

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

PROBLEMATIKA ŠÍŘENÍ HIV V AFGHÁNISTÁNU
diplomová práce

Autor práce: Bc. Mirwais Bakhshi
Studijní program: Veřejné zdravotnictví
Studijní obor: Odborný pracovník v ochraně veřejného zdraví
Vedoucí práce: doc. MUDr. Kvetoslava Kotrbová, Ph.D.
Datum odevzdání práce:

Abstrakt

Virus lidské imunodeficiencie (HIV), který způsobuje AIDS (Syndromem získané imunodeficiencie) je jedním z nejvážnějších, globálních problémů v oblasti zdraví a lékařského pokroku. První případy HIV/AIDS byly hlášeny v roce 1981. Podle Ministerstva veřejného zdravotnictví v Afghánistánu se počet HIV pozitivních lidí v zemi pohybuje okolo 1 367 případů. Informace poskytly nedávné poznatky ze Studie Integrace biologie a chování (IBBS) z roku 2009, které mimo jiné také ukazují průměrné výsledky prevalence kde uživatelé nitrožilních drog (IUD) dosahují 7,1 %, což naznačuje, že země stojí na pokraji hrozby silné epidemie HIV. Afghánistán čelí mnoha výzvám, jako je například nestabilita v zemi, nízká gramotnost, vysoká úroveň produkce opia a nedostatek základní infrastruktury. První případ Viru lidské imunodeficiencie (HIV) byl v Afghánistánu hlášen v roce 1989. Studie o přenosu HIV v Afghánistánu charakterizuje epidemii, která se točí převážně kolem tří možných způsobů chování: sdílení jehel a stříkaček, nechráněný sex s prostitutkami a nechráněný sex mezi muži. I když případy HIV pozitivních jedinců nejsou omezeny pouze na tyto tři nejvíce ohrožené skupiny, rychlost a směr přenosu HIV do značné míry závisí na velikosti, chování a přístupu k informacím o těchto subpopulacích.

Pro tuto práci jsem použil informace a fakta z různých zdrojů, skládajících se z knih, publikací a výzkumných zpráv uskutečněných širokou škálou organizací i vládou. Budování zdravotních služeb je součástí významu preventivních programů, cílem programů je zabránit šíření HIV/AIDS v Afghánistánu, zvýšení počtu dobrovolnického poradenství a testovacích center, bezplatná distribuci kondomů, vyšetření krve či krevních výrobků před transfuzí a masivní zdravotní vzdělávací kampaně.

Hlavním cílem mé diplomové práce bylo sledování problému HIV/AIDS v Afghánistánu, dílčí cíle měly popsat současný stav o HIV/AIDS v Afghánistánu, mapovat znalosti pracovníků v kadeřnictví a holičství v centru a okrajových oblastech Kábulu, mapování znalostí o HIV/AIDS místních lékařů v centru a v okrajových oblastech Kábulu. Dále pak zmapování znalostí o HIV/AIDS mezi lékaři ve

zdravotnických zařízeních v Kábulu a posledním, avšak neméně důležitým úkolem bylo porovnat úroveň znalostí HIV/AIDS u holičů, kadeřníků a domácích lékařů. Úvodní část práce obsahuje informace o zdravotní péči v Afghánistánu, stav HIV/AIDS v Afghánistánu, historii HIV/AIDS v Afghánistánu, znalosti a povědomí lidí o HIV/AIDS v Afghánistánu a v neposlední řadě informace o prevenci a léčbě HIV/AIDS v Afghánistánu.

Pro výzkumné šetření byla použita kombinace kvalitativního a kvantitativního šetření. V kvalitativní části práce byly uskutečněny rozhovory s několika lékaři pracujícími v nemocnicích v Kábulu. V kvantitativním výzkumu bylo použito dotazníku obsahujícího 20 otázek pro výzkumný vzorek 90 respondentů profesí kadeřnice, holič a porodní asistentka/domácí lékařka. Každá skupina čítala 30 jedinců, aby bylo možné objektivně posoudit znalosti a povědomí o HIV/AIDS mezi jedinci z těchto profesních oblastí. Výsledky tohoto výzkumu odhalují nerovnosti v přístupu k problému HIV/AIDS mezi kadeřnicemi, holiči a laickými porodními asistentkami/domácími lékaři.

Tuto práci lze použít jako průvodní dokument pro zlepšení problému HIV/AIDS v Afghánistánu, pro zdravotní systém v zemi a stejně tak pro prezentaci ostatním.

Klíčová slova: Afghánistán, HIV/AIDS přenos, povědomí, znalosti

Abstract

Human Immunodeficiency Virus (HIV) that causes AIDS, “acquired immunodeficiency syndrome” is one of the world’s most serious health and development challenges. The first cases were reported in 1981. According to the public health ministry of Afghanistan at least 1,367 positive cases of Human immunodeficiency virus (HIV) have been recorded in Afghanistan, the recent findings from the Integrated Biological and Behaviour Survey (IBBS) 2009 show an average sero-prevalence of 7.1 % among injecting drug users (IDUs), indicating that the country is entering into a concentrated HIV epidemic.

Afghanistan faces many challenges such as instability around the country, low literacy levels, high levels of opium production, and a lack of basic infrastructure. The first Human Immunodeficiency Virus (HIV) case was reported in Afghanistan in 1989. Studies on HIV transmission in Afghanistan characterize an epidemic which centers largely around three behaviors such as share dneedles and syringes, unprotected sex with sex workers, and unprotected sex between males. While HIV cases are not confined to these three most-at-risk populations (Injecting Drug Users (IDUs), Sex Workers (SWs) and their clients, and men who have sex with men (MSM), the speed and direction of HIV transmission largely depends on the size, behavior, and access to information of these subpopulations.

For this research work, I have used information and facts from different sources like books, publications and reports provided by wide range of organizations both both governmental and non – governmental. The establishment of health services are notable among the perventive programs which aim to prevent the spread of HIV/AIDS in Afghanistan, the increasein the number of voluntary counseling and testing centers, free distribution of condoms, screening of blood and blood products before transfusion as well as massive health education campaigns.

The main aim of my thesis was monitoring the problem of HIV/AIDS in Afghanistan, other accompany in gaims were to describe the current status of HIV/AIDS in Afghanistan, Mapping the knowledge of workers in

hairdressers - barbers in center and the region of Kabul, mapping HIV/AIDS knowledge of local physicians in the center and in the region of Kabul, to identify knowledge about HIV/AIDS among physicians medical facility in Kabul last but not the least to compare the level of HIV/AIDS knowledge in barbers, hairdressers and lay midwives.

The thesis introductory part informs us about condition of health system in Afghanistan, status of HIV/Aids in Afghanistan, history of HIV/AIDS in Afghanistan, knowledge and awareness of the people about HIV/Aids in Afghanistan last but not the least, Prevention and treatment of HIV/Aids in Afghanistan.

Using a qualitative research I interviewed five medical doctors. In quantitative research I used questioners containing 20 questions to inquire of 90 men and women who are working as hairdressers, barbers and lay midwives living in central and the region of Kabul. Hairdressers (30 persons), barbers (30 persons) and laymidwives (30 persons) in order to be able to objectively assess the knowledge and awareness of Afghanistan people in these area. The results of this research reveals a gross inequality in accessing problem of HIV/AIDS between hairdressers - barbers and lay midwives.

This work can be used a guide to improve the problem of HIV/AIDS in Afghanistan for Afghanistan health system as well as introducing it to the others.

Keywords. Afghanistan, HIV/AIDS Transmission,Awareness, knowledge

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 14.08.2013

.....

Mirwais Bakhshi

Poděkování

Rád bych vyjádřil dík vedoucí diplomové práce doc. MUDr. Kvetoslavě Kotrbové, Ph.D. za skvělý přístup, cenné rady a metodické vedení. Dále bych také rád poděkoval Mgr. Michaele Řehořovské za pomoc při zpracování mé diplomové práce do českého jazyka a za věnovaný čas. Rád bych také poděkoval své rodině za podporu a svému příteli Dr. Safi Ahmad Ahadyar za pomoc při sběru dat při výzkumu v Afghánistánu.

Obsah

Úvod.....	10
I. HIV/AIDS.....	12
1.1 Historie HIV/AIDS	12
1.2 Přenos HIV.....	15
1.3 Biologický dopad HIV	16
1.4 Šíření HIV/AIDS v lidské populaci	18
1.4.1 Sexuální přenos	19
1.4.2 Orální sex	20
1.4.3 Krev a krevní produkty	20
1.4.4 Sdílení jehel a užívání	21
1.4.5 HIV přenos při užívání bez-nitrožilních drog	21
1.4.6 Přenos z HIV pozitivních pacientů ve zdravotnictví na ošetřovatele.....	21
1.4.7 Přenos HIV z matky na dítě	22
1.4.7.1 Ochrana před přenosem HIV z matky na dítě (PMTCT)	22
1.5 Systém veřejného zdravotnictví v Afghánistánu.....	23
1.5.1 Minulá a současná spolupráce s WHO.....	24
1.5.2 Silné a slabé stránky WHO v Afghánistánu.....	24
1.6 HIV/AIDS v Afghánistánu.....	25
1.6.1 Stav HIV/AIDS v Afghánistánu.....	27
1.6.2 Prostitutky v Afghánistánu (FSWs)	29
1.6.3 Homosexuální pohlavní styk (MSM).....	30
1.6.4 HIV ve věznicích.....	32
1.7 Strategie prevence HIV/AIDS v Afghánistánu	34
1.8 Povědomí o HIV/AIDS Afghánistánu	36
1.8.1 Role věku a pohlaví.....	36
1.8.1.1 Povědomí mezi seniory	37
1.8.2 Role vzdělání a povolání.....	37
1.8.2.1 Povědomí studentů.....	38
1.8.3 Role městské / venkovské lokality a regionu trvalého bydliště	39
1.8.4 Role ekonomického statusu a příjmu v míře povědomí o HIV/AIDS	39

1.8.5 Role přístupu k médiím a jejich využití	41
1.8.6 Role médií a znalosti o HIV/AIDS	42
1.8.7 Náboženská role	42
1.8.7.1 Praktikování náboženství ve vztahu k povědomí o HIV/AIDS	44
1.9 Analýza situace a reakce	45
1.9.1 Drogová závislost.....	45
1.9.1.1 Nitrožilní užívání drog	46
1.9.2 Další faktory ovlivňující šíření HIV v Afghánistánu	48
1.9.2.1 HIV - Epidemiologická situace	49
1.9.3 Mládež a děti na ulici	51
2.1 Stav problematiky	53
2.2 Cíl práce	53
2.2.1 Dílčí cíle	54
2.3 Výzkumné otázky	54
2.4 Metodika	55
2.4.1 Použité metody a techniky sběru dat.....	55
2.4.2 Charakteristika výzkumného celku	55
III. VÝSLEDKY	57
3.1 Rozhovory.....	57
3.1.1 Rozhovor č. 1	57
3.1.2 Rozhovor č. 2	59
3.1.3 Rozhovor č. 3	60
3.1.4 Rozhovor č. 4	62
3.1.5 Rozhovor č. 5	64
3.2 Dotazník.....	65
IV. DISKUSE.....	84
V. ZÁVĚR	94
VI. ZDROJE.....	96
VII. KLÍČOVÁ SLOVA.....	105
IX. SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	111

Úvod

HIV a AIDS je v současnosti jedním z nejvýznamnějších problémů veřejného zdraví, které se dotýkají především rozvojových zemí. I když je prevalence HIV v Afghánistánu u běžné populace na nízké úrovni, hrozí zde vysoké riziko přenosu a šíření viru HIV. Afghánský národní strategický rámec HIV/AIDS 2011-2015 (ANASF-II) poskytuje zemi pokyny pro HIV a AIDS prevenci, léčbu, péči a podporu, nastiňuje roli národního AIDS Kontrolního Programu (NACP) a Ministerstva zdravotnictví (MoPH) ke komplexní a multisektorové reakci za podpory dalších klíčových sektorů a občanské společnosti. Tato politika podporuje ANASF-II a zaměřuje se na poskytnutí rámce, směru a obecných principů pro boj s HIV v Afghánistánu. Dále se zaměřuje na prevenci, péči, podporu léčby nakažených lidí a zmírňováním dopadů nemoci. Politika ulehčí mezioborové integrace a koordinace stejně jako dodržování standardu, obecně přijatého systému, jehož práva jsou křehká, inkluzivní a futuristická v jeho vizi i v relevantním kontextu Afghánistánu. Politika navrhuje strategie s cílem zabránit dalšímu šíření epidemie stejně jako péči, podporu a léčbu PLHIV v rámci stávajícího právního a politického prostředí. První případ Viru Lidské Imunodeficiency (HIV) byl hlášen v Afghánistánu v roce 1989. Od té doby vláda Afghánistánu (GoA) podnikla důležité kroky v zastavení epidemie HIV, která se nyní s HIV prevalencí vyšší než 5 % týká především rizikové populace (KAPs), především uživatelů nitrožilních drog (IDUSs), dalších skupin skládajících se z vězňů, prostitutek (FSWs), a homosexuálů (MSM). Na konci roku 2010 bylo hlášeno 1250 lidí žijících s HIV (PLHIV), Program spojených národů o HIV/AIDS (UNAIDS) a Světová zdravotnická organizace (WHO) ovšem odhaduje počet PLHIV obyvatel v rozmezí 2000 – 3000 ve stejném roce. Ačkoliv je Afghánistán země s nízkou prevalencí HIV s pod 0,05 procenta, v běžné populaci se vyskytuje široké spektrum rizik a nebezpečných faktorů, jež činí obyvatelstvo zranitelné v různých segmentech, což je důvodem nezbytnosti včasného zásahu. Mezi tyto faktory patří některé hospodářské, sociální, demografické a behaviorální faktory, které, pokud nejsou řešeny, mohou podporovat prostředí pro šíření HIV. Národní Program pro kontrolu AIDS (NACP), který má za úkol koordinátorskou a manažerskou roli, byl založen v roce 2003 pod vedením ministerstva

veřejného zdravotnictví (MoPH). Zaměřuje se na poskytování cílených služeb ohroženým skupinám obyvatel a rovněž většinové populaci. S podporou klíčových mezinárodních dotací a podpory rozvojových agentur Afghánistán přijal multisektorový přístup k HIV a k zamezení dalšího šíření viru v zemi. Naneštěstí i přes tento pokrok je udržitelnost a účinnost opatření proti HIV oslabována řadou vážných problémů, jakou je politická nestabilita a nejistota, chudoba a nezaměstnanost, masové stěhování, zhoršení základních zdravotních a vzdělávacích služeb, stejně tak pohlaví nerovnováha, vysoká negramotnost a stigmatizace či diskriminace vůči PLHIV. Nicméně vláda Afghánistánu potvrzuje svůj závazek pokračovat v účinných a udržitelných HIV opatřeních, která jsou založena na multisektorové spolupráci klíčových ministerstev (Ministerstvo zdravotnictví (MoPH), ministerstvo vnitra (MoI), ministerstvo spravedlnosti (MS), Ministerstvo pro hadžu a náboženské záležitosti (MoHRA) a široké účasti nevládních organizací (NGO) a občanskou společností, KAPs a PLHIV.

I. HIV/AIDS

Virus lidské imunodeficiency (HIV) je retrovirus, který infikuje buňky imunitního systému, přičemž ničí nebo zhoršuje jejich funkci. V průběhu infekce imunitní systém slábne a osoba se stává náchylnější k infekcím. V nejpokročilejší fázi HIV infekce dochází k tzv. syndromu získaného selhání imunity (AIDS). Průběh může trvat 10 až 15 let po infikování (19, 46).

Antiretrovirální léky mohou zpomalit proces ještě více. HIV se přenáší nechráněným pohlavním stykem (anální nebo vaginální), transfuzí kontaminované krve, sdílením kontaminovaných jehel a mezi matkou a dítětem během těhotenství, během porodu a při kojení (43). Před třiceti lety průměrný člověk nevěděl o HIV/AIDS. On nebo ona o viru nikdy neslyšeli a tak neměli žádný důvod se obávat. Dnes však o viru drtivá většina lidí po celém světě slyšela a většina, ne – li všichni se obávají i zmínky o něm.

Pojmy "HIV" a "AIDS" jsou často zaměňovány. Zkratka HIV je zkratka pro Virus lidské imunodeficiency. HIV je virus, který způsobuje syndrom získané imunodeficiency. Jinak známý jako AIDS. AIDS se vyvíjí do pozdní fáze HIV infekce. Člověk, který byl infikován virem HIV, se označuje jako HIV pozitivní (HIV+). HIV pozitivní osoba může být asymptomatická, což znamená, že nemá příznaky infekce (20).

1.1 Historie HIV/AIDS

Od okamžiku, kdy byly v roce 1981 zjištěny první případy AIDS, se virem HIV nakazily desítky milionů lidí po celém světě a epidemii propadly miliony životů. Sice bylo dosaženo určitých úspěchů při snaze epidemii potlačit, v oblastech prevence, péče a léčby, výzkumu, infrastruktury a financování však přetrvává mnoho komplikací. HIV/AIDS původně byla nemoc pocházející od opic (20).

Původní název onemocnění byl Simian immunodeficiency Syndrom (SIV). Vědci se domnívají, že k přenosu z opice na člověka došlo před desítkami let, kdy se lovci v africké džungli nakazili od opic, které se lovili na maso. Historie HIV/AIDS

u lidí, začíná v roce 1959, kdy muž v Africe umírá na záhadnou nemoc. Rok 1981 je označován za začátek epidemie HIV/AIDS. Nicméně vědci se domnívají, že virus HIV zde byl přítomen roky před tím, než se objevil první případ, který vzbudil pozornost obyvatel a stal se globálním problémem. V roce 1981 CDC hlásí neobvyklý výskyt Kaposiho sarkomu (vzácné kožní rakoviny) u mnoha gay mužů. V roce 1982 je CDC formálně stanoven termín Syndrom získaného imunodeficitu neboli AIDS. Další rok, veřejné zdravotnictví USA vydává doporučení pro prevenci přenosu HIV prostřednictvím sexuálního kontaktu a krevní transfuze. V roce 1984 Dr. Robert Gallo, USA, identifikuje HIV jako příčinu AIDS. Navíc se v roce 1984, objevuje první americká HIV/AIDS pacientka, kterou je kanadská letuška, která se nakazila vzácnou formou zápalu plic zvaného *Pneumocystiscarinii* (nebo PCP). PCP je vzácná příležitostná infekce, která se projevuje především u lidí s oslabeným imunitním systémem ("HIV"). V roce 1985 se konala první Mezinárodní konference o AIDS v Atlantě, Georgii a byla vyvinuta první testovací souprava pro HIV. V roce 1986 prezident Reagan seznamuje veřejnost s AIDS. Již během následujícího roku vzniká první antivirotikum, které je schváleno FDA v USA. V této době je diagnostikováno sto milionů na sto padesát milionů lidí po celém světě. V roce 1988 byl Světovou zdravotnickou organizací vyhlášen na 1. prosince světový den AIDS. V roce 1989, jsou US CDC vydány pokyny s cílem zabránit šíření PCP. V roce 1990 se koná 6. Mezinárodní konference o AIDS v San Francisku, CA za účelem protestu proti imigrační politice USA. Domácí i mezinárodní nevládní skupiny konferenci bojkotují. V této době se jeden milion lidí nakazil HIV/AIDS. V roce 1992 se 8. ročník Mezinárodní konference AIDS koná Amsterdamu, konference byla přesunuta z Bostonu kvůli americkému imigračnímu zákazu. V roce 1993 prezident Clinton zřizuje kancelář Národní politiky AIDS v Bílém domě za účelem zajištění účinných opatření a vedení jako odpověď Federální vlády na epidemii AIDS. V roce 1994 veřejné zdravotnictví USA doporučuje použití AZT těhotným ženám k dosažení snížení prenatálních přenosů HIV. AZT, neboli Azidothymin je druh antiretrovirových léků analogických Thymidinu; Azidothymin je také známé jako Zidovudin (INN). AZT také funguje jako inhibitor nukleosidové analogové reverzní transkriptázy. V roce

1995 je FDA v USA schválen první inhibitor proteázy Saquinavir, který započal revoluci ve vysoce aktivní antiretrovirální terapii, neboli HAART. 11. Mezinárodní AIDS konference, která se konala ve Vancouveru, v Kanadě roku 1996, podtrhuje efektivitu HAART. Terapie HAART se osvědčila, protože v roce 1997, počet úmrtí související s AIDS pokleslo o více než 40 procent. V roce 1997, se prokázalo, že AZT může způsobit přenos HIV. V roce 1998 začaly první lidské testy vakcíny proti HIV. Menšiny iniciativ AIDS v USA vznikají po tom, co afro - američtí lídři vyhlásili "stav nouze" a CBC (Congressional Black Caucus) se dovolává, aby Ministerstvo zdravotnictví a Lidských služeb udělalo totéž. V roce 1999 prezident Clinton vyhlašuje "Vedení a investice pro boj s epidemií", nebo život; aby bylo možné vyřešit problém epidemie AIDS, bylo zapotřebí získat více finančních prostředků (15). V roce 2000 se v Durbanu, Jižní Africe konala 13. mezinárodní konferenci o AIDS, poprvé se konference uskutečnila v rozvojové zemi. Snahou je zvýšení povědomí o globální pandemii (51). Valné shromáždění OSN v roce 2001 svolává první mimořádné zasedání ohledně AIDS. V této době na celém světě žije přibližně třicet milionů lidí s HIV. V roce 2002 Globální fond zahajuje operace za účelem boje proti AIDS, tuberkulóze a malárii. Rovněž schvaluje dotace později téhož roku. Prezident Bush v roce 2003 zveřejňuje PEPFAR, prezidentský nouzový plán pro AIDS reliéf. PEPFAR je pětiletý plán s rozpočtem 15 miliard dolarů pro iniciativní řešení boje s HIV/AIDS, tuberkulózou a malárií v těžce postižených zemích. V roce 2004 se konalo 15 mezinárodních konferencí o AIDS v Bangkoku v Thajsku. V témže roce byla FDA schválena první genetická formulace léku proti HIV. V roce 2005 se uskutečnilo zasedání valného shromáždění OSN pro HIV/AIDS za účelem přezkoumat pokrok na cíle, jež byly stanoveny v roce 2001 zvláštním zasedáním OSN Valného shromáždění o HIV/AIDS. V roce 2006 vědci došli k závěru, že HIV virus pochází z afrických džunglí. V roce 2007 prezident Bush žádá Kongres o autorizaci PEPFAR s rozpočtem 30 miliard dolarů během následujících 5 let. 17. Mezinárodní konference o AIDS se konala v Mexico City v roce 2008 (18).

1.2 Přenos HIV

Stejně jako všechny ostatní epidemie a pandemie nemocí v průběhu našich dějin, když byla etiologie AIDS identifikována, zvedla se velká vlna obav a strachu z možností jeho přenosu. Obzvláště počátkem krize AIDS, než byly k dispozici vůbec nějaké léky a v době, kdy byl AIDS považován vždy za fatální, byly obavy obzvláště hluboké. Prevalence HIV/AIDS mezi skupinami, jako jsou například homosexuální muži a nitrožilní uživatelé drog, způsobovala sociální stigma a zhoršovalo obavy, které vyústily v diskriminaci. V některých případech byli lidé tak vystrašení, že to negativně ovlivnilo chování vůči lidem HIV pozitivním, v některých případech tato situace vyústila až k násilnému chování. Vědci později dospěli k závěru, že virus HIV se nepřenáší vzduchem jako chřipka. Což znamená, že se nelze nakazit pouze například sezením blízko někoho, kdo je HIV pozitivní, v divadle nebo v letadle. HIV našťástí není mimo tělo příliš silný virus. V jiném prostředí než v živé buňce, rychle hyne. Virus není schopen se ani replikovat, ani rozmnožovat mimo tělo a veškeré tekutiny, které jsou napadeny HIV, vysychají z důvodu vystavení jinému, neformálnímu prostředí. HIV není přenášen hmyzem, jako jsou blechy (jak tomu bylo u moru, který se přehnal světem ve středověku), a není přenášen ani komáry (jako je malárie nebo Severo – Nilský virus). HIV se navíc nepřenáší dotykem, objímáním, nebo potřesením rukou s nakaženou osobou (20).

HIV se přenáší prostřednictvím čtyř tělních tekutin: krví, spermatem, vaginálními sekrety, a mateřským mlékem. Účinná prevence se snaží zaměřit se a omezit, či vyloučit možnosti přenosu těchto tekutin mezi jednotlivci. To je také důvodem, proč byly tak dobře známé veřejné kampaně pro bezpečné (nebo bezpečnější) sexuální praktiky, programy s poskytováním sterilních jehel a testování těhotných žen. Tyto kampaně jsou zacílené primárně na způsoby přenosu HIV jako na kolektivní úsilí o snížení přenosu. Jiné, neobvyklé případy přenosu HIV byly dokumentovány, avšak při vyšetřování se zjistilo, že ve všech případech byla nalezena spojitost s výměnou jedné z výše jmenovaných tělních tekutin. Na příklad byl zaznamenán vzácný případ přenosu HIV při vášnivém líbání, kdy oba jedinci trpěli na krvácení dásní (CDC 1997). V jiných vzácných případech, v nichž k přenosu došlo z HIV pozitivního dospělého na dítě

z přežvýkaných potravin podaných kojenci, kdy dospělý opět trpěl krvácením dásní a krmil dítě z úst do úst. (Goldman, 2008) (20).

Na základě četných studií bylo prokázáno, že se virus HIV nepřenáší žádnou z následujících cest:

- a) Podáním ruky, mluvením či jakýmkoli neformálním kontaktem.
- b) Líbáním a objímáním. Zde ovšem existuje určité velmi malé procento rizika přenosu viru – při vášnivém líbání (francouzské polibky či líbání s jazykem) by mohly za určitých okolností vést k infekci, zejména v případě, že jsou u jedinců přítomny otevřené rány na rtech, jazyku či v ústech.
- c) Sdílením kuchyně, jídelny, nádobí nebo příboru.
- d) Dotýkáním podlahy, stěn, kliky nebo záchodových prkének, sdílení kanceláří, toalet, počítačů, telefonů atd.
- e) Bodnutím hmyzu, kousnutím mouchou, štěnicemi či dalším hmyzem.
- f) HIV se nepřenáší jako jiné choroby (například jako je mor, malárie, chřipka, nachlazení, cholera atd.)

Vhodná preventivní opatření by měla být přijata v zamezení kontaktu krve s krví. Neexistují naprosto žádné důkazy o přenosu viru z osoby HIV pozitivní na osobu HIV negativní v nesexuálním vztahu a vztahu bez sdílení nitrožilních jehel (53).

1.3 Biologický dopad HIV

HIV napadá konkrétní řadu bílých krvinek, které jsou nezbytné pro imunitní ochranu před řadou nemocí jako například infekční či nádory. V lidském těle existuje několik druhů bílých krvinek. Z celkového počtu bílých krvinek tvoří lymfocyty asi 25 %. V reakci na jakékoliv infekce obvykle zvětší svůj počet. Existují dva typy lymfocytů: B - buňky a T - buňky. Když B - buňky přijdou do styku s nemocí, odhalují antigeny bakterií nebo virů, obsahují velké množství chemických látek, pomocí kterých mohou zničit nemoc, která byla způsobena bakterií. Hlavní funkcí B - lymfocytů je vyhledávání, identifikace bakterií, které způsobují infekční nemoci a produkce protilátek. T - buňky jsou lymfocyty, které putují přes malou žlázu, kterou nazýváme

thymus, jež se nachází ve střední, horní části hrudního koše. Když se nákaza dostane do těla, T - buňky dokážou vyprodukovat několik nových kopií sebe sama. Každá T - buňka obsahuje chemické látky, které mohou zničit konkrétní patogenní bakterie. T-buňky jsou také nazývány "vražednými buňkami" kvůli jejich dvěma hlavním úkolům, které jsou:

- a) vylučování chemických látek nezbytných k ničení choroboplodných zárodků
- b) pomáhat B buňkám zničit antigeny (21).

Existuje šest kroků, jejichž prostřednictvím se HIV postupně množí a ovlivňuje buňky:

1) Vniknutí HIV do buněk

Některé buňky imunitního systému na svém povrchu obsahují molekuly zvané CD4. Molekula CD4 se také nachází na T-buňkách. Když se HIV virus dostane do těla, nejprve identifikuje buňky CD4 a připojí k nim. Jakmile se HIV naváže na CD4, membrány viru a T - buněk splynou. Výsledkem této fúze je, že se RNA pomocí proteinů a enzymů snaží o vniknutí do T - buněk. Je důležité mít na paměti, že ačkoli hlavním cílem pro HIV jsou T - buňky, připojí se také k dalším typům bílých krvinek obsahujících CD4, ovšem neničí je. Tyto buňky se mohou stát rezervoáry viru HIV, pokud se přirozený obranný mechanismus těla snaží zničit HIV.

2) Reverzní transkriptáza

Jakmile RNA, proteiny a enzymy HIV prostoupí do cytoplazmy T - buňky, enzym zvaný "reverzní transkriptáza", jež je přítomen v HIV, přepíše genetickou informaci viru do genetické informace lidské buňky. DNA je forma nukleové kyseliny, která nese geny, základní jednotka genetického dědictví.

3) Integrace

V této fázi nově vytvořené DNA, HIV vstoupí do buněčného jádra T - buněk a začlení se do jeho genů. Když se poté T buňky rozmnoží, virus obsažený v DNA se také zkopíruje. Osoba infikovaná HIV může mít v sobě miliardy buněk obsahujících HIV DNA.

4) Transkripce

T - buňka, která obsahuje HIV DNA, nemůže produkovat nové viry, pokud není schopna udělat svou vlastní kopii RNA. Důležitou roli zde sehrávají „čtecí“ mechanismy RNA pro tvorbu proteinů infikované T - buňky. Pro povolení produkce kopií RNA a tedy i povolení pro množení virů, vzniká zvláštní druh RNA zvaný "RNA posel" (MRNA). Proces produkce MRNA se nazývá transkripce. Tento proces zahrnuje enzymy infikované T - buňky. Geny HIV a výroba proteinů vytvářejících mechanismus T - buněk společně kontrolují proces transkripce.

5) Přemístění

Po tom co je MRNA HIV zpracováno jádrem infikované buňky, je odesláno do cytoplazmy. V cytoplazmě virus spolupracuje s T - buněčnými proteiny a dochází k výrobě mechanismů dlouhých řetězce proteinů a enzymů HIV. RNA posel se chová jako šablona nebo průvodce pro výrobu HIV bílkovin a enzymů.

6) Navázání a přijetí

V této fázi jsou nově vytvořené HIV bílkoviny, enzymy a RNA shromažďovány pouze uvnitř infikované T - buňky. Ve stejné době se proteiny, které tvoří krycí virus, shromažďují ve stěně infikované T - buňky. Dále se nezralé částice viru formují a oddělují od infikované T - buňky. Tato nová virové částice má obal obsahující proteiny z obou stěn, HIV a nezralý (zárodek) virus nemohou šířit infekci na dalších lidech. Dlouhé řetězce proteinů a enzymů, které se tvoří uvnitř infikované buňky, jsou rozděleny na malé částice specifickým enzymem nazývaným protéza. Tento krok je výsledkem vzniku virových částic, které jsou schopny šíření infekce do jiných T - buněk. (21)

1.4 Šíření HIV/AIDS v lidské populaci

K šíření HIV/AIDS mezi lidmi může docházet mnoha způsoby. Nejčastěji k nákaze dochází prostřednictvím kontaktu kontaminované tělní tekutiny infikovaného jedince

s tělní tekutinou zdravého jedince. Virus HIV lze u člověka nalézt mimo jiné i v mozkomíšním moku, v synoviálních tekutinách (která vyplňuje úzký prostor mezi plícemi a hrudní stěnou) a plodové vodě (která obklopuje plod).

Mezi nejčastější možné způsoby šíření můžeme zařadit:

- a) Sexuálním kontaktem, homosexuálním nebo heterosexuálním. Heterosexuální kontakt je hlavním způsobem přenosu HIV po celém světě.
- b) Kontaktem s krví nebo jiných tělních tekutin, produkty s krví nebo tkání infikované osoby. K tomu může obvykle dojít, pokud uživatelé zakázaných drog používají společnou jehlu na nitrožilní aplikaci drogy. Málokdy jde o stopy krve infikované osoby na sliznicích a velmi zřídka k přenosu může dojít prostřednictvím trvalého kontaktu infikované krve s kůží.
- c) Přenos viru z infikované matky na dítě před nebo během porodu nebo krátce poté prostřednictvím kojení (53).

1.4.1 Sexuální přenos

Sexuální přenos HIV pravděpodobně tvoří asi 90 % případů AIDS na světě. K sexuálnímu přenosu dochází prostřednictvím homosexuálního nebo heterosexuálního sexu. Nicméně většina přenosů je způsobena homosexuálním přenosem. Bylo zjištěno, že riziku přenosu se prostřednictvím nechráněného vaginálního pohlavního styku vystavuje asi jeden ze sta sexuálních kontaktů (v případě nechráněného styku neinfikovaného muže a neinfikované ženy). To znamená, že ze 100 párů a z nich jeden, který provozuje nechráněný vaginální styk. V případě, že by zde byl muž HIV pozitivní a žena je negativní, v 1 případě k přenosu dojde. Riziko přenosu během análního styku je podstatně vyšší, odhad přenosové rychlosti je 1 z 20 případů nechráněného análního styku. Riziko přenosu ze ženy na muže je nižší, s prevalencí 1 na 1000 nakažených žen. Z toho vyplývá, že v z 1000 párů s vaginálním stykem, ve kterém by byla žena HIV pozitivní a muž HIV negativní, dojde k jednomu přenosu. Ve vyšší míře se však HIV přenáší z muže na ženu, což je pravděpodobně důvodem, proč jsou počty nakažených žen vyšší než počty nakažených mužů

v důsledku heterosexuálního styku. Existuje mnoho faktorů, které mohou měnit náchylnost jedince k infekcím HIV (25).

Některé z faktorů rizikovosti přenosu HIV sexuálním stykem:

a) Nebezpečí sexuálního přenosu stoupá, pokud má jeden z partnerů akutní HIV infekci nebo pokročilé onemocnění HIV (AIDS).

b) Lidé čerstvě nakažení virem mají dočasně vyšší úroveň viru v krvi, tělních tekutinách a sekrety, než lidé s rozšířeným onemocněním. To je činí relativně velmi infekční pro jejich partnery.

c) Výskyt infekcí v genitálním ústrojí u partnera zvyšuje riziko přenosu. Riziko se výrazně zvyšuje, pokud je přítomna kvasinková infekce či genitální vřídky, které mohou být způsobené sexuálně přenosnými chorobami (STD) například syfilis, herpes a měkký vřed.

d) Pohlavní choroby, které neprodukují vředy, jako je kapavka, chlamydie a trichomoniázu, také zvyšují riziko získání HIV.

e) Anální styk a pravděpodobně i styk během menstruace také zvyšují riziko sexuálního přenosu. Rektální stěny jsou tenké (mnohem měkčí než vaginální sliznice) a obsahují mnoho buněk imunitního systému a dalších buněk, které mohou být infikovány HIV. Anální styk také snadno způsobí zvlhčení v rektálních záhybech tak, že ve výsledku dochází k přímému kontaktu mezi infikovaným spermatem a krví přijímajícího partnera (53).

1.4.2 Orální sex

Orální sex představuje relativně nízké riziko, ve srovnání se análním nebo vaginálním sexem. O přenosu při orálním sexu neexistují žádná dostupná data. Nejbezpečnější však je používat kondom během orálního kontaktu s penisem a ochranou bariérou během orálního – vaginálního kontaktu (44)

1.4.3 Krev a krevní produkty

Virus HIV je přítomen v krvi jako volný virus v podobě částic a také v infikovaných buňkách infikovaných osob. Přenos krví a tělesnými tekutinami může být velmi efektivní prostřednictvím sdílení jehel a dalších zařízení používaných k injekci léků,

nebo transfúzí krve nebo krevních produktů kontaminovaných virem HIV. S ohledem na tento fakt, je velmi důležité, aby byly při odběru krve provedeny testy a tím byla zajištěna bezpečnost při transfúzích (2)

1.4.4 Sdílení jehel a užívání

Přenos HIV mezi nitrožilními uživateli drog (IUD) nastane, když je krev HIV pozitivního narkomana přenesena do kontaktu s krví nenapadeného IUD prostřednictvím sdílení jehel a stříkaček. Ve skutečnosti je sdílení jehel nitrožilních uživatelů drog hlavní příčinou přenosu HIV krevní cestou. Uživatel nitrožilních drog po vstříknutí drogy do žíly běžně natáhne trochu krve do stříkačky zpět, aby se zbytky drogy, jež zůstaly ve stříkačce, dostaly do žíly. Krev však zůstane v jehle a na stranách stříkačky. Pokud je jeden z uživatelů nakažen virem HIV a bude sdílet stejnou stříkačku a jehlu s někým jiným, virus z infikovaného jedince bude přenesen na dalšího uživatele.

1.4.5 HIV přenos při užívání bez-nitrožilních drog

Při užívání alkoholu, kokainu a dalších, halucinogenních drog zvyšuje riziko přenosu HIV infekce. Ve skutečnosti halucinogenní droga ovlivňuje úsudek jedince, čímž se zvyšuje pravděpodobnost nebezpečného chování, nejzávažněji nechráněného sexu, který je zodpovědný za zvýšení incidence syfilis a jiných pohlavně přenosných chorob, jakožto i HIV infekce. U lidí postižených syfilis se, hlavně prostřednictvím genitálních vředů, způsobených touto nemocí, zvyšuje riziko nakažení virem HIV skrze nechráněný sexuální styk.

1.4.6 Přenos z HIV pozitivních pacientů ve zdravotnictví na ošetřovatele

Přenos HIV z nakaženého pacienta na neinfikovaného zdravotníka je možné pokud se zdravotník poraní během chirurgického zákroku nebo o infikovanou jehlu, která obsahuje infikovanou krev z těla pacienta. K přenosu HIV infekce může také dojít, pokud má zdravotnický pracovník otevřené rány (i miniaturní) nebo kožní oděrky, které přicházejí do styku s krví nakaženého pacienta nebo jiné tělní tekutiny obsahující virus.

V případě, že jsou oči, nos nebo ústa ošetřovatele vystaveny infikované krvi, nebo jiným tělním tekutinám HIV pozitivního pacienta (53).

1.4.7 Přenos HIV z matky na dítě

Přenos HIV z HIV pozitivní matky na dítě během těhotenství, porodu nebo kojení je nazýván přenosem viru z matky na dítě. Při absenci jakéhokoli opatření se pravděpodobnost přenosu pohybuje v rozmezí 15-45 %. Tato pravděpodobnost může být pomocí účinných zásahů snížena na méně než 5 %. Světová zdravotnická organizace se zavázala k urychlení pokroku pro prevenci přenosu HIV z matky na dítě (PMTCT) prostřednictvím iniciativy s cílem odstranit nové pediatrické HIV infekce do roku 2015 a zlepšit zdravotní stav matek, a novorozenců s cílem přežití a zlepšení zdraví dětí v souvislosti s HIV. WHO spolupracuje s partnery na nastavení globálních norem a standardů pro HIV prevenci, péči a léčbu těhotných žen, matek a jejich dětí, dále pracuje na rozvoji strategie založené na důkazech, definování globálních cílů, linií a indikátorů, na podpoře integrace PMTCT mateřským, novorozeneckým a dětským zdravotnickým službám a posílení zdravotnických systémů (56,57,)

Přenos z matky na dítě (MTCT) je hlavním způsobem vertikálního přenosu viru z infikované matky na dítě. Podle epidemické aktualizace UNAIDS / WHO AIDS 2009, bylo v roce 2008 na světě přibližně 430 000 dětí nově nakažených virem HIV, více než 90 % z nich skrze vertikální přenos. 12 Bez léčby, více než 50 % těchto dětí zemře před dosažením dvou let věku. Výsledky HIV infekcí z pediatrií vykazují přibližně čtyřnásobně vyšší úmrtnost do dvou let věku v porovnání s HIV negativními dětmi. Risk MTCT je 15 až 35 % bez zásahu a může být dokonce vyšší, než 45 %, záleží na délce trvání kojení (60).

1.4.7.1 Ochrana před přenosem HIV z matky na dítě (PMTCT)

Ochrana před přenosem HIV z matky na dítě (PMTCT) je klíčem k snížení úmrtnosti a nemocnosti způsobenou virem HIV u dětí. Ve vyspělých zemích je míra přenosu HIV z matky dítě 1-2 %. Těchto výsledků bylo dosaženo prostřednictvím co nevdasnějšího

započetí léčby HIV u těhotné ženy, porodem císařským řezem a umělou kojeneckou výživou. WHO uvádí také dosažení lepších výsledků pomocí specifické intervence v nekojící populaci (57)

1.5 Systém veřejného zdravotnictví v Afghánistánu

Afghánistán čelí významné výzvě, kterou je vytvoření funkčního zdravotního systému v post konfliktním prostředí (ačkoli Afghánistán může být považovat za "vnitřně" konfliktní prostředí). Afghánistán je nízko – příjmová země s desetiletými sporů, kde byl systém zdravotní péče v nepořádku po mnoho let. Obnova systému zdravotní péče v zemi v současné době probíhá pod vedením řady institucí, včetně afghánské vlády, několika nevládních organizací (NGO) a americké vláda. I přes jistý pokrok zde však zůstává mnoho překážek. Od porážky Talibanu v roce 2001 zdravotnické služby v Afghánistánu poskytovaly především nevládní organizace prostřednictvím smluv s ministerstvem zdravotnictví. V posledních letech byly ANSF stále více do poskytování zdravotní péče v Afghánistánu zapojovány pod vedením americké armády. Pohotovostní medicína dosud není v zemi vyvinuta, ale zlepšení systémů první pomoci v zemi bude s největší pravděpodobností vylepšovat výsledky zdravotní péče. Kompletní služby oddělení první pomoci (EDs) existují pro vojenský personál v Bagramu a dalších vojenských nemocnicích NATO. Zatímco EDs existují v některých okresních nemocnicích a veřejných zdravotních centrech po celé zemi, jsou obsazeny personálem s malým nebo žádným proškolením první pomoci. Správci místních oddělení pohotovosti rovněž nejsou vyškoleni provádět první pomoc. To může být problém při snaze o průběžné zlepšování v konání oddělení pohotovostí. I přes tyto problémy jistého pokroku dosaženo při obnově Afghánského zdravotního systému podle zpráv z Centra pro Katastrofy a Humanitární Pomoc v Oblasti Medicíny bylo, zejména v pohotovostní medicíně. Tohoto pokroku bylo dosaženo z velké části za pomoci vojenského sektoru. Bylo vyškoleni více než 2000 ANA válečných zdravotníků, kdy jedinci podstoupili standardizovaný kurz adaptovaný od armády USA, jednalo se o školení se zaměřením na péči o bojová zranění. Pro použití ANSF bylo

zakoupeno více než 700 sanitek, ale zda jsou lékaři řádně vyškoleni ke správnému provozu a použití těchto vozidel se ještě v budoucnu ukáže. Lékařská univerzita v Kábulu snížila kapacity tříd na rozumné počty, aktualizovala ošetrovatelské a zdravotnické školní osnovy, zlepšila technologie v laboratořích a snaží se o rozvíjení dobrých vztahů s ANA a Ministerstvem zdravotnictví. Postgraduální vzdělávací programy sice v různých oblastech existují, školení specializované přímo na lékaře pracující na pohotovosti ovšem stále chybí. V současné době jsou pracoviště pohotovosti stále omezeny pouze na vojenský sektor v zemi. Zaměření na oblast veřejného zdraví se stává prioritou, jejímž dlouhodobým cílem je prosazovat první pomoc také v civilním sektoru (1).

1.5.1 Minulá a současná spolupráce s WHO

V lednu 1959 byla podepsána základní smlouva mezi WHO a afghánskou vládou. Podle této smlouvy, by WHO mělo poskytnout technickou asistenci vládě, která musí být připravená a srozuměná s rozhodnutími Světové zdravotnické ambasády, výkonného výboru a dalších orgánů organizace. WHO by měla s vládou podle potřeby konzultovat publikace, nové nálezy či odborné zprávy, které mohou být přínosem v jiných zemích nebo WHO. Vláda se zavazuje poskytnout personál, materiál, zásoby, nástroje a k uhrazení výdajů nezbytných pro technickou spolupráci, na druhé straně dlouhodobé zaměstnance nebo krátkodobé konzultanty a prostory/zařízení pro technické činnosti ministerstva. Kancelář WHO v Afghánistánu byla založena v šedesátých letech v Kábulu s minimálním personálem. Vzhledem k převažující nestabilní situaci v zemi v minulosti byl však úřad přesunut do několika oblastí se snahou udržet technickou podporu. Od roku 2002 má úřad WHO k dispozici dobře vybavenou hlavní kanceláře v Kábulu a sedmi poboček sídlících regionech Afghánistánu (56).

1.5.2 Silné a slabé stránky WHO v Afghánistánu

WHO byla uznána vládou, různými partnery i nevládními organizacemi jako kompetentní a přední agentura v sektoru zdravotnictví. Její technická podpora zahrnuje všechny regiony v Afghánistánu. Má vlastní rozsáhlou databázi lidských zdrojů,

zdravotnických zařízení a zdravotních ukazatelů vztahujících se k zemi. Tento fakt hraje klíčovou roli při koordinaci mnoha vnitrostátních činností se sousedními zeměmi. Kapacita mobilizace zdrojů na státní úrovni v několika posledních letech roste. I přes výše uvedené silné stránky má WHO v Afghánistánu několik stránek slabých, jako je například nedostatek důležitých odborníků v některých z prioritních oblastí, například strategického plánování v různých odnožích zdravotnických systémů, připravenosti na nouzové situace a schopnosti reakce na humanitární krize, sociální a environmentální faktory zdraví fyzického i duševního. Je také nutné zlepšit vedení a koordinační složky v oblasti mateřství a zdraví dětí. Je zapotřebí, aby WHO hrálo aktivnější roli na úrovni politiky v podpoře mezioborové spolupráce za účelem zlepšení výsledků v oblasti zdraví. WHO také čelí obtížím při náborech zaměstnanců a vysokých provozních nákladech vzhledem k omezeným zdrojům, které negativně ovlivňují míru, v jaké mohou být dodány (56).

1.6 HIV/AIDS v Afghánistánu

První případ Viru lidského imunodeficitu (HIV) byl hlášen v Afghánistánu v roce 1989 (18,9). Od té doby vláda Afghánistánu (GoA) podnikla důležité kroky v zastavení epidemie HIV, která se nyní s HIV prevalencí vyšší než 5 % týká především rizikové populace (KAPs), především uživatelů nitrožilních drog (IDUSs), dalších skupin skládajících se z vězňů, prostitutek (FSWs) a homosexuálně orientovaných mužů (MSM). Koncem roku 2010 bylo hlášeno 1250 lidí žijících s HIV (PLHIV), Program spojených národů o HIV/AIDS (UNAIDS) a Světová zdravotnická organizace (WHO) ovšem odhaduje počet HIV pozitivních osob v rozmezí 2000 – 3000 ve stejném roce. Ačkoliv je Afghánistán země s nízkou prevalencí HIV s pod 0,05 procenta, v běžné populaci se vyskytuje široké spektrum rizik a nebezpečných faktorů, jež činí obyvatelstvo zranitelné v různých segmentech, což je důvodem nezbytnosti včasného zásahu. Mezi tyto faktory patří některé hospodářské, sociální, demografické a behaviorální faktory, které, pokud nejsou řešeny, mohou podporovat prostředí pro šíření HIV. Národní Program pro kontrolu AIDS (NACP), který má za úkol koordinátorskou a

manažerskou roli, byl založen v roce 2003 pod vedením ministerstva veřejného zdravotnictví (MoPH) (33).

Zaměřuje se na poskytování cílených služeb ohroženým skupinám obyvatel a rovněž většinové populaci. S podporou klíčových mezinárodních dotací a podpory rozvojových agentur Afghánistánu byl přijat multisektorový přístup k HIV a k zamezení dalšího šíření viru v zemi. Naneštěstí i přes tento pokrok je udržitelnost a účinnost opatření proti HIV oslabována řadou vážných problémů, jakou je politická nestabilita a nejistota, chudoba a nezaměstnanost, masové stěhování, zhoršení základních zdravotních a vzdělávacích služeb, stejně tak nerovný přístup k pohlaví, vysoká negramotnost a stigmatizace či diskriminace vůči PLHIV. Nicméně vláda Afghánistánu potvrzuje svůj závazek pokračovat v účinných a udržitelných HIV opatřeních, která jsou založena na multisektorové spolupráci klíčových ministerstev (Ministerstvo zdravotnictví (MoPH), ministerstvo vnitra (MoI), ministerstvo spravedlnosti (MS), Ministerstvo pro hadžu a náboženské záležitosti (MoHRA), široké účasti nevládních organizací (NGO) a občanskou společností, KAPs a PLHIV (9).

Druhý Národní strategický rámec proti HIV (NSF II) byl pojat jako hlavní politický dokument pro vládu Afghánistánu k zahájení, sledování a hodnocení HIV intervence jako pokračování předchozí strategie (ANASF). NSF II ukládá klíčové strategické směry, které by měly napomoci urychlení HIV intervence na principu všeobecného přístupu k prevenci, léčbě, péči, podpůrných služeb a rovněž na základě snahy naplnění UNAIDS vize nulového počtu nových případů nákazy HIV, nulové diskriminace a úmrtí v důsledku AIDS (17)

NSF II bude proveden skrze NACP podléhajícímu odbornému poradenství a pod dozorem generálního ředitelství preventivního lékařství (GDPM) a primární zdravotní péče spolu s ředitelstvím CDC pro zajištění úspěšnosti akce a monitoringu HIV. Realizace této udržitelná za pomoci další technické a finanční podpory dotací pro rozvoj společnosti a za pomoci politického vedení země na vysoké úrovni (29).

1.6.1 Stav HIV/AIDS v Afghánistánu

Afghánistán je považován za zemi s nízkou prevalencí HIV, ale za to je považován za vysoce rizikovou zemi pro šíření HIV infekce.²⁶

Důvodů je několik: více než dvě desítky let převládají na území vleklé ozbrojené konflikty, extrémně nízké společenské, politické a ekonomické postavení žen, obrovské množství lidí bez domova, extrémně chudá infrastruktura sociální a v oblasti veřejného zdraví. Dále zde spadá obchod s drogami, nitrožilní užívání drog, nedostatečná kontrola krve a opakované používání nitrožilních stříkaček. Tyto rizikové faktory vedou představitele, aby upozornili na naléhavou potřebu včasné intervence, chtějí – li zabránit potenciálně rychlému šíření viru HIV v Afghánistánu. Žádné systematické údaje o prevalenci HIV / AIDS a jiných pohlavně přenosných infekcích (STI) nejsou dostupné v důsledku absence monitoringu v této oblasti. Dva stávající zdroje údajů o HIV / AIDS tvoří centrální banka krve v Kábulu a dobrovolné poradenství a testovacím centrem v Kábulu, které započalo činnost v roce 2005 (16). Podle údajů z ústřední krevní banky v Kábulu byl první HIV pozitivní případ v Kábulu zaznamenán v roce 1989. V letech 1989 – 2005 centrální krevní banka hlásí celkem 67 HIV pozitivních případů z 125 832 vzorků krve a to na centrální i provinční úrovni. Na užívání drog má významný vliv fakt, že Afghánistán je jedním z největších výrobců z opia na světě. Zneužívání opia a heroínu se zdají být závažné hlavně v oblastech, kde se drogy vyrábí. V současné době neexistují žádné údaje o počtu Afghánců, kteří jsou uživateli drog, i když indikátory naznačují, že bylo zaznamenáno zvýšení uživatelů nitrožilních drog ve městech jako Kábul, Gardez, Farah a Herat. Nikdo ze sexuálně aktivních uživatelů drog nepoužil kondom. Ve zprávě UNDCP o lidech na ulici závislých na heroínu v Peshawar a Quetta, většina narkomanů závislých na heroínu vypověděla, že hlavní metodou užívání heroínu je kouření nebo vdechování. Zpráva však přesto varuje, před hrozícím se rozšířením HIV/AIDS u uživatelů nitrožilních drog. Nedávno publikované studie UNODC zaměřených na léčené uživatele heroínu v Kábulu ukazují, že heroínová závislost se ve městě šíří. Tato studie zjistila, že se ve městě Kábulu vyskytuje minimálně 7 015 závislých na heroínu, z nichž více než 400 je nitrožilních uživatelů drog. Další studie UNODC a Ministerstvo Sčítání Narkotik zaznamenaly 920 000 uživatelů drog

v zemi a 14 % uživatelů drog aplikovaných injekčně (26). Sousední Írán, Tádžikistán a nedávno také Pákistánu začali hlásit výskyt HIV mezi nitrožilními uživateli drog. Tato oblast je významnou a rozhodující pro celou zemi. ORA Mezinárodní studie ve 4 okresech Kábulu hlásí, že znalosti o HIV/AIDS 126 dotazovaných prostitutek a stejně tak znalosti o používání kondomů byly menší než jedno procento. Studie rovněž zaznamenala nepochopení HIV/AIDS a mýty o tom, že HIV/AIDS je „zahraniční“ nemocí.

Podle IOM přehledu je v současné době odhadem 440 000 lidí k přesouvání se po celém Afghánistánu z důvodů konfliktů a přírodních katastrof. Ministerstvo uprchlíků a repatriace spolu s partnery pomocí dobrovolnických programů usnadňuje bezpečný a postupný návrat odhadem 1,2 milionům uprchlíků a 300 000 vystěhovaných. I když UNHCR informuje o zdravotních dokumentech z některých uprchlických táborů v zemi, tento program v současné době neobsahuje komponenty pro HIV/AIDS prevenci. Mezinárodní zkušenosti poskytují důkazy o šíření HIV podél hlavních dopravních tras. Afghánské řidiče nákladních automobilů lze považovat za vysoce rizikovou skupinu ohledně nákazy a přenosu HIV při cestě po takových tratích nebo do zemí kolem Afghánistánu, mající rovněž velké nebo prohlubující se problémy s HIV / AIDS a STI. Špatný stav transfúzních zařízení v celé zemi je však v kontrole šíření AIDS prvořadým problémem. Zhruba v polovině nemocnic, které mají chirurgii nejsou systematicky prováděny testy krve na HIV před transfuzí (48). Existuje 19 středisek kde je možnost testování krve na HIV, počet dostupných vládních prostředků a zásob je však omezený, zejména se jedná o počet HIV/AIDS testovacích sad. Některé nevládní organizace také aktivně podporují krevní vyšetření na HIV/AIDS. Zásadní znepokojení ohledně nedostatečné kontroly transfúze se netýká pouze rizika šíření HIV/AIDS, ale také riziko šíření hepatitidy. Jak bylo zmíněno již dříve, neexistují žádné potvrzené údaje o prevalenci STI v zemi. Informace z klinických záznamů (zejména ze soukromých klinik) ve větších městech však naznačují, že je zde pravděpodobnost vysoké prevalence sexuálně přenosných infekcí (STI). Podle zpráv soukromé kliniky v Kábulu, jsou pravidelně/denně přijímáni STI pacienti. Kondomy jsou k dispozici prostřednictvím MCH klinik, lékáren, stejně tak

jsou dostupné v obchodech, dokonce i na ulicích a na tržnicích. Některé nevládní organizace jako například Marie Stopes International zahájily sociální marketing v zemi. Neexistují žádné statistické údaje o heterosexuálním střídání partnerův Afghánistánu, ani žádné údaje o znalosti HIV /AIDS, přestože je velmi pravděpodobné, že znalost veřejnosti je poměrně nízká. V roce 2005 se mezinárodní studie ORA zaměřila na vysoce rizikové skupiny HIV/AIDS ve čtyřech okresech v Kábulu, z výsledků vyplynulo, že kondomy při své činnosti používá méně než 1 % prostitutek (16).

1.6.2 Prostitutky v Afghánistánu (FSWs)

Podle výzkumu o Mapování a situaci prováděné Manitobskou univerzitou v roce 2007, bylo ve třech velkých městech Afghánistánu (Kábul, Mazar-i-Sharif a Alalabad) zaznamenáno přibližně 1160 FSWs v roce 2007 s největším absolutním číslem (898) v Kábulu a nejvyšším počtem FSWs naměřeným na hlavu v krajských městech byl v Mazar-i-Sharif s přibližně 2,8 FSWs na 1 000 dospělých žen (ve věku 15-49) (40). Celkový výskyt byl přibližně 1,9 FSWs na 1 000 žen ve všech třech městech. Neoficiálně je komerční sex realizován v městských oblastech Kábulu a především v nevěstincích z před - sovětské éry, které byly v době Tálíbanu zakázané a prostituce kriminalizována, většina z nich byla zavřena a v dnešní době se vyskytují spíše v podobě skryté, nebo na „domácí“ úrovni. Nejlepší dostupné informace naznačují, prevalence HIV pozitivních prostitutek je v současné době blízko k 0. Přestože IUD mají největší potenciál zavést HIV do populace, jak výzkum ukazuje, FSWs mohou mít pravděpodobně největší dopad na rozsah šíření HIV prostřednictvím jejich interakcí s klientelou a pravidelnými sexuálními partnery. Znalosti, postoje, chování a praxe (KABP) studie provedené Action Aid v roce 2006 (znalosti, postoje, chování a praxe ve vysoce rizikových a ohrožených skupinách v Afghánistánu) odhalily, že 84 % prostitutek má 1-2 klienty za den a zbytek 3 a více klientů za den (30). Action Aid studie se uvádí, že i s pouhými 15 klienty měsíčně bude mít 200 prostitutek za měsíc 3000 sexuálních styků a více než 35 000 styků za rok (34).

Studie jsou sice rozsahem omezené, avšak poskytly důležité informace o klientech FSWs. Z výsledků sběru informací o klientech prostitutek vyplynulo, že většina z nich patřili primárně do vojenské sféry (33,5 %) a státní, úřednické sféry (31 %) na třetím místě následovala policie a řidiči nákladních automobilů (v obou případech 13 % z celkové sexuální klientely v Kábulu). V roce 2009 IBBS odhalil, že téměř polovina (49 %) prostitutek má mezi 4-7 klienty měsíčně. Také se ukázalo, že 42 % prostitutek se pohybuje ve věkovém rozpětí mezi 18 a 24 lety a 81 % má prostituci jako jediný zdroj příjmů. Mezinárodní průzkum ORA v roce 2003 zjistil, že 78 % prostitutek v Kábulu bylo vdaných, 65 % FSWs se kterými IBBS uskutečnil rozhovory, také uvedlo, že byly vdané. 74 % z těchto žen bylo negramotných. Většina FSWs, které byly zahrnuty ve studii IBBS, našla své klienty po telefonu (66 %), přes pasáky (64 %), přes taxikáře (11 %), na trzích (39 %) a v salonech krásy (20 %). Klienti FSWs byli majiteli obchodů (71 %) a taxikáři (53 %), byl zde i malý počet zahraničních klientů (2 %). Více než polovina (58 %) prostitutek sexuální styk posledním klientem za použití kondomu. IBBS studie rovněž ukázala, že 70 % FSWs, slyšelo o kondomech, 97 % z nich je spojuje s antikoncepcí a jen 33 % slyšelo o pohlavně přenosných chorobách, 30 % prohlásilo, že sdílení jehel je rizikovým faktorem přenosu HIV. Více než polovina prostitutek, se kterými byly uskutečněny rozhovory (66 %) tvrdí, že pociťuje STI symptomy, však jen třetina z nich se obrátila na zdravotnické zařízení, které se na STI specializuje. Kromě toho 41 % prostitutek uvedlo, že mají sexuální styk s klientem i při symptomech STI, 8 % prostitutek bylo znásilněno a více než polovina (55 %) v posledních 10 letech žila mimo území Afghánistánu (10).

1.6.3 Homosexuální pohlavní styk (MSM)

Protože neexistují žádné odhady pro MSM, nejsou k dispozici žádná data v prevalenci HIV mezi homosexuály. Nedávno byl objeven 1 případ HIV pozitivního homosexuála (ze 150 testovaných). Přestože je známo jen málo o rozsahu homosexuálního chování nebo velikost populace MSM v Afghánistánu, díky tradici sexuálních vztahů dospělých mužů s mladšími muži či chlapci na jedné straně (včetně sexuálního vykořisťování

druhých, vysoké stigmatizace a diskriminace) a skrytou přirozeností obyvatelstva na straně druhé, naznačují, že homosexuální kontakt může hrát v přenosu HIV větší roli, než se původně předpokládalo (46). V roce 2007 mapovací studie odhalila úzké interakce homosexuálů s ženami (manželkami), mladými muži, a závislosti na drogách. Kromě toho dostupné informace naznačují, že mnoho MSM patří mezi ty, kteří se věnují sexu za peníze a zboží, přičemž zde do značné míry dochází k nechráněnému styku. Při rozhovorech v rámci studie se ukázalo, že mnozí z homosexuálů v Kábulu a Mazar-i-Sharif se aktivně podílí či podíleli na prostituci a měli více sexuálních partnerů. Také se prokázalo, že v jedné ze studovaných lokací měli MSM mezi 12-60 sexuální partnery za měsíc z celkem 100-200 MSM, jež by mohlo tvořit v součtu 86 000 až 140.000 sexuálních kontaktů za rok pro takovýto celek. V roce 2009 Mezinárodní nadace provedla studii, která měla za úkol osvětlit na sexuální chování, znalosti a postoje homosexuálů v Kábulu a bazar-i-Tarif, poukazující na alarmující riskantní chování. Více než 60 % dotazovaných homosexuálů uvedla, že k prvnímu styku došlo ve věku 19 let, včetně 25 % z těch, kteří byli ke styku donuceni. Většina (89 %) MSM obdržela zboží nebo peníze za sex a 26 % homosexuálů v Kábulu vypovědělo, že za poslední měsíc měli styk s více než šesti sexuálními partnery a to včetně pravidelných partnerů, cizinců či klientů různých povolání a do značné míry policejních a vojenských složek (34).

Studie rovněž zdůrazňuje, že se u homosexuálů vyskytuje vysoké procento sexuálního styku se ženami, zejména v Mazar-i-Sharif (placeného i neplaceného) a STI symptomy zároveň s nízkou frekvencí používání kondomů, včetně posledního pohlavního styku s mužem. Výsledky studie naznačují, že mezi homosexuály mohou být zahrnováni ti muži, kteří vnímají homosexuální vztah jako poněkud praktický, což je způsobeno odkládáním manželství z důvodu vysokých nákladů, zákaz sexuálního mimomanželského vztahu se ženami, dále sex s muži je považován za "bezpečný" (nevede k těhotenství) a levnější než pohlavní styk s prostitutkou (30)

1.6.4 HIV ve věznicích

Věznice jsou extrémně rizikové prostředí pro přenos viru HIV, v důsledku přeplněnosti, špatné výživě, omezenému přístupu ke zdravotní péči, užívání drog, nebezpečných nitrožilních praktik, nechráněnému sexu a tetování. Kromě toho mnoho vězňů pochází z rizikových skupin populace – například nitrožilních uživatelů drog (IDU) – a má již zkušenosti s praktikami zvyšující riziko nákazy HIV. HIV/AIDS je vážným problémem vězeňské populace v Evropě i střední Asii. Počet vězňů v některých zemích východní Evropy patří mezi nejvyšší na světě. Například v Ruské federaci bylo v roce 2008 uvězněno 629 osob na 100 000, na druhém místě se umístil počet vězňů ve Spojených státech Amerických. V zemích západní Evropy je typický poměr 50–100 vězňů na 100 000 obyvatel. Ve většině zemí evropského regionu je míra HIV infekce mnohokrát vyšší u vězňů než u běžné populace (WHO, Reg. Office for Europe, 2013). Studie v evropských zemích našly velké rozdíly ve výskytu infekce HIV mezi vězni. Na Ukrajině žije přibližně 10 000 vězňů HIV pozitivních. V pěti zemích prevalence HIV dosahuje mezi běžnou populací vězeňská populace vyšší než 10 % (WHO, Reg. Office for Europe, 2013), nejvyššího výskytu HIV infekce ve věznicích dosahuje Estonsko (kde je výskyt 9 % až 90 % v různých věznicích), dále Litva (15 %), Rumunsko (celkově 13 %), Slovensko (0 % až 34 %) a Ukrajina (0 % až 26 %). Orgány v Ruské federaci oznámily růst prevalence HIV infekce v celkové vězeňské populaci ze 1,2 % v roce 2007, na 1,7 % v roce 2009. Podle sentinelových pozorování v Tádžikistánu prevalence HIV mezi vězni v roce 2007 překročila 8 %. V roce 2009 Moldavská republika oznámila HIV prevalenci u vězeňské populace ve výši 3,5 %. Vysoké výskyty infekce u vězňů byly hlášeny rovněž v některých západoevropských zemích, jako je například Portugalsko (11 % v roce 2000). Naproti tomu další západoevropské země zavedly úspěšnou preventivní intervenci zaměřenou na IDU na počátku epidemie. Částečně je díky intervencím, prevalence HIV mezi vězni v západní Evropě obvykle méně než 1 %. Ve většině zemí je prevalence HIV u žen ve věznicích ještě vyšší než u mužských vězňů. Stav HIV ve věznicích se zhoršuje vysoká míra tuberkulózy (často multirezistentní), pohlavně přenosné infekce, hepatitida B a C a celkově špatný zdravotní stav.

V některých věznicích východní Evropy a střední Asii byly zavedeny pilotní preventivní HIV programy (harm reduction). Většina zemí ve východní Evropě a střední Asii však nabízí málo adekvátních preventivních opatření ve věznicích, ačkoli bylo prokázáno, že jsou účinná i jinde, především v zemích západní Evropy (59).

K úspěšnému HIV preventivnímu opatření ve věznicích patří poskytování:

- HIV/AIDS vzdělávání a informace
- čisté jehly a stříkačky
- drogová léčba (včetně opiátové substituční terapie)
- kondomy

Odepření přístupu k těmto opatřením způsobuje zvýšené riziko infekce HIV ve věznicích. Také správné umístění vězňů žijících s HIV je důležité, zejména z důvodů zvýšeného rizika zdravotního oslabení, podružné infekce, kontaktu s tuberkulózou či hepatitidou. Neschopnost realizovat komplexní programy ke snížení rizika přenosu HIV ve věznicích a podporovat zdraví vězňů žijících s HIV souvisí často s nedostatkem politické vůle, obavy o bezpečnost a mylné předpoklady, že takové programy budou podporovat nitrožilní užívání drog a nebezpečné sexuální chování. Mimo to také mnohé vlády postrádají zdroje a technologie, aby mohly být tyto potřeby splněny. Tato krize veřejného zdraví vyžaduje naléhavou pozornost a aktivní konkrétní kroky. Od listopadu 2009 bylo v 34 věznicích a 203 zadržovacích střediscích po celém Afghánistánu vězněno 18 260 vězňů a zajatců, včetně 17 660 vězněných mužů a 600 žen (zahrnuje 200 dětí uvězněných společně s matkou). 26 Projekt UNODC uvádí, že při současném tempu uvěznění, se do roku 2015 počet vězeňské populace zvýší až na 30000 osob, z velké části jedinců s vysokou mírou drogové závislosti na snadno dostupných drogách v zemi. Nedostatek protidrogových programů, dostupné léčby a špatné trestní politiky v Územním zákoně pro narkotika, vzkvétají potřebné podmínky pro dramatický nárůst vězeňské populace tedy kriminalita v zemi, přičemž dojde ke zvýšení potenciálních rizik v šíření TBC a HIV infekce. Studie z roku 2006 zaměřující

se na nitrožilní uživatele drog v Kábulském vězení ukázala, že více než 30 % vězňů užívá nitrožilně heroin (59).

Prevalence HIV mezi zajatci v zemi, bude pravděpodobně narůstat ve spojení s nitrožilním užíváním drog, včetně regionálních variací 0,6 % prevalence HIV mezi dotazovanými vězni v Kábulu a 1,6 % v Heratu (v roce 2009). Data získaná v roce 2008 však ukazují výsledky malého vzorku z mužské věznice v Heratu v jiném světle, kdy výskyt HIV v mužské věznici dosahuje mezi IUD 11% (28,42). Pamětní (Světová banka Afghánistánu HIV/AIDS prevenci projektu implementace podpory mise, červen 2008) Podle IBBS z roku 2009 je ve věznicích situovaných v Kábulu a Heratu největší počet uvězněných (4500 vězňů v Kábulu a 1200 vězňů v Heratu). Studie odhalila, že většina vězňů v Heratu (70 %) byli mladí lidé mezi 18-30 lety, ženatí (65 %), negramotní (61 %) a byli ve vězení po více než rok (60 %). Naproti tomu pouze polovina vězňů z Kábulu patřila do věkového rozmezí 18-30 let, 40 % je negramotných, avšak většina (80 %) již ve vězení strávila více než rok. Studie se nejprve zaměřila na informace o rizikovém chování vězňů, včetně sexuálního chování. Většina vězňů, s nimiž byly uskutečněny rozhovory (až 84 %) se doznalo k sexuálnímu styku, včetně 5% těch, kteří měli za posledních 12 měsíců více sexuálních partnerů. Více než třetina vězňů z Kábulu a Heratu vypověděla, že někdy zaplatili prostitutce za sex, 12 % z nich přitom takto učinilo v posledních 12 měsících, přičemž kondom použily jen 2 % procenta respondentů z Heratu a nikdo z Kábulu. Na otázku, zda někdy použili kondom, odpovědělo kladně mezi 12-18 % respondentů. Více než 10 % všech vězňů (v obou lokacích) má zkušenost s homosexuálním stykem (s dospělým mužem nebo chlapcem) přičemž významná část (75 % v Heratu a 53 % v Kábulu) užívá drogy, (25 % a 10 % se stalo závislými ve věznici). V současné době nejsou dostupné žádné informace o sexuálním chování vězněných žen, včetně uživatelék návykových látek (59).

1.7 Strategie prevence HIV/AIDS v Afghánistánu

Existují strategie a politika, které podporují informovanost, vzdělávání a komunikaci (IEC) v rámci HIV u běžné populace. Všechny tyto strategie v rámci prevence

zdůrazňují vyhýbání se nitrožilnímu užívání drog, prostituci, mezigeneračnímu pohlavnímu styk a dále pak také důraz na věrnost manželů, sexuální abstinenci, oddálení prvního sexuálního styku, praktikování sexu s ochranou, boj proti násilí na ženách, větší toleranci ohledně soužití s HIV pozitivními lidmi, větší participaci lidí v oblasti programů podporujících zdravou reprodukci, testování jedinců na HIV, prevenci přenosu HIV z matky na dítě, podporu větší rovnosti mezi muži a ženami, snížení počtu sexuálních partnerů, podporu užívání sterilních jehel a stříkaček. V loňském roce NACP implementovalo aktivity na podporu šíření správných informací o HIV v médiích. Kromě toho má NACP rovněž strategii na podporu zařazení vzdělání v praktické oblasti běžného života mladých lidí. HIV vzdělávání je součástí primárního i sekundárního stupně vzdělávání a je rovněž zařazena v osnovách pro vzdělávání učitelů. Nenachází se zde však žádné vhodné sexuální a reprodukční prvky ohlízející se na pohlaví jedinců a rovněž není žádná strategie pro mladé lidi, kteří se nevzdělávají v institucích. NACP se však daří vyvíjet klíčová sdělení a definovat správné komunikační kanály. Strategie jsou adresovány hlavně homosexuálům, prostitutkám, vězňům, ženám v reprodukčním věku a lidem, kteří v rámci své práce často cestují (především v transportním sektoru). Tyto strategie zahrnují propagaci kondomů, substituční terapii, dobrovolné testování a poradenství (VCT), sterilní jehly a stříkačky, a snaží se o redukci stigmatizace a diskriminace za pomoci cílených informací a vzdělávání. Více oborový přístup v prevenci zaznamenal, v ohledu zvýšení povědomí obyvatel a šíření důležitých informací, zatím největší úspěch.

1.7.1 Zdravotní politika vlády

Podle národního a mezinárodního práva, mají vlády morální a etické povinnosti k zabránění šíření HIV/AIDS a zajištění řádné a soucitné péče, léčby a podpory pro HIV pozitivní jedince. Průběh akce je jasně daný. Politiky a programy, které účinně snižují šíření HIV a poskytují péči, léčbu a podporu jedinců žijících s HIV/AIDS by měly být dále rozšiřovány. Lidé ve věznicích, prostitutky, homosexuálové a uživatelé nitrožilních drog mají stejné právo na zdraví a zdravotní péči, včetně preventivních opatření, stejně

jako ostatní lidé a jejich životy i zdraví jsou v mnoha směrech spojeny s životy ostatních (59).

1.8 Povědomí o HIV/AIDS Afghánistánu

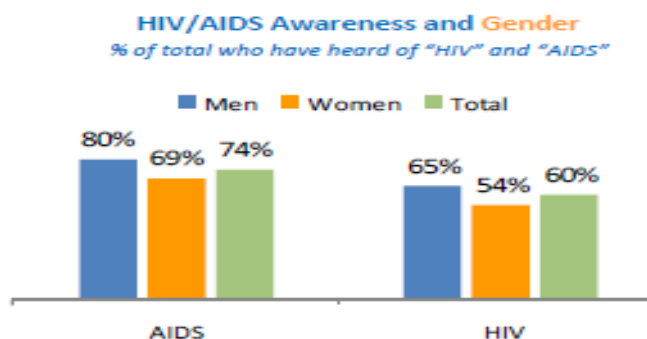
V Afghánistánu existuje hned několik faktorů ovlivňujících povědomí o HIV/AIDS v rámci běžného obyvatelstva. Hlavními faktory jsou v tomto případě věk a pohlaví, vzdělání a povolání, lokalita, v níž jedinec žije, ekonomická situace a ekonomický status jedince, přístup k médiím, dalším informačním zdrojům a role náboženství (15, (22).

1.8.1 Role věku a pohlaví

Tři ze čtyř Afghánců někdy slyšeli o pojmu "AIDS." Povědomí je vyšší u mužů než u žen: čtyři z pěti mužů slyšeli o AIDS; více než dvě třetiny žen jsou si pojmu HIV vědomy. Povědomí o termínu "HIV" je obecně nižší: 60 % Afghánců o HIV slyšelo. Téměř dvě třetiny lidí, ale jen více než polovina žen, je si vědoma existence pojmu. Tento nesoulad může být způsoben vyšší negramotností a nedostatkem vzdělávacích příležitostí pro ženy. Navíc konzervatismus zůstává v afghánské kultuře zakořeněný, dokonce i v post Talibanské éře jsou ženy vnímány jako méněcenné bytosti, možnosti vzdělávání jsou omezené, pokud vzdělávání není v rodině zakázáno úplně. Slabší vystavení okolnímu světu tvoří z negramotných obtížnější cíl tradičních vzdělávacích kampaní.

Graf 1

Celkový počet lidí, kteří slyšeli o HIV a AIDS



Celkový vzorek: n = 2,057

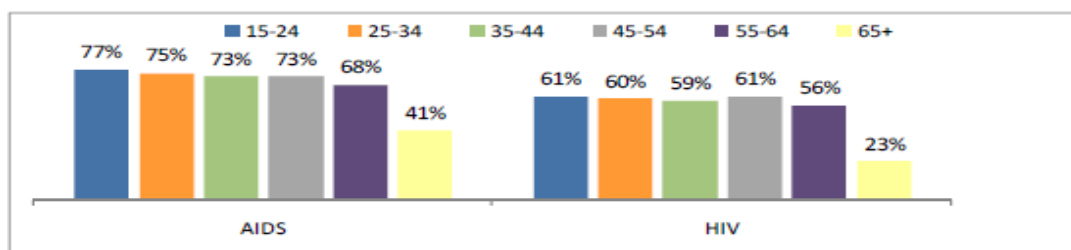
Zdroj: Icc/esomar international code on market and Social research

1.8.1.1 Povědomí mezi seniory

Mezi lidmi nad 65 let, je úroveň povědomí o HIV/AIDS podstatně nižší než v afghánské společnosti jako celku. Méně než čtvrtina těchto starších už slyšeli o pojmu "HIV"; 61 % Afghánců mezi 15-24 lety jsou.

Graf 2

Povědomí o HIV/AIDS a věku v % všech, kteří už slyšeli o "HIV" a "AIDS"



Celkový vzorek: n = 2,057

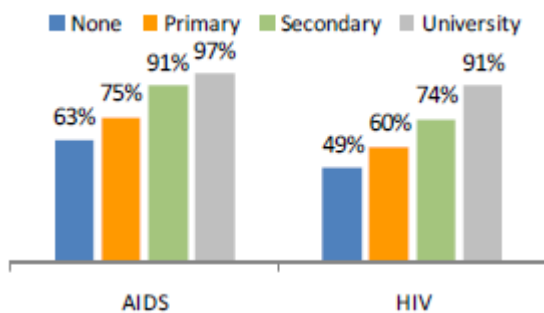
Zdroj: Icc/esomar international code on market and Social research

1.8.2 Role vzdělání a povolání

Povědomí o AIDS je mezi absolventy vysokých škol prakticky všeobecného rázu. U lidí bez formálního vzdělání, s největší pravděpodobností negramotných, je povědomí o nemoci AIDS o 26 % nižší než u absolventů vysokých škol. Ještě výraznější rozdíl je v míře povědomí o viru HIV, kde je u negramotných a nevzdělaných jedinců informovanost o 42 % než u vysokoškolsky vzdělaných jedinců.

Graf 3

HIV/AIDS povědomí a vzdělávání v % z celkového počtu jedinců, kteří slyšeli o "HIV" a "AIDS"



Celkový vzorek: n = 2,057

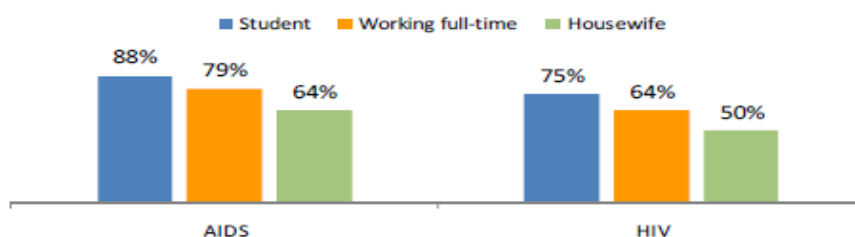
Zdroj: Icc/esomar international code on market and Social research

1.8.2.1 Povědomí studentů

Studenti mají nejvyšší úroveň povědomí z následujících „profesních“ kategorií: Studenti, vedoucí zaměstnanci pracujících na plný úvazek a ženy v domácnosti. "Profesní status" studenta je úzce spojen s věkem a vzděláním. Respondenti jsou v současné době studenty, je jim alespoň 15 let a mají minimálně střední vzdělání. Naproti tomu ženy v domácnosti patří do nejméně informované kategorie. Je pravděpodobné, že příčinou je právě izolovanost v domácnosti a menší vystavení vnějším informacím, ve srovnání s ostatními členy rodiny.

Graf 4

Povědomí o HIV/AIDS a profesním statusem v % z celkového počtu jedinců, kteří slyšeli o "HIV" a "AIDS"



Celkový vzorek: n = 2,057

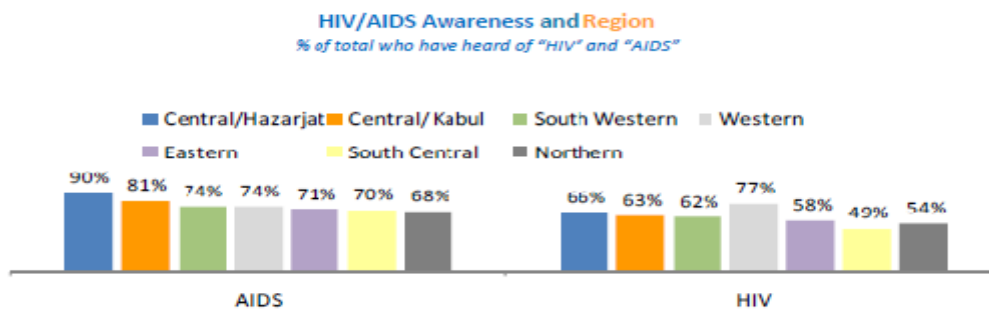
Zdroj: Icc/esomar international code on market and Social research

1.8.3 Role městské / venkovské lokality a regionu trvalého bydliště

Afghánci žijící v městských oblastech mají vyšší úroveň povědomí o HIV a AIDS než ti, kteří žijí ve vesnických oblastech a mají obecně menší přístup k médiím, základnímu vzdělání a zdravotním či humanitárním pracovníkům. Úroveň povědomí o viru se liší také podle oblastí – snahami organizací jsou investice do osvětových kampaní v různých lokalitách. Například obyvatelé Hazarjatu, středního regionu Afghánistánu, jsou nejvíce informováni (90 % respondentů zná termín AIDS).

Graf 5

Povědomí v závislosti na lokalitě trvalého bydliště v % z celkového počtu jedinců, kteří slyšeli o "HIV" a "AIDS"



Celkový vzorek: n = 2,057

Zdroj: Icc/esomar international code on market and Social research

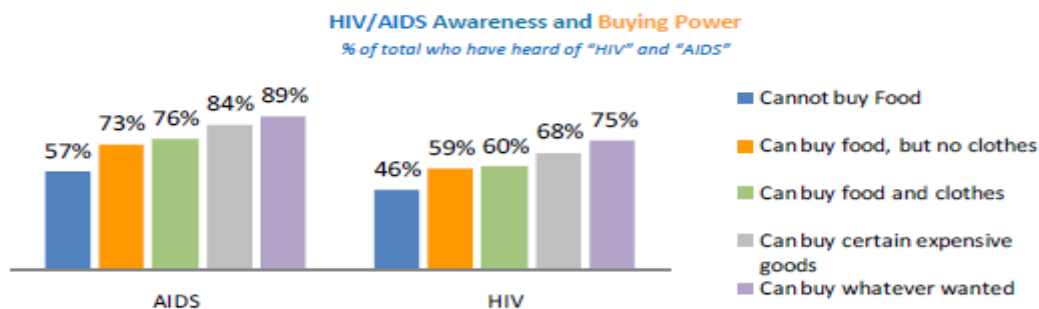
1.8.4 Role ekonomického statusu a příjmu v míře povědomí o HIV/AIDS

Příjem je jedním z důležitých faktorů v míře kvality znalostí o HIV/AIDS. Míra povědomí o AIDS je o 15 % vyšší mezi těmi, jejichž příjmy jsou klasifikovány jako vysoké ve srovnání s těmi, jejichž příjmy jsou klasifikovány jako nízké. Praktický dopad na příjmy má kupní síla a rozdíl v povědomí mezi majetnými a nemajetnými je z tohoto pohledu mnohem znatelnější. Povědomí o HIV a AIDS mezi Afghánci, kteří si mohou dovolit koupit to, co chtějí, je asi o 30 % vyšší než mezi těmi, kteří tvrdí, že nemají dost peněz ani na jídlo. Zajímavý je rozdíl úrovně povědomí o HIV/AIDS v celých 10 % mezi Afghánci spadajícími do nejnižší sociální vrstvy, a těmi, kteří se přesunuli do vrstvy o jednu příčku výš (ti, kteří naznačují, že si mohou

dovolit jídlo, ale ne například oblečení). Umožnění lidem plnit své základní potřeby důležitých pro přežití, jim teprve dovolí začít se zaměřovat na další důležité věci, v našem případě na dostatek informací o HIV/AIDS.

Graf 6

Povědomí v závislosti na ekonomické stabilitě v % z celkového počtu jedinců, kteří slyšeli o "HIV" a "AIDS"



Celkový vzorek: n = 2,057

Zdroj: Icc/esomar international code on market and Social research

1.8.5 Role přístupu k médiím a jejich využití

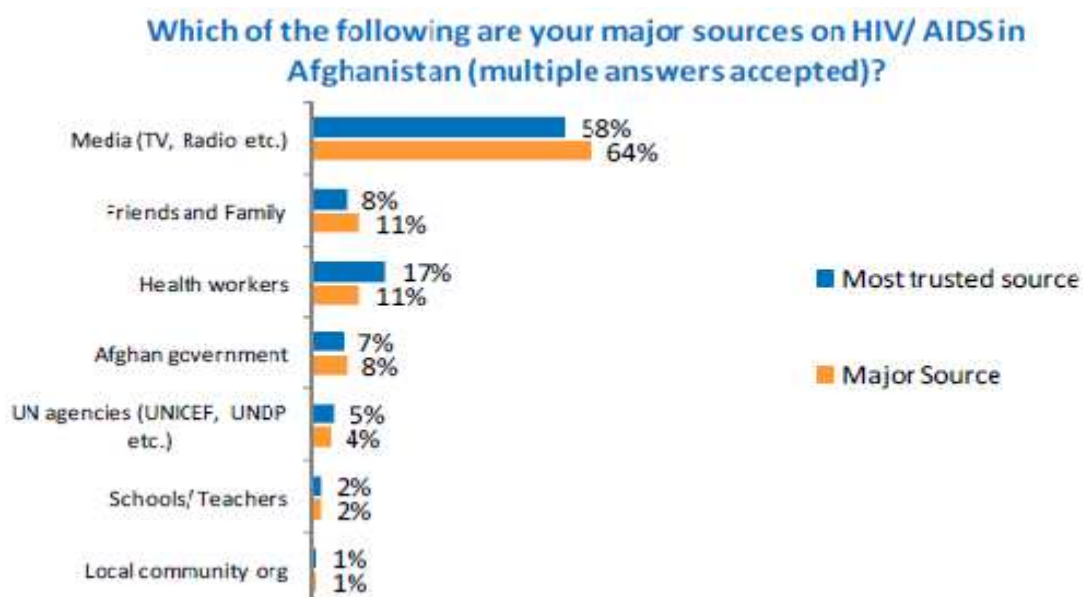
Ke správnému zhodnocení role médií ve zlepšování povědomí a vzdělávání o HIV / AIDS je třeba připomenout, že televizi v domácnosti má méně než polovina Afghánců. Rozdíly mezi městskými a venkovskými částmi je znatelný. Vlastnění TV je mnohem častější v městských oblastech. Naopak rádio je prakticky všudypřítomné – 95 % Afghánců má v domácnosti rádio. Rádía na baterie jsou velmi populární, jelikož se dají používat stále a to i v oblastech bez, nebo s častými výpadky elektrického proudu. Ti, kteří poslouchali rádio nebo sledovali televizi během posledních 12 měsíců, mají až o 29 % vyšší povědomí o AIDS a HIV než obyvatelé, kteří tato média nepoužívali. Jedinci, jež nesledují zprávy, mají o 50 % nižší povědomí o AIDS, než ti, kteří sledují/poslouchají zprávy alespoň 30 minut denně, nezávisle na tom, která média k tomu používají. Tato mezera v informovanosti je ještě výraznější u viru HIV: míra povědomí spotřebitelů aktuálních zpráv je dalších o 43 % vyšší, než u těch, kteří zprávy nesledují.

1.8.6 Role médií a znalosti o HIV/AIDS

Pomocí médií jako hlavního informačního zdroje o HIV/AIDS se zlepšují vědomosti o některých aspektech nemoci. Průzkum ukazuje, že Afghánci, kteří jmenovali média mezi jejich hlavní informační zdroje, mají poněkud lepší znalosti o některých aspektech nemoci, než ti, kteří se spoléhali na jiné zdroje, jako jsou přátelé, rodina nebo zdravotničtí pracovníci. Pouze v jedné otázce média spotřebitelům neposkytla uspokojivou odpověď a to na otázku – kdo může být infikován. Příčin může být několik, včetně možnosti, že média mohou někdy šířit nesprávné informace.

Graf 10

Povědomí v závislosti na zdroje informací v % z celkového počtu jedinců, kteří slyšeli o "HIV" a "AIDS"



Celkový vzorek: n = 2,057

Zdroj: Icc/esomar international code on market and Social research

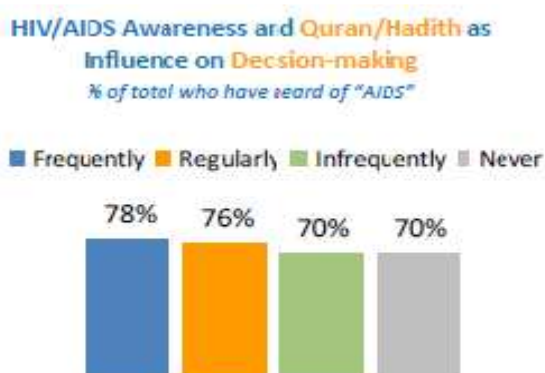
1.8.7 Náboženská role

Ve snaze porozumět religiozitě a jejímu dopadu na afghánskou společnost, byli respondenti vyzváni, jak dospěli a co je vedlo k jejich náboženství a o četnosti náboženských praktik, které provozují (např. půst a modlitba). Časté nebo pravidelné

konzultace Koránu/Hadith jsou při morálním rozhodování velmi důležité a existuje zde určitá pravděpodobnost, že věřící jsou o HIV/AIDS lépe informováni, než nevěřící. Samotné konzultace s náboženskými texty vyžadují gramotnost a základní vzdělání jednice, což také zvyšuje míru povědomí mezi věřícími.

Graf 7

Povědomí v závislosti na vlivu náboženství v % z celkového počtu jedinců, kteří slyšeli o "HIV" a "AIDS"



Graf 8

Povědomí v závislosti na vlivu náboženských vůdců v % z celkového počtu jedinců, kteří slyšeli o "HIV" a "AIDS"



Celkový vzorek: n = 2,057

Zdroj: Icc/esomar international code on market and Social research

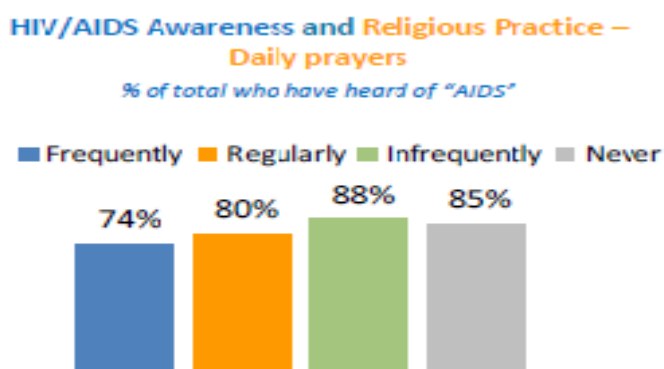
Lidé, kteří diskutují svá rozhodnutí s náboženskými vůdci, mají tendenci být více informováni o HIV/AIDS než ti, kteří tak nikdy neučinili. I přesto, že většina Afghánců konzultují s náboženskými vůdci jen málo, stále existuje znatelný rozdíl. Ti, jež často, pravidelně nebo nepravidelně vyhledávají náboženské vůdce, mají v podstatě stejnou úroveň povědomí. Náboženský charakter diskuse a úřad vůdce dávají této konzultaci větší váhy než je tomu tak u každodenních sociálních interakcí, protože neexistuje žádný prokazatelný vztah mezi povědomím o HIV/AIDS a konzultací morálních rozhodnutí s rodinou/přáteli. Pohlaví zde také hraje roli: 50 % žen nikdy nemluví o svém rozhodování s náboženským vůdcem.

1.8.7.1 Praktikování náboženství ve vztahu k povědomí o HIV/AIDS

Principem praktikování islámu je modlit se pětkrát denně, z čehož se zdá, že s povědomím o HIV/AIDS příliš nekoreluje. Afghánci, kteří naznačili, že často dodržují tento režim víry, mají tendenci být méně informováni.

Graf 9

Povědomí v závislosti na praktikování náboženství v % z celkového počtu jedinců, kteří slyšeli o "HIV" a "AIDS"



Celkový vzorek: n = 2,057

Zdroj: Icc/esomar international code on market and Social research

1.9 Analýza situace a reakce

Země je již po třicet let vystavena vleklé válce, zahraničním invazím a občanským nepokojům. Afghánistán je země s 29 miliony obyvatel, na 181 příčce ze 182 zemí z hlediska ukazatelů lidského vývoje a zařazuje se mezi nejchudší národy na světě z pohledu výše příjmů, životního minima a gramotnosti. V roce 2007 Národní zpráva o lidském rozvoji v Afghánistánu uvedla, že se země nachází na 174 příčce ze 178 zemí. Důvodem je masová emigrace a vyhoštění obyvatel v důsledku konfliktu, stejně jako nedostatek příjmu, vytváření pracovních příležitostí má za následek vysokou mobilitu obyvatel, včetně významné urbanizace a dlouhodobé migrace do Pákistánu, Íránu a zemí Perského zálivu. 29 V důsledku toho dnes Afghánistán čelí různým politickým, bezpečnostním, hospodářským, sociálním výzvám, kde epidemie HIV/AIDS představuje markantní hrozbu. Z větší části je spojena s rostoucí závislostí určitých částí populace na pravidelném používání široké škály opiátů, včetně opia a heroinu, spolu s vysokou prevalencí tuberkulózy (TBC) a sexuálně přenosných infekcí (STD) v této souvislosti se zhoršil přístup k základní sociální, vzdělávací a zdravotnické službě. Mezi další základní faktory, špatné znalosti HIV a omezené mu přístup k sexuálnímu a reprodukčnímu vzdělání, nízké gramotnost (27%), vysokému stigmatu a diskriminaci vůči PLHIV, jako i KAPs včetně - IUD, FSWs, MSM a vězni.

1.9.1 Drogová závislost

Afghánistán je světově největším výrobcem opia a žije v něm téměř 1 milion uživatelů drog, nebo 8 % dospělé populace (15-64 let), včetně 740000 mužů, odhadem 120 000 žena 60 000 dětí v roce 2005. 30 Světovým drogovým zprávám z roku 2009 a 2010 a rovněž ze studie UNODC/MoCN 2009 Drogového výzkumu vyplývá, že Afghánistán zůstává zemí s nejvyšší spotřebou a výskytem podobně jako Rusko a Írán, s prevalencí 2,7 % dospělé populace neboli 290 000 – 360 000 osob. Předpokládá se, že sociální a ekonomické náklady, stejně jako obrovské fyzické a psychické utrpení spojené s válkou a konflikty mají za následek zvýšení drogové závislosti mezi muži a ženami (jednotlivé a kombinované drog), vyskytujících se u

velkého množství uprchlíků, kteří mají být posláni zpět do své země či lokality a u vojáků (26,5).

Od roku 2005 počet pravidelných uživatelů opia rostl z 150 000 na 230 000 osob, což naznačuje zvýšení o 53 %, zatímco počet uživatelů heroinu vzrostl dokonce více, z 50 000 na 120 000 uživatelů nárůst je tedy 140 %. 32 Většina z opia vyráběného v zemi je spotřebována externě, ale přesto je v městském prostředí a zeměpisných oblastech, kde jsou léky vyráběny, dostupné relativně snadno a levně, (v Severní a Jižní oblasti), což se týká i hlavního města Kábulu (26).

1.9.1.1 Nitrožilní užívání drog

Nitrožilní užívání drog v Afghánistánu je spojeno s nitrožilním užíváním:

- (a) heroinu
- (b) farmaceutických léků a sedativ
- (c) léků proti bolesti, které jsou často kombinovány s jinými formami zneužívání návykových látek

Průzkum léků UNODC, MoCN a MoPH z roku 2009 odhaduje počet nitrožilních uživatelů drog na 19 000 až 25 000 osob, podobné údaje poskytla zpráva UNODC v roce 2005, která zahrnovala 7000 těch, kteří užívali nitrožilně heroin a 12 000 jedinců užívajících farmaceutické léky. Dostupné údaje ukazují na rozdíly ohledně vzorce nitrožilního užívání drog podle typu drogy, pohlaví, věku a zeměpisnou polohu s ohledem na tři západní provincie Herat, Farah a Nimrooz, které se objevují jako "hot spoty", kromě města Kábulu, který je se zdá být pomyslným domovem největšího počtu uživatelů opia, léčených uživatelů heroinu a dalších nitrožilních uživatelů drog. Podle zprávy UNODC je většina nitrožilních uživatelů drog mužského pohlaví, u žen IUD je pravděpodobnější, že se jedná o ženu ovdovělou nebo rozvedenou, s nižším vzděláním a s dvojnásobně vyšší pravděpodobností také nezaměstnanou. Dostupné informace naznačují, že profil uživatele drog je, s následující sociální a demografickými charakteristikami bez rozdílu v etnických skupinách, chudý muž mladší 30 let, nezaměstnaný, s nízkým, nebo žádným vzděláním, ženatý a žije

s širší rodinou; je-li zaměstnán, obvykle jako farmář nebo nekvalifikovaný dělník a na náklady pro pořízení drog poskytuje rodinný majetek, půjčuje si peníze, krade, žebřá nebo provozuje jinou kriminální činnost. 34 Zatímco systematické informace nejsou v současné době k dispozici, údaje naznačují značný počet mladistvých a dětí rozšiřujících skupinu nitrožilních uživatelů drog a uživatelů drog na svobodě (30)

Studie o nitrožilním užívání drog v Afghánistánu jasně říká, že hašiš a kouření, žvýkání nebo vdechování opia jsou v zemi do jisté míry společensky tolerovány, avšak nitrožilní užívání heroinu bylo poprvé zaznamenáno mezi afghánskými uprchlíky, kteří se vrátili z Íránu a Pákistánu zpět do země. Tito jedinci se vyskytují zejména v městských oblastech a na hranicích provincií. Poslední výzkum zaměřený na IUD v Kábulu říká, že více než 60 % IUD, kteří se v posledních 5 letech vrátili do země, začala nitrožilně užívat drogy v Íránu (28).

Průzkum UNODC 2009 uvedl, že zatímco se průměrný uživatel drog (všechny opiáty) stal závislým v Afghánistánu, téměř jedna třetina IUD (28 %) začala používat drogy v Íránu a 9 % v Pákistánu či v exilu. Až 40 % všech uživatelů, opia a heroinu se stala závislými v Íránu, včetně 27 % žen léčených na závislost na heroinu. Nicméně nová generace IUD již začala s nitrožilním užíváním drog v Afghánistánu. V roce 2010 jedna z partnerských studií odhalila, že více než 30 % IUD začal nástřikem v zemi (37).

V letech 2005 a 2009 drogové průzkumy poukazují na alarmující výskyt vysoce rizikového chování pro přenos HIV mezi nitrožilními uživateli drog, včetně použití nesterilních jehly a stříkaček, použití jiných látek, nízké procento používání kondomu při styku a prostituce za peníze a drogy. V roce 2005 nejméně polovina heroinu IUD sdílelo jehly a v roce 2009 se většina respondentů IUD (87 %) hlásila k takovému chování. Je zajímavé, že partnerské studie z roku 2010 informovaly o nižší frekvenci sdílení jehel a stříkaček (17 %), přičemž však byla odhalena mnohem vyšší míra šíření nitrožilních praktik (40 %). Tato studie poskytla důležité informace o společném používání dalších látek, jako jsou hašiš, alkohol (61 až 65 %) a také znepokojivě velké

procento závislých, kteří od kouření a vdechování přešli k nitrožilnímu podání heroinu (98 % IUD) (30).

1.9.2 Další faktory ovlivňující šíření HIV v Afghánistánu

Kromě výroby a obchodu s léky, přítomnosti velkého počtu nitrožilních uživatelů drog a dalšího, drogově závislého obyvatelstva, včetně žen a dětí, špatnou kontrolu a bezpečnost krve, nebezpečné chirurgické postupy, byly nedávno zjištěny jako zesilovače přenosu HIV také omezené možnosti základní fyzické a zdravotní péče, vysoký výskyt TBC, STD, viru hepatitidy B (HBV) a infekce způsobené virem hepatitidy C (HCV) (48).

Dvacet devět milionů lidí trpí již přes 25 let válkou, konflikty, nucenými přesuny, obrovskými ztrátami na lidských životech a těžkou bídou. Přibližně 8 milionů Afghánců strávilo nějaký čas jako uprchlíci, především v Pákistánu (5 milionů) a částečně v Íránu (3 miliony). Někteří žijí v zahraničí do dnes - téměř 4 miliony afghánských uprchlíků v Pákistánu a Íránu celkem. V Afghánistánu jsou dva miliony vdov, dva miliony sirotků a téměř 2 miliony handicapovaných a více než čtyři miliony zpátky přistěhovaných uprchlíků (z Pákistánu a Íránu) a až 500 000 lidí bez střechy nad hlavou (IDP). 40 Příčinou tak vysokých počtů drogově závislých, včetně nitrožilní užívání drog, je ve většině případů snaha zvládnout fyzická a psychická traumata, kterým čelí mnoha Afghánců. 41 Ke špatným životním podmínkám se ještě přidružila extrémní chudoba, která vedla ke zvýšení rizikového chování u části obyvatel, včetně spoléhání se na prostituci jako cestu k penězům nebo jinému zboží (40)

Co se týče pohlaví, ekonomické postavení žen je na velmi nízké úrovni, k tomu je zároveň mezi ženami a dívkami vysoká úroveň negramotnosti a diskriminace, ještě k větším extrémům dochází v případech segregace a následné izolace s nízkou mobilitou žen, násilí páchaném na ženách, pohlavnímu vykořisťování dětí, dívek a obchodování s lidmi. Sociální a kulturní normy týkající se mužnosti a ženskosti, tabu o sexu a sexuálním chování se rovněž považují rizikovými faktory pro afghánské ženy, mladé muže a děti. A nakonec mobilita obyvatel: velké migrace z venkova do měst, závislost mnoha afghánských domácností na sezónní a dlouhodobé práci v zahraničí,

z velké části nelegální (Pákistán, Írán, Indi, Arabský záliv) a větší dostupnost komerčního sexu – což také představuje potenciální zvýšení rizika šíření HIV a rizika pro celé rodiny (9).

1.9.2.1 HIV - Epidemiologická situace

Afghánistán má mezi zeměmi střední a jižní Asie nízkou prevalenci HIV a koncentrací epidemií, které jsou konfrontovány s rostoucím rizikem HIV/AIDS, především vysokým výskytem nitrožilního užívání drog, které se částečně prolíná s prostitucí (7). Nejnovější údaje UNAIDS naznačují, že se epidemie u běžné populace v současnosti drží pod 0,05 %, ale má potenciál pro rychlý růst z malé základny IUD, jejich sexuálních partnerů, čímž se nákaza dostane k heterosexuálním mužům a ženám, pokud se účinně a intenzivně nezasáhne (36). V roce 2007 byl oficiálně oznámen počet případů HIV. HIV pozitivních bylo v roce 2007 hlášeno 71, včetně 18 žen a 53 mužů, testy však byly prováděny jen ve třech zdravotnických zařízeních, situovaných ve dvou lokalitách – v Kábulu, v Městské Centrální krevní bance, a Heratu, VCT Centrum - kumulativně mezi 1989 – 2007. Podle odhadů UNAIDS a WHO, však počet lidí žijících na území Afghánistánu s HIV pohybuje v rozmezí od nejméně 1 000 až 3 000. 45 Studie uvedla, že 24 ze 71 HIV pozitivních jedinců byli IUD, zatímco o zbylých případech nebyly dostupné žádné informace. V srpnu 2007 GoA ohlásila 245 případů.

V roce 2010 bylo podle dostupných údajů 1250 HIV pozitivních jedinců a 11 úmrtí v důsledku AIDS. (NACP, 2011). I přes obecně nízkou prevalenci je mezi nitrožilními uživateli drog hlášena vyšší prevalence HIV (7,1 %) a rostoucí regionální rozdíly až o 18 % (v městském centru v Heratu). Mezi vězni (většinou IDU vězni) je hlášena prevalence HIV 1,6 procenta. Ačkoli je prevalence HIV mezi prostitutkami v současnosti na 0 %, neexistují žádná data týkající se homosexuálů a nesou sebou faktory vysoce rizikového chování a nebezpečné sexuální praktiky (např. využití nízké kondom, více sexuálních partnerů), dále neznalost nebo nepochopení přenosu HIV a drog, konzumace alkoholu většina, uzavření interakce mezi

těmito skupinami na nebezpečí pohlavně přenosných chorob, epidemie rozprostřenými tyto populace a případně i jiné segmenty širší populace. (41)

Vzhledem k absenci dozoru v Afghánistánu. Dva stávající zdroje údajů o HIV/AIDS jsou centrální banky krve Kábulu a dobrovolnému poradenství a testování centrum v Kábulu začaly svou činnost v roce 2005. Údaje z ústředí Krevní banky v Kábulu označuje zjištění první HIV pozitivního případu na rok 1989 v Kábulu. V letech 1989 – 2005. Centrální krevní banka hlásila celkem 67 HIV pozitivních případů z 125 832 vzorků krve testovaných na centrální a provinční úrovni pro HIV/AIDS prostřednictvím rychlých testovacích sad. Tabulka 1 níže poskytuje údaje o záznamech testování na HIV/AIDS Centrální krevní bankou. Z 67 pozitivních případů 37 žilo v Afghánistánu a zbytek tvořili uprchlíci z Pákistánu, Íránu, Saudské Arábie a Dubaje. 35 HIV pozitivních případů bylo hlášeno Centrálního krevní bankou Kábulu a zbývající v provinciích Nangahár, Hirat, Balkh, Jozgan a Kunduz.

Tabulka č. 1: Záznamy krevních testů na HIV z Centrální krevní banky Kábulu

Rok	Oblast provádění testů	Celkem testováno	HIV Pozitivní
1989	Centrální krevní Banka – Kábul	neznámé	1
1994	Centrální krevní Banka – Kábul	neznámé	1
2000	Centrální krevní Banka – Kábul	6844	1
2001	Centrální krevní Banka – Kábul	6691	6
2002	Centrální krevní Banka – Kábul	11,586	1
2002	Mazar	964	2
2003	Centrální krevní Banka – Kábul	10,674	6
2003	Nangarhar	3,629	1
2004	Centrální krevní Banka – Kábul	10,514	10
2004	Nangarhar	3,535	13
2004	Quandahar	NA	1
2004	Juzjan	1,264	1
2005	Centrální krevní Banka – Kábul	7,684	7
2005	Nangarhar	2,145	9
2005	Herat	2,185	1
2005	Quandahar	1,867	3
2005	Kunduz	826	1
Celkem	Krevní vzorky na HIV testovány do roku 2005	125,832	67

48 [Zdroj: Statistika ústřední krevní banky Kábulu]

1.9.3 Mládež a děti na ulici

Fakt, že téměř 70 % obyvatel Afghánistánu je mladších 25 let, vyrůstajících v náročném a složitém prostředí, poznamenaného chudobou a rostoucími nejistotami, nedostatečným přístupem ke kvalitnímu vzdělání, násilí, a velkého množství dětí žijících na ulici (odhadem 50 000 jedinců), zvláště alarmující jsou zprávy, že se v této skupině také objevují IUD. Sice neexistují žádné dostupné statistiky, které by určily, kolik dětí

celkem takto žije a kolik z nich žije v dětských domovech v různých částech Afghánistánu, avšak UNICEF odhaduje, že v Afghánistánu žije 12 % dětí, sirotků (49). Situace afghánských dívek má zvláštní význam - za tradičních tlaků brzkého sňatku a prvního těhotenství a mají omezenou svobodu vymanit se z norem a tradic, které přímo určují život ženy v mnoha komunitách po celé zemi. Informace o zneužívání a závislosti dětí a adolescentů na návykových látkách naznačuje, že děti a dospívající jsou často do užívání drog zapojeny ve velmi raném věku a seznamují se s opiáty již v domácím prostředí. Další samostatnou oblastí je sexuální zneužívání chlapců a hochů v zemi. Studie z roku 2009 o mužské zranitelnosti a pohlavnímu vykořisťování v souvislosti s HIV v Afghánistánu upozorňuje na důkazy pohlavního vykořisťování adolescentů staršími muži. 51 V rámci studie byly uskutečněny rozhovory s dospělými muži (celkový vzorek 100 osob), přičemž téměř 61 % z nich vypovědělo, že měli sex s jinými muži, první styk okolo 15let a téměř 89 % z nich už bylo zapojeno do komerčního sexu. Podobně ženy a dívky v zemi jsou také snadno kořistí k páčání násilí, včetně sexuálního násilí, v některých případech i v rámci vězeňských zařízení, nebo v rámci tradičních praktik pro vyřešení sporů v rámci rodin a komunit, například vynuceným manželstvím. Kromě toho je hlášen velký počet dětských sňatků pod 18 let věku (pouze 43 % všech sňatků je uzavíráno se zletilou ženou ve věku 20-24 let). Tyto faktory, poukazují na fakt, že děti a mládež jsou obzvláště náchylní k rizikům souvisejícím s HIV. (29)

II. CÍLE A METODOLOGIE

Zabývání se touto problematikou se na první pohled, vzhledem k současné a minulé situaci, nejeví jako alarmující stav, avšak jedná se o jakousi špičku ledovce a za domnělou nečinností se může skrývat velká hrozba. V případě náhlého vypuknutí epidemie HIV v Afghánistánu by došlo nejen k nekontrolovatelné, ale také k velmi závažné situaci, jak s pohledu národního, tak vzhledem ke stálým konfliktům a přesunům velkého počtu lidských jedinců, také na nadnárodní úrovni. Ve výzkumném šetření jsem se rozhodl pro následující metodologické postupy a stanovil si výzkumné otázky a cíle pro výzkum.

2.1 Stav problematiky

Afghánistán je považován za zemi s nízkým výskytem HIV/AIDS, nelze ovšem vyloučit nebezpečí šíření infekce HIV. Příčin je několik: více než dvě desetiletí vleklých ozbrojených konfliktů, extrémně nízké společensko-politické a ekonomické postavení žen, obrovské množství imigrantů a emigrantů, velmi špatné sociální podmínky a nedostatečná zdravotnická infrastruktura, dále obchod s narkotiky, používání stříkaček k nitrožilnímu užívání drog, nedostatečná kontrola dárců krve a neodborná lékařská praxe uskutečňovaná na vesnicích. Tyto rizikové faktory vedou kompetentní orgány ke zvýšené pozornosti a vyjádření naléhavosti a potřeby včasné intervence, aby se zabránilo potenciálně rychlému šíření viru HIV v Afghánistánu. V Afghánistánu bylo podle průzkumu UNODC o užívání drog z roku 2005 přibližně 19 000 – 25 000 uživatelů aplikujících drogy nitrožilně. Lze předpokládat, že při nitrožilním užívání drog dochází k vzájemnému sdílení nitrožilního materiálu a k možnosti šíření HIV i dalších krví přenosných nálezů. Jak uvádí IBBS 2009 výzkum (prováděno ve třech městech), byla prevalence HIV mezi nitrožilními uživateli drog odhadována mezi 1 - 18 %.

2.2 Cíl práce

Hlavním cílem práce je monitoring problematiky HIV/AIDS v Afghánistánu.

2.2.1 Dílčí cíle

- 1) Popsat aktuální stav ve výskytu HIV/AIDS v Afghánistánu
- 2) Zmapovat znalosti pracovníků v profesích kadeřnictví- holičství v centru Kábulu a v okrajových částech o problematice HIV/AIDS
- 3) Monitorovat provádění preventivních opatření šíření HIV/AIDS v provozech kadeřnictví - holičství v centru Kábulu a v okrajových částech
- 4) Zmapovat znalosti domácích lékařů v centru Kábulu a v okrajových částech o problematice HIV/AIDS
- 5) Popsat provádění preventivních opatření proti šíření HIV/AIDS při ošetřování v rámci domácí „lékařské péče“ v okrajových částech
- 6) Zjistit znalosti o problematice HIV/AIDS u lékařů zdravotnických zařízení v Kábulu
- 7) Porovnat úroveň znalostí o problematice HIV/AIDS u profese kadeřník - holič a domácí lékař dodělat v diskusi nebo závěru?

2.3 Výzkumné otázky

1. Jaký je nejčastější způsob šíření HIV/AIDS v Afghánistánu
2. Jaká je úroveň znalostí o problematice HIV/AIDS u profese kadeřník / holič v Kábulu a okrajových částech?
3. Jaká je úroveň znalostí o problematice HIV/AIDS u domácích lékařů v Kábulu a okrajových částech?
4. Jaká je úroveň znalostí o problematice HIV/AIDS u lékařů v zdravotnických zařízeních v Kábulu?
5. Jak jsou prováděna protiepidemická opatření v předcházení HIV v provozech kadeřnictví - holičství?
6. Jak jsou prováděna protiepidemická opatření v předcházení HIV při poskytování zdravotnické péče domácími lékaři
7. Jak jsou prováděna protiepidemická opatření v předcházení HIV ve zdravotnických zařízeních v Kábulu?

2.4 Metodika

Výzkumné šetření bylo provedeno pomocí kvalitativního a kvantitativního výzkumu. Kvalitativní výzkum byl proveden sekundární analýzou dat, získaných od odpovědných institucí v Afghánistánu (National AIDS control program) a formou rozhovorů s lékaři ze zdravotnických zařízení v Kábulu. Kvantitativní výzkum byl proveden technikou dotazování, kvótou pro výběr byla profese kadeřník-holič a domácí lékař/léčitel z centra a okrajových částí hlavního města Kábul. Sběr informací byl proveden za pomoci dotazníků se zaměstnanci kadeřnictví holičství a s domácími lékaři/léčiteli. Dotazník obsahoval 20 otázek zaměřených na praktické úkony při práci, a na znalosti problematiky HIV. Pro vyhodnocení dat bylo užito počítačového programu popisných statistik SPSS.

2.4.1 Použité metody a techniky sběru dat

Pro výzkumné šetření jsem se rozhodl využít dotazníků, které jsem sestavil pro výzkumný vzorek skládající se z 90 jedinců - zaměstnanců kadeřnictví, holičství a domácích lékařů/léčitelů. Praktická část výzkumného šetření probíhala v Kábulu, kde jsem s respondenty navázal kontakt a poté sjednal vyplnění dotazníku. Dotazník byl tvořen z 20 uzavřených otázek a několika polootevřených. V případě, že z dotazníku vyplynula neznalost respondenta v některé z oblastí, po vyplnění jsem s respondentem uskutečnil ještě doplňkovou nezávaznou konverzaci na toto téma a informace jsem mu poskytl, popřípadě odkázal na místní programy pro prevenci. Dále jsem uskutečnil rozhovory s několika lékaři pracujícími v nemocnicích v Kábulu. Rozhovory probíhaly jak osobně, tak i s využitím programu Skype a následným zpracováním dat do písemné podoby.

2.4.2 Charakteristika výzkumného celku

Výzkumný vzorek byl vybírán podle profese respondentů. Skládal se z 30 kadeřnic, 30 holičů a 30 domácích lékařů/léčitelů. Jelikož v profesi domácího lékaře působí ve velké většině pouze ženy, výzkumný vzorek čítal 60 žen a 30 mužů. Respondenti se

pohybovali ve věkovém rozpětí 20 – 40 let všichni respondenti mají trvalé bydliště na území hlavního města Kábul, přesněji v centru a okrajových částech města. Pro výběr těchto profesí jsem se rozhodl z důvodu nezbytnosti znalostí a povědomí HIV/AIDS mezi lidmi pracujícími s ostrými nástroji jako je například břitva apod. Všichni respondenti byli informováni o anonymitě vyhodnocení výsledků a souhlasili s anonymním uveřejněním dat získaných z dotazníků. Dalším výzkumný vzorek tvořila skupina lékařů pracujících v nemocnicích v Kábulu.

III. VÝSLEDKY

Sběr dat metodou dotazníkového šetření, vzhledem k mé osobní přítomnosti při vyplňování dotazníku respondentem, byl úspěšný a podařilo se získat odpovědi od všech 90 respondentů. Rozhovory s lékaři byly uskutečněny v rámci možností časového rozvrhu respondenta, proto odpovědi dosahují různé délky.

3.1 Rozhovory

Rozhovory s lékaři byly uskutečněny prostřednictvím osobních rozhovorů či rozhovorů za použití počítačového - internetového komunikátoru Skype. Lékaři odpovídali v perském a anglickém jazyce, jejich odpovědi byly zaznamenány do písemné podoby a později převedeny do elektronické formy s následným překladem do českého jazyka. Všichni respondenti jsou ve věku 30 – 40, působící na různých odděleních v nemocnicích v hlavním městě Kábul. Při rozhovorech jsem si odpovědi zapisoval, v několika případech jsem měl na pomoc dalšího rodilého mluvčího, abych zaznamenaná data byla co nejpřesnější. Dotazy a komentáře z mé strany jsou v rozhovorech značeny kurzívou.

3.1.1 Rozhovor č. 1

Lékař v oboru obecné Medicíny, 3 roky praxe

Dobrý den, nejdříve bych Vám chtěl poděkovat za Váš čas, který jste si pro tento rozhovor vyhradil. Položím Vám 5 otázek ohledně HIV/AIDS v Afghánistánu. Rozhovory budou zveřejněny anonymně tak, že bude změněna Vaše identita a přiřazeno náhodné jméno.

Nejdříve bych se Vás chtěl zeptat, na současný stav HIV/AIDS v Afghánistánu, mohl byste mi ho prosím osvětlit?

Nákaza HIV/AIDS se v poslední době v Afghánistánu zvýšila, protože Afghánistán je jednou ze zemí s nejvyšší produkcí drog. V zemi jsou zhruba 3 miliony drogově závislých, což usnadňuje přenos infekce od jednoho uživatele na druhého skrze špinavé jehly, o které se narkomani dělí, přičemž počet uživatelů drog roste den za dnem.

Vzhledem k tomu, že neexistuje žádný konkrétní program v rámci současné vlády, který by se zasazoval o boj proti pěstování drog v Afghánistánu, vidím tento problém jako velmi rizikový a situaci pro afghánskou společnost katastrofální.

Další otázkou je: Jaké jsou klíčové zásahy pro podporu prevence HIV/AIDS v Afghánistánu?

- 1) Současná vláda by měla zavést zvláštní instituce a subjekty které by zajistily snížení produkce/pěstování drog v Afghánistánu. Kromě toho by vláda měla zřídit zdravotnická zařízení k léčbě uživatelů drog a drogově závislých.
- 2) Hromadné sdělovací prostředky (televize, noviny, časopisy a rádio) by se měly zaměřit na zvýšení povědomí lidí, dále vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, vlivných lidí, kteří by mohli šířit poselství dále k velkému počtu lidí, učitelů středních škol, kteří snadno navazují kontakty s velkým počtem studentů.
- 3) Lékařské prohlídky – testování na HIV/AIDS musí být umožněno pro všem ohroženým skupinám obyvatel (HIV pozitivní by pak měli být pod dozorem odpovědných lékařů a dodržovat jejich rady a doporučení k zamezení šíření nemoci na další jedince). Lékařské vyšetření by mělo být vyžadováno po všech afghánských přistěhovalcích, kteří po nějakou dobu žili v sousedních zemích.
- 3) Důsledně likvidovat nesterilní jehly, břitvy, holicí strojky a jiné ostré předměty.

Tak, teď se dostáváme ke třetí otázce, která zní: Jaké jsou vaše doporučení pro zlepšení aktuální situace ohledně HIV/AIDS v Afghánistánu?

- 1) Zvýšit povědomí veřejnosti o nebezpečí sexuálních aktivit a absolutní věrnosti svému manželovi/manželce, nebo pokud se jedná o pohlavní styk s někým jiným, důsledně a odpovědně používat kondomy. Vyhnout se nutnosti více sexuálních partnerů. Dále se pak vyvarovat tetování s použitím nesterilních jehel, vyhnout se užívání drog, protože HIV/AIDS je v Afghánistánu nejběžnější právě u drogově závislých. Nesdílet jehly, břitvy, holicí strojky a další ostré předměty s jinými lidmi. Posledním doporučením by bylo vytvořit mobilní zdravotnické subjekty k identifikaci HIV pozitivních s možností jejich následné léčby a zabránění dalšímu šíření.

Děkuji, dále bych se rád zeptal: Změnily se trendy ve výskytu HIV/AIDS?

Ano, změna nastala kvůli imigraci Afghánců do sousedních a některých dalších zemí. Tento trend poukazuje na skutečnost, že Afghánistán má obrovské a nekontrolované hraniční území s Pákistánem a Íránem, lidé tedy mohou bezprizorně přecházet hranice sem a tam. Někteří sebou pak do země přinášejí HIV/AIDS. V posledních desetiletích se rovněž zvyšuje počet přichozích uživatelů drog, právě v důsledku migrace do těchto zemí, což může potencionálně zvyšovat procento infikovaných jedinců, jelikož užívání nesterilních jehel je v sousedních zemích běžnou praxí.

A poslední otázka: Co byste vzkázal lidem v souvislosti s HIV/Aids problémem v zemi?

Hlavně aby lidé věnovali velkou pozornost v případě, když jdou k lékaři nebo zejména při návštěvě zubaře. Měli by se vždy ujistit, že jehly a jiné léčebné látky, které se na pracovišti používají, jsou sterilní a nekontaminované. Kromě toho by měli dbát pozornost na používání jednorázových břitev, žiletek a dalších ostrých předmětů, které jsou používány v kadeřnictvích.

Mnohokrát Vám děkuji a přeji hezký den.

3.1.2 Rozhovor č. 2

Lékař v oboru ORL, 2 roky praxe

Dobrý den, nejdříve bych Vám chtěl poděkovat za Váš čas, který jste si pro tento rozhovor vyhradil. Položím Vám 5 otázek ohledně HIV/AIDS v Afghánistánu. Rozhovory budou zveřejněny anonymně.

Nejdříve bych se Vás chtěl zeptat, na současný stav HIV/AIDS v Afghánistánu, mohl byste mi ho prosím zkusit osvětlit?

Aktuální stav výskytu HIV/AIDS se denně zvyšuje, a to hlavně v důsledku užívání drog a nechráněného sexuálního styku.

Děkuji, dále bych se rád zeptal: Jaké jsou klíčové zásahy pro podporu prevence HIV/AIDS v Afghánistánu?

Klíčová intervence pro prevenci a podporu HIV/AIDS v Afghánistánu jsou:

- 1) Veřejné povědomí o riziku HIV
- 2) Porozumění lidí -porozumění způsobům, jak se chránit proti HIV
- 3) Karanténa lidí, u nichž byla prokázána nákaza, aby se zabránilo dalšímu šíření
- 4) Vzdělávání a kvalitní informace o HIV/AIDS na školách

Třetí otázkou je: Jaké jsou vaše doporučení pro zlepšení aktuální situace ohledně HIV/AIDS v Afghánistánu?

Jelikož HIV/AIDS způsobuje selhávání imunitního systému a regulace stavu je v tomto ohledu téměř nemožná, je potřeba zajistit aby HIV/AIDS pozitivní jedinci věděli, jak se vyhnout infekcím.

Dále bych se chtěl zeptat: Změnily se trendy ve výskytu HIV/AIDS?

Jelikož nebyl vytvořen žádný specifický program ani politika, která by nějak radikálně změnila trendy HIV/AIDS, nevím o žádných takových změnách.

A poslední otázka: Co byste vzkázal lidem v souvislosti s HIV/Aids problémem v zemi?

Každý člověk by měl dělat co nejvíce pro to, aby pochopil, jak se tato nemoc přenáší, a to co nejdříve a tak, aby byl schopen ochránit sám sebe i lidi ve svém okolí.

Děkuji Vám za odpovědi a přeji hezký den.

3.1.3 Rozhovor č. 3

Lékař v oboru Chirurgie, praxe 7 let

Dobrý den, nejdříve bych Vám chtěl poděkovat za Váš čas, který jste si pro tento rozhovor vyhradil. Položím Vám 5 otázek ohledně HIV/AIDS v Afghánistánu. Rozhovory budou zveřejněny anonymně.

Nejdříve bych se Vás chtěl zeptat, na současný stav HIV/AIDS v Afghánistánu, mohl byste mi ho prosím osvětlit?

Afghánistán je jednou z chudých zemí, ve kterých je velmi vysoká pravděpodobnost infekce HIV/AIDS. Epidemie HIV je v Afghánistánu v raném stádiu a nachází se mezi vysoce rizikovými skupinami, především u uživatelů nitrožilních drog a jejich partnerů.

Další otázkou je: Jaké jsou klíčové zásahy pro podporu prevence HIV/AIDS v Afghánistánu?

Klíčová intervence pro prevenci a podporu HIV/AIDS v Afghánistánu podle mě jsou:

- 1) Změny v chování ohrožených skupin populace
- 2) Zlepšování znalostí o prevenci HIV/AIDS
- 3) Redukce stigmatu se spojením s HIV/AIDS v běžné populaci
- 4) Zákaz drogově závislým užívání stejné jehly
- 5) Spuštění školicích programů o osobní hygieně pro běžnou populaci

Děkuji, teď se dostáváme ke třetí otázce: Jaké jsou vaše doporučení pro zlepšení aktuální situace ohledně HIV/AIDS v Afghánistánu?

Vláda Afghánistánu by měla připravit národní strategii pro prevenci HIV/AIDS, včetně obecných informací o HIV/AIDS, prevenci ve školním a univerzitním kurikulu je dobrý způsob prevence HIV/AIDS.

Dále bych se chtěl zeptat: Změnily se trendy ve výskytu HIV/AIDS?

Ne, podle mého názoru se trendy ve výskytu HIV/AIDS nezměnily, protože neexistuje žádný veřejnosti dostupný program, střediska prevence a národní strategie pro snížení výskytu této infekce mezi obyvatelstvem, jehož podstatná část je negramotná.

A poslední otázka: Co byste vzkázal lidem v souvislosti s HIV/Aids problémem v zemi?

- 1) Lidé měli se vyhnout použití drog speciálně nitrožilnímu podání opiátových drog
- 2) Lidé by se měli zajímat a měli by dávat pozor, zda se sestra při ošetření nesnaží použít již jednou použitou nebo nesterilní stříkačku

- 3) Lidé by měli dbát zvýšené pozornosti také v holičství, kde by se měli vyhnout používání stejné čepele s předchozím zákazníkem a sledovat hygienu v kadeřnictvích když si nechávají holit fousy nebo stříhat vlasy
- 4) Lidé by měli okamžitě upozornit lékaře, pokud pojmou podezření, že jehla či používaná injekční stříkačka není sterilní
- 5) Lidé měli dodržovat instrukce o prevenci HIV / AIDS
- 6) Lidé měli vyhnout sexuálnímu styku s více partnery

Děkuji Vám za odpovědi a přeji hezký den.

3.1.4 Rozhovor č. 4

Lékař v oboru Urologie, praxe 3,5 roku

Dobrý den, nejdříve bych Vám chtěl poděkovat za Váš čas, který jste si pro tento rozhovor vyhradil. Položím Vám 5 otázek ohledně HIV/AIDS v Afghánistánu. Rozhovory budou zveřejněny anonymně.

Nejdříve bych se Vás chtěl zeptat, na současný stav HIV/AIDS v Afghánistánu, mohl byste mi ho prosím osvětlit?

Podle dostupných informací každý den stoupá počet HIV pozitivních jedinců. Pokud se co nejdříve nezasáhne a nezavedou opatření pro prevenci a zamezení šíření HIV/AIDS v zemi, je velice pravděpodobné, že to v budoucnu bude mít ničivé až nepředstavitelně velké následky. Jelikož je úroveň znalostí a povědomí o HIV/AIDS v Afghánistánu v rámci běžného obyvatelstva na nízké úrovni, je nutné šířit informace o HIV/AIDS všemi dostupnými zdroji.

Další otázkou je: Jaké jsou klíčové zásahy pro podporu prevence HIV/AIDS v Afghánistánu?

Nejdůležitějšími zdroji pro šíření informací jsou:

- 1) Média: hlavně televize, rádio a noviny

2) Přímé spojení s veřejným zdravotnictvím a dostatek dostupných materiálů pro učitele, lektory, kněze a další jedince, kteří přicházejí do styku s větším počtem osob. Ve školách by měl být zaveden předmět „Prevence HIV“.

3) Důsledná kontrola náčiní a pracovních pomůcek všech zdravotnických zařízení a také poskytovatelů služeb (kadeřnictví, holičství)

Děkuji, teď se dostáváme ke třetí otázce: Jaké jsou vaše doporučení pro zlepšení aktuální situace ohledně HIV/AIDS v Afghánistánu?

1) Doporučil bych zorganizovat konferenci pro členy senátu a parlamentu, starostů a dalších, za správní celky, odpovědných osob

2) Pravidelné kontroly zubařů, chirurgů, dalších lékařů, kadeřnictví a drogově závislí, pro něž je třeba vytvořit instituci, ve které by se mohli léčit

Dále bych se chtěl zeptat: Změnily se trendy ve výskytu HIV/AIDS?

Změna trendů v HIV/AIDS záleží na tom, jak pokročí výzkum v oblasti šíření a prevence. Je samozřejmostí že prevence, kontrola a léčba má přímý vliv na znalosti lidí v Afghánistánu. Pomocí dostatečného množství dostupných materiálů bude možné snížit prevalenci výskytu HIV/AIDS a tím změnit stávající trend.

A poslední otázka: Co byste vzkázal lidem v souvislosti s HIV/Aids problémem v zemi?

Moje zpráva pro všechny slušné a řádné afghánské obyvatele je:

1) Pro získání správných informací musí jít do zdravotnického zařízení a také by si měli nechat udělat krevní testy

2) Aby důsledně předávali své znalosti mladším generacím ohledně používání sterilních jehel

Děkuji Vám za odpovědi a přeji hezký den.

3.1.5 Rozhovor č. 5

Lékař v oboru Dětského lékařství, praxe 5 let

Dobrý den, nejdříve bych Vám chtěl poděkovat za Váš čas, který jste si pro tento rozhovor vyhradil. Položím Vám 5 otázek ohledně HIV/AIDS v Afghánistánu. Rozhovory budou zveřejněny anonymně.

Nejdříve bych se Vás chtěl zeptat, na současný stav HIV/AIDS v Afghánistánu, mohli byste mi ho prosím osvětlit?

Podle mého názoru uplynulo již téměř dvanáct let od chvíle, kdy Ministerstvo zdravotnictví začalo informovat lidi a bojovat naproti HIV/AIDS v Afghánistánu. V posledních deseti letech se vrátilo mnoho lidí ze sousedních zemí. Někteří přicházející z Íránu se během svého pobytu v zahraničí stali drogově závislými, což bylo jedním z důvodů rozšíření HIV/AIDS mezi populací Afghánistánu. Podle informací získaných od Ministerstva veřejného zdravotnictví je aktuálně přibližně 1 300 lidí HIV pozitivních, přičemž se většina o své nemoci dozvěděla náhodou – v Krevní bance v Kábulu. Jedná se ovšem o oficiální čísla, takže se dá předpokládat, že skutečný počet lidí infikovaných HIV je několikrát vyšší.

Další otázkou je: Jaké jsou klíčové zásahy pro podporu prevence HIV/AIDS v Afghánistánu?

Největší pomocí mohou být, podle mého názoru, média. Je důležité lidem sdělit, aby šli do Krevní banky v Kábulu a nechali se testovat na HIV. U této nemoci, stejně jako u mnoha jiných platí, že čím dříve je odhalena, tím lépe pro samotného jedince i pro ostatní. Dalším důležitým krokem je distribuce kondomů. Lidé se často cítí špatně, pokud mají kondomy kupovat. Je třeba lidem dodat informace o užitečnosti a účinnosti této ochrany. Velmi důležité je rovněž lidi informovat o tom, že HIV se nepřenáší pouze sexuálním stykem, ale i jinými cestami.

Děkuji, teď se dostáváme ke třetí otázce: Jaké jsou vaše doporučení pro zlepšení aktuální situace ohledně HIV/AIDS v Afghánistánu?

Nejvíce bych doporučil zlepšit:

- 1) Informovanost učitelů a profesorů ve školách
- 2) Zavést semináře poskytované kněžím, učitelům a dalším lidem, kteří se setkávají s dalšími jedinci a mají na ně vliv
- 3) Připravit a produkovat letáky a další doprovodné dokumenty, jak v psaném jazyce, tak ilustrované

Dále bych se chtěl zeptat: Změnily se trendy ve výskytu HIV/AIDS?

Podle mého názoru ve významné změně trendu brání nedostatečná důslednost vládních orgánů ve vytvoření funkčního preventivního programu pro HIV/AIDS. Přesto se situace stále a stále zlepšuje, jelikož lidé získávají postupem času a díky pomoci zahraničních organizací základní povědomí o této nemoci.

A poslední otázka: Co byste vzkázal lidem v souvislosti s HIV/Aids problémem v zemi?

Všem lidem bych chtěl vzkázat fakt, že tato nemoc je velmi nebezpečná a že by každý měl vždy dbát na osobní hygienu a používat pouze sterilní nástroje.

Děkuji Vám za odpovědi a přeji hezký den.

3.2 Dotazník

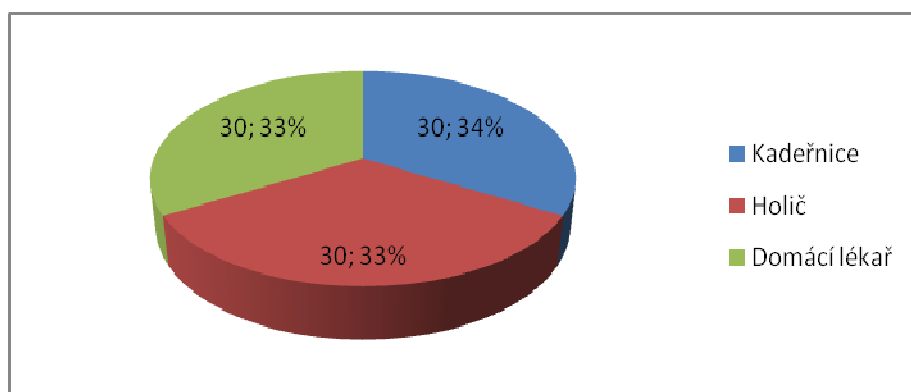
Dotazník byl sestaven z 20 uzavřených otázek, vždy obsahoval několik možností, z toho vždy jen jednu správnou možnost. Respondenti měli na vyplnění dotazníku čas podle vlastní potřeby. Dotazníky byly vyplňovány v mé přítomnosti, avšak vždy s dostatečným prostorem pro soukromí respondenta aby bylo dosaženo pocitu bezpečí a omezena možnost bázně či studu při vyplňování dotazníku. Dotazníky byly k dispozici v perském jazyce a později přeloženy. Následující tabulky a grafy shrnují získané odpovědi od všech respondentů, vždy na danou otázku.

Tabulka č. 2: Výzkumný vzorek podle profese

Vykonávané povolání

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kadeřnice	30	33,3	33,3	33,3
Holič	30	33,3	33,3	66,7
Domácí lékař	30	33,3	33,3	100,0
Total	90	100,0	100,0	

Zdroj: Vlastní výzkum, 2013

Graf 11

Zdroj: Vlastní výzkum, 2013

Všechny skupiny byly z hlediska počtu zastoupeny rovnoměrně. Pohlaví, vzhledem k povaze vybraných profesí, bylo mezi respondenty 60 žen a 30 mužů.

Tabulka č. 3: Otázka č. 1**Ot. 1. Slyšeli jste někdy o HIV nebo AIDS?**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ano	90	100,0	100,0	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2013

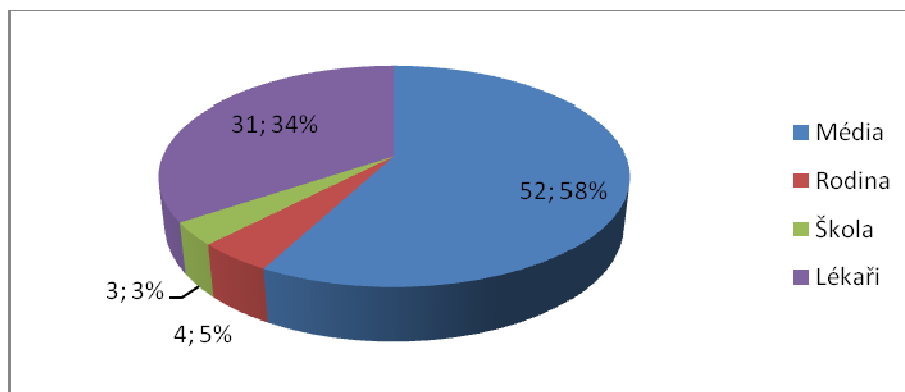
Tabulka č. 4: Otázka č. 2

Ot. 2. Pokud ano, jak jste se o HIV/AIDS dozvěděli?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Média	52	57,8	57,8	57,8
	Rodina	4	4,4	4,4	62,2
	Škola	3	3,3	3,3	65,6
	Lékaři	31	34,4	34,4	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

Zdroj: Vlastní výzkum, 2013

Graf 12



Zdroj: Vlastní výzkum, 2013

Skupina domácích lékařů častěji vybírala možnost získání znalostí od lékařů nebo médií. Kadeřnice Uváděly mezi svými odpověďmi školu, média a lékaře. Holiči na tuto otázku volili média a rodinu.

Tabulka č. 5: Otázka č. 3

Ot. 3. Setkal/a jste se někdy s nemocí HIV/AIDS ?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ne	90	100,0	100,0	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2013

Tabulka č. 6: Otázka č. 4

Ot. 4. Byl někdo ve Vašem blízkém okolí nebo v rodině nakažený HIV/AIDS?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ne	90	100,0	100,0	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2013

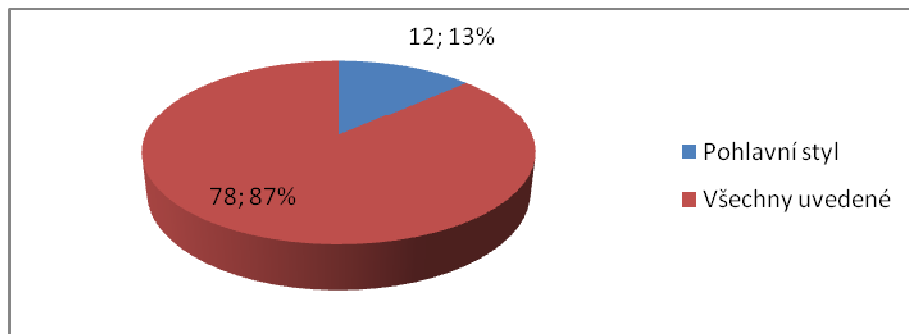
Tabulka č. 7: Otázka č. 5

Ot. 5. Jak se člověk může nakazit HIV/AIDS?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Pohlavní styl	12	13,3	13,3	13,3
Všechny uvedené	78	86,7	86,7	100,0
Total	90	100,0	100,0	

Zdroj: Vlastní výzkum, 2013

Graf 13



Zdroj: Vlastní výzkum, 2013

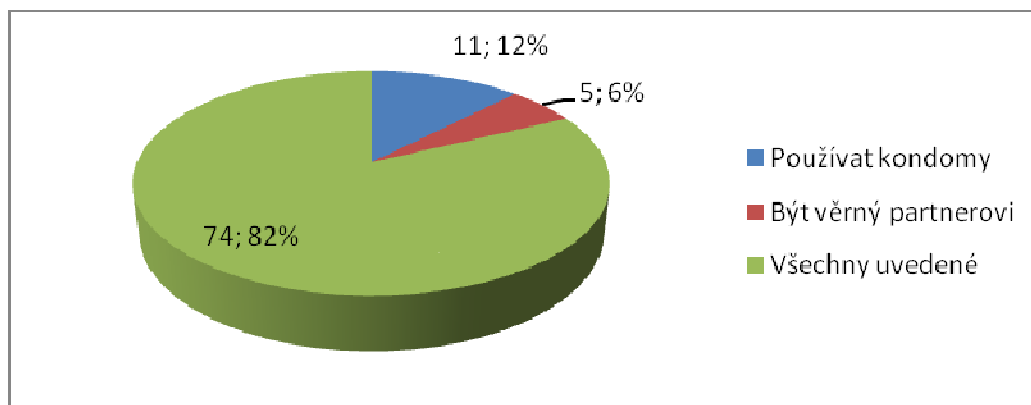
Většina respondentů vybrala odpověď všechny uvedené, mezi respondenty, kteří uvedli, že se HIV/AIDS šíří pouze pohlavním stykem patřilo 9 holičů a 3 kadeřnice.

Tabulka č. 8: Otázka č. 6

Ot. 6. Vyberte prosím jak se člověk může chránit před nakažením HIV/AIDS?					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Používat kondomy	11	12,2	12,2	12,2
	Být věrný partnerovi	5	5,6	5,6	17,8
	Všechny uvedené	74	82,2	82,2	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

Zdroj: Vlastní výzkum, 2013

Graf 14



Zdroj: Vlastní výzkum, 2013

V této otázce opět většina respondentů uvedla správnou odpověď. Mezi respondenty, kteří uvedli, že je ochráněno použitím kondomu, bylo 8 holičů a 3 kadeřnice. Mezi respondenty, kteří uvedli, že je před HIV/AIDS ochráněno věrností partnerovi, byli 4 holiči a jedna kadeřnice.

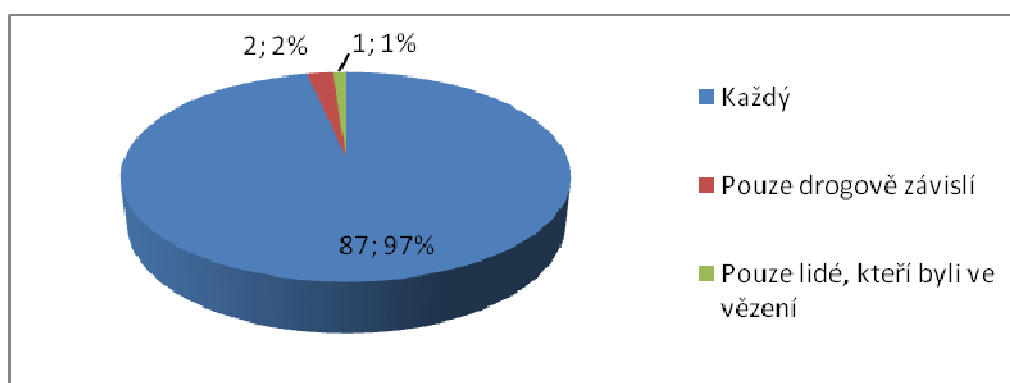
Tabulka č. 9: Otázka č. 7

Ot. 7. Kdo může být podle Vašeho názoru nakažený HIV/AIDS?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Každý	87	96,7	96,7	96,7
	Pouze drogově závislí	2	2,2	2,2	98,9
	Pouze lidé, kteří byli ve vězení	1	1,1	1,1	100,0
Total		90	100,0	100,0	

Zdroj: Vlastní výzkum, 2013

Graf 15



Zdroj: Vlastní výzkum, 2013

Drtivá většina respondentů ví, že HIV/AIDS je nemoc, která se může týkat každého. Že je nákaza záležitostí pouze drogově závislých se domnívá jedna kadeřnice a jeden holič. Jedna z kadeřnic je přesvědčena, že HIV/AIDS se týká jen lidí, kteří byli ve vězení.

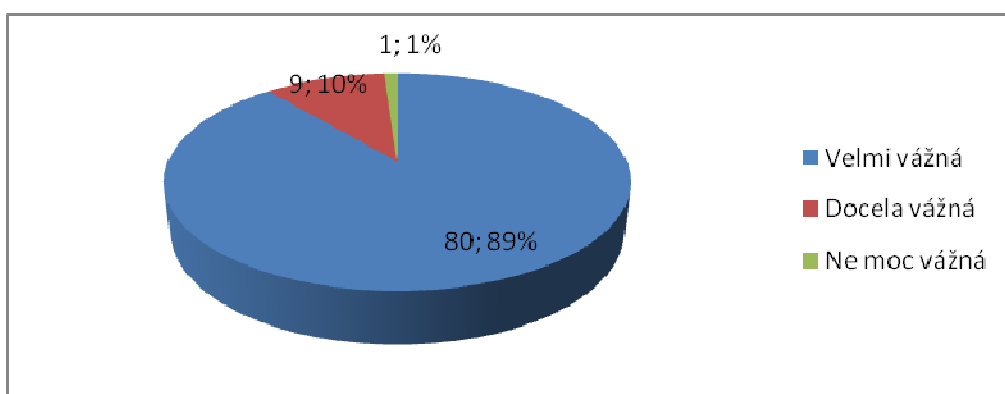
Tabulka č. 10: Otázka č. 8

Ot. 8. Jak je podle Vás diagnóza HIV/AIDS vážná?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Velmi vážná	80	88,9	88,9	88,9
	Docela vážná	9	10,0	10,0	98,9
	Ne moc vážná	1	1,1	1,1	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

Zdroj: Vlastní výzkum, 2013

Graf 16



Zdroj: Vlastní výzkum, 2013

Na otázku závažnosti choroby uvedl jeden z holičů HIV/AIDS jako ne moc vážnou nemoc. Dalších 5 holičů se domnívá, že nemoc je docela vážná, stejný názor mají tři kadeřnice a jedna domácí lékařka. Ostatní respondenti označili chorobu za velmi vážnou.

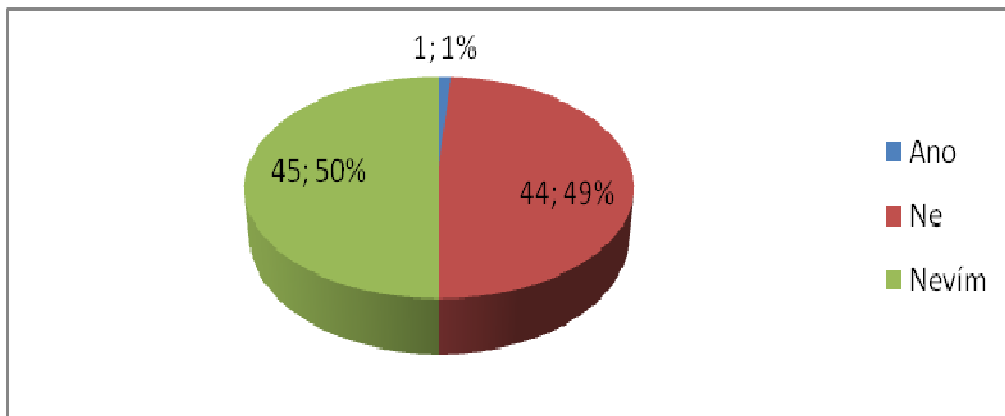
Tabulka č. 11: Otázka č. 9

Ot. 9. Existuje účinná očkovací látka naproti viru HIV?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	1	1,1	1,1	1,1
	Ne	44	48,9	48,9	50,0
	Nevím	45	50,0	50,0	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

Zdroj: Vlastní výzkum, 2013

Graf 17



Zdroj: Vlastní výzkum, 2013

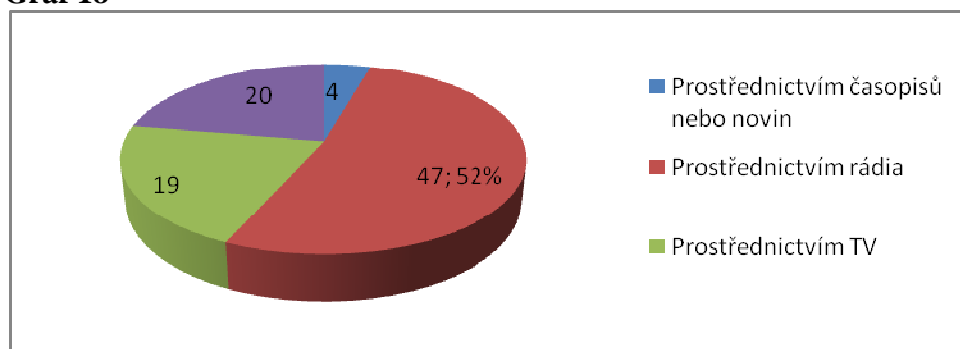
Otázka týkající se existence očkovací látky se pro respondenty ukázala jako obtížná. 23 domácích lékařek odpovědělo, že lék neexistuje, dalších 7 si nebylo jisto. 17 kadeřnic odpovědělo, že lék neexistuje, ostatních 13 si nebylo jisto. Čtyři z holičů odpověděli, že lék neexistuje, dalších 25 si nebylo jisto a jeden se domnívá, že lék existuje.

Tabulka č. 12: Otázka č. 10

Ot. 10. Jak jste byli poprvé poučeni o HIV/AIDS?					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Prostřednictvím časopisů nebo novin	4	4,4	4,4	4,4
	Prostřednictvím rádia	47	52,2	52,2	56,7
	Prostřednictvím TV	19	21,1	21,1	77,8
	Od rodiny, přátel, známých či sousedů	20	22,2	22,2	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

Zdroj: Vlastní výzkum, 2013

Graf 18



Zdroj: Vlastní výzkum, 2013

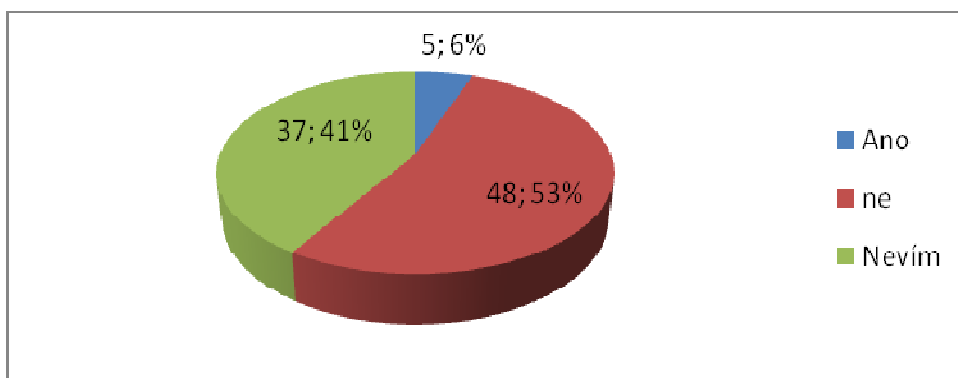
Většina respondentů byla poprvé poučena o HIV/AIDS prostřednictvím rádia, dále pak skrze rodinu a přátele, skrze TV a několik také skrze časopisy nebo noviny. 19 holičů se o HIV/AIDS dozvěděla prostřednictvím rádia, 2 od rodiny, přátel, známých či sousedů, a 9 sledováním TV a jeden prostřednictvím časopisů nebo novin. Z kadeřnic se o HIV/AIDS dozvědělo 16 prostřednictvím rádia, 4 od rodiny, přátel, známých či sousedů, a 10 prostřednictvím sledování televize. Mezi domácími lékařkami se 12 dozvědělo o infekci prostřednictvím rádia, 14 se o HIV/AIDS dozvědělo od rodiny, přátel, známých či sousedů, 3 se dozvěděly o infekci prostřednictvím časopisů nebo novin a jedna prostřednictvím TV.

Tabulka č. 13: Otázka č. 11

Ot. 11. Je nemoc AIDS léčitelná?					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	5	5,6	5,6	5,6
	ne	48	53,3	53,3	58,9
	Nevím	37	41,1	41,1	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

Zdroj: Vlastní výzkum, 2013

Graf 19



Zdroj: Vlastní výzkum, 2013

Tato otázka opět představovala tvrdý oříšek pro mnoho respondentů. Mezi respondenty, kteří odpověděli, že si nejsou léčitelností jisty, bylo 12 kadeřnic, 5 domácích lékařek a 20 holičů. Že je HIV/ AIDS léčitelná se domnívají 4 holiči a jedna kadeřnice.

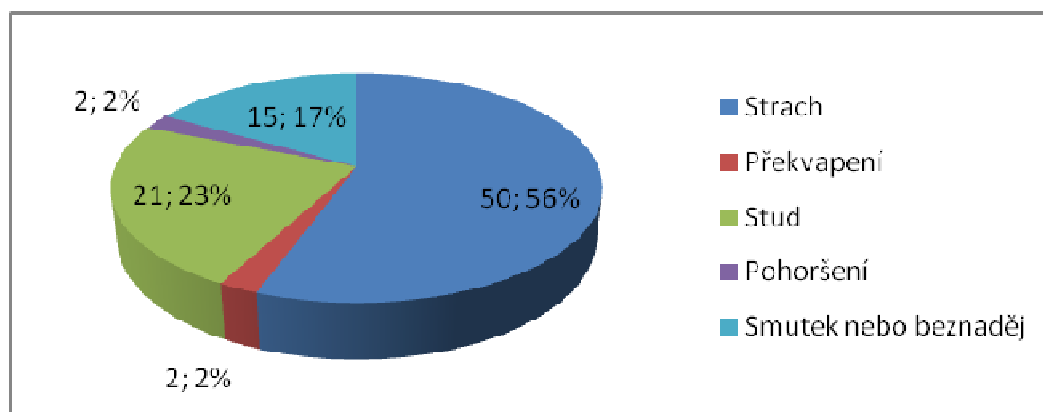
Tabulka č. 14: Otázka č. 12

Ot. 12. Jaká by byla Vaše reakce, pokud byste zjistili, že je někdo HIV pozitivní?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Strach	50	55,6	55,6	55,6
Překvapení	2	2,2	2,2	57,8
Stud	21	23,3	23,3	81,1
Pohoršení	2	2,2	2,2	83,3
Smutek nebo beznaděj	15	16,7	16,7	100,0
Total	90	100,0	100,0	

Zdroj: Vlastní výzkum, 2013

Graf 20



Zdroj: Vlastní výzkum, 2013

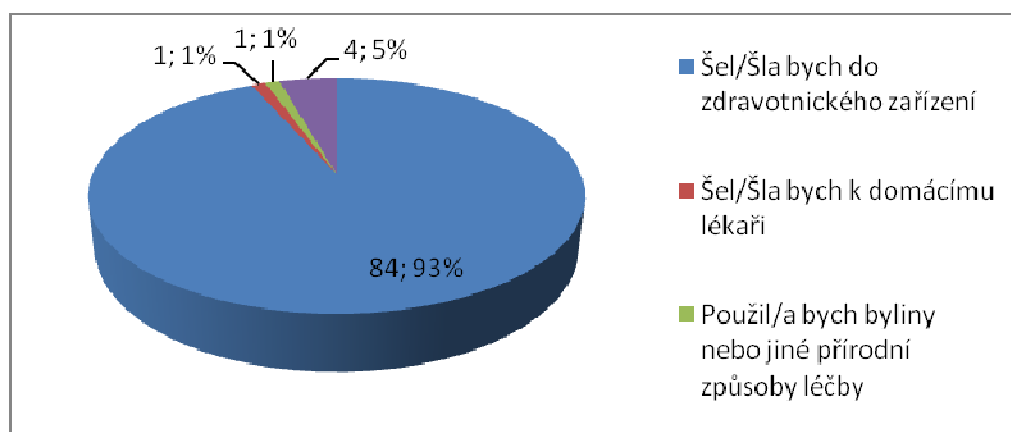
Tato otázka, naskytla prostor pro mnoho zajímavých odpovědí ze strany respondentů. Větší polovina respondentů by v případě zjištění, že je někdo HIV pozitivní dostala strach. 13 Domácích lékařek a 2 kadeřnice by pocítovali smutek či beznaděj. 2 z kadeřnic by byly v případě takového zjištění překvapeny. Holiči by byli ve dvou případech pohoršení a ve 12 případech by pocítili stud. 7 Kadeřnic a 2 domácí lékařky by rovněž propadli studu.

Tabulka č. 15: Otázka č. 13

Ot. 13. Co by jste dělali, pokud by se u Vás objevily příznaky HIV/Aids?					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Šel/Šla bych do zdravotnického zařízení	84	93,3	93,3	93,3
	Šel/Šla bych k domácímu lékaři	1	1,1	1,1	94,4
	Použil/a bych byliny nebo jiné přírodní způsoby léčby	1	1,1	1,1	95,6
	Nechci o tom mluvit	4	4,4	4,4	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

Zdroj: Vlastní výzkum, 2013

Graf 21



Zdroj: Vlastní výzkum, 2013

V případě objevení příznaků HIV/AIDS by valná většina respondentů zamířila do zdravotnického zařízení. Pouze jedna kadeřnice by šla navštívit nejdříve domácího lékaře, jedna z kadeřnic i o tomto nepřála mluvit. 3 z holičů se opět zdrželi odpovědi a jeden z holičů by použil přírodní způsoby léčby.

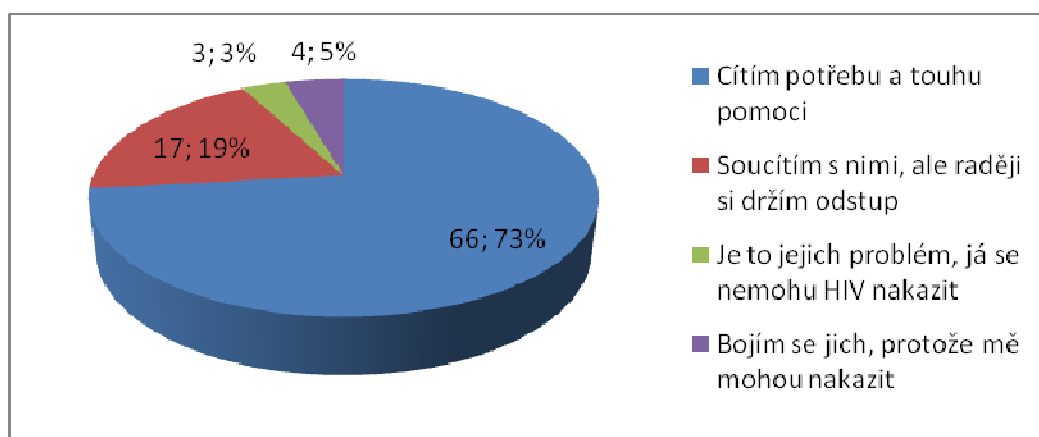
Tabulka č. 16: Otázka č. 14

Ot. 14. Jaký názor na HIV pozitivního člověka je Vám nejbližší?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Cítím potřebu a touhu pomoci	66	73,3	73,3	73,3
Soucítím s nimi, ale raději si držím odstup	17	18,9	18,9	92,2
Je to jejich problém, já se nemohu HIV nakazit	3	3,3	3,3	95,6
Bojím se jich, protože mě mohou nakazit	4	4,4	4,4	100,0
Total	90	100,0	100,0	

Zdroj: Vlastní výzkum, 2013

Graf 22



Zdroj: Vlastní výzkum, 2013

Na blízkost názorů na HIV pozitivního jedince v okolí respondenta větší polovina odpověděla, že by cítila potřebu a touhu pomoci. 8 Domácích lékařek by s jedincem soucítilo, ale raději by si drželo odstup, stejně tak jako 7 kadeřnic a 2 holiči. Tři kadeřnice a jedna domácí lékařka vyjádřily obavu z nákazy. 2 kadeřnice a jeden holič se domnívají, že se jedná pouze o problém infikovaných osob a nemohou se nakazit.

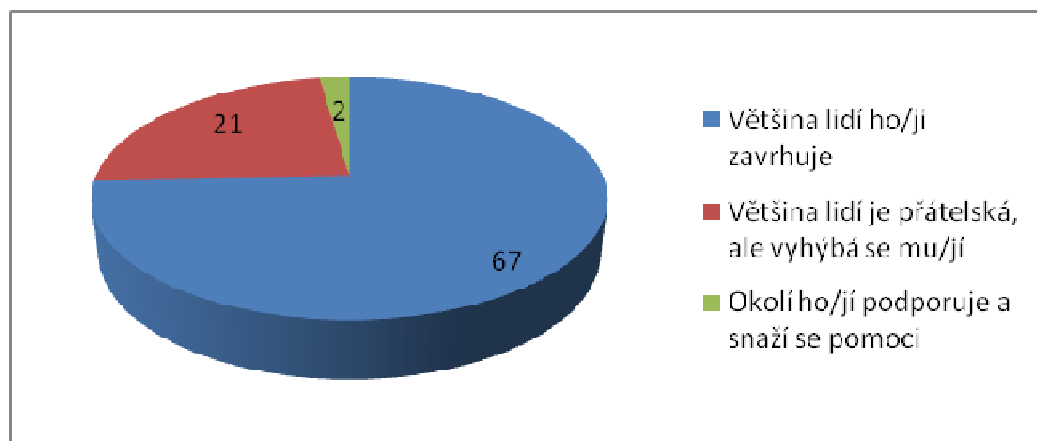
Tabulka č. 17: Otázka č. 15

Ot. 15. Jak je ve Vašem okolí běžně nakládáno/jednáno s HIV pozitivními lidmi?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Většina lidí ho/ji zavrhuje	67	74,4	74,4	74,4
	Většina lidí je přátelská, ale vyhýbá se mu/jí	21	23,3	23,3	97,8
	Okolí ho/jí podporuje a snaží se pomoci	2	2,2	2,2	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

Zdroj: Vlastní výzkum, 2013

Graf 23



Zdroj: Vlastní výzkum, 2013

Na tuto otázku většina respondentů odpověděla, že okolí HIV pozitivní jedince nejčastěji zavrhuje. 14 domácích lékařek a 7 kadeřnic odpovědělo, že většina lidí je přátelská, ale jedinci se vyhýbá. Dvě domácí lékařky popisují prostředí jako podporující a snažící se pomoci.

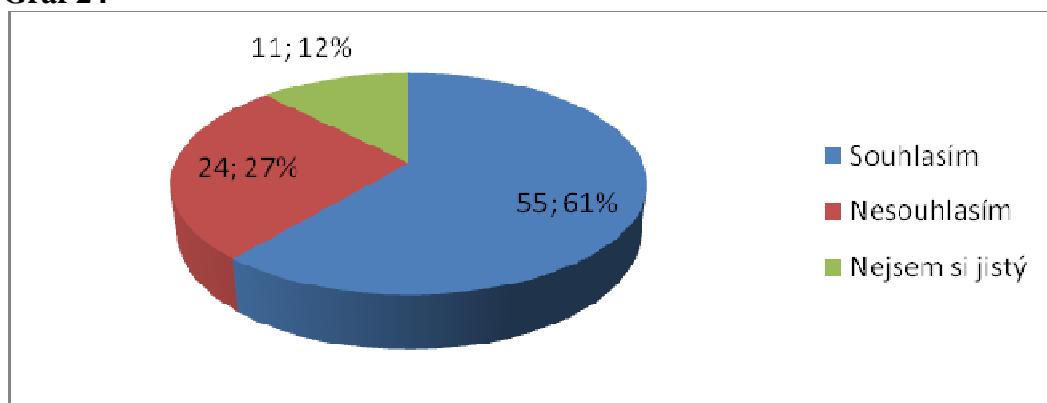
Tabulka č. 18: Otázka č. 18

Ot. 16. Nakupování kondomů v Afghánistánu je ponižující záležitostí?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Souhlasím	55	61,1	61,1	61,1
	Nesouhlasím	24	26,7	26,7	87,8
	Nejsem si jistý	11	12,2	12,2	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

Zdroj: Vlastní výzkum, 2013

Graf 24



Zdroj: Vlastní výzkum, 2013

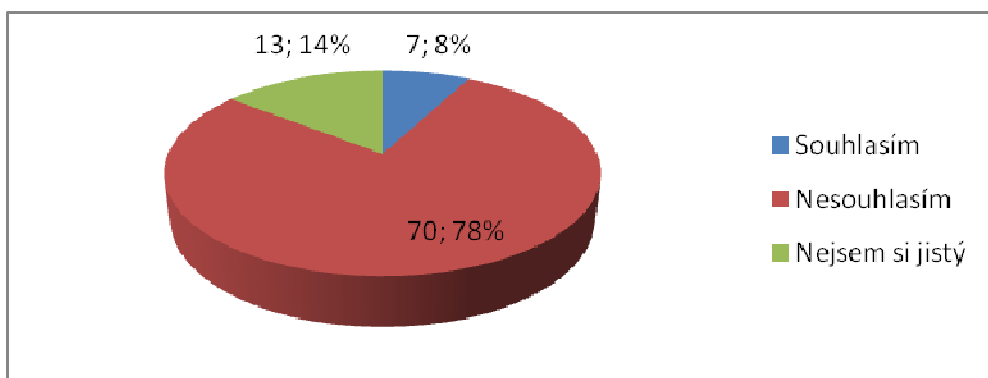
Větší polovina respondentů se domnívá, že nakupování kondomů v Afghánistánu je stále ponižující záležitostí. 5 kadeřnic, 11 holičů a 8 domácích lékařek s tímto názorem nesouhlasí. Ostatní respondenti si nebyli jistí.

Tabulka č. 19: Otázka č. 17

Ot. 17. Je bezpečné dělit se o předměty, jako jsou například: nůžky na nehty, holičí stojky a další, se svou rodinou a přáteli?					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Souhlasím	7	7,8	7,8	7,8
	Nesouhlasím	70	77,8	77,8	85,6
	Nejsem si jistý	13	14,4	14,4	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

Zdroj: Vlastní výzkum, 2013

Graf 25



Zdroj: Vlastní výzkum, 2013

V bezpečnosti sdílení předmětů se většina respondentů správně domnívá, že takovéto chování je rizikové. 6 holičů a jedna kadeřnice se domnívá, že jde o bezpečnou záležitost. 4 kadeřnice a 9 holičů si není jisto.

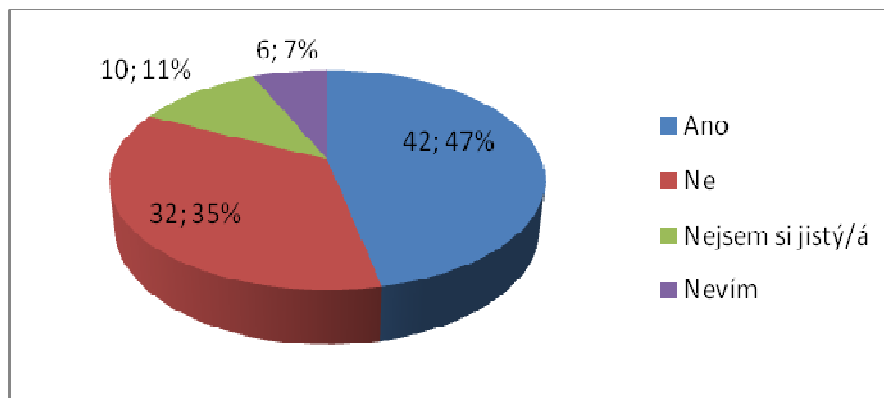
Tabulka č. 20: Otázka č. 18

Ot. 18. Znáte nějaké program pro prevenci HIV/AIDS infekce, které jsou v Afghánistánu uskutečňovány?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ano	42	46,7	46,7	46,7
Ne	32	35,6	35,6	82,2
Nejsem si jistý/á	10	11,1	11,1	93,3
Nevím	6	6,7	6,7	100,0
Total	90	100,0	100,0	

Zdroj: Vlastní výzkum, 2013

Graf 26



Zdroj: Vlastní výzkum, 2013

Programy prevence HIV/AIDS zná 27 domácích lékařek, 11 kadeřnic a 3 holiči. Naopak 22 holičů, 9 kadeřnic a jedna domácí lékařka neznají žádné takové programy. Existencí programů si není jisto 5 kadeřnic, 3 holičů a jedna domácí lékařka. Ostatní respondenti se k otázce nevyjádřili (odpověď: nevím).

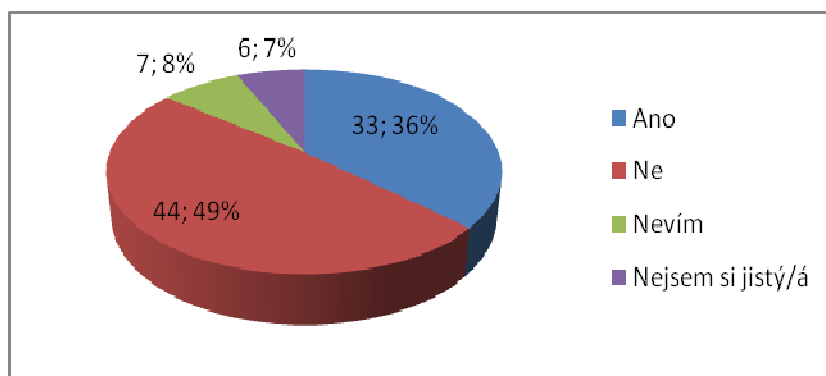
Tabulka č. 21: Otázka č. 19

Ot. 19. Slyšel/a jste někdy o Antiretrovirálních léčích pro HIV/AIDS?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	33	36,7	36,7	36,7
	Ne	44	48,9	48,9	85,6
	Nevím	7	7,8	7,8	93,3
	Nejsem si jistý/á	6	6,7	6,7	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

Zdroj: Vlastní výzkum, 2013

Graf 27



Zdroj: Vlastní výzkum, 2013

O Antiretrovirálních léčích slyšelo 23 domácích lékařek, 8 kadeřnic a 2 holiči. 3 domácí lékařky a 3 holiči si nejsou jisti. 5 kadeřnic a 2 holiči neví, ostatní respondenti o léčích neslyšeli.

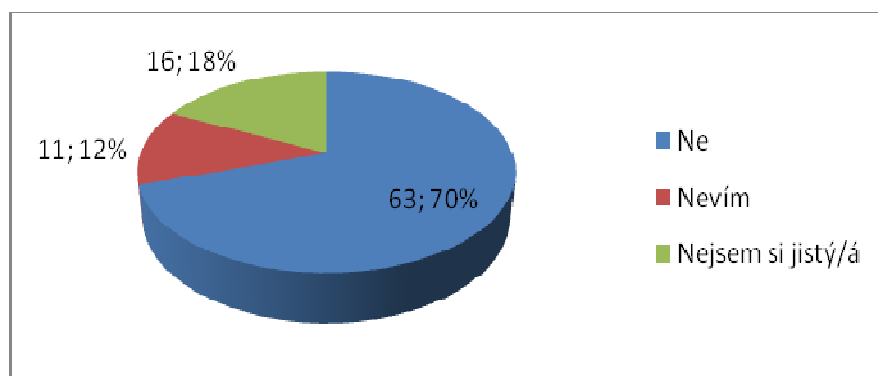
Tabulka č. 22: Otázka č. 20

Ot. 20. Existují programy nebo aktivity pro podporu prevence HIV/AIDS provozované místními mešitami?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ne	63	70,0	70,0	70,0
	Nevím	11	12,2	12,2	82,2
	Nejsem si jistý/á	16	17,8	17,8	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

Zdroj: Vlastní výzkum, 2013

Graf 28



Zdroj: Vlastní výzkum, 2013

Dvě třetiny respondentů uvedlo, že programy provozované mešitami ohledně HIV/AIDS nejsou uskutečňovány. 2 domácí lékařky, 6 kadeřnic a 3 holiči si nejsou jisti. 5 kadeřnic, jedna domácí lékařka a 5 holičů neví. Žádný z respondentů neodpověděl na tuto otázku kladně.

IV. DISKUSE

V rámci mé diplomové práce jsem se pokusil poodhalit problematiku HIV/AIDS v Afghánistánu a získat tak odpovědi na výzkumné otázky. Výzkum pomocí metod dotazníků a rozhovorů s lékaři byl uskutečněn v Afghánistánu v hlavním městě Kábulu a na jeho krajích. Výzkumné šetření proběhlo formou kombinace kvalitativního a kvantitativního výzkumu. Kvantitativní šetření probíhalo formou dotazníků a kvalitativní šetření bylo zastoupeno rozhovory s odborníky. Výzkumný vzorek se skládal z 90 respondentů, který se rovnoměrně dělil do tří skupin. První skupina se skládala z kadeřnic, druhou skupinu tvořili holiči a třetí skupinou byli domácí léčitelé (ženy). Sběr dat byl uskutečněn během mého dvouměsíčního pobytu v Afghánistánu. Respondenti v mé přítomnosti vyplňovali dotazníky přímo na místě setkání (pracovní působiště respondentů). V této kapitole se pokusím o shrnutí získaných výsledků pro zodpovězení výzkumných otázek. Nejdříve se zaměřím na rozhovory s lékaři, poté na dotazníkové šetření a na závěr zhodnotím dosažení cílů práce a odpovědi na výzkumné otázky.

Rozhovory byly uskutečněny s celkem pěti lékaři působícími v nemocnicích v hlavním městě Kábul. Každý z lékařů má jiný počet let praxe a pracuje v jiné specializaci. S lékaři jsem uskutečnil rozhovory buďto u nich v ordinaci ve vhodnou dobu, kterou si určili sami po předchozí, většinou emailové, nebo telefonické domluvě a byly zároveň i zapisovány. K zaznamenávání dat jsem ve dvou případech využil počítače v ordinaci lékaře a ve třech případech ruční zápis. O zapisování jsem ve třech případech po domluvě s respondentem požádal o zapisování zdravotní sestru a ve dvou případech jsem měl, opět po souhlasu respondenta, sebou na výpomoc dalšího rodilého mluvčího, který rozhovor zaznamenával.

V otázce č. 1 na současnou situaci HIV/AIDS v Afghánistánu lékaři odpovídali různě, avšak jejich odpovědi se v několika bodech shodovaly. Všichni lékaři vidí za současnou situací HIV/AIDS v Afghánistánu uživatele nitrožilních i dalších drog,

migraci způsobenou válečnými konflikty v posledních letech, v produkci drog a nechráněném sexuálním styku s jinou osobou, než s životním partnerem.

V odpovědi na otázku č. 2, ohledně klíčových zásahů pro podporu prevence HIV/AIDS v Afghánistánu, se všichni lékaři shodli na nezbytnosti informovanosti veřejnosti o HIV/AIDS, velmi zásadní roli zapojení všech médií z důvodu negramotnosti části obyvatel Afghánistánu. Lékaři dále uváděli nutnost zavést semináře pro učitele, duchovní vůdce a další osoby, které se v rámci svého zaměstnání nebo politické moci a pozice setkávají s větším počtem lidí a dokážou je pozitivně ovlivnit. Dalším důležitým faktorem je podle většiny lékařů důsledná kontrola ve zdravotnických zařízeních a dalších místech, kde by mohlo docházet k přenosu HIV, ke kontrole náčiní a pomůcek, používání sterilních jehel. Jeden z lékařů uvádí povinné testování imigrantů přicházejících do země na HIV, jako další důležitý krok pro prevenci, další lékař doplňuje návrhem karantény pro všechny zjištěné případy. Většina odpovědí a návrhů je velice objektivní a reálná, některé pak příliš neopisují realitu, či nejsou příliš etickým a šetrným způsobem zacházení s jednotlivci.

Na otázku, jaká doporučení by lékaři poskytli pro zlepšení aktuální situace ohledně HIV/AIDS v Afghánistánu, byly odpověďmi respondentů pokryty téměř všechny úrovně potřebné prevence. Každý lékař se zaměřoval trochu jiným směrem, někteří se soustředili více na praktickou část prevence, jako je vyvarování se styku s více sexuálními partnery, používání kondomů, nesdílení jehel, další na úroveň vzdělávání ve všech sférách, jako například vytvoření kurikula pro výuku o HIV/AIDS na školách a konference pro zástupce správních celků, aby docházelo k odpovědnému šíření informací ve všech oblastech, jiní se soustředili na důsledné kontroly zdravotnických zařízení a lékařů, nebo na již infikované jedince a jejich ochranu před hrozícími infekcemi.

Čtvrtá otázka se zaměřovala na změnu trendů ohledně HIV/AIDS v Afghánistánu. Respondenti se v této otázce svými názory nejvíce rozcházel. Tři lékaři uvedli, že si doposud nevšimli žádné změny trendů ohledně HIV/AIDS v zemi, nebo že si jich alespoň nepovšimli. Jeden z respondentů upozornil na komplikovanost situace kvůli nedostatečné důslednosti vládních orgánů na účasti

programů pro prevenci HIV, zároveň však uvádí, že je zde do určité míry kompenzace díky mezinárodním organizacím, které v zemi působí. Jeden z respondentů uvedl, že se trendy ohledně HIV/AIDS v Afghánistánu změnily právě situací, kdy se najednou vyskytl vysoký počet migrantů přicházejících do země a to si vyžádalo jednání. Poukazuje však spíše na alarmující situaci, která v zemi nastává.

Na poslední otázku ohledně poselství lidem v rámci problému HIV/AIDS v Afghánistánu se lékaři vyjadřovali opět různorodě. Jeden z lékařů se dokonce uchýlil k adresování své zprávy „slušným a řádným afghánským obyvatelům“. Ostatní lékaři však byli více tolerantní a otevření ke všem, i k rizikovým skupinám. Jejich poselství zahrnovala spíše praktická doporučení, ohledně zvýšené pozornosti v kadeřnictvích a holičstvích, při ošetřování ve zdravotnickém zařízení a také důsledné používání ochrany a sterilních jehel a stříkaček. Mezi odpověďmi se také vyskytla velmi praktická informace poukazující na problém mezi běžným obyvatelstvem a to fakt, že HIV/AIDS je nemoc závažná a je třeba se informovat, předávat informace dalším generacím důvěryhodné informace vyhledávat v nemocnicích či v Krevní bance v Kábulu, popřípadě si nechat udělat testy.

Dotazníkové šetření bylo vedeno s 90 respondenty, přičemž se výzkumný vzorek dělil na 3 profese: Kadeřnice, holiče a domácí lékaře. Data byla získána od všech respondentů a tím bylo dosaženo úplnosti vzorku pro závěrečné vyhodnocení dat.

Předmětem první otázky bylo zjistit, zda všichni respondenti o HIV/AIDS slyšeli. V této otázce všichni respondenti odpověděli kladně. Základní povědomí a informovanost o HIV/AIDS je velmi důležitým faktorem, hrajícím důležitou roli v intervenčních programech a prevenci šíření HIV v Afghánistánu.

Ve druhé otázce bylo úkolem zjistit, odkud obecné povědomí o HIV/AIDS respondentů pramení. 57,8 % respondentů se o HIV/AIDS dozvědělo prostřednictvím médií. 34,4 % dotazovaných se o nemoci dozvědělo od lékařů či sester. 4,4 % respondentů se o HIV/AIDS dozvěděla od rodinných příslušníků. 3,3 % informace o HIV/AIDS získala ve škole. Mezi nabízenými odpověďmi byly i možnosti

získání informací v mešitě a od přátel. Žádný z respondentů však tyto možnosti nevybral, proto lze předpokládat, že se prostřednictvím těchto zdrojů se informace tohoto druhu příliš nešíří, což může být samozřejmě ovlivněno větší konzervativností náboženských vůdců a větší míra tabu ohledně intimních záležitostí mezi jedinci.

Na třetí otázku, zda se respondenti někdy setkali s nemocí HIV/AIDS, všichni respondenti odpověděli záporně. Nikdo z respondentů tedy nemá osobní zkušenost HIV pozitivního, blízkého člověka či známého ze svého okolí.

Otázka č. 4 navazovala na otázku předchozí a zaměřovala se na blízké okolí, či rodinu respondenta. Byla vybrána z důvodu snahy zjistit, zda respondent, mající ve svém blízkém okolí HIV pozitivního, bude o nemoci lépe informovaný, než respondenti bez této zkušenosti. V našem případě se však mezi respondenty nenacházel nikdo, kdo by v okolí takového jedince měl. Toto může být opět záležitostí studu šířit se citlivými informacemi, nebo naopak dobrým znamením toho, že nemoc není ještě mezi obyvateli střední třídy tolik rozšířena.

V otázce č. 5 bylo za úkol zjistit, jak dobře jsou respondenti informovaní o možnostech šíření HIV. 86,7 % respondentů uvedlo všechny možnosti jako rizikové pro přenos HIV. 13,3 % dotazovaných se domnívá, že riziko přenosu HIV/AIDS je možné pouze pohlavním stykem.

Cílem otázky č. 6 bylo zjistit, zda jsou si respondenti vědomi způsobů, jakými je možno se chránit před nákazou HIV/AIDS. 82,2 % dotazovaných označilo všechny nabízené možnosti jako účinnou ochranu před nákazou. 12,2 % se domnívá, že ochranou před HIV/AIDS je používání kondomů. 5,6 % pak uvedlo věrnost partnerovi jako nejlepší ochranu před nákazou.

Otázka č. 7, kdo může být podle názorů respondentů nakažený HIV/AIDS, měla zajistit informace o případných iluzích, či předsudcích k HIV pozitivním jedincům ze strany běžného obyvatelstva. 96,7 % dotazovaných je si vědomo, že HIV/AIDS se může nakazit kdokoli. 2,2 % si myslí, že se jedná pouze o problém drogově závislých a 1,1 % respondentů uvedlo, že HIV/AIDS je pouze záležitostí lidí, kteří byli ve vězení.

V otázce č. 8 jsem se dotazoval na vážnost onemocnění HIV/AIDS. Úkolem zde bylo zjistit, zda si respondenti uvědomují závažnost této nemoci a z ní vyplývající

velkou naléhavost prevence. 88,9 % dotazovaných považuje HIV/AIDS za vážné onemocnění. 10 % jedinců považuje nemoc za docela vážnou a 1,1 % za ne příliš vážnou chorobu.

Otázka č. 9 se zaměřovala na možnosti očkování naproti HIV/AIDS. 50 % respondentů odpovědělo, že na tuto nemoc neexistuje účinná očkovací látka. 48,9 % si není jista existencí možného očkování na HIV/AIDS a 1,1 % se domnívá, že očkování existuje.

Otázka č. 10 se blíže zabývá prvotními zdroji informací o HIV/AIDS, se kterými respondenti přišli do styku. 52,2 % respondentů bylo poprvé o HIV/AIDS informováno prostřednictvím rádia. 22,1 % respondentů se poprvé dočetlo o HIV/AIDS od rodiny, přátel, známých či sousedů. 21,1 % dotazovaných se poprvé o HIV dozvědělo prostřednictvím televize a 4 % skrze čtení časopisů a novin.

V otázce č. 11 byl respondentům předložen dotaz, zda si myslí, že je nemoc HIV/AIDS léčitelná. 53,3 % dotazovaných uvedlo, že nemoc HIV/AIDS je neléčitelná. 41,1 % respondentů neví, zda je nemoc léčitelná. 5,6 % respondentů se domnívá, že je HIV/AIDS léčitelné onemocnění.

Otázka č. 12 se zaměřovala na reakce respondentů v případě, že by se v jejich okolí vyskytl někdo HIV pozitivní. 55,6 % dotazovaných by v případě takového zjištění dostalo strach. 23,3 % by cítilo stud, u 16,7 % by převládaly pocity smutku či beznaděje. 2,2 % respondentů by bylo překvapeno a stejné procento by bylo situací pohoršeno.

Cílem otázky č. 13 bylo zjistit reakci respondentů v případě nákazy virem HIV/AIDS nebo jejím podezřením a následným jednáním za těchto okolností. 93,3 % by v případě zjištění příznaků HIV/AIDS vyhledala lékařskou pomoc. 4,4 % respondentů se k této otázce nechtělo vyjádřit. 1,1 % by dotazovaných navštívilo domácího lékaře/léčitele, stejné procento by k léčbě příznaků použilo byliny či dalších přírodních způsobů léčby.

Otázka č. 14 se zabývá názory a hodnocením HIV pozitivního jedince v okolí dotazovaných. 73,3 % respondentů cítí potřebu a touhu nemocnému pomoci, 18,9 % s nemocným soucítí, avšak drží si odstup. 4,4 % dotazovaných se nemocných

jedinců bojí, protože mají strach z přenosu infekce a 3,3 % se o problémy nemocných nezajímají v domnění, že se jich tento problém netýká a nemohou se nakazit.

V otázce č. 15 se zaměřuje na způsoby jednání a chování komunity vůči HIV pozitivním jedincům. 74,4 % respondentů vypovědělo, že lidé HIV pozitivní jsou ve společnosti či komunitě většinou zavrhováni. 23,3 % tvrdí, že většina lidí je ve vztahu k nemocným přátelská, ale vyhýbá se jim. 2,2 % uvedla, že se okolí snaží HIV pozitivní lidi podporovat a pomáhat jim.

Otázka č. 16 byla pokládána v souvislosti s důležitostí ochrany při pohlavním styku. Získání odpovědi na tuto otázku představuje velmi důležitou součást možností zlepšení prevence HIV/AIDS v Afghánistánu. 61,1 % respondentů vypovědělo, že nakupování kondomů v Afghánistánu je stále ponížující záležitostí. 26,7 % se domnívá, že nákup kondomů není problém a 12,2 % neví.

V další otázce jsem se soustředil na pracovní prostředí respondentů, a proto se otázka č. 17 zaměřuje na sdílení ostrých předmětů (nůžky, holicí strojky, břitva apod.) 77,8 % dotazovaných považuje sdílení těchto předmětů více osobami za rizikové. 14,4 % si není bezpečností sdílení těchto předmětů jisto a 7,8 % respondentů se domnívá, že při sdílení ostrých předmětů tohoto typu nedochází k žádnému riziku nákazou HIV.

Otázka č. 18 se zaměřuje na povědomí běžných občanů o programech prevence HIV, které jsou v Afghánistánu uskutečňovány. 46,7 % dotazovaných uvedlo, že programy prevence HIV zná, nebo o nich ví. 35,6 % programy prevence HIV nezná, ani o nich neví. 11,1 % si není jisto, zda programy prevence zná a 6,7 % nedokázalo na tuto otázku odpovědět (odpověď: nevím).

Otázka č. 19 se zabývá znalostí Antiretrovirových léků pro HIV/AIDS mezi běžnými obyvateli a povědomí respondentů o nich. 48,9 % léky nezná, ani o nich neslyšelo. 36,7 % tyto léky zná. 7,8 % neví a 6,7 % si znalostí léků není jisto. Z odpovědí na tuto otázku můžeme vyvodit důležitost preventivních programů v zemi, nejen pro prevenci ale i pro intervenci a léčbu nemocných.

Poslední, 20. otázka se zabývala aktivitou a zainteresovaností místních obyvatel v programech na podporu prevence HIV/AIDS. 70 % respondentů uvádí, že nezná

nikoho z místních obyvatel, kdo by se angažoval v těchto programech, či je organizoval. 17,8 % si není jisto a 12,2 % neví. Zde je možno vycítit malé až minimální aktivní snahy místních obyvatel v prevenci HIV/AIDS.

Pro svou diplomovou práci jsem si jako hlavní cíl práce zvolil monitoring problematiky HIV/AIDS v Afghánistánu. Tento cíl byl v rámci práce naplněn, protože se mi podařilo nasbírat informace jak teoretické, tak i praktické v rámci rozkrytí existence a aktivit různých programů pro prevenci HIV/AIDS vedených nevládními i vládními a mezinárodními organizacemi.

V rámci diplomové práce bylo rovněž zvoleno několik dílčích cílů, které jsem se pokusil naplnit.

Prvním dílčím cílem bylo popsat aktuální stav ve výskytu HIV/AIDS v Afghánistánu. Tento cíl byl v rámci mé práce naplněn, přesněji byl obsažen v teoretické části práce.

Druhým dílčím cílem bylo zmapovat znalosti pracovníků v profesích kadeřnictví – holičství v centru Kábulu a v okrajových částech o problematice HIV/AIDS. Tento cíl byl naplněn v praktické části pomocí dotazníkového šetření.

Třetím dílčím cílem bylo monitorovat provádění preventivních opatření šíření HIV/AIDS v provozech kadeřnictví - holičství v centru Kábulu a v okrajových částech.

Čtvrtým dílčím cílem bylo mapovat znalosti domácích lékařů v centru Kábulu a v okrajových částech o problematice HIV/AIDS. Oba tyto cíle byly naplněny v rámci dotazníkového šetření.

Dalším dílčím cílem pak bylo popsat provádění preventivních opatření proti šíření HIV/AIDS při ošetřování v rámci domácí „lékařské péče“ v okrajových částech.

Tento cíl se podařilo obsáhnout částečně, jelikož z odpovědí respondentů nevyplýnul detailní popis praktikování preventivních opatření v okrajové oblasti, obecné informace v oblasti prevence ve městě Kábul celkově však byly obsaženy v teoretické části, proto se tento cíl podařilo splnit alespoň částečně.

Šestým dílčím cílem bylo zjistit znalosti o problematice HIV/AIDS u lékařů zdravotnických zařízení v Kábulu. Tento cíl se podařilo naplnit v rámci rozhovorů uskutečněných s lékaři působícími v Kábulských nemocnicích.

Posledním dílčím cílem bylo porovnat úroveň znalostí o problematice HIV/AIDS u profese kadeřnice – holiči a domácí lékaři. Z těchto tří skupin se jako nejinformovanější ukázali domácí lékaři, protože pro domácí lékaře existují v Afghánistánu krátké zdravotní kurzy dostupné této profesi. Tento poznatek je velice zajímavý, protože ještě před několika lety by se domácí lékaři s největší pravděpodobností zařadili hluboko pod ostatní profese. V posledních letech však byly z důvodu nedostatku zdravotnické péče v zemi vytvořeny programy a tyto krátké zdravotnické kurzy pro domácí lékaře/léčitele okolo hlavního města Kábul. Na fakt, že se profese domácího lékaře stále udržela při existenci, se podepsala hlavně tradice v jednotlivých rodinách, kde se stále i po mladší generaci vyžaduje, aby využili služeb stejného lékaře, jako rodiče nebo prarodiče před 20 lety, pokud s ním byla rodina spokojena. Zvýšení povědomí se tedy u domácích lékařů ukázalo jako velmi nezbytné a to bylo také jedním z důvodů vzniku takovýchto krátkých kurzů. Na druhém místě se s povědomím, znalostmi a také s o poznání lepší hygienou na pracovišti umístily kadeřnice. Kadeřnické salony připadají v Kábulu, stejně jako ve většině dalších měst v Afghánistánu, ženám, protože jejich zákaznicemi jsou opět hlavně ženy. Kadeřnické salony si mohou dovolit lepší zázemí a kvalitnější vybavení, jelikož jsou díky svatebním účesům velmi dobře ekonomicky zajištěné. Velká konkurence a renomé tlačí kadeřnické salony k lepšímu, bezpečnějšímu a čistšímu prostředí, čímž přispívají účinné prevenci HIV/AIDS. Na posledním místě se umístili holiči. Holičství můžeme najít po celé zemi jak v budovách, tak i na ulici. Pouliční holičství představují největší riziko nákazy.

Většina zákazníků nedokáže zkontrolovat sterilitu břitvy a dalších nástrojů, nehledě na velké množství prachu a špatné hygienické prostředí. Holiči často mezi zákazníky omývají břitvu jen v lavoru s vodou (která je měněna jen několikrát denně). Tímto se tedy posunuli na nejnižší pomyslnou příčku, vzhledem k nízkým nárokům na vzdělání nebo hygienické podmínky je také informovanost holičů nižší, než u dalších dvou skupin. Tento cíl se podařilo naplnit pomocí informací získaných ze studií, z dotazníků a osobních rozhovorů s respondenty nad rámec dotazníků v nezávazné konverzaci a skrze pozorování pracovního prostředí respondentů.

V poslední části diskuze se zaměříme na výzkumné otázky. Pro práci jsem si zvolil několik výzkumných otázek, na které se v následujícím textu pokusím, podle dat a informací získaných v průběhu výzkumného šetření, odpovědět.

Odpovědi na výzkumné otázky:

1. Jaký je nejčastější způsob šíření HIV/AIDS v Afghánistánu

Nejčastějším způsobem šíření HIV/AIDS v Afghánistánu je skrze sdílení nesterilních jehel mezi uživateli nitrožilních drog.

2. Jaká je úroveň znalostí o problematice HIV/AIDS u profese kadeřník / holič v Kábulu a okrajových částech?

Kadeřnice mají vzhledem k lepšímu ekonomickému zázemí a také konkurence o zákazníky lepší informace o HIV/AIDS a možnostech prevence, než holiči, u kterých není pro vykonávání profese vyžadováno žádné vzdělání.

3. Jaká je úroveň znalostí o problematice HIV/AIDS u domácích lékařů v Kábulu a okrajových částech?

Domácí lékaři jsou, co se týče HIV/AIDS a možností prevence neinformovanější skupinou, jelikož většina z nich absolvuje alespoň jednou za svou profesní existenci krátký zdravotnický kurz poskytovaný lékaři, kteří pracují v HIV centru v Kábulu.

4. Jaká je úroveň znalostí o problematice HIV/AIDS u lékařů v zdravotnických zařízeních v Kábulu?

Úroveň znalostí o problematice HIV/AIDS u lékařů ze zdravotnických zařízení v Kábulu je obstojná. Všichni lékaři mají informace jak o nemoci a jejích následcích, tak ve většinovém případě i o všech možnostech přenosu a prevenci.

5. Jak jsou prováděna protiepidemická opatření v předcházení HIV v provozech kadeřnictví - holičství?

Používání jednorázových břitev a žiletek a dalších ostrých nástrojů, u kterých hrozí přenos infekce HIV/AIDS. V případě kadeřnictví jsou tato opatření prováděna důsledněji než v případě některých holičství.

6. Jak jsou prováděna protiepidemická opatření v předcházení HIV při poskytování zdravotnické péče domácími lékaři

Používání sterilních jehel a stříkaček při aplikaci léků nitrožilně pacientovi. Znalost rizika přenosu skrze krev a krevní produkty, informovanost o možnostech přenosu z HIV pozitivní matky na dítě.

7. Jak jsou prováděna protiepidemická opatření v předcházení HIV ve zdravotnických zařízeních v Kábulu?

Kontrola krve a krevních produktů, testování krve od dárců. Sterilizace nástrojů a používání ochranných pomůcek lékaři, obzvláště při práci s otevřenými ránami, nebo krvácejícím pacientem. Používání sterilních jehel a stříkaček a dalších předmětů umožňující přenos infekce.

V. ZÁVĚR

Hlavním úkolem diplomové práce bylo monitorovat problematiku HIV/AIDS v Afghánistánu. Pro práci jsem si stanovil několik dílčích cílů a výzkumné otázky, na které jsem na konci práce odpověděl. Hlavní cíl práce byl naplněn. Dílčí cíle byly z velké části také úspěšně naplněny a na výzkumné otázky byly v průběhu výzkumného šetření nalezeny odpovědi.

V teoretické části jsem shromáždil poznatky z knih, studií a dokumentů vládních i nevládních organizací v Afghánistánu a světových organizacích, jako například WHO a USAID. Zabýval jsem se jak problematikou HIV/AIDS obecně, tak problematikou HIV/AIDS v Afghánistánu. Důležitou roli zde hrály možnosti přenosu HIV/AIDS v Afghánistánu a možnosti prevence, které byly díky rozmanitému počtu kvalitních zdrojů na tuto tematiku rozkryty. Zaměření se na rizikové skupiny populace bylo rovněž pro práci velmi důležité a přínosné, jelikož se pak naskytla možnost utvoření ucelenější představy o nejčastějších cestách přenosu HIV/AIDS v zemi.

Pro praktickou část byla zvolena kombinace kvalitativního a kvantitativního výzkumu, přičemž v kvalitativní části byly uskutečněny rozhovory s lékaři, působícími ve zdravotnických zařízeních v Kábulu. Po srovnání povědomí a informovanosti lékařů ze zdravotnických zařízení byl naplněn jeden z dílčích cílů a získána odpověď na jednu z výzkumných otázek. Kvantitativní část byla zastoupena dotazníkovým šetřením skládajícím se z 20 otázek, uzpůsobeným pro 90 respondentů. Výzkumný vzorek obsahoval tři skupiny o stejném počtu respondentů. První skupinu tvořili kadeřnice, druhou holiči a třetí skupinou byli domácí lékaři. Z dotazníkového šetření vyšlo najevo, že povědomí o HIV/AIDS se u skupin liší, avšak základní povědomí o HIV/AIDS měla většina respondentů. Nejhůře, co se týče informovanosti o HIV/AIDS dopadli holiči, nejlépe domácí lékaři.

Z výzkumu i z dokumentů, zabývajících se problematikou HIV/AIDS v Afghánistánu vyplynulo, že nejčastější cestou šíření infekce není prostituce, jak se velká část obyvatelstva země domnívá, ale skrze uživatele nitrožilních drog.

Problematika HIV/AIDS v Afghánistánu je, vzhledem k neustálým konfliktům, velkému množství přílivu a odlivu jedinců z různých částí země do druhé a rovněž mimo Afghánistán do sousedních zemí a zpět, více než aktuálním tématem, jelikož stojí na hraně mezi obdobím klidu a vypuknutím epidemie, až pandemie v Afghánistánu i okolních státech. Včasné opatření a prevence jsou nyní velmi potřebná a vládní i nevládní organizace, média, zdravotnická zařízení, vzdělávací instituce i jednotlivci by se měli zapojit do programů prevence HIV/AIDS, v zájmu budoucí zdravé populace Afghánistánu. Tato práce může být použita jako další krok k vytvoření úspěšných programů a nahlédnutí do problematiky HIV/AIDS v zemi.

VI. ZDROJE

1. ACERRA, J. R., ISKYAN, K., *Rebuilding The Health Care System In Afghanistan*, Published online, June 5, 2009 [cit. 2013-02-02]. Dostupné z:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2700223>
2. ACT AGAINST AIDS, *HIV Transmission*, How is HIV passed from one person to another, June 6, 2013 [cit. 2013-06-02]. Dostupné z:
<http://www.cdc.gov/actagainstaids/basics/transmission.html>
3. AFGHANISTAN MoPH, *Country Progress Report*, Communicable Disease Directorate. 2012 [cit. 2013-05-12]. Dostupné z:
[http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_AF_Narrative_Report\[1\].pdf](http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_AF_Narrative_Report[1].pdf)
4. AFGHANISTAN, MINISTRY OF COUNTER-NARCOTICS, *National drug control strategy*, Kabul, January 2006 [cit. 2013-07-13]. Dostupné:
https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/36443/fo_nationaldrugcontrolstrategy.pdf
5. AFGHANISTAN MINISTRY OF COUNTER - NARCOTICS, United Nations Development Programme, [cit. 2013-04-10]. Dostupné:
http://www.undp.org/content/dam/undp/documents/projects/AFG/00040456/CNTF_Prog_Doc_signed_051028%20_2.pdf
6. AIDS. GOV, *A timeline of aids*, 2009 [cit. 2013-05-12]. Dostupné z:
<http://aids.gov/hiv-aids-basics/hiv-aids-101/aids-timeline/>
7. AIDS IN SOUTH ASIA, *Understanding and Responding to a Heterogeneous Epidemic*, The World Bank, 2006 [cit. 2013-03-13].
http://hivaidsclearinghouse.UNESCO.org/Search/Resources/Afghanistan_HIVAIDS_Strategic_Framework_2011_2015.PDF

8. AIDS TRUTH, The scientific evidence for HIV/AIDS, Fact About HIV, 2010 [cit. 2013-02-02]. Dostupné z: <http://www.aidstruth.org/denialism/myths/ltnp>
9. ANDREA WILSON, HIV IN AFGHANISTAN, *A Review of Literature and Evidence of Disease Burden Among Vulnerable Populations*, John Hopkins University, 2010
10. COUNTRY INFORMATION AND POLICY UNIT, *Asylum And Appeals Policy Directorate*, Country of origin information report - Afghanistan, October 16, 2006 [cit. 2013-03-11]. Dostupné z: <http://www.refworld.org/cgi-bin/telex/vtx/rwmain?docid=456578872>
11. CATHERINE S. TODD., A kol, *HIV, Hepatitis C, and Hepatitis B Infections and Associated Risk Behavior in Injection Drug Users*, Kabul, Afghanistan, [cit. 2013-03-13]. Dostupné: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2857281/>
12. CATHERINE S TODD., A KOL, *conflict and health, Association between expatriation and HIV awareness and knowledge among injecting drug users*, Kabul. [cit. 2013-06-11]. Dostupné <http://www.conflictandhealth.com/content/1/1/5>
13. COMMUNICATIONS AND DEVELOPMENT INTERMEDIA, *HIV and AIDS Awareness and Knowledge in Afghanistan* Washington, DC, April 2, 2008
14. ESPARZA J, BHAMARAPRAVATI N, Accelerating the development and future availability of HIV-1 vaccines: why, when, where, and how? *Lancet*, 2000, 355: 2061–2066.
15. HIV AND AIDS AGAINST THE WORLD, 21 Apr. 2010, [cit. 2013-04-02]. Dostupné z: <http://www.hiv-aids.myewebsite.com/articles/history.html>

16. Islamic Republic of Afghanistan, *Ministry of Public Health*, Afghanistan National Strategic Framework for HIV/AIDS (2006-2010). Final version, 2006

17. Islamic Republic of Afghanistan, Ungass Country Progress Report Afghanistan, National Aids Control Program 30 March 2010, [cit. 2013-05-25]. Dostupné z:
http://www.aidsdatahub.org/dmdocuments/afghanistan_2010_country_progress_report_en.pdf

18. JED FRIEDMAN AND EDIT V. VELENYI, *Responding to HIV in Afghanistan*, [cit. 2013-04-02]. Dostupné z:
http://www.aidsdatahub.org/dmdocuments/Responding_to_HIV_in_Afghanistan.pdf.pdf

19. JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, *Report On The Global Aids Epidemic*, A UNAIDS 10th anniversary. 2006[cit. 2013-01-15]. Dostupné z:
http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/globalreport/2006/2006_gr-executivesummary_en.pdf

20. KATHY S. STOLLEY AND JOHN E. GLASS, *HIV/AIDS*, Greenwood Publishing Group, 2009. ISBN: 978 0-313-34421-3

21. HEALTH SOLUTIONS, *HIV/AIDS*, 2008, Sterling Publishers (P) ISBN: 978 81 207 3330 5

22. Knott,L., UNICEF, Afghanistan., *Reaching out and breaking barriers*. 2 December 2008.[cit. 2013-05-12]. Dostupné z:
http://www.unicef.org/infobycountry/afghanistan_46717.html

23. M.HADI,. USAID/ Black and Veatch Afghanistan Infrastructure Rehabilitation Program, Kabul, Afghanistan. [cit. 2013-03-11]. Dostupné z:

<http://www.gfmer.ch/SRH-Course-2010/adolescent-sexual-reproductive-health/M5-assignments/pdf/M5-Hadi-Manizha.pdf>

24. MOSES, S., AKOL, *AIDS in South Asia*, Understanding and Responding to a Heterogeneous Epidemic. [cit. 2013-03-13]. Dostupné z:

http://siteresources.worldbank.org/SOUTHASIAEXT/Resources/publications/448813-1155152122224/southasia_aids.PDF

25. MINISTER OF HEALTH AND FAMILY WELFARE, *National Aids control organization*, Guidelines on HIV testing, March 2007

26. MINISTRY OF PUBLIC HEALTH, *Afghanistan HARM reduction practical guidelines*, 2008-2010, National AIDS Control Program, December 15, 2007 [cit. 2013-02-10]. Dostupné z:

http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_174664.pdf

27. MINISTRY OF PUBLIC HEALTH, *Afghanistan National Strategic Framework for HIV/AIDS 2006-2010* [cit. 2013-01-15]. Dostupné z:

http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_117241.pdf

28. MINISTRY OF PUBLIC HEALTH, AFGHANISTAN, *Tuberculosis And Hiv Policy, Strategy, And Practical Guidelines*, [cit. 2013-02-15]. Dostupné z:

<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/afghanistan.pdf>

29. MINISTRY OF PUBLIC HEALTH, *Afghanistan National Strategic Framework for HIV/AIDS (2006-2010)*. [cit. 2013-02-15]. Dostupné z:

<http://moph.gov.af/Content/Media/Documents/ANASF612011131116176.pdf>

30. NATIONAL STRATEGIC FRAMEWORK ON HIV/AIDS FOR AFGHANISTAN – II 2011 – 2015, Kabul, June 2011 [cit. 2013-02-15]. Dostupné z:
<http://moph.gov.af/Content/Media/Documents/HIVAIDSStrategicFramework2011-2015299201221169620553325325.pdf>
31. NATIONAL AIDS CONTROL PROGRAM, *Understanding HIV in Afghanistan: The Emerging Epidemic and Opportunity for Prevention*, The Indian Institute of Health Management Research, 2008, The John Hopkins University.
32. National AIDS Control Program, UNGASS Country Progress Report: Afghanistan, Reporting Period: January 2008 to December 2009, March 2010
33. NATIONAL HIV AND AIDS CONTROL (NACP), *Informative Brochure On Afghanistan*, 2010 [cit. 2013-05-02]. Dostupné z:
<http://moph.gov.af/Content/Media/Documents/Brochure-English512011132057342.pdf>
34. NAZ FOUNDATION, *International, Rapid assessment of male vulnerabilities to HIV and sexual exploitation in Afghanistan*, [cit. 2013-02-25]. Dostupné z:
http://aidsdatahub.org/dmdocuments/Rapid_Assessment_of_Male_Vulnerabilities_to_HIV_and_Sexual_Exploitation_in_Afghanistan_2009.pdf.pdf
35. UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, *Preventing and Treating Opiates Addiction and HIV/AIDS Epidemics in Afghanistan and Neighbouring Countries*, 2008 [cit. 2013-02-25]. Dostupné z:
http://www.unodc.org/documents/afghanistan/Rainbow_Strategy/Indigo_paper_6_Jan._2012.pdf
36. REHMAN, S., AKOL. *Responding to HIV Epidemic in Afghanistan*, *Lancet*, Volume 370, December, 2009

37. SABAWOON A, SAMARRUDIN AND G. SAYED, *A Rapid HIV Situational Assessment of Herat Province, NACP*, The World Bank, 2010
38. SOUTH ASIA HUMAN DEVELOPMENT SECTOR, *Mapping and Situation Assessment of Key Populations at High Risk of HIV in Three Cities of Afghanistan*, duben, 2008
39. Saif-ur-Rehman, Rasoul MZ, et al, "Responding to HIV in Afghanistan." *Lancet*, 2007 Dec 22;370(9605):2167-9
40. THE WORLD BANK, *Afghanistan*, World Bank Supports Efforts to Curb the Spread of HIV/AIDS, 2010 [cit. 2013-02-15]. Dostupné z:
<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTHEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/EXTHIVAIDS/0,,contentMDK:21426828~menuPK:2643728~pagePK:64020865~piPK:149114~theSitePK:376471,00.html>
41. THE WORLD BANK, HIV/AIDS in Afghanistan., *State of the Epidemic* 2012 [cit. 2013-03-13]. Dostupné z:
<http://www.worldbank.org/en/news/feature/2012/07/10/hiv-aids-afghanistan>
42. THE WORLD BANK, *Afghanistan HIV/AIDS Prevention Project Implementation Support Mission Aide-Memoire*, June 2008 [cit. 2013-03-13]. Dostupné z:
http://www.wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2013/07/03/000445729_20130703101620/Rendered/INDEX/ICR25540ICR0Af0Box0377356B00PUBLIC0.txt
43. The World Bank, *South Asia Human Development Sector*, Mapping and Situation Assessment of Key Populations at High Risk of HIV in Three Cities of Afghanistan, Discussion Paper Series 43733, April 2008.
44. THE UNIVERSITY HEALTH CENTER, *A unit of the division of student affairs, university of Georgia*, Oral Sex, [cit. 2013-03-13]. Dostupné z:

http://www.uhs.uga.edu/sexualhealth/oral_sex.html

45. UNAIDS, WHO. Report on the global AIDS epidemic. July 2008

46. UNDERSTANDING HIV IN AFGHANISTAN, *The emerging epidemic and opportunity for prevention*, A Desk Review of HIV in Afghanistan, August 2008 [cit. 2013-02-25]. Dostupné z:

http://www.aidsdatahub.org/dmdocuments/UNDERSTANDING_HIV_IN_AFGHANISTAN_THE_EMERGING_EPIDEMIC_AND_OPPORTUNITY_FOR_PREVENTION.pdf.pdf

47. UNESCO HIV AND AIDS EDUCATION CLEARING HOUSE, *National Hiv And Aids Policy*, [cit. 2013-05-13]. Dostupné:

http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/search/format_long.php?onglet=0&ret=index.php&lang=en&fiche=8474

48. UNHCR, THE UN REFUGEE AGENCY, *Country Operations Profile – Afghanistan*, Working environment [cit. 2013-05-13]. Dostupné z:

<http://www.unhcr.org/pages/49e486eb6.html>

49. UNICEF, *Humanitarian Action*, Afghanistan In 2009 [cit. 2013-03-13]. Dostupné z:

http://www.unicef.org/har09/files/har09_Afghanistan_countrychapter.pdf

50. UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, *Drug Use in Afghanistan*, 2009 Survey [cit. 2013-04-10]. Dostupné z:

<http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/Studies/Afghan-Drug-Survey-2009-Executive-Summary-web.pdf>

51. UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME, *National Joint Youth Programme, 2009* [cit. 2013-05-13]. Dostupné z:

http://www.undp.org.af/whoweare/undpinafghanistan/Projects/dcse/prj_youth.htm

52. UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, *Drug Use in Afghanistan, 2011 Survey* [cit. 2013-04-10]. Dostupné z:

http://www.unodc.org/documents/cropmonitoring/Afghanistan/Afghanistan_opium_survey_2011_web.pdf

53. V.K AHLUWALIA,. M.AHLUWALIA, *Hiv/Aid- Transmission, Prevention And Alternative Therapies*, ISBN: 81-89093-77-0

54. WORLD AIDS CAMPAIGN, *World AIDS Day Timeline* ,1988 – 2010 [cit. 2013-03-13]. Dostupné z:

<http://www.worldaidscampaign.org/world-aids-day/history-of-world-aids-day/>

55. WORLD BANK, *Afghanistan hiv/aids prevention project*, June 21, 2013 [cit. 2013-07-13]. Dostupné z:

http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2013/07/03/000445729_20130703101620/Rendered/INDEX/ICR25540ICR0Af0Box0377356B00PUBLIC0.txt

56. WHO, *Country Cooperation Strategy For Who And Afghanistan* 2009–2013 [cit. 2013-04-02]. Dostupné z:

http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_afg_en.pdf

57. WHO, *PMTCT STRATEGIC VISION 2010–2015, Preventing mother-to-child transmission of HIV to reach the UNGASS and Millennium Development Goals*: ISBN: 978 92 4 159903 0

58. WORLD HEALTH ORGANIZATION, *HIV/AIDS*, June 2013, [cit. 2013-01-15].

Dostupné z: http://www.who.int/topics/hiv_aids/en/

59. WORLD HEALTH ORGANIZATION, *HIV/Aids*, HIV in prisons,[cit. 2013-01-15].

Dostupné z:

<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/communicable-diseases/hivaids/policy/policy-guidance-for-key-populations-most-at-risk2/hiv-in-prisons>

60. WORLD HEALTH ORGANIZATION, *HIV/AIDS*, Mother-to-child transmission of HIV, 2009[cit. 2013-01-15]. Dostupné z:

<http://www.who.int/hiv/topics/mtct/en/index.html>

VII. KLÍČOVÁ SLOVA

Afghánistán, HIV/AIDS, HIV přenos, povědomí, znalosti

Afghanistan, HIV/AIDS, HIV Transmission, Awareness, knowledge

VIII. PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Rozhovor, perský jazyk

Příloha č. 2 – Rozhovor, perský jazyk

Příloha č. 3 – Rozhovor, anglický jazyk

Příloha č. 4 – Fotografie holičství – v centru Kábulu

1- Could you please explain the current status of HIV/Aids in Afghanistan?

دقت محدودیت HIV/AIDS در افغانستان بسیار است. علل آن موارد زیر است: ۱- کمبود آگاهی مردم ۲- عدم دسترسی به خدمات بهداشتی ۳- فقر و ناآرامی اجتماعی ۴- عدم حمایت از حقوق جنسی و جنسی. در افغانستان، آلودگی در خلیج حویلی - و غیره هوادار است، فشار است.

2- What are the key interventions for prevention and support of HIV/Aids in Afghanistan?

مداخلت کلیدی عبارتند از: ۱- اول از طریق مشاوره عامی و مستقیم، باید برای مردم اطلاع کرد. ۲- مردم آگاه کرده شود. ۳- از طریق مداخله - در دست نه، باید حقوق انتقال آن فهمیده شود. ۴- استانی ها و غیره باید برای صورت گیرد.

3- What are your recommendations for improving the current response to HIV/Aids in Afghanistan?

توصیه های ما عبارتند از: ۱- خود تقسیم در از طریق رسانه های - مداخله - مداخله در یک مردم نمی بود. ۲- حملات انتقال در آن صورت گیرد، باید منتهی شود. ۳- در افغان حساب - آ. ۴- کمیت مداخلی مشاوره و غیره حمل خاص، امکانات مردمی و نظام HIV/AIDS نماند.

4- Have the trends in the incidence of HIV/Aids have changed?

تrends HIV/AIDS در افغانستان تغییر یافته است. در از طریق وزارت صحت با صورت گرفته است و تغییر یافته در آن را از آن در افغانستان صورت گرفته است. هر دو صورت با فشار است در افغانستان یافته است.

5- What is your message for the people of Afghanistan in regards with HIV/Aids problem?

پیام ما برای مردم افغانستان در مورد HIV/AIDS اینست: HIV/AIDS یک مشکل است که در هر فردی می تواند رخ دهد و مداخله ندارد. در کشور های دیگر، حکامان و مسئولان در سطح ملی و بین المللی، دولت و نهادهای

1- Could you please explain the current status of HIV/Aids in Afghanistan?

in my think of view the current status of HIV in Afghanistan is going worse and worse, there is no reliable infection preventions in hospitals, the passengers comes from other countries, and ~~also~~ also there is no control in barbar shops.

2- What are the key interventions for prevention and support of HIV/Aids in Afghanistan?

- ① infection prevention training program for all hospital staff.
- ② Control of and check up of foreign passengers.
- ③ Bring out a common sense for prevent at HIV

3- What are your recommendations for improving the current response to HIV/Aids in Afghanistan?

- ① The real check up and tests of HIV in hospital laboratory.
- ② Improving the common consideration and understanding in rural areas and in the cities.
- ③ prevent from coming of HIV infected passengers.

4- Have the trends in the incidence of HIV/AIDS have changed?

I don't know exactly but it looks that percentages of infected people are increasing every year.

5- What is your message for the people of Afghanistan in regards with HIV/Aids problem?

people must get general information about HIV and how to deal with an infected person, and must know how to prevent from infecting ^{prevention in barbar shops} ~~do not use any other or what~~ ^{use into cases} ~~use.~~



IX. SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AHAPP - Afghanistan HIV/AIDS Prevention Project

AIDS – Acquired Immune Deficiency Syndrome

ANASF – Afghanistan National AIDS Strategic Framework

ANBSTS – Afghanistan National Blood Services and Transfusion Safety

ART – Anti - Retroviral Treatment

ARV - Anti-Retroviral

CHABHA – Children Affected by HIV/AIDS

FSW - Female Sex Worker

GARPR - Global AIDS Response Progress Report

GFATM – Global Fund for HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria

GoA – Government of Afghanistan

HACCA - HIV/AIDS Coordination Committee for Afghanistan

HIV – Human Immunodeficiency Virus

HR – Harm Reduction

ICRC - International Committee for the Red Cross

IDU – Injecting Drug User

IDPA – Integrated Drug Prevention in Afghanistan ILO International Labor Organization

IP - Implementing Partners

JHU - John Hopkins University

MSM – Men who Have Sex with Men

MoCN - Ministry of CounterNarcotics

MoPH - Ministry of Public Health

MTCT - Mother-To-Child-Transmission

NACP - National AIDS Control Program

NGO Non – Governmental Organization

NSF – National Strategic Framework

NSP – Needle Syringe Programs

OI – Opportunistic Infection

OST – Opioid SubstitutionTherapy

PMTCT – Prevention of Mother-to-Child Transmission

PLHA – People Living with HIV/AIDS

PLHIV – People Living with HIV

PPTCT – Prevention of Parent-To-Child Transmission

PWID – People Who InjectDrugs

STD – Sexually Transmitted Disease

STI – Sexually Transmitted Infection

UNAIDS - Joint United Nations Program on HIV/AIDS

UNESCO - United NationsEducational, Scientific, and Cultural Organization

UNFPA - United NationsPopulationFund

UNGASS - United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS

UNHCR - Office of the United Nations High Commissioner for Refugees

UNICEF - United Nations Children's Fund

UNODC - United Nations Office on Drugs and Crime

USAID - United States Agency for International Development

VCT – Voluntary Counseling and Testing

VCCT – Voluntary Confidential Counseling and Testing

WHO – World Health Organization