicke-dokumenty-doporučení-a-pokyny>

NOVÁK, David, 2016. Váš postoj k osobám s HIV+/AIDS. In: *Vyplňto.cz* [online]. © 2008-2018 [cit. 2018-03-10]. Dostupné z: <https://www.vyplnto.cz/realizovane-pruzkumy/vas-postoj-k-osobam-s-hiv-ai/>

O projektu. *HIV práce* [online]. © 2014 [cit. 2017-11-10]. Dostupné z: <http://www.hiv-prace.cz/o-projektu.html>

O projektu. *HIV uniforma* [online]. © 2014 [cit. 2017-11-10]. Dostupné z: <http://www.hiv-uniforma.cz/o-projektu.html>

Press Statement. *UNAIDS*. [online]. © 2017c [cit. 2017-11-29]. Dostupné z: [http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2016/june/20160608\\_PS\\_HLM\\_PoliticalDeclaration](http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2016/june/20160608_PS_HLM_PoliticalDeclaration)

Rámcové vzdělávací programy. *Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy* [online]. © 2013-2018b [cit. 2018-02-08]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/skolstvi-v-cr/skolskareforma/ramcove-vzdelavaci-programy>

Sexual and reproductive health. *World Health Organization*. [online] © 2018 [cit. 2018-03-30]. Dostupné z: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/ghss-stis/en/>

Strategie a koncepce MŠMT. *Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy*. [online]. © 2013-2018c [cit. 2018-03-25]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/strategie-a-koncepce-ap-msmt>

Světový program OSN pro HIV/AIDS. *Ministerstvo zahraničních věcí České republiky*. [online]. [cit. 2018-03-25]. Dostupné z: [https://www.mzv.cz/mission.geneva/cz/odborne\\_organizace/svetovy\\_program\\_osn\\_pro\\_hiv\\_aids/index.html](https://www.mzv.cz/mission.geneva/cz/odborne_organizace/svetovy_program_osn_pro_hiv_aids/index.html)

ŠTEFANČÍK, Miloš a kol., 2014. *Metodika s doporučeními k řešení problematiky zaměstnávání HIV pozitivních ve služebním poměru*. [online]. Praha: Česká společnost AIDS pomoc. © 2014 [cit. 2017-11-10]. Dostupné z: <http://www.hiv-uniforma.cz/fls/web/metodika-s-doporucenimi-k-reseni-problematiky-hiv.pdf>

Tisková zpráva NRL pro HIV-AIDS - Trendy vývoje a výskyt HIV-AIDS v ČR v roce 2017. *Státní zdravotní ústav*. [online]. [cit. 2018-03-25]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/prevence/tiskova-zprava-nrl-pro-hiv-aids-trendy-vyvoje-a-vyskyt-hiv-1?highlightWords=hiv>

## **Legislativa**

Zákon č. 101/2000 sb. o ochraně osobních údajů. *Zákony pro lidi*. [online]. © 2010-2018a [cit. 2017-11-15]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-101>

Zákon č. 258/2000 sb. o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů. *Zákony pro lidi*. [online]. © 2010-2018b [cit. 2018-03-19]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-258>

Zákon č. 262/2006 sb. zákoník práce. *Zákony pro lidi*. [online]. © 2010-2018c [cit. 2017-11-15]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-262>

Zákon č. 40/2009 sb. trestní zákoník. *Zákony pro lidi*. [online]. © 2010-2018d [cit. 2018-03-19]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40>

Zákon č. 198/2009 sb. zákon o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů. *Zákony pro lidi*. [online]. © 2010-2018e [cit. 2017-11-15]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-198>

Zákon č. 372/2011 sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. *Zákony pro lidi*. [online]. © 2010-2018f [cit. 2018-03-19]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-3>

## Seznam tabulek

Tabulka 1- přehled respondentů .....	38
--------------------------------------	----



## **Seznam příloh**

Příloha A – ilustrativní přepis rozhovoru

## **Příloha A – ilustrativní přepis rozhovoru**

**Tazatel:** Ptal se vás váš budoucí potenciální zaměstnavatel na váš zdravotní stav, i když to nebyla důležitá informace?

**Kamil:** Nikdy se mi to nestalo, že by se ptali na zdravotní stav.

**Tazatel:** Nepřijali vás z důvodu vaší diagnózy do zaměstnání?

**Kamil:** Ne, nestalo se mi to, protože vlastně není povinností oznamovat zaměstnavateli zdravotní stav, co se týká tohohle toho. Pracoval jsem i jinde než tady a problém jsem jako nikdy neměl, pokaždé to bylo v pořádku.

**Tazatel:** Setkal jste se s tím, že vám někdo nechtěl pronajmout byt kvůli vaší nemoci?

**Kamil:** Ne ne, nestalo se mi to nikdy, že by se něco takového stalo.

**Tazatel:** Setkal jste se s tím, že Vás někdo vypověděl z bytu kvůli vaší nemoci?

**Kamil:** Ne.

**Tazatel:** Setkal jste se s odmítnutím poskytnutí zdravotnické péče kvůli onemocnění?

**Kamil:** Tam je to právě hodně specifický, že většina lékařů se k tomu staví právě jakoby špatně kvůli tomu stavu. Naštěstí teda já mám lékaře, všechny teda, který jsou jako velmi shovívaví, ať se to týká zubaře, kterej mě ze začátku chtěl odmítnout, a nakonec si uvědomil, že vlastně je to jako špatný i vůči tomu klientovi. Tak mi nakonec řekl jakože není problém, že mě jako stále bude jakoby poskytovat ty jeho služby s tím, že i pro jeho osobní klienty, že budu jakoby ten poslední z těch klientů v tom daným dnu. Že kvůli jakoby čistotě a desinfekci zařízení by bylo lepší, kdybych byl vždycky ten poslední. Takže jakoby teda mě odmítnul, ale nakonec si uvědomil, že je to nekorektní.

**Tazatel:** Vypověděl vás váš praktický lékař/zubař/jiný lékař poté, co se dozvěděl o vaší nemoci?

**Kamil:** Ne, vůbec vůbec, ten byl, lékař byl v pohodě, praktický.

**Tazatel:** Jak dlouho trvalo, než jste se šel otestovat?

**Kamil:** Já jsem se vlastně šel otestovat v podstatě až po prvních příznacích, kdy jsem měl. To mě pak jakoby donutilo na ty testy dojít. I když já jsem jakoby věděl, že to bude špatný už dopředu, akorát jsem si to nechtěl připouštět nějakou tu dobu. Takže jsem se s tím musel srovnat nejdřív sám, až pak po tech prvních příznacích a vysokých horečkách jsem si uvědomil, že by bylo lepší se otestovat, abych měl jistotu.

**Tazatel:** Ovlivnila tuto dobu čekání předchozí zkušenost se zdravotní péčí?

**Kamil:** Tak spíše zkušenost byla špatná v tom, že když jsem chodil na preventivní testování k jiným lékařům, tak nebyl to ani přístup lékařů, než to čekání v těch čekárnách a setkávání známých lidí. Tak to pak člověka jakoby donutí jakoby nechodit, protože člověk, že jo... Když potkáte někoho známého na venerologii, tak si myslíte, bůhví s čím tam je, a už se to šíří dál a koluje se to mezi ostatními. Takže to je vlastně jediná špatná zkušenost, co mám já s testováním v jiných zařízeních. Já jsem ho ani neoddaloval, to své testování, já jsem se musel srovnat sám se sebou, s tím že ten výsledek určitě bude pozitivní, takže spíš jsem se musel psychicky srovnat sám se sebou.

**Tazatel:** Setkal jste se s jinou formou diskriminace nebo „odmítnutí“? Například na ulici, v obchodě, v čekárně u lékaře...?

**Kamil:** Zkušenosti špatný mám, co se týká, když se člověk seznamuje s novými lidmi. Tak tam pak, když to ty lidi třeba už ví, tak se s váma buď bavit nechtěj, protože některý maj jakoby ty informace, že si za to člověk může sám, že se s tím člověk musí smířit, že se s takovým člověkem bavit nechtěj, a že s ním pak budou spojovaný i voni. Takže to odmítnutí ve společnosti, co se týká jakoby kamarádů nebo známých, tak tam jakoby tohle to je. Nadávky to nejsou, spíš je to vyložene jakoby odmítnutí, že se lidi nechtěj bavit vůbec.

**Tazatel:** Jak se cítíte v naší společnosti?

**Kamil:** Ten přístup prostě, v tomhleto roce mi ten přístup už jakoby přijde lepší než v předchozích letech. V předchozích letech to mi přišlo, že to bylo horší, že ty lidi odmítali víc. V dnešní době už jsou ty lidi víc informovaný, už se s tím tolik nesetkávám. Takže je to lepší teďkon, mi přijde. Spíš ti mladí jsou takový jako nevidomý tady v tom.

**Tazatel:** Ví o vaší diagnóze vaše rodina a přátelé?

**Kamil:** Z mé rodiny vlastně o tom ví jenom matka, bratrovi jsem to neříkal a otce nemám. Mí nejbližší přátelé to ví.

**Tazatel:** Jaká byla jejich reakce?

**Kamil:** Tam ten postoj k tomu byl jakoby velmi příjemnej, jako že to neřešili. Naopak právě byli rádi, že jsem jim to řekl a byli rádi, že jsem jim pak poskytnul víc informací o tom, jaký život s HIV je. Reakce maminky v tu chvíli byla velmi zničující, a potom taky, co jsem jí vlastně vysvětlil, že jsou horší věci, než je HIV, tak vlastně taky trvalo to asi měsíc, než se srovnala úplně tady s tou informací, ale nadále máme výbornej vztah. Trvalo to sice měsíc, ale...

**Tazatel:** Stalo se vám, že by se s vámi pak přátelé přestali stýkat kvůli tomu?

**Kamil:** Některý k tomu maj špatný postoj, ale to nebyli ti kamarádi, se kterými se vídám každodenně nebo velmi často, spíš takový ty, jakože je potkáte jednou za čas, tak některý se stavěli k tomu jako i negativně.

**Tazatel:** Proč jste to někomu neřekl?

**Kamil:** Bratrovi jsem to neřek, už jenom z toho důvodu, protože mi s bratrem máme velmi úzký vztah, jakože velmi přátelský, a sám má svých problémů dost, a nechci ještě, aby ho trápily jakoby zdravotní stavy rodiny. Jako s matkou máme velmi osobní vztah, a tam je to takový, jakože jsme si s mamkou řekli, že chceme vědět úplně všechno o tom druhým, tak si říkáme úplně všechno, ale na bratra nechci zbytečně přehazovat takový informace.

**Tazatel:** Navazujete nové kontakty (přátelské)?

**Kamil:** Snažím se navazovat určitě nový kontakty.

**Tazatel:** Říkáte novým přátelům, že jste HIV pozitivní? (Kdy?)

**Kamil:** Záleží vlastně na situaci a na důvěře mezi tima lidma. Právě že většinou to je tak, že o svém zdravotním stavu jakoby neříkám ihned. Protože nejdřív toho člověka musím poznat, jestli je vůbec hoděn vědět o mém zdravotním stavu, a pak taky záleží i co s tím dotyčným máte v plánu, jestli udržovat nějak intimnější vztah anebo jen kamarádskej. V tom se velmi pečlivě rozhoduju, komu to řeknu nebo ne.

**Tazatel:** Jak se k vám chovají Vaši přátelé, kteří o nemoci vědí?

**Kamil:** Úplně normálně jako předtím, když to nevěděli. Není tam že by se mě báli, nebo se mi vyhýbali, vůbec. Je to prostě normální komunikace a vztah jako byl předtím.

**Tazatel:** Máte nějakého stálého (životního) partnera?

**Kamil:** Mám stálého partnera, který je negativní, nemá problém, že jsem pozitivní, takže vlastně je to jeden z lidí, který se ke mně staví úplně normálně, bere mě takového, jaký jsem.

**Tazatel:** Jak byste ohodnotil své mezilidské vztahy?

**Kamil:** Já si myslím, že mé mezilidské vztahy jsou na špičkové úrovni, protože si u sebe držím jenom lidi, který chci, a se kterými je mi fajn a berou mě takového, jaký jsem.

**Tazatel:** Jak jste se o nakažení virem HIV dozvěděl?

**Kamil:** Měl jsem takovou velmi, velmi špatnou zkušenost, u který jsem věděl, že to takhle dopadne. Takže jsem vlastně věděl, co mě čeká, a už jsem se s tím vlastně snažil smířit, než jsem šel na ty testy.

**Tazatel:** Věděl jste, že existuje organizace Dům světla či jiné organizace?

**Kamil:** Věděl, byl jsem informovaněj už z dřívějších dob.

**Tazatel:** Jak jste se o nich dozvěděl?

**Kamil:** Vlastě v tom úzkym kruhu mých přátel, kteří jsou také vlastně homosexuálové, takže mezi sebou naše komunita ví, jakože takový organizace fungujou. Pak jsem se rozhodoval, že jsem nechtěl jít na tu venerologii, kdy jsem chodil předtím, protože jsem věděl, že to asi dopadne tak, jak to dopadlo, takže jsem šel rovnou do týhle organizace, která se vlastně tímhle rovnou zabývá.

**Tazatel:** Jak jste spokojen s úrovní pomoci HIV pozitivním osobám v České republice? Změnil byste něco, přidal?

**Kamil:** Mně osobně asi nic nechybí, ale chtělo by to asi změnit přístup těch lékařů, co se týká jiných oblastí, protože mám pocit, že to odmítání není příjemný pro tu komunitu.

**Tazatel:** Pociťujete, že se změnilo společenské vnímání AIDS/HIV, a tedy i k lidem s touto nemocí?

**Kamil:** Jak jsem už říkal, mám pocit, že rok od roku se to lepší. Za minulý rok jsem pocítil jako velkou změnu, že ty lidi to vnímaj úplně jako normální věc, jako že to není nic, čeho by se měli jako vyloženě bát a proč by ty lidi měli odsuzovat.

**Tazatel:** Myslíte, že je stále potřeba osvěty společnosti ohledně tohoto tématu?

**Kamil:** Určitě, určitě by se to nemělo zanedbávat, mělo by se to vlastně furt propírat mezi ty lidi, aby věděli, že HIV dneska vlastně není nic, co by člověka mělo zničit.

**Tazatel:** Setkal jste se před infekcí virem HIV s preventivními aktivitami, které byly zaměřeny právě na AIDS/HIV?

**Kamil:** Určitě, určitě, vlastně každěj rok se zúčastňuji akce Prague Pride, kde vlastně tady to téma se propírá každou tady tou velkou akcí. Takže vždycky jsem měl nějaké informace.

**Tazatel:** Bral jste tyto aktivity vážně?

**Kamil:** Určitě, já jsem vždycky byl zodpovědněj člověk, vždycky jsem se snažil neriskovat v tady tý oblasti, setkal jsem se s aktivitama, co se týká boje proti HIV. Ať je to preventivní tramvaj, který se pořádají každěj rok v prosinci, ať je to vlastně Prague Pride, ta velká akce. Určitě si myslím, že jsou účinné, sám se jich teď zúčastňuji v rámci práce a myslím si, že to má smysl, že se lidi informujou víc a víc, zajímá je to, není to, že by se tomu lidi stranili.

**Tazatel:** Proč vás takové preventivní aktivity nezasáhly?

**Kamil:** Takhle... Jakoby tady ty akce jsou účinný, bylo to účinný i u mě, akorát jsem měl opravdu špatnou zkušenost, za kterou jsem já nemoh, tím pádem jsem do toho spadnul, aniž bych se choval rizikově v podstatě.