

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI**

**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD**

**Ústav ošetrovatelství**

**PROBLEMATIKA HIV/AIDS U ŽADATELŮ O AZYL ZE  
ZEMÍ BÝVALÉHO SSSR**

**Bakalářská práce**

Helena Depčinská

4. ročník, bakalářský studijní program ošetrovatelství

forma studia: kombinovaná

studijní obor: OŠETŘOVATELSTVÍ

**Vedoucí práce:** Mgr. Bc. Pavla Kudlová, Ph.D.

OLMOUC 2010

# ANOTACE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

**Název práce v ČJ:** Problematika HIV/AIDS u žadatelů o azyl ze zemí bývalého SSSR

**Název práce v AJ:** HIV/AIDS among asylum seekers from the former USSR

**Datum zadání práce:** 2009-12-10

**Datum odevzdání práce:** 2010-04-30

**Vysoká škola, fakulta, ústav:** Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetrovatelství

**Autor práce:** Helena Depčinská

**Vedoucí práce:** Mgr. Bc. Pavla Kudlová, Ph.D.

**Oponent práce:** *dtto pole "Vedoucí práce"*

## **Abstrakt v ČJ:**

Bakalářská práce na téma „Problematika HIV/AIDS u žadatelů o azyl ze zemí bývalého SSSR“ zkoumá znalosti žadatelů o onemocnění HIV/AIDS. Zabývá se dostupností zdravotní péče u nemocných s HIV/AIDS v zemích bývalého SSSR a dostupností péče u žadatelů o azyl v ČR a s jakými problémy se u nás setkávají. Práce se také zaměřuje na mýty a pověry, které se vyskytují v souvislosti s tímto onemocněním.

Práce je doplněna statistickými údaji o počtu žadatelů, kteří požádali o mezinárodní ochranu v letech 2008—2009, kolik z tohoto počtu bylo žadatelů z bývalého SSSR, kolik z nich si nechalo udělat test na HIV a u kolika byl test pozitivní.

## **Abstrakt v AJ:**

Bachelor thesis on the theme "HIV/AIDS among asylum seekers from the former Soviet Union explores the knowledge of applicants for HIV/AIDS. It deals with the availability of health care for patients with HIV/AIDS in the countries of the former USSR and the availability of care for asylum seekers in the CR and the difficulties they face in our country. Work also focuses on the myths and superstitions that occur in connection with this disease.

Work is supplemented by statistical data about on the number of applicants who have applied for international protection in 2008-2009, how many applicants from that numbers were from the former USSR, how many of them had to do an HIV test and how many tests were positive.

**Klíčová slova v ČJ:** země bývalého SSSR, žadatel o mezinárodní ochranu, AIDS, HIV, vědomosti, prevence, léčba, zdravotní péče, pojištění, mýty, pověry.

**Klíčová slova AJ:** countries of the former USSR, applicants for international protection, AIDS, HIV, awareness, prevention, treatment, health care, insurance, myths and superstitions.

**Rozsah práce:** 62 s., 7 příl.

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením Mgr. Bc. Pavly Kudlové, PhD. a uvedla v ní veškerou použitou literaturu i ostatní informační zdroje.

Současně souhlasím s užitím práce ke studijním účelům.

V Olomouci dne.....podpis.....

## **PODĚKOVÁNÍ**

Děkuji vedoucí práce Mgr. Bc. Pavle Kudlové, Ph.D. za spolupráci a odborné vedení této bakalářské práce. Děkuji i klientům pobytového tábora v Havířově a přijímacího střediska Vyšní Lhoty za rozhovory a ochotu poskytnout informace.

ÚVOD.....	7
1. TEORETICKÁ ČÁST .....	8
1.1 Úvod do problematiky HIV/AIDS ve světě a u nás, mýty a pověry v souvislosti s HIV/AIDS, zdravotní péče a dostupnost ve světě a u nás.....	8
1.2 Definice HIV/AIDS, etiologie a patogeneze HIV/AIDS .....	13
1.3 Diagnostika, terapie a alternativní terapie HIV/AIDS .....	16
1.4 Péče o HIV infikované osoby.....	19
1.5 Prognóza a prevence HIV/AIDS.....	20
1.6 Úvod do problematiky HIV/AIDS v zemích bývalého SSSR, zdravotní péče a dostupnost .....	20
1.7 Pohlaví a HIV/AIDS, preventivní programy a organizace činné v boji proti HIV/AIDS v zemích bývalého SSSR, šíření AIDS do světa .....	25
1.8.Uprchlíci v ČR a azylová procedura.....	30
1.9 Žadatelé o mezinárodní ochranu a zdravotní pojištění .....	31
1.10 Poplatky ve zdravotnictví.....	32
2. PRAKTICKÁ ČÁST .....	34
2.1 Metodika.....	34
2.2 Interpretace dat .....	36
3. DISKUSE.....	47
4. ZÁVĚR.....	52
LITERATURA.....	54
SEZNAM ZKRATEK.....	59
SEZNAM GRAFŮ .....	60
SEZNAM TABULEK.....	61
SEZNAM PŘÍLOH.....	62
PŘÍLOHY .....	63

## Úvod

V současné době je stále aktuální problematika HIV/AIDS. Epidemie HIV/AIDS již zasáhla celou planetu. V dnešní době je ve světě nakaženo okolo 40 miliónů lidí, z toho připadá kolem 1 miliónu na země bývalého SSSR. V České republice je nyní 1300 potvrzených HIV pozitivních osob, skutečnost však může být třikrát nebo dokonce až desetkrát vyšší. Z celkového počtu nakažených je 322 cizinců bez trvalého pobytu, z toho je téměř polovina z východní Evropy a zemí bývalého SSSR. Nejvyšší počet nakažených lidí se vyskytuje v Africe. Většina charitativní pomoci a prevence je proto zaměřena na tuto oblast a v mnohem menší míře se pak organizace zapojují v jiných oblastech. V posledních letech došlo k velkému rozšíření tohoto onemocnění v bývalých zemích SSSR. K tak obrovskému rozšíření nákazy zde proběhlo za poměrně krátkou dobu - během posledních dvaceti let. Tím, že tato situace nastala tak rychle a díky špatné spolupráci se zeměmi bývalého SSSR, byl tento problém dlouho skryt. Do dnešní doby se o této situaci mnoho nemluví a nepíše. Také kvůli špatné ekonomické situaci v těchto zemích roste počet emigrujících obyvatel do okolních zemí a to i HIV nakažených.

Téma práce jsem si zvolila proto, že pracuji v Příjímacím středisku ve Vyšních Lhotách a přicházím do kontaktu s uprchlíky z těchto zemí.

Cílem práce bylo zjistit znalosti o onemocnění HIV/AIDS u žadatelů o azyl v ČR ze zemí bývalého SSSR, zjistit, kde tyto informace získali, co ví o možnostech léčby v zemích odkud pocházejí a nakolik mají dostupnou péči u nás. Práce se také zaměřuje na mýty a pověry v souvislosti s tímto onemocněním a to zda vůbec v těchto zemích existují a ovlivňují jejich chování, jejich přístup k nemocným s HIV/AIDS, k léčbě tohoto onemocnění, zda využívají tradiční léčbu, pokud nějaká existuje. Práce je doplněna statistickými údaji o tom, kolik žadatelů přišlo do Příjímacího střediska Vyšních Lhoty žádat o azyl, kolik si nechalo udělat test na HIV a kolik bylo pozitivních. Statistika je za období 2008—2009.

# 1. TEORETICKÁ ČÁST

## 1.1 Úvod do problematiky HIV/AIDS ve světě a u nás, mýty a pověry v souvislosti s HIV/AIDS, zdravotní péče a dostupnost ve světě a u nás

V dnešní době je ve světě nakaženo kolem 40 miliónů lidí (KHS, 2009, [online]). V Africe je nakaženo 23 miliónů osob, v Západní a Střední Asii 4 milióny, Východní Asie má 1 milión, Latinská Amerika 1,6 miliónů, Východní Evropa a Střední Asie 1,6 miliónů, Západní a Střední Evropa 760 tisíc, Severní Amerika 1,3 miliónů, Karibik 230 tisíc a Oceánie 75 tisíc (údaje jsou z roku 2007, UNAIDS – WHO). V České republice je nyní 1300 potvrzených HIV pozitivních osob, skutečnost však může být třikrát nebo dokonce až desetkrát vyšší. Z celkového počtu nakažených je 322 cizinců bez trvalého pobytu, z toho je téměř polovina z východní Evropy a zemí bývalého SSSR. Většina charitativní pomoci a prevence je zaměřena na Afriku, kde je HIV/AIDS nejvíce rozšířeno a v mnohem menší míře se pak organizace zapojují i v jiných oblastech. Situace v jednotlivých zemích se značně liší. Na těchto rozdílech se podílí ekonomika země (95 % v zemích chudých a v zemích se středním příjmem), vzdělání obyvatel, preventivní programy informující o HIV/AIDS, dostupnost léčby, dostupnost testování na HIV, vyškolení pracovníci a zdravotnický personál, pracující v preventivních programech a pečující o nemocné jedince a v neposlední řadě je to politická situace jednotlivých států a jejich přístup k tomuto onemocnění.

Tím, že se světové organizace zaměřili převážně na Afriku, se tak poněkud pozapomnělo na preventivní programy ve vlastních zemích (Amerika, Evropa) a nesledovala se dostatečně situace v zemích, kde se toto onemocnění zpočátku téměř nevyskytovalo (Východní Evropa, Asie, Oceánie, Karibik).

Ve vyspělých zemích po určité době opadl počáteční strach z nemoci, začalo se vydávat méně peněz na prevenci, mladá generace je dokonce přesvědčena, že v podstatě o nic nejde, když už existují léky.

Ve státech s malým výskytem HIV/AIDS, zase spíše podcenili situaci, včas nezareagovali dostatečnou prevencí, uplatnila se zde i horší ekonomická situace státu a chudoba, nákaza HIV/AIDS se rozšířila mezi injekčními uživateli drog a také tam, kde se daří prostituci. Sexuální turistika umožnila rozšíření viru do všech koutů světa.



V roce 1985 byla v tehdejší Československu zřízena Národní referenční laboratoř pro AIDS. V tomtéž roce byl u nás diagnostikován první případ HIV pozitivita (KHS, 2009, [online]).

Česká republika svým přístupem a péčí o nemocné AIDS obsadila 17. místo z 29 států (žebříček Euro HIV Index (EHIVI) zveřejněný 13. října). První místo v žebříčku obsadilo Lucembursko, za ním následují Malta a Švýcarsko. Slovensko se spolu se Slovinskem dělí v žebříčku o šesté místo. Politika boje proti AIDS je na Slovensku hodnocena jako dobrá. Žádná země nedosáhla plný počet bodů.

Česko si vede dobře, pokud jde o práva nemocných s HIV/AIDS nebo o jejich zapojení do normálního života, horší je to však s přístupem k lidem s HIV/AIDS a prevencí. I v naší republice došlo ke snížení finanční částky určenou na prevenci HIV/AIDS. To vedlo ke snížení personálu a uzavření některých středisek. To se může časem projevit v nárůstu nově infikovaných osob (ČTK; Zdravotnické noviny; ČSAP, 2009, [online]). O nemocné a infikované klienty v ČR pečují tyto AIDS centra:

Praha – FN Bulovka;

Plzeň – FN Bory;

České Budějovice – Jihočeská nemocnice;

Ústí nad Labem – Masarykova nemocnice;

Hradec Králové – FN Hradec Králové;

Ostrava – FN sP Porubou;

Brno – FN Bohunice.

V těchto centrech provádějí testy na HIV a zde také dochází nemocní na pravidelné kontroly. Kromě těchto velkých AIDS center existují ještě ambulance pro HIV pozitivní v rámci infekčních oddělení.

Přístup k léčbě opomíjených skupin obyvatelstva, jako jsou třeba nelegální migranti, není zaručen téměř nikde v Evropě. Diskriminace HIV pozitivních lidí je častá v zaměstnání i ve školách. Nedostatečně se také dbá na situaci ve věznicích, a to zejména ve východoevropských zemích.

Podle Health Consumer Powerhouse je všeobecně politika boje proti HIV nedostatečně řízena a zřejmě žádná vláda nezná skutečný počet HIV infikovaných lidí, uvádí (ČTK a MD News, 2009, [online]).

## **Mýty a pověry v souvislosti s HIV/AIDS**

**Mýtus** (z řeckého mythos), pův. slovo, slovní tvar skutečnosti, později vyprávění, báje, pohádka. V běžné řeči znamená často nepravdu, vybájené nebo vymyšlené tvrzení bez jakéhokoli podkladu (Wikipedia, 2010, [online]).

**Pověra** je víra v neexistující jevy nebo bytosti, která v rozporu s racionálním myšlením a bez rozumných důvodů přiřazuje věcem a dějům nadpřirozenou schopnost ovlivňovat budoucnost. Uchovávají se především ve formě přísloví, pořekadel a bájí, proto se s nimi častěji setkáváme na venkově. Pověry nás provází i v každodenním životě v podobě různých rituálů (klepání na dřevo, házení soli přes rameno apod.) nebo různých předmětů pro štěstí (amuletů, talismany, podkovy pro štěstí, čtyřlístky apod.) (Wikipedia, 2010, [online]).

Celosvětově největším problémem je společenské stigma, které HIV/AIDS provází. Důvodem je jednak skutečnost, že se jedná o pohlavně přenosnou a zároveň smrtelnou chorobu, jednak i určitá tajemnost a nejasnosti, které okolo HIV/AIDS stále ještě existují. Mnoho lidí stále věří, že HIV/AIDS je trestem od Boha, například za střídání sexuálních partnerů případně nevěru, že nakažení jsou alkoholicí, narkomani, homosexuálové apod. Tyto předsudky se následně promítají do chování k lidem trpícím HIV/AIDS a zároveň napomáhají šíření nákazy. Ještě v devadesátých letech nebyly i v Evropě výjimkou názory, že nemocní by měli být usmrceni nebo aspoň internováni, aby se zabránilo dalšímu šíření nákazy. V mnoha případech rodina nemocného vyobcuje, když se dozví, že trpí HIV/AIDS, nebo se alespoň snaží zatajit před ostatními pravou příčinu jeho onemocnění. Strach zdravých lidí z nákazy HIV může vést k tomu, že nemocný přijde o práci, zavrhne ho rodina, společnost se ho straní. Z tohoto důvodu je velmi důležitá osvěta, která může tento strach i společenské stigma zmírnit (Kašová, 2005 [online]).

V zemích bývalého SSSR je historie onemocnění poměrně krátká. Většina „mýtů a pověr“ tak pramení spíše z neznalosti přenosu a prevence HIV. Napomáhá tomu také atmosféra strachu, podpora nevědomosti, opovržení společnosti a rodiny, jenž nutí nemocného svou nemoc tajit.

Postoj společnosti k sexu je dán dlouholetou propagací, především ze strany církve, k pohlavní zdrženlivosti a neposkvrněného panenství povinné pro ženy na straně jedné a na straně druhé tolerancí prostituce pouze pro muže. V 16. stol. došlo k uvolnění mravů, preferovalo se tělesné rozkošnictví a smyslové požitkářství. V 60. a 70. letech

dvacátého století se s rozvojem vzdělanosti žen a účinné antikoncepce oddělil sex od rozmnožování. Dochází k častému střídání partnerů, skupinovému sexu apod. Jsou uznána práva homosexuálů.

Koncem 20. stol. dochází ke zvýšené sexuální zodpovědnosti, dochází ke snížení promiskuity a volné lásky. Je možné, že to způsobil vir HIV/AIDS a preventivní programy na omezení šíření viru (Uzel, 2010, [online]).

Církev má do dnešní doby stále velký vliv na společnost. Bohužel, ne vždy ku prospěchu lidí. Církev stále nabádá své věřící, aby nepoužívali kondom (i když je to jediný levný spolehlivý prostředek bránící přenosu HIV). Zastává názor, že je tím podporována prostituce a promiskuitní chování (Středa, 2010 [online]). Na její obhajobu nutno podotknout, že propaguje manželskou věrnost a sexuální zdrženlivost (Freiová, 2009, [online]). Církev zakazuje potrat a tak nakažený otec s nakaženou matkou porodí nakažené dítě. Co na tom, že rodiče zemřou dřív než vychovají své dítě, kterému do vínku dali stejný osud jako měli sami (Středa, 2010, [online]).

V dnešní době si stále mnoho žen myslí, že před nákazou HIV je ochráněna hormonální antikoncepcí.

Mnoho mýtů a pověr se týká sexu během menstruace. Nejčastější omyl je, že během menstruace nemůže žena otěhotnět. Samozřejmě je tato možnost minimální, ale vyloučit ji nelze. Sex během menstruace rizikový není pro zdravé partnery. To ale neznamená, že se nemůžeme nakazit pohlavní chorobou. Menstruační krev je tělní tekutina, která může obsahovat viry HIV, chlamydie, syfilis a další pohlavně přenosné nemoci. Proto i při styku v období menstruace je nutné používat kondom.

V současnosti je na trhu mnoho druhů ochranných prostředků, přesto dnešní teenageři spoléhají pouze na hormonální antikoncepci v podobě pilulek, protože jediné, čeho se bojí, je neplánované rodičovství. Pohlavní choroby neberou v potaz, proto prezervativy, které jako jediné mohou jejich přenosu zabránit, pomalu klesají na dno prodeje. Kondom je podle většiny mladých lidí naprosto zbytečný a hlavně zastaralý. Některé dívky navíc žijí v domněnku, že prezervativ způsobuje bolesti. Tato pověra je hojně rozšířena (Blahníková, 2005 [online]).

V posledních letech dochází ke zvyšování počtu nakažených u osob starších padesáti let. Souvisí to s uvolněním sexuálních tabu a starší lidé více experimentují v sexu. Vůbec si nepřipouštějí možnost nákazy HIV/AIDS a myslí si, že se to týká jen mladých. Mezi seniory je spousta nakažených osob, které o své nemoci neví a šíří ji dál.

Dle WHO tvoří v západních zemích nakažení senioři až třetinu celkového počtu nakažených (Famous, 2009 [online]).

V Afrických zemích koluje mezi obyvateli mnoho pověr a mýtů. Mezi nejznámější patří sex s dívkou pannou, který má léčivé účinky nebo sex s ženou albínkou. Oba mýty vedly k mnoha nesmyslným znásilněním a přispěli k šíření viru HIV.

Dnes už není pravda ani to, že HIV je nemoc homosexuálů a narkomanů. Dříve tím, že to byly uzavřené skupiny, se onemocnění nejvíce šířilo mezi touto skupinou. Z těchto vcelku uzavřených komunit se však onemocnění rozšířilo i mezi heterosexuály a v dnešní době se nemoc týká prakticky všech společenských i věkových skupin obyvatelstva (Drahný, Nejezchlebová, 2008, [online]). Navíc ženy jsou oproti mužům biologicky znevýhodněny a jsou k nákaze virem HIV dvakrát náchylnější než muži. Ženy mnohem častěji utrpí během styku drobná poranění, zejména jde-li o nedobrovolný pohlavní styk, a jsou znevýhodněny v rozhodování o bezpečném sexu (Patočková, 2004, [online]).

### **Zdravotní péče a dostupnost ve světě a u nás**

Nákaza virem lidské HIV/AIDS je celosvětově nejzávažnějším infekčním onemocněním současné doby. Postižené oblasti jsou z velké části země rozvojové, jejichž populace se často pohybuje na hranici přežití a proto jsou důsledky onemocnění mnoha ohledech horší a tragičtější (Demografie, [online]).

Rozhodujícím faktorem v přístupu k léčbě je ekonomická situace státu a jejich prostředky, které mohou vynaložit na preventivní testování, nákup léků pro pacienty a osvětu. Chudé státy mají minimální finanční zdroje na lékařskou péči a prevenci a proto zde počet nakažených strmě stoupá. K šíření nemoci zde napomáhá i chudoba obyvatel a negramotnost. Tyto státy jsou závislé na finanční pomoci bohatých států, mezinárodních organizací a projektů bojujících proti AIDS. Jakmile se zastaví tato finanční podpora, nebudou tyto státy schopny zajistit potřebné prostředky k zlepšení a udržení pracně dosažené současné situace.

Šíření viru napomáhají kulturní zvláštnosti v některých zemích, např. v Ugandě platí tzv. „švagrovské právo“ – pokud zemře muž, jeho ženu si následně musí vzít pozůstalý bratr; bez ohledu na to zda je nakažený nebo ne.

Rozdíly panují i mezi životem na vsi nebo ve městě. V afrických zemích mají lidé ve městě lepší přístup ke vzdělání, informacím, k testování i k lékům a tím dochází ke snižování počtu nově nakažených. Naopak v bývalém SSSR je situace ve městech výrazně horší než na vesnici. Ve městech se sdružují uživatelé drog a rozmáhá se prostituce (Preis, 2006, [online]).

V muslimských zemích je výskyt HIV mnohem nižší, například ve státech Severní Afriky, na Středním Východě a v části Indie. Může to souviset s obřízkou mužů a s přísným dohledem společnosti na sexualitu žen.

Hlavní překážkou prevence dalšího šíření HIV je skutečnost, že mnoho lidí netuší, že jsou nakaženi a jsou zdrojem nákazy pro ostatní. V USA o své nákaze neví 25 % osob infikovaných HIV, v Evropě až 33 %.

Tři čtvrtiny případů infekce mezi heterosexuálními partnery připadají na imigranty. UNAIDS upozorňuje, že prevence, léčba a péče musí být uzpůsobeny tak, aby se dostaly i k této skupině lidí (Plesník, 2008, [online]).

Ve srovnání se zbytkem kontinentu je rozsah epidemie ve Střední Evropě malý. Pouze v několika zemích došlo v průběhu roku k nárůstu nových případů HIV o více než 100 osob (Polsko, Turecko, Rumunsko, Srbsko a Černá hora a Maďarsko). V České republice je podle této zprávy hlavním způsobem přenosu nechráněný sex mezi homosexuály. Situace v dostupnosti antiretrovirální léčby se sice zlepšila, potřeby jsou ale stále mnohem vyšší. Pro více než tři čtvrtiny ze zhruba 4,6 milionu těch, kteří tuto léčbu potřebují, zůstává antiretrovirální léčba nedostupná (KHS, [online]).

## **1.2 Definice HIV/AIDS, etiologie a patogeneze HIV/AIDS**

### **Definice HIV/AIDS**

HIV (Human Immune Deficiency Virus), virus lidského imunodeficitu, který způsobuje ztrátu obranyschopnosti člověka před nejrůznějšími infekcemi. Tento virus napadá zejména T-lymfocyty, které mají důležitou úlohu v imunitním systému lidského organismu. Virus se v nich množí, poškozuje jejich funkci a nakonec je i usmrcuje. Tím se počet lymfocytů snižuje, což vede až k úplné ztrátě obranyschopnosti organismu a ke vzniku onemocnění AIDS.

AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome), syndrom získaného imunodeficitu. Jedná se o konečné klinické stadium infekčního onemocnění způsobeného virem HIV, charakterizované ztrátou imunity člověka. Napadený

organismus se stává vnímavým k celé řadě dalších infekcí a nádorovým onemocněním (Resl et al., 2001, s. 352; KHS, 2009, [online]).

### **Etiologie**

Původcem infekce je virus lidské imunodeficiency (HIV), který patří do rodu *Lentivirus* z čeledi *Retroviridae*. Existují dva typy virů lidské imunodeficiency: HIV-1 vyskytující se převážně v Evropě, americkém a asijském kontinentu a HIV-2, který je rozšířen převážně v Africe. Většinu onemocnění vyvolává HIV-1.

### **Patogeneze**

HIV je retrovirus, jehož genom je tvořen RNA. Obsahuje enzym reverzní transkriptázu, která dokáže RNA přepsat na DNA. HIV napadá především CD4+ buňky, tj. zejména podskupinu T lymfocytů (pomahačů, helperů), které jsou nezbytné pro správný průběh imunitní reakce. Kromě molekuly CD4+ využívá virus ještě některých dalších receptorů a může napadat rovněž makrofágy či nervový systém. Po vstupu dochází k fázi rychlého pomnožení s klinickými příznaky obdobnými chřipkovému onemocnění. Poté se retrovirus zabuduje do genomu buňky, kde může mnoho let setrvat bez výraznější aktivity. Na aktivaci integrovaných HIV se podílí opakované banální infekce stimulující imunitní systém (a s ním i HIV). Aktivací virů dochází k jejich množení a zároveň k zániku CD4+ buněk. Výsledkem je úbytek CD4+ lymfocytů, jejichž počet se v krvi stanovuje a koreluje s klinickým průběhem, a postupné zhoršování až zhroucení imunity (Vokurka et al., 2005, s. 59; KHS, 2009, [online]).

### **Epidemiologie**

Zdrojem onemocnění je člověk. HIV infekce se přenáší sexuálně, parenterálně a vertikálně. Tyto způsoby přenosu jsou určeny přítomností viru v krvi, spermatu a vaginálním sekretu infikovaných osob. V nepatrném množství se virus vyskytuje i v dalších tělních tekutinách, jako slinách nebo slzách, ty se však v šíření virů neuplatňují.

**Sexuální přenos** je hlavním způsobem přenosu. Může k němu dojít při vaginálním i análním sexuálním styku, ať už heterosexuálním nebo homosexuálním.

Pravděpodobnost nákazy roste s počtem pohlavních styků s infikovanou osobou, je ale samozřejmé, že se lze infikovat jediným stykem. Líbání či vzájemná masturbace partnerů nepředstavuje riziko přenosu infekce pokud není poškozena sliznice.

K **parenterálnímu přenosu** může dojít společným sdílením kontaminovaných injekčních jehel a stříkaček u injekčních uživatelů drog, kontaminovanými tetovacími akupunkturními jehlami a žiletkami. K přenosu HIV infikovanými transfúzemi a krevními deriváty by v dnešní době nemělo docházet, protože všechny přípravky z krve podléhají povinnému testování a zpracovávají se novými technologickými postupy, které vedou k likvidaci viru.

K **vertikálnímu přenosu** dochází v průběhu gravidity a zejména během porodu, výjimečně se může uplatnit přenos kojením. Pravděpodobnost přenosu z HIV pozitivní matky na dítě lze snížit správným vedením porodu a podáváním antiretrovirové terapie matce a následně dítěti (Rozsypal, 1998, s. 11—15; KHS, 2009, [online]).

K **přenosu nedochází** podáním rukou, polibkem na tvář, běžným společenským stykem, na toaletě, v bazénu, ve sprchách, potravinami, nádobím a jídelními přístroji, společným užíváním předmětů (kromě hygienických potřeb), oděvem a hmyzem (KHS, 2009, [online]).

## Vývoj a klasifikace

**Inkubační doba:** od expozice viru do prvních příznaků primoinfekce uplyne obvykle 2—6 týdnů, zřídka i několik měsíců.

**Primární HIV infekce** probíhá často pod obrazem chřipkového onemocnění mnohdy s prchavým exantémem nebo se zduřením lymfatických uzlin (syndrom infekční mononukleózy). Projevy připomínají mononukleózu.

**Asymptomatické stadium** je klinicky bezpříznakové období HIV infekce, které trvá několik let (přibližně 2—15 roků). Pacienti jsou buď zcela bez obtíží, nebo se objevuje generalizované zduření lymfatických uzlin.

**Časně symptomatické stadium** je charakterizováno výskytem některých „malých“ oportunních infekcí (herpes zoster, soor, leukoplakie) a některých stavů vyvolaných zejména imunopatologickými mechanismy (periferní neuropatie, trombocytopenie). I toto stadium onemocnění může trvat několik let.

**Pozdní symptomatické stadium** je svázáno s významným poklesem imunitních funkcí. Objevují se onemocnění definující AIDS. Stadium trvá obvykle 1—4 roky. Již v této době může člověk některé z oportunních infekcí či nádorů podlehnout.

**Rozvinuté stadium:** vedle pozdního symptomatického stadia se vyčleňuje ještě rozvinuté stadium, v jehož průběhu se manifestují infekce vázané na velmi hluboký defekt buněčné imunity. Hlavními oportunními infekcemi tohoto období jsou onemocnění vyvolaná cytomegalovirem a atypickými mykobakteriemi. Při odvrácení oportunních infekcí důslednou profylaxií dochází k postupnému vyčerpání organismu, kachektizaci a nemocný umírá .

Časové údaje jsou orientační, vývoj infekce je individuálně různě rychlý (Rozsypal, 1998, s. 21; KHS, 2009, [online]).

Podle nejnovějšího schématu Centra pro kontrolu nemocí (CDC) v USA se rozděluje do 3 klinických a 3 laboratorních stadií. Klinickému stadiu A odpovídá asymptomatický průběh, stadium B zahrnuje tzv. malé oportunní infekce. Ke stadiu C již patří velké oportunní infekce (Rozsypal, 1998, s. 25—26; KHS, 2009, [online]).

### 1.3 Diagnostika, terapie a alternativní terapie HIV/AIDS

#### Diagnostika

**Klinická diagnóza:** stanovení diagnózy HIV infekce může být obtížné. Na HIV infekci může upozornit některý z jejích klinických projevů, popř. některý údaj v anamnéze. K podezřelým okolnostem patří sexuální promiskuita, pohlavně přenosná nemoc, sexuální kontakt s HIV pozitivní osobou, intravenózní toxikomanie apod.

Z **klinických příznaků** jsou to zejména rozsáhlý herpes zoster v anamnéze, generalizovaná lymfadenopatie, horečka nejasné etiologie, recidivující bakteriální infekce, průjem, hubnutí, ústní kandidóza nebo dokonce některá z velkých oportunních infekcí.

Z **laboratorních nálezů** bývají nápadné vysoká sedimentace, leukopenie, lymfopenie, mírná anémie a trombocytopenie. Při vyšetření buněčné imunity je nejvýraznějším nálezem trvalý hluboký pokles CD4+ lymfocytů a obrácení imunoregulačního indexu (CD4+/CD8+).

**Virologický průkaz HIV infekce:** rozhodujícím vyšetřením pro stanovení diagnózy HIV infekce je průkaz virologických markerů HIV infekce. Metody nepřímé diagnostiky slouží k detekci protilátek anti-HIV, metody přímé diagnostiky prokazují



vlastní virus, jeho antigen či nukleovou kyselinu (Rozsypal, 1998, s. 25—27; KHS, 2009, [online]).

## **Terapie**

V současné době neexistuje lék, který by onemocnění vyléčil. Léky slouží pouze k udržení stávajícího zdravotního stavu a oddálení propuknutí AIDS.

Základem léčby HIV infekce je antiretrovirová chemoterapie, profylaxe a léčba oportunních infekcí a ostatních komplikujících stavů, a rovněž péče o správnou výživu a zdravou životosprávu (Rozsypal, 1998, s. 28).

Doporučuje se použít kombinace více těchto přípravků současně, např. nukleosidové antivirotikum a inhibitor retrovirových proteáz. Tím se snižuje toxicita přípravku i nárůst rezistence na jednotlivé komponenty. Všechny přípravky této skupiny indikují lékaři AIDS center infekčních oddělení (Havlík et al., 2002, s. 60).

## **Profylaxe oportunních infekcí**

Je nezbytnou součástí péče o HIV infikované osoby. Oportunní infekce jsou vyvolané mikroorganismy (viry, bakterie, paraziti, plísňe), se kterými člověk normálně žije v symbióze a u zdravého člověka nevyvolávají onemocnění. Při snížené obranyschopnosti organismu tyto mikroorganizmy začnou vyvolávat závažné (často smrtelné) onemocnění.

Nejčastější oportunní infekcí jsou **plísňová onemocnění** (kvasinky rodu CANDIDA). Plísňové povlaky se mohou objevit v ústech, v krku, v jícnu, okolo análního otvoru nebo na penisu, zhoršení plísňových postižení meziprstních prostorů dolních končetin a nehtů.

Mohou se objevit různá **kožní onemocnění** jako jsou vyrůstky kolem konečníku a na penisu (kondylomata) či bradavičnaté vyrůstky nejčastěji na obličeji (moluska).

**Opary** na rtech, na hýždích či kolem konečníku, pásový opar.

**Průjmová onemocnění** jsou někdy obtížně léčitelná a mohou vést i k hubnutí.

**Zápal plic** – pneumocystová pneumonie vyvolaná kvasinkou Pneumocystis jirovecii je nejzávažnější plicní infekce.

**Cytomegalovirus** - virová infekce, která napadá oční sítnici a může vést k rozmazanému vidění nebo i slepotě, může rovněž vyvolat průjmy, bolesti žaludku,

úbytek váhy a způsobit vznik vředů v ústech nebo hrdle. Virus může napadnout i buňky mozkové tkáně.

**Kaposiho sarkom** - nádor, se vyskytuje zpravidla na kůži. Způsobuje nachově červené skvrny, napadá trávicí ústrojí, mízní uzliny a plíce.

**Mykobakteriální infekce** - způsobuje chudokrevnost, chronický průjem, úbytek váhy, noční pocení, nechutenství a pocit slabosti.

**Tuberkulóza** - bakteriální infekce, která poškozuje především plíce a mozek. Častým příznakem tuberkulózy je velmi silný kašel. Mezi běžné příznaky této infekce rovněž patří horečka, krátký dech, úbytek váhy, noční pocení a pocit silné únavy.

**Toxoplazmová encefalitida** – nejčastější oportunní infekce mozku vyvolaná prvokem *Toxoplasma gondii*. Projeví se bolestmi hlavy, poruchami hybnosti končetin, někdy křečemi či bezvědomím (Ondris, 2008, [on line]).

## Alternativní terapie

### *Fytoterapie (herbologie)*

Odolnost proti propuknutí a rozvoji AIDS a oportunních infekcí zvyšují: *třezalka, žen-šen, klanopraška, houba shii-take (mai-take), černý kmín* (*Nigella sativa* L.) a *olej z něj*, proti některým oportunním infekcím účinkují přírodní antibiotika jako *česnek, cibule, tee tree oil* (zevně i vnitřně), *lichorejšnice větší, křen, levandule, hřebíček, fenykl* aj.

Příznaky a zejména subjektivní problémy nemoci zmenšuje v malých (léčebných) dávkách *marihuana* a přípravky z ní. Prodlužuje dobu přežívání, mobilizuje psychické síly, zmenšuje průjmy, zlepšuje chuť k jídlu, odstraňuje částečně pocit únavy, uklidňuje, zmírňuje zvracení, zmenšuje bolesti.

Vlastní obranné síly organismu pomáhají zvyšovat např.: *echinacea, lipový květ, květ a plod černého bezu, list a plod černého rybízu, nat' sadce konopáče, šťáva z červené řepy, dvojzubec trojdílný* (odvar z nati), *devětsil* (tinktura z kořene), *výtažky z lišejníků* (např. *provazovka obecná*). Protivirové účinky má např. *benedikt, lékořice* a *listy hvozdíku karafiátu*. *Šalvěj* má antibiotické účinky a pomáhá proti častému pocení, které nemocné AIDS někdy trápí.

Odolnost proti propuknutí a rozvoji AIDS zvyšují: *koenzym Q 10, vitamíny A, E* a *C* (vitamín C zejména ve spojení s bioflavonoidy šípku, černého rybízu nebo bílé kůry pomerančů a citrónů), *betakaroten, prvky zinek, měď, železo* a *selen, cholin, lecitin*.

Všeobecnou podporu imunity zajistí prvky *jód, hořčík, zinek, železo* (má význam zejména u žen a osob s jeho nedostatkem), *vitamín B6, B12, kyselina pantotenová a listová* (Nosreti, 2001, [on line]).

#### **1.4 Péče o HIV infikované osoby**

V počáteční fázi při čerstvém záchytu HIV pozitivitu je třeba se zaměřit na možná rizika přenosu infekce. Všeobecná doporučení směřují k tomu, aby pacient nezhoršil vlastní zdravotní stav a ani neohrozil infekcí další osoby. HIV infikovaná osoba má informovat sexuálního partnera o HIV pozitivitě, přimět jej k vyšetření protilátek anti-HIV. Měla by informovat ošetřujícího lékaře (včetně zubního) o své HIV pozitivitě. Infikovaná osoba nesmí darovat krev, kostní dřeň, sperma, mateřské mléko, tkáň či orgány. Intravenózní toxikomani musí používat vlastní injekční stříkačky a jehly a zásadně je nedávat k dispozici jiným. Musí používat vlastní hygienické potřeby, zubní kartáček a holicí strojek.

HIV pozitivní osoba se musí chránit před nakažlivými nemocemi (zejména před tuberkulózou). Dodržovat běžné zásady životosprávy (pohyb na čerstvém vzduchu, dostatek spánku, nekouřit, nepít alkohol), konzumovat biologicky hodnotnou stravu s dostatkem vitamínů. Musí se chránit před nákazou z potravin tzn. nekonzumovat syrové nebo nedostatečně tepelně zpracované maso (nebezpečí toxoplasmózy), omezit pití neupravené vody z vodovodu (kryptosporidióza). Měl by omezit kontakt s neznámými zvířaty (toxoplasmóza).

Pro infikovanou osobu je důležité řádně užívat předepsané léky, dodržovat pravidelné lékařské prohlídky, včas informovat ošetřujícího lékaře o zdravotních obtížích a při změnách zdravotního stavu navštívit lékaře. Před cestou do zahraničí se poradit s lékařem o zdravotních rizicích a možnostech včasné léčebné intervence (Rozsypal, 1998, s. 42—43).

Při ošetřování HIV infikované osoby je nutné důsledně dodržovat základní bezpečnostní pravidla, která v podstatě platí pro ošetřování každého pacienta. Při běžném kontaktu, např. fyzikálním vyšetření, nepoužívá ošetřující personál žádné ochranné pomůcky. Pouze při kontaktu s tuberkulózou se nasadí ústní rouška. Odběr biologického materiálu včetně odběru krve se provádí zásadně v rukavicích. Používají se převážně jednorázové pomůcky. Předměty určené pro pacienta jako teploměr, mísa, močová láhev, a rovněž pomůcky osobní hygieny, musí mít každý pacient vlastní.

Kontaminované nástroje se dezinfikují či sterilizují běžným způsobem, povrchy znečištěné biologickým materiálem se dekontaminují dezinfekčními prostředky a mechanicky očišťují tak, jak je obecně doporučeno ve zdravotnických zařízeních (Rozsypal, 1998, s. 34—35).

## **1.5 Prognóza a prevence HIV/AIDS**

Vzhledem k nyní již poměrně širokým terapeutickým a profylaktickým možnostem se významně prodloužilo přežívání HIV pozitivních nemocných a zlepšila se kvalita jejich života. AIDS je stále smrtelné a neléčitelné onemocnění. Délka života HIV infikovaných je značně individuální. Průměrná doba od nákazy do vzniku těžkých komplikací infekce je u neléčených osob asi 10 let.

Velmi důležitá je zdravotní výchova už ve velmi mladých věkových skupinách, zdůrazňování zásad bezpečného sexu, prevence narkomanie apod. Pokud je podezření na HIV infekci, je třeba nemocného s tímto seznámit a provést sérologické vyšetření, které je v České republice, až na výjimky, vázáno na souhlas nemocného. Pokud je již pozitivita ověřena, je nemocný předán do AIDS centra, kde je v péči infekcionisty, který spolu s dalšími odborníky jednotlivých oborů pečuje o jeho další léčbu. Snahou je, aby pacient co nejdéle zůstal v kontrolách a léčebném režimu pouze ambulantně. K hospitalizaci je přijímán tehdy, jsou-li nutná vyšetření, která lze provádět pouze na lůžku, je-li nezbytná parenterální terapie a samozřejmě též v terminálním stadiu (Havlík et al., 1998, s. 191—192).

## **1.6 Úvod do problematiky HIV/AIDS v zemích bývalého SSSR, zdravotní péče a dostupnost**

### **Historie HIV/AIDS v zemích bývalého SSSR**

Historie HIV/AIDS se začala v ruských zemích psát po rozpadu Sovětského svazu na počátku devadesátých let minulého století. Pro mnoho občanů Sovětského svazu představovala devadesátá léta a nově nabytá svoboda děsivou noční můru. Během přechodu k tržní ekonomice v Rusku a dalších nástupnických státech bývalého SSSR se téměř všechna odvětví průmyslu – energetika, hornictví, telekomunikace, infrastruktura a státem řízená ekonomika – ocitla v rukou nové ruské oligarchie, mafie, ale i západních koncernů. Politická a ekonomická transformace vedly k masivní nezaměstnanosti,

rozsáhlé migraci obyvatel za prací a dekapitalizaci ekonomiky. Podle amerického sociologa Jamese Petrase žilo v polovině devadesátých let jen na území Ruska 50 procent obyvatel v chudobě. Drasticky se rozmohlo bezdomovectví, sociální a vzdělávací systémy v podstatě zkolabovaly. Napříč Ruskem se šířil alkoholismus, narkomanie a různá infekční onemocnění. Zběsilá „privatizace“ také přispěla k podkopání systému veřejného zdravotnictví, a to v konečném důsledku vedlo k explozi infekčních onemocnění, včetně viru HIV a AIDS (Veselý, 2008, [on line]).

Program OSN monitorující šíření HIV/AIDS ve zprávě publikované v roce 2004 (AIDS Epidemic Update 2004) uvádí, že se ve východní Evropě a centrální Asii epidemie onemocnění šíří rychleji než v jiných oblastech. Podle této zprávy bylo virem HIV tomto roce nakaženo více než 1,5 milionu osob. Přitom ještě v roce 1995 statistiky udávaly „pouze“ 30 000 infikovaných. V osmdesátých letech minulého století zde bylo údajně nakaženo virem HIV zhruba 10 000 lidí. Podle organizace AIDS Foundation East-West v Ruské federaci každým rokem přibude téměř 40 000 nově diagnostikovaných případů, avšak tento trend vykazuje klesající tendenci.

Tento údaj je pravděpodobně podhodnocený, jelikož se jedná pouze o osoby, které se dostanou do kontaktu se systémem Ruské federace monitorujícím rozsah nákazy.

Ze zprávy připravené regionálním úřadem WHO pro Evropu a Evropským centrem pro prevenci a kontrolu nemocí (ECDC) vyplývá, že výskyt viru HIV je nejvyšší v Estonsku, Lotyšsku, Kazachstánu, Moldavsku, na Ukrajině a v Rusku. K 1. lednu 2009 bylo v Rusku registrováno více než 469.000 nemocných, z toho 50.000 nových případů v roce 2008 (ČTK, 2009, [on line]).

Primární příčinou přenosu viru HIV a AIDS v Rusku a na Ukrajině je podle odborníků intravenózní aplikace drog (dvě třetiny nových případů), dále nechráněný heterosexuální styk (třetinu případů). Ostatní způsoby přenosu infekce, například homosexuálním stykem, představují pouhá dvě procenta z celkového počtu. Poměr nakažených mužů a žen je podle údajů Programu OSN monitorujícího šíření HIV/AIDS a Ruské federální nadace pro AIDS vcelku vyrovnaný (56 % mužů a 44 % žen) (Veselý, 2008, [on line]).

Bývalé republiky SSSR Ázerbájdžán, Uzbekistán, Kazachstán, Tádžikistán a Kyrgyzstán dnes čelí mnoha hrozbám – islámským fundamentalismem počínaje a přírodními katastrofami konče. I zde došlo do velké míry k „privatizaci“ veřejného

sektoru. Přes území těchto států vede drogová stezka, na níž kvete obchod se sexuálními službami a oblast je zcela zamořena levnými drogami. Tyto faktory tvoří plodnou půdu k šíření HIV/AIDS. Podobně jako v Rusku i zde v devadesátých letech došlo (pravda v menší míře) k nárůstu nakažených HIV/AIDS. Jednotlivé státy se přitom vyznačují určitými specifiky. V Ázerbájdžánu je například téměř polovina registrovaných nakažených soustředěna v hlavním městě Baku. Nejvíce je epidemie rozšířena v Uzbekistánu. V Kazachstánu paradoxně přispělo k rozšíření infekce testování na přítomnost viru HIV. Tádžikistán zaznamenal růst onemocnění hlavně ve městech Dušanbe a Khujand. Výše uvedené informace získali pracovníci WHO v průběhu posledních tří let (Veselý, 2008, [on line]).

Příčinou šíření nemoci v těchto zemích je i neochota vlády zabývat se prevencí a popírání problému. Vlivem velkého rozmachu narkomanie a prostituce se nemoc šíří hlavně mezi mladou populací. Dle mezinárodní charitativní organizace Avert je v Rusku počet narkomanů užívajících drogy nitrožilně odhadován na dva miliony. Od doby, co je tu zákonem trestáno vlastnění injekčních stříkaček a jehel, bylo velké množství narkomanů donuceno sdílet nesterilní stříkačky a jehly. Tato skutečnost spolu s chatrným zdravotnickým systémem a špatnou sociální situací představuje podle organizace časovanou bombu v šíření HIV/AIDS (Veselý, 2008, [on line]).

Výjimku tvoří Kyrgyzstán, kde fungují nevládní organizace zabývající se problematikou AIDS a vláda podporuje jejich činnost i preventivní programy.

### **Zdravotní péče a její dostupnost**

Dle OSN má z odhadovaných 9,7 miliónu nemocných ve světě jen třetina přístup k léčbě. Téměř sedm miliónů nemocných k léčbě stále přístup nemá.

K hlavním překážkám patří podle studie vypracované pro nynější konferenci především nedostatečné zjišťování nemoci a nevědomost obrovského množství lidí, že jsou nositeli HIV infekce (ČTK, 2008, [on line]).

Tato nevědomost je příčinou pozdní diagnózy, které jsou častější u migrantů, starších osob, heterosexuálů i homosexuálů a v zemích s nízkým výskytem HIV. Také je tomu častěji tam, kde HIV infekce představuje větší společenské stigma, kde jsou bariéry v dostupnosti zdravotní péče a testování, nízké vnímání rizika v zemích s nízkou prevalencí, malá povědomost, kde se lze nechat testovat a nedostatečná anonymita či alespoň dodržování lékařského tajemství. Lékaři se málo ptají na rizikovost chování a i

když je zjisti, tak jen zřídka svým pacientům HIV testování nabízejí. V Rusku dominuje rutinní HIV testování bez poradenství a bez ohledu na odhad rizika. Prý proto, aby měly úřady přehled, jak se HIV infekce šíří či nešíří. Zejména ohrožení toxikomané se však většinou ke zdravotní péči vůbec nedostanou a bylo jich testováno jen o málo více (14 %) než je průměr v populaci. Roli hraje především nízké vzdělání, velmi nízký i velmi vysoký věk, vnímání rizikového chování a popření. Také je důležité vlastní vnímání HIV jako stigmatu, obava ze ztráty partnera, obtížné zvládnání pocitů viny. Faktory osobní a psychologické jsou pak důležitější než faktory sociální.

Z hlediska dostupnosti protivirové léčby jsou znevýhodněni zejména ilegální migranti a uživatelé drog, velmi špatná je i situace ve věznicích (nejsou testováni, nejsou léčeni).

Ve zdravotnických službách existují značné regionální rozdíly. Dostupnost lékařské péče pro ruské venkovské obyvatele je obecně většinou nulová, nejvýše mají k dispozici porodní asistentku a felčara (Procházka, 2007, [on line]). V Rusku se 143 miliony obyvatel existuje pouze 103 léčebných center specializovaných na léčbu HIV a AIDS. Zařízení bývají velice často umístěna daleko od míst, kde žijí pacienti. Výjimkou nejsou vzdálenosti až 400 kilometrů. Akutní nedostatek je i lékařů s atestací na antiretrovirální léčbu, která dokáže o několik let oddálit propuknutí choroby AIDS. Jsou jich pouze tři stovky na celou zemi. Ruští lékaři mají také dvakrát méně léků než jejich kolegové z Evropy (ČTK, 2008, [on line]). Podíl HIV pozitivních osob, kteří samovolně přeruší léčbu a ztratí kontakt s lékařem, je 5–15 %. Také negativní postoj společnosti k HIV pozitivním vede zřídka k dalším zdravotním škodám, včetně přerušování léčby a nedostatečné compliance. Ve východní Evropě je dostupnost léčby ovlivňována špatným managementem (v některém období chybí dodávka jednoho či více léků) a korupcí (je k dispozici jen dražší kombinace a nikoli základní). V Arménii existuje mobilní jednotka, tvořená infekcionista a praktikem, která navštěvuje a dováží léky HIV pozitivním žijícím mimo Jerevan.

HIV pozitivní se velmi často přicházejí léčit pozdě, mnohdy ani nevědí, že je léčba dostupná, a do středisek, kde by se dostali do péče specialistů, vůbec nepřijdou.

V rámci stigmatizace se jeví problémově i trestné stíhání za šíření HIV. Úmyslné šíření je kriminálním činem a je třeba ho trestat stejně jako každé jiné úmyslné ublížení na zdraví. Ale řada právních systémů stíhá i neúmyslné šíření, kde není přesně jasné, kdy již je naplněna skutková podstata. Tento výklad práva by mohl vést k nejistotě

nejen HIV pozitivních, ale i osob ohrožených. Mohl by zpochybňovat účinnost preventivních opatření (například pokud by byl stíhán HIV pozitivní, přestože použil kondom). Odmítnutí HIV testu by mohlo vést k předpokladu, že HIV pozitivní je, a to včetně právních důsledků, pokud by měl nechráněný sex. Na základě příslušnosti k ohrožené skupině by mohl být stíhán člověk, který se choval rizikově atd. Kriminalizace přenosu HIV by v konečném důsledku byla kontraproduktivní, protože by se lidé raději nenechali testovat, než by měli čelit obvinění. Zdravotníci by neměli v těchto případech hrát roli soudce.

Další stigma a právní důsledky přináší omezení cestování, které některé země (USA, Rusko) pro HIV pozitivní prosazují. I to může být jeden z důvodů, proč se bránit testování.

HIV infekce může znamenat ohrožení i v profesní oblasti. I když zdánlivě nejsou HIV pozitivní diskriminováni, velmi těžko si hledají práci. Odmítnutí většinou pramení z obavy nakažení se, neznalosti a taky častější nemocnosti nakaženého jedince. Nezaměstnanost znamená pro jedince nedostatek peněz a to opět ztěžuje přístup k léčbě a zdravotní péči (Procházka, 2007, [on line]).

Organizace působící v Rusku Human Rights Watch ve své nové zprávě uvádí, že HIV pozitivní ženy a děti čelí diskriminaci na místech, kde by se měli cítit nejbezpečněji - v nemocnicích a sirotčincích. Kritizuje vládu za žalostný stav ve vztahu k lidem nemocným AIDS. Lékařský personál podle organizace může odmítnout léčit HIV pozitivní ženu, přestože je podle ruských zákonů taková diskriminace zakázaná.

Dokument také popisuje, jak se mnoho HIV pozitivních žen zříká svých dětí hned po narození a ty potom končí ve státních sirotčincích.

Podmínky v takových zařízeních můžou být kruté, přestože tamní zaměstnanci jsou často obětaví a dobrosrdeční lidé. Mnohé děti trpí vývojovými poruchami a jenom malému procentu z nich se dostává léčby odpovídající jejich nemoci.

Děti, které pozitivní matky odloží, zůstávají v nemocnici nejméně 18 měsíců. Během tohoto pobytu se vyloučí nebo potvrdí zda je dítě pozitivní či ne. Pokud je zdravé, zpravidla odchází do sirotčince. Problémem jsou děti HIV pozitivní, které nikdo nechce. Zpravidla končí v izolaci v nemocnici nebo pokud se podaří dostat je do sirotčince, končí v izolaci tam. O děti se nikdo příliš nestará. Když mají štěstí, dostanou aspoň léky, většinou ale ne. Žijí několik let v izolaci, bez kontaktu s okolím, nikdo na ně nesahá, neobjímá. Jsou citově deprivované, zaostalé, nemají základní návyky



(Reuters, 2006, [on line]). Výsledkem je, že řada HIV pozitivních dětí narozených v Rusku je prakticky odsouzená k smrti. V současnosti se jedná o jeden až dva tisíce nezletilých dětí a odborníci očekávají, že v příštích letech se tento problém bude prohlubovat (BBC, 2005, [on line]).

## **1.7 Pohlaví a HIV/AIDS, preventivní programy a organizace činné v boji proti HIV/AIDS v zemích bývalého SSSR, šíření AIDS do světa**

### **Pohlaví a HIV/AIDS**

Ač by se zdálo, že toto téma spolu nesouvisí, jsou rozdíly v šíření HIV/AIDS i v rámci pohlaví. Pohlaví je základním faktorem při určování individuální náchylnosti k infekci HIV, jeho nebo její přístupu k léčbě, stejně jako schopnost infikovaných se s HIV infekcí vyrovnat.

Rozdíly pohlaví zahrnují široké společenské představy, očekávání, postupy a příklady, které definují "mužské" a "ženské" vlastnosti, chování, role a odpovědnost.

Společenské normy u ženského pohlaví často požadují, aby ženy a dívky zůstávaly negramotné nebo měly nižší vzdělání než muži. Byly pasivní v otázkách sexu, jsou podřízeny muži, mnohdy bez svolení muže nemohou jít ani k lékaři. V mnoha zemích muži mohou mít více sexuálních partnerů, kdežto žena musí zachovávat naprostou věrnost. Tato pravidla jsou v rozporu s myšlenkami na prevenci, které vyzývají k věrnosti a další opatření k ochraně proti infekci HIV. Některé představy o mužství ospravedlňují násilí na ženách, které přímo souvisí s šířením HIV, nepřátelství vůči homosexuálům, které si vyžádalo stigmatizaci těchto lidí a jejich snahu skrýt jejich sexuální chování a vyhnout se testování na HIV.

Nerovnosti mezi pohlavími, příčiny a dopady epidemie HIV by měly být řešeny nejefektivněji na vnitrostátní úrovni a na úrovni společenství. Na všech úrovních společnosti je nutné bojovat proti stigmatizaci, diskriminaci, nerovnosti mezi pohlavími a posílit postavení žen.

V mnoha zemích platí zákony, které ženy diskriminují. Faktor, který značně komplikuje situaci žen nakažených virem HIV, je jejich finanční závislost na muži. Nakažená žena je často odvržena od rodiny, zůstává bez prostředků, včetně prostředků na léčbu.

Měly by být přijaty zákony na ochranu žen a dívek proti pohlavnímu zneužívání, genderové diskriminace všeho druhu, včetně škodlivých tradičních praktik a násilí v manželství i mimo něj. Zákony by měly přímo řešit genderové nerovnosti a předsudky vůči lidem, kteří mají vysoké riziko nákazy HIV, včetně sexuálních pracovníků a homosexuálů.

Novým hitem ke snížení přenosu HIV je mužská obřízka. Od roku 2007 je uznána Světovou zdravotnickou organizací (World Health Organization, WHO) za podpůrný prostředek ke snížení přenosu HIV. Odstranění předkožky minimalizuje schopnost viru AIDS proniknout do těla přes pokožku penisu. Navíc se zde nacházejí tzv. *Langerhansovy buňky* a další imunologické prvky, které jsou terčem útoku viru. Rovněž drobná poškození předkožky během sexu napomáhají šíření HIV (Olšer, 2008, [on line]).

### **Preventivní programy a organizace činné v boji proti HIV/AIDS v zemích bývalého SSSR**

V celosvětovém měřítku se daří situaci v šíření viru HIV stabilizovat, ale v Rusku a na Ukrajině přerůstá v epidemii. Boj proti šíření AIDS a zpřístupnění účinné terapie infikovaným osobám komplikuje nedostatek financí umocněný ekonomickou krizí, předsudky společnosti, diskriminační zákony a pasivita politiků.

Na moskevské Konferenci o otázkách HIV/AIDS ve východní Evropě a střední Asii vyvolala mezi stovkami lékařů, expertů a terénních pracovníků pozdvižení tisková zpráva, kterou ruským sdělovacím prostředkům rozeslala vrchní úřednice Ministerstva zdravotnictví a sociálního rozvoje Olga Krivonosová: „Naše zkušenost s projektem výměny jehel z regionů a jeho výsledky jsou bohužel negativní. Počet onemocnění HIV/AIDS v dané skupině byl v důsledku vyšší, než tam, kde se podobné projekty neuskutečnily“. Stanovisko ministerstva přitom ruští novináři označili za názorný příklad zkostnatělého uvažování ruských úředníků.

Zástupce předsedy Bezpečnostního výboru Státní dumy Michail Grišankov v rozhovoru pro internetový portál Gazeta.ruskaja ostře kritizoval „desinterpretaci a záměrnou manipulaci s daty," k němuž podle něj dochází ze strany odpůrců programů výměny jehel v celé řadě případů. Jako příklad uvedl iniciativu předsedkyně zdravotního výboru na moskevském magistrátu Ludmily Stebenkovové, které se v

Moskvě v minulém roce několikrát podařilo dosáhnout byrokratického zrušení preventivních center pod záminkou boje „proti novotám vnuceným Rusku Západem“. Grišankov označil podobné jednání za krajně nebezpečné a obvinil podobně smýšlející politiky, že likvidují úsilí o překonání epidemie, mrhají prostředky a drahocenným časem a místo toho hledají vnějšího nepřítele. Největším trnem v oku ruským zákonodárcům a byrokratům je ovšem legalizace substituční terapie metadonem. (Mrázek, 2010, [on line]).

Hlavní ruský hygienik Oniščenko prohlásil, že Rusko je "důrazně proti" náhradní drogové terapii. Výměna jehel narkomanům by podle něj povzbudila trh s narkotiky a následný přenos HIV. Rusko proto podporuje "zdravý životní styl", drogovou abstinenci a vyvarování se rizikovému sexu (ČTK, 2009, [on line]).

Přes veškeré úsilí ruských nevládních organizací a Globálního fondu pro boj proti AIDS počet nově infikovaných v oblasti prudce roste a většina z nich stále nemá přístup k informacím ani účinné terapii.

Před deseti lety bylo v Rusku kolem sto tisíc HIV pozitivních osob, dnes jsou oficiální odhady kolem miliónu osob a nárůst se každoročně zrychluje (dle Mezinárodní asociace pro Harm reduction). Právě nezávislé mezinárodní organizace jako IHRA (Mezinárodní asociace pro Harm reduction) nebo IAS (International AIDS Society) v Moskvě ostře kritizovaly postup ruské vlády a státních institucí, které nejenže neplní sliby o financování boje proti AIDS, k nimž se Moskva zavázala na poslední schůzce států G 8, ale byrokraticky brání zavedení mezinárodně ověřených a fungujících metod léčby a prevence, které jinde přinášejí konkrétní výsledky.

Další z působících organizací je nevládní organizace Focus-média, která vede deset let preventivní kampaň proti AIDS. Fokus zájemcům hlavně z řad dospívajících, za nevelký peníz distribuuje propagační materiály, videokazety, postery, kondomy apod. Ředitelka této nevládní organizace J. Alexejevová zdůraznila význam preventivních kampaní mezi mladými a kritizovala moskevskou radnici, která nedovolila organizovat akce vysvětlující účinnost používání prezervativů. Podle ní osm z deseti mladých, kteří se zúčastnili takových akcí, používají prezervativy.

"Bohužel úřady v Moskvě jsou proti našim kampaním. Jsou pro propagaci morálního chování a odmítají se s námi setkat," řekla Alexejevová.

Rusko vydalo loni na prevenci a boj proti AIDS 7,1 miliardy rublů (5,3 miliardy korun). Velká část této sumy - 5,2 miliardy rublů - jde na nákup antiretroviálních léků, k

nimž má nyní přístup na 30.000 seropozitivních lidí. Na prevenci, která je podle Pokrovského slabým místem programu, bylo vydáno jen 200 milionů rublů (149 milionů korun) (ČTK, 2009, [on line]).

Projekt financovaný Globálním fondem pro boj proti AIDS, tuberkulóze a malárii byl zahájen v deseti administrativních oblastech Ruska (Město Petrohrad, oblast Nižnij Novgorod, Orenburg, Pskov, Tomsk, Tver a Vologoda; Burjatská republika, Tatarstán a Krasnojarský kraj) v roce 2004 a zakončen v srpnu 2009. Celkové náklady činily 89 milionů amerických dolarů.

Globus se soustřeďuje na potřeby lidí z rizikových skupin včetně speciálních preventivních projektů zaměřených na uživatele injekčních drog, sexuální pracovníce či pracovníky a homosexuály. Za pět let trvání programu se podle zdokumentovaných případů podařilo zachránit před nakažením HIV přibližně 37 tisíc lidí.

Epidemická situace v Rusku je komplikována mimořádně vysokým procentem uživatelů injekčních drog, zejména heroinu, jejichž počet je odhadován téměř na dva miliony (asi 2 % populace). 80 % narkomanů je mladší 30 let.

V Rusku ve většině regionů, mimo velkých měst a regionálních center, prakticky neexistují poradenská centra a centra pro výměnu jehel. Efektivní protidrogová terapie je pro většinu lidí absolutně nedostupná, pokud existuje, je mimořádně finančně náročná. Programy substituce drog metadonem jsou zakázány federálními zákony.

Projekt byl ukončen v srpnu 2009, jelikož ruská vláda nepřevzala finanční závazky, které slíbila, aby mohl projekt pokračovat. Koncem roku proto Globální fond pro boj proti AIDS, tuberkulóze a malárii oznámil, že financování stávajících programů v Rusku výjimečně prodlouží o dva roky a vyčlení na tento účel 24 miliónů amerických dolarů. Toto je ovšem jen náhradní a dočasné řešení (Mrázek, 2010, [on line]).

UNAIDS (Světový program OSN pro HIV/AIDS) se snaží poskytovat pomoc státům, aby mohly plnit své závazky v oblasti lidských práv a umožnit jednotlivcům a komunitám uplatňovat svá práva v souvislosti s epidemií HIV.

#### Zajišťuje

- plnou realizaci všech lidských práv a základních svobod osob žijících s HIV a osob náležejících k ohroženým skupinám na podporu přístupu ke vzdělání a informace související s HIV
- plnou ochranu důvěrnosti a informovaného souhlasu

- zvýšené úsilí k zajištění široké škály preventivních programů, včetně informací, vzdělávání a komunikace ve směru snižování rizikového chování a podporuje zodpovědné sexuální chování, včetně abstinence a věrnosti, přístup k základnímu zboží včetně mužských a ženských kondomů a sterilního injekčního náčiní, usiluje o snížení škod v souvislosti s užíváním drog, přístup k dobrovolnému testování a důvěrné poradenství, bezpečné zásobování krví, účinnou a včasnou léčbu pohlavně přenosných infekcí, vytváření strategií pro boj proti stigmatizaci a sociálnímu vyloučení spojené s epidemií.

UNAIDS připravuje zprávy o pokroku k přezkoumání a jednání na Valném shromáždění OSN.

CRIS je informační systém pro sledování a hodnocení národní reakce na AIDS. Obsahuje jediný ukazatel, sledování projekt / zdroj a výzkum modulů. Sbírá, připravuje a kompletuje data pro OSN.

Od roku 2007 působí v moldavském regionu Podněstří organizace Lékaři bez hranic. Svou ambulanci mají v centrální nemocnici Podněstří. Lékaři se snaží do regionu dostat léky a zajistit léčbu aspoň některým lidem. Zároveň se snaží o vzdělávání zdravotnických pracovníků a provádějí školení ve školách apod. Sama vláda Moldavska na léčbu a prevenci nepřispívá nic i když dostává finance od mezinárodního společenství (Mrázek, 2010, [on line]).

Státní programy prevence, zavedené hlavně v Moskvě a Petrohradě, zahrnují výstavby preventivních a ochranných center. Klienti těchto zařízení mohou podstoupit nejen test na HIV, ale také obdržet nezbytné informace a brožury od kvalifikovaných lékařů, jak infekci předejít. Zaměřují se na mládež, rizikové skupiny, především sociálně slabé, narkomany a osoby živící se prostitucí. Tyto programy jsou podporovány nejen ruskými instancemi, ale i například programy UNESCO.

Efektivita těchto snah se dá těžko odhadnout. Problémem zůstává nerovnoměrná dislokace ruské populace. Velká část vládních i nevládních zařízení je soustředěna ve velkých městských centrech. Přesto i zde převládá tradiční stigmatizace a předsudky nejen vůči nakaženým, ale i těm, kdo mají zájem o informace, jak infekci zabránit.

V zemích bývalého SSSR pracuje mnoho organizací z celého světa, bohužel jejich práci vláda nepodporuje a stále si, i přes mnohá varování a statistické údaje, nechce připustit, jak je stav vážný (Veselý, 2008, [on line]).

## Šíření AIDS do světa

Vzhledem ke špatné ekonomické situaci a vysoké nezaměstnanosti dochází k masové migraci obyvatel ze zemí bývalého SSSR. Nejvíce odchází lidé z Ukrajiny a Ruska. V cizině pracují převážně ilegálně na stavbách, v domácnostech, zemědělství nebo ve službách. Mnoho žen se živí prostitucí. Výjimkou není ani kriminální činnost.

Ukrajinské velvyslanectví udává, že v Polsku pracuje 300 tis. ukrajinských občanů, v Itálii 200 tis., v České republice 200 tis., v Portugalsku 150 tis., ve Španělsku 100 tis., v Turecku 35 tis. a v USA 20 tis.. Asi 1 milion v ruské federaci (Veselý, 2008, [on line]).

Do České republiky přichází za prací mnoho Ukrajinců, Rusů a dalších obyvatel bývalého SSSR. Většinou u nás pracují načerno a jen zlomek z nich projde nějakou lékařskou prohlídkou a ještě méně jich má test na HIV. Test na HIV není povinný ani pro žadatele o azyl. Migranti se proto pro Českou republikou stávají časovanou bombou. V ČR bylo k 31. lednu 2010 evidováno **322 HIV pozitivních cizinců** bez trvalého pobytu, z toho 144 pochází ze střední a východní Evropy (SZÚ, ČSAP, 2010, [on line]). Přístup k léčbě opomíjených skupin obyvatelstva např. nelegálních migrantů, není zaručen téměř nikde v Evropě.

## 1.8.Uprchlíci v ČR a azylová procedura

Pokud se uprchlík rozhodne žádat u nás o mezinárodní ochranu je povinen absolvovat všechny procedury v přijímacím středisku (dále jen PrS). Tyto střediska jsou v ČR dvě. Jedno je v Praze Ruzyni přímo v prostorách letiště a druhé bylo ve Vyšních Lhotách nedaleko Frýdku – Místku. Toto středisko bylo v prosinci 2009 přestěhováno do Zastávky u Brna. Pobytové tábory jsou dva – v Havířově a Kostelci nad Orlicí. Dále jsou v ČR integrační azylová zařízení pro ty, jimž byl přiznán azyl nebo jiný trvalý pobyt a záchytná zařízení pro cizince, která slouží k zajištění nelegálně pobývajících cizinců.

Při příchodu do přijímacího střediska, si podá cizinec žádost o mezinárodní ochranu. Projde identifikačními procedurami u cizinecké policie a je vpuštěn do objektu střediska. Zde ho čeká pohovor s pracovníky Odboru azylové a migrační politiky (dále OAMP), je mu přiděleno evidenční číslo žadatele, které ho provází celou dobu trvání azylové procedury. Poté musí klient absolvovat vstupní zdravotní prohlídku. Rozsah vstupních zdravotních prohlídek je dán rozhodnutím hlavního hygienika MV v souladu

s ochranou veřejného zdraví. Děti jsou povinně očkovány proti dětské obrně, spalničkám, zarděnkám a příušnicím, pokud se neprokáží platným dokladem o absolvování tohoto očkování. Těhotné ženy podstupují test na HIV pozitivitu, ostatní žadatelé si mohou tento test dobrovolně vyžádat. Toho v současné době využijí zhruba dvě třetiny klientů. Povinně, všichni klienti starší 15 let, absolvují odběr krve na syfilis, všichni bez rozdílu věku absolvují výtěr stolice na bakteriologii (tyfus, paratyfus, salmonely a campylobacter) a všichni od 1 roku věku absolvují RTG srdce a plic. Každý s klientů projde celkovou prohlídkou u lékaře. Ten může ordinovat další vyšetření, nutná k posouzení zdravotního stavu žadatele (odběry krve, odborné vyšetření apod.).

Žadatelé o azyl se mohou nechat vyšetřit na HIV v rámci azylové procedury při vstupní lékařské prohlídce. Pokud je HIV test pozitivní, klientovi je sdělena diagnóza lékařem přijímacího střediska. Klient ve zdravotnické dokumentaci pak stvrdí svým podpisem, že byl poučen o své nemoci, kopii poučení dostane sebou. Zároveň je poučen o povaze svého onemocnění, je vybaven edukačními materiály v jazykové mutaci a je objednan k plánované hospitalizaci do nejbližšího AIDS centra (pro naše PrS to byla Ostrava Poruba). Zde se klient podrobí dalším vyšetřením k upřesnění diagnózy a nastavení léčby. Ze zákona je každý klient pojištěn, proto jsou vyšetření hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Poplatky za hospitalizaci a léky si klient hradí sám.

## **1.9 Žadatelé o mezinárodní ochranu a zdravotní pojištění**

V rámci podání žádosti o mezinárodní ochranu je žadatel zaregistrován i v rámci zdravotního pojištění. Všichni klienti jsou pojištěni u Všeobecné zdravotní pojišťovny. Pojištění hradí za klienta stát. Klient se stává pojištěncem pouze po dobu azylové procedury. Pojišťovna přidělí klientovi číslo pojištěnce. Toto číslo zůstává stále stejné a nemění se ani při opětovných příchodech klienta. Pojištění se vydává na 1–3 měsíce a doba pojištění se prodlužuje podle karty OAMP, kde je vyznačena doba povoleného pobytu, která se taky prodlužuje. Pokud se ukončí azylová procedura, končí i pojištění a klient již nemůže čerpat zdravotní péči.

Pojištění po dobu pobytu klienta v PrS prodlužuje OAMP automaticky, jakmile však klient přejde do pobytového střediska (dále jen PoS) či do soukromí (bydlí na soukromé adrese a nevyužívá služeb PoS) musí si pojištění na pobočce VZP prodlužovat sám. Což většina klientů nedělá. Je to způsobeno především komunikační

bariérou a nepochopením povinnosti prodlužovat si pojištění. Mnohdy nechápou k čemu pojištění je, protože v jejich zemi původu nic takového neexistuje.

Klienti nemají klasickou kartičku pojištění, mají pouze tištěné potvrzení pojišťovny na papíru formátu A4, kde je jméno pojištěnce, datum narození, číslo pojištěnce, adresa pobočky, která tento dokument vydala, platnost pojištění – datum vzniku a ukončení pojištění, razítko a podpis pracovníka pojišťovny. Už jenom se vzhledem tohoto dokladu mají žadatelé problém sehnat lékaře. Mnozí lékaři tento dokument nepovažují za důvěryhodný doklad a chtějí ošetření zaplatit. Dalším problémem je daný termín ukončení pojištění. Ten berou lékaři jako směrodatný a v případě hospitalizovaného klienta, který není ohrožen na životě, ho v den konce pojištění propustí. Žadatelé mají problém i s registrací u obvodního lékaře a zubního lékaře prakticky neseženou. Lépe jsou na tom žadatelé v menších městech a obcích, kde se přes své známé, kteří už mají svého lékaře, většinou bez problémů zaregistrují.

Jiná situace je u klientů, kterým byla žádost o mezinárodní ochranu zamítnuta a řízení jim je zastaveno, těm je zároveň ukončeno zdravotní pojištění a tím i znepřístupněna zdravotní péče. Jako cizinci bez legálního pobytu nemají možnost si pojištění hradit sami.

## **1.10 Poplatky ve zdravotnictví**

Klienti jsou v rámci azylové procedury pojištění u Všeobecné zdravotní pojišťovny. Mají nárok na ošetření a zdravotní péči ve stejném rozsahu jako občan ČR, ale mají také stejné povinnosti jako občan ČR (hrazení poplatků za hospitalizaci, u lékaře, za recepty a léky). S tím souvisí mnoho problémů. Pokud je klient v PrS má 30,- Kč kapesného na den. Ty má pro svou potřebu, nákup ovoce, pití, drogistického zboží, cigaret apod. Jídlo a základní hygienické prostředky dostane při příchodu a po dobu pobytu zdarma. S tím, že by onemocněli a měli by si šetřit peníze, nepočítají. O poplatcích u lékaře a za léky jsou informováni pomocí letáků v jazykových mutacích a při prvním informativním rozhovoru se sociálním pracovníkem a zdravotní sestrou.

V PoS si klienti již vaří sami a dostávají stravovací příspěvek ve výši: jednotlivci – dospělé osoby – 103,- Kč na den, první dospělý člen rodiny – 95,- Kč na den, druhý a další dospělý člen rodiny – 85,- Kč na den, dítě do 6 let – 52,50 Kč na den, dítě 6—15 let – 64,- Kč na den, dítě 15—26 let, nezaopatřené dítě 74,- Kč na den. Výplata finančních příspěvků je prováděna vždy na 5 dní dopředu. Z toho si kupují vše co



potřebují, jiné peníze k dispozici nemají. Proto, pokud někdo onemocní, je problém s úhradou poplatků za lékařskou péči a léky.

Klient, který odejde do soukromí, tzn. nevyužívá možnost ubytování v PoS, které je zdarma, nedostává vůbec nic. Na své živobytí, bydlení apod. si musí vydělat sám. Většina pracuje nelegálně, protože dle zákona o azylu nesmí žadatelé první rok od podání žádosti oficiálně pracovat.

## 2. PRAKTICKÁ ČÁST

### Formulace problému

Je ovlivněn postoj k lidem s onemocněním HIV/AIDS u žadatelů o azyl ze zemí bývalého SSSR mýty a pověrami nebo jen jejich neznalostí daného onemocnění?

### Cíle práce:

Cíl 1 Zmapovat znalosti respondentů o onemocnění HIV/AIDS, jeho přenosu a prevenci.

Cíl 2 Zjistit jaký postoj zastávají respondenti k lidem s tímto onemocněním

Cíl 3 Jaké mají možnosti léčby a zdravotní péče v zemi původu a v ČR.

Cíl 4 Zmapovat mýty a pověry, které se k tomuto onemocnění vyskytují v zemích bývalého SSSR.

### 2.1 Metodika

#### Metoda

Studie se uskutečnila na základě kvalitativního výzkumu. Byl použit polostrukturovaný rozhovor. Částečně připravený rozhovor znamená, že některé otázky jsou pevně dané a jiné jsou jen okruhy problémů. Metoda je pružná, dá se přizpůsobit okolnostem. Podle reakcí dotazovaného můžeme usměrnit další průběh kladení otázek nebo naopak nechat dotyčného volně mluvit.

Rozhovor obsahoval 19 otázek, které byly přeloženy do ruského jazyka. Otázky byly rozděleny do 4 oblastí – a) znalosti o přenosu, prevenci a léčbě HIV/AIDS, b) vlastní postoj k nemocným, c) možnosti léčby, d) využití tradiční léčby, léčitelé, mýty a pověry. Během rozhovoru byly přidány i jiné otázky, dle toho jak byl klient vstřícný, jaké měl vlastní zkušenosti se zdravotní péčí apod.

#### Charakteristika respondentů

- žadatelé o azyl ze zemí bývalého SSSR
- muži i ženy od 15 let výše
- rusky mluvící a ochotní spolupracovat při výzkumném šetření

#### Organizace výzkumného šetření

V rámci předvýzkumu, kdy byl veden rozhovor s jednou osobou, byla upravena formulace některých otázek. Tento rozhovor nebyl zařazen do hlavního výzkumu.

V hlavním šetření bylo provedeno celkem 23 rozhovorů, z toho bylo použito jen 15 rozhovorů, ostatní byly vyřazeny pro neúplnost. Jeden respondent byl HIV pozitivní. Vlastní šetření se uskutečnilo v lednu a únoru 2010. Zúčastnění pocházeli z pobytového tábora v Havířově a příjmacího střediska ve Vyšních Lhotách. Respondenti byli osloveni osobně. Rozhovory probíhaly individuálně v jejich bytech (pokojích). Po vzájemném seznámení a objasnění co je cílem práce, probíhal samotný rozhovor. Klienti byli ujištěni, že šetření je anonymní a mohou kdykoli bez udání důvodu od něj odstoupit.

Rozhovory probíhaly v jazyce ruském nebo českém, dle klientovy preference. Rozhovory byly vedeny neformálně - uvolnění atmosféry. První rozhovor byl nahráván na diktafon, další již bez diktafonu – klienti si nepřáli, aby byl rozhovor nahráván. Během rozhovoru jsem si psala poznámky. Rozhovorům byl ponechán volný průběh, klienti byli pouze usměrňováni otázkami, když hodně odbíhali od tématu. Při rozhovoru byl prováděn záznam do předchystaného formuláře (viz. příloha v, vi, vii). Průměrná doba rozhovoru se pohybovala kolem 50 minut.

Při rozhovorech byly využity zkušenosti autorky práce, získané během práce v ambulanci příjmacího střediska ve Vyšních Lhotách.

V příloze jsou uvedeny 3 příklady rozhovorů (se ženou, s mužem a s HIV pozitivním mužem). Ostatní rozhovory jsou k uschovány u autorky z důvodu délky práce a zachování anonymity klientů.

### **Zpracování získaných dat**

Data, která byla posbírána v rámci rozhovoru byla kategorizována - viz. příloha č.ii./1—4

Získaná data byla zpracována ručně do velké četnostní tabulky, v kombinaci s použitím počítačového programu Microsoft Excel. Data byla vyhodnocena do tabulek a názorně do grafů.

Pro vyhodnocení výsledků byla použita jednoduchá statistická metoda absolutní a relativní četnosti. Relativní četnost byla počítána pomocí vzorce:  $f_i = n_i/N$ . Relativní četnost ( $f_i$ ) poskytuje informace o tom, jak velká část z celku připadá na danou dílčí hodnotu. Udává se v % a výsledek se násobí 100. Absolutní četnost ( $n_i$ ) představuje počet respondentů, kteří dosáhli určitého výsledku. Celková četnost ( $N$ ) je celkový počet respondentů (Chráška, 1993, s. 48—49).

## 2.2 Interpretace dat

23 respondentů, z toho 12 žen a 11 mužů, k výzkumu bylo použito 15 dotazníků, ostatní byly vyřazeny pro neúplnost.

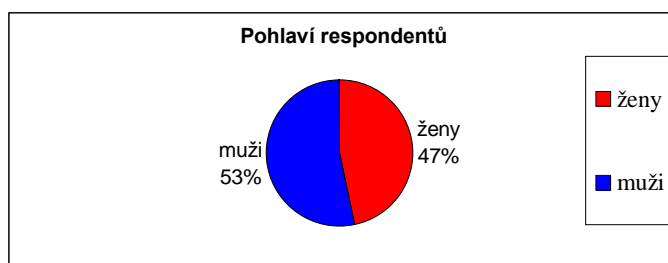
### Dotazníková položka č. 1

Z celkového počtu 15 respondentů se výzkumného šetření zúčastnilo 7 (47 %) žen a 8 (53 %) mužů.

Tabulka č.1 Pohlaví respondentů

Pohlaví respondentů	$n_i$	$f_i$
ženy	7	47
muži	8	53
celkem	15	100

Graf č.1



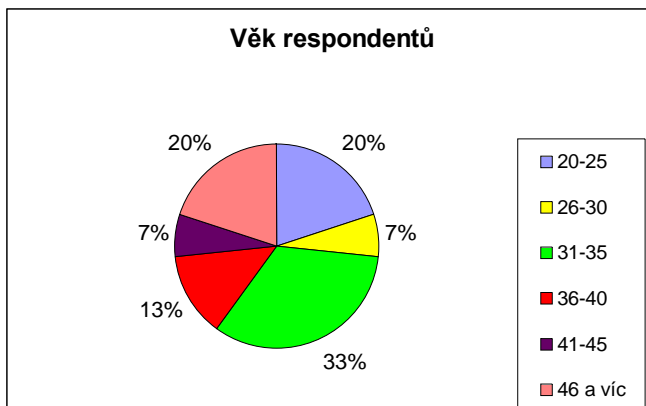
### Dotazníková položka č.2

Počet respondentů ve věku 20—25 let bylo 3 (20 %), ve věku 26—30 let byl 1 (7 %), ve věku 31—35 let bylo 5 (33 %), věku 36—40 let bylo 2 (13 %), věku 41—45 let byl 1 (7 %) věku 46 let a víc byli 3 (20 %). Nejstarší respondent měl 50 let.

Tabulka č.2 Věk respondentů

Věk respondentů	$n_i$	$f_i$
20—25	3	20
26—30	1	7
31—35	5	33
36—40	2	13
41—45	1	7
46 a víc	3	20
celkem	15	100

Graf č.2



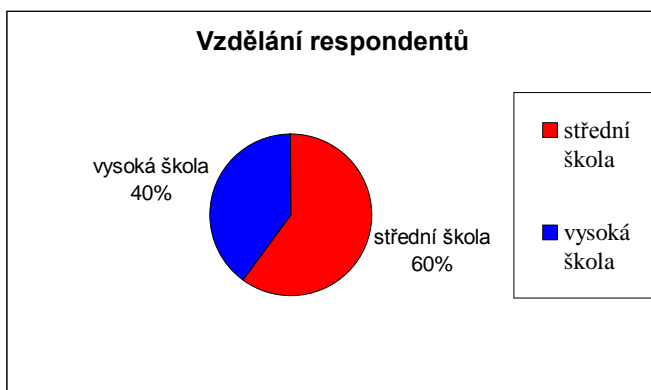
**Dotazníková položka č.3**

9 (60 %) respondentů uvedlo středoškolské vzdělání a 6 (40 %) vysokoškolské vzdělání.

Tabulka č.3 Vzdělání respondentů

Vzdělání respondentů	$n_i$	$f_i$
střední škola	9	60
vysoká škola	6	40
celkem	15	100

Graf č.3



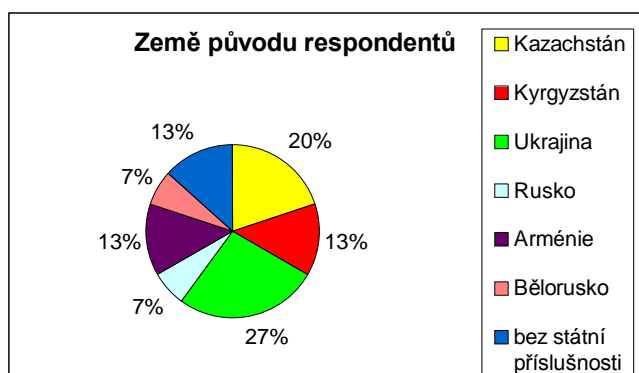
#### Dotazníková položka č.4

Z Kazachstánu bylo 3 (20 %) respondentů, z Kyrgyzstánu 2 (13 %), z Ukrajiny 4 (27 %), z Ruska 1 (7 %), z Arménie 2 (13 %), z Běloruska 1 (7 %) a bez státní příslušnosti 2 (13 %).

Tabulka č.4 Země původu respondentů

Země původu respondentů	$n_i$	$f_i$
Kazachstán	3	20
Kyrgyzstán	2	13
Ukrajina	4	27
Rusko	1	7
Arménie	2	13
Bělorusko	1	7
Bez státní příslušnosti	2	13
Celkem	15	100

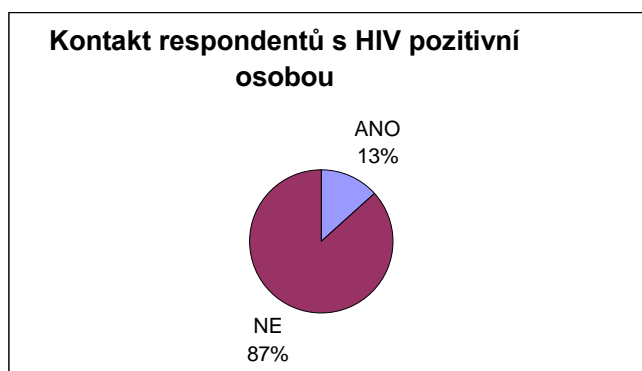
Graf č. 4



#### Otázka č.5. Přišel jste do kontaktu s nakaženou osobou?

Většina respondentů nepřišla do kontaktu s infikovaným člověkem, jeden respondent ano a jeden je HIV pozitivní (graf č.5, příloha č.ii/1)

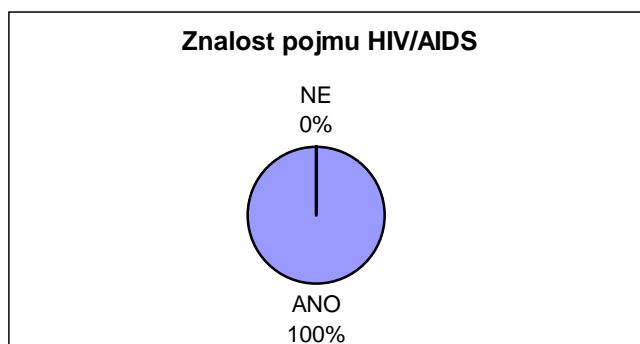
Graf č. 5



### Otázka č.6 Víte co je to HIV/AIDS?

Všichni respondenti věděli, že jde o ztrátu imunity (graf č.6, příloha č.ii/1).

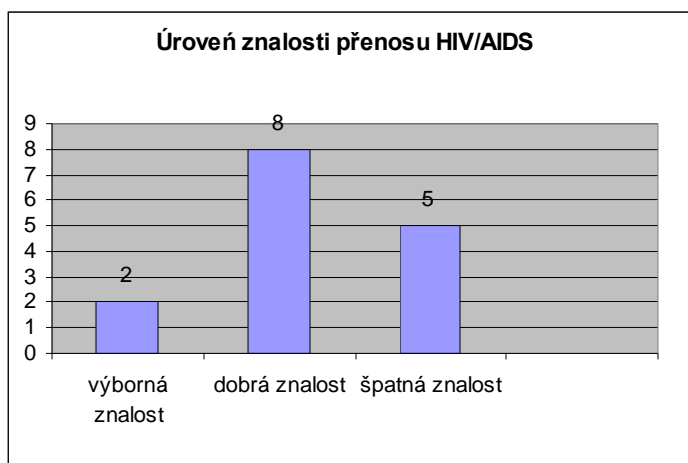
Graf č.6



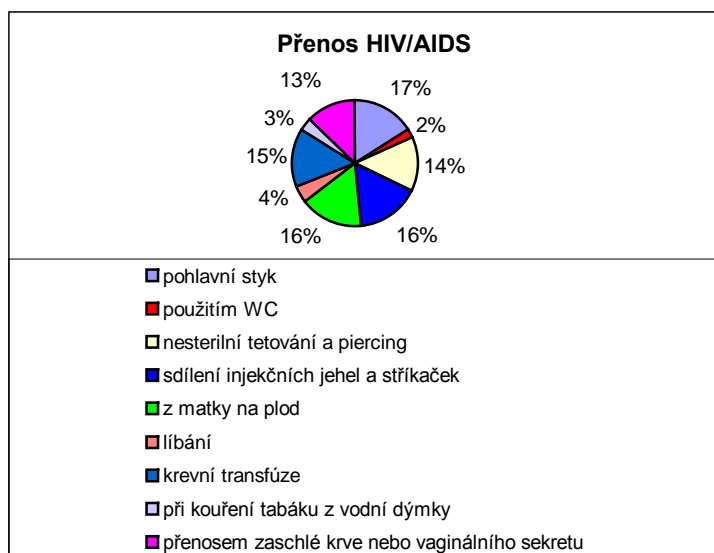
### Otázka č.7 Jak se toto onemocnění přenáší?

Všeobecně klienti základní informace o HIV měli, ale jen dva uvedli opravdu všechny způsoby přenosu (graf. č.7, příloha č.ii/1). Klienti věděli, že se HIV přenáší pohlavním stykem, při aplikaci drog do žíly, tetováním či piercingem, krevní transfúzí nebo z matky na plod. Měli velké obavy i z kontaktu s nakaženým člověkem – 6 respondentů by nechtěla sdílet domácnost s infikovaným člověkem, protože mají strach, aby se sami nenakazili. 12 (13 %) respondentů uvedlo i přenosem ze zaschlé krve nebo vaginálního sekretu, 2 (2 %) při použití WC, 4 (4 %) při líbání a 3 (3 %) při kouření vodní dýmky ( graf č.8, příloha č.ii/1).

Graf č.7



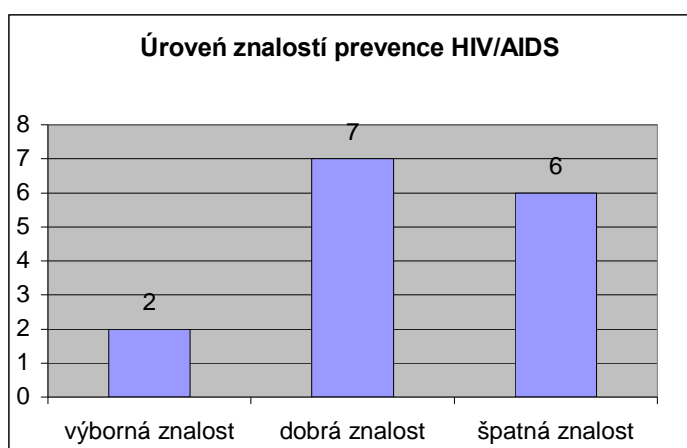
Graf č. 8



**Otázka č.8 Víte jak se chránit před tímto onemocněním?**

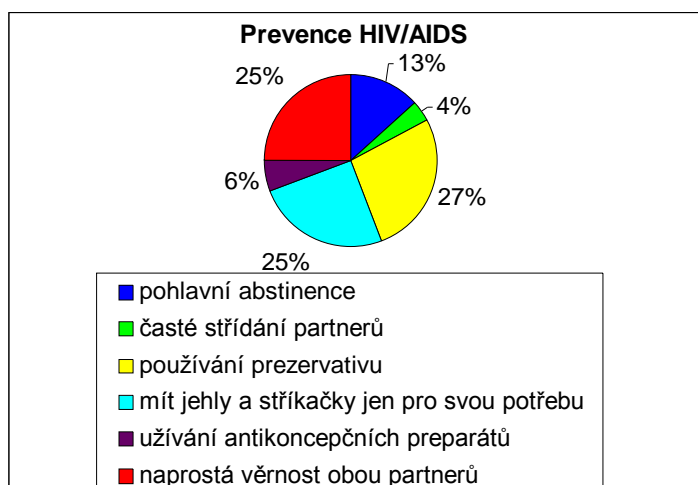
Co se týče ochrany před nakažením, nejvíce klientů odpovědělo používáním prezervativu (14), jednorázové stříkačky a jehly (13) a naprostá věrnost partnerů (13). Méně uvedlo ještě pohlavní abstinenci (7). Bohužel, 3 klienti si myslí, že je ochráněni i užívání hormonální antikoncepce a 2 uvedli časté střídání partnerů (graf č. 9 a10, příloha č.ii/2).

Graf č.9





Graf č. 10



### Otázka č. 9 Nechal jste se vyšetřit na HIV?

Všem dotázaným byla položena otázka zda si nechali dělat test na HIV, jen 3 podstoupili toto vyšetření. Častou odpovědí bylo „já to nepotřebuji, jsem zdravý“, „s nikým nemám sex“, apod. Testy si častěji nechávaly dělat dívky než muži a více mladší generace než starší. Rovněž byl rozdíl mezi manželskými páry, ti si většinou udělat testy nechtěli, na rozdíl od jednotlivců. Žadatelé s rizikovým chování (narkomani, časté střídání partnerů) si testy dělat nechali. Panovaly i rozdíly ovlivněné vírou– muslimové si testy nenechávali dělat, výjimkou byly gravidní ženy (graf č.11, příloha č. ii/2).

Graf č.11

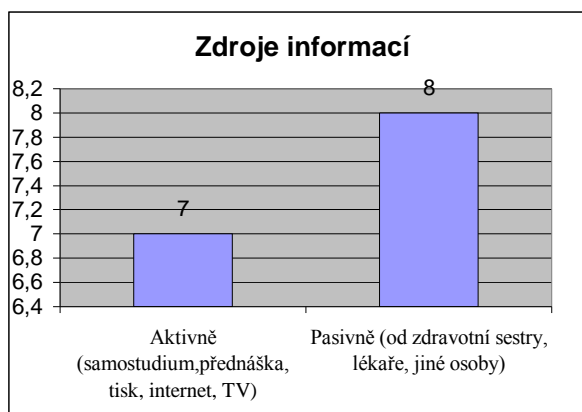


### Otázka č.10 Kde a z jakých zdrojů (od koho) jste získal informace o této nemoci?

Respondenti získávali informace aktivně – sami si je vyhledávali na internetu, v médiích, navštívili přednášku (7 respondentů), 8 respondentů se nezajímalo vůbec,

informace se dozvěděli jen od jiných lidí nebo při nějaké příležitosti od lékaře či zdravotníka (graf č.12, příloha č.ii/2).

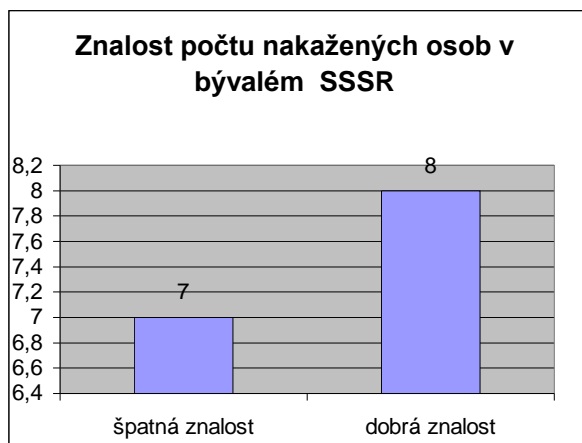
Graf č.12



#### Otázka č.11 Víte, kolik je ve vaší zemi asi nakažených osob HIV/AIDS?

Respondenti neměli přehled o počtu nakažených osob v zemích bývalého SSSR, většinou uváděli, že se o to nezajímali, nesledovali situaci. Konkrétní čísla neznali vůbec, pouze 8 respondentů uvedlo „hodně“ (graf č.13, příloha č.ii/2).

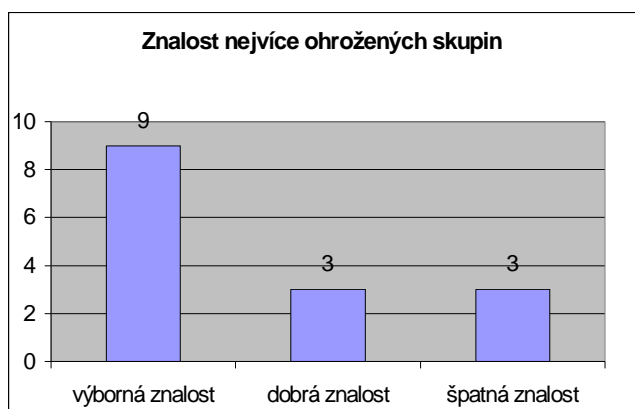
Graf č. 13



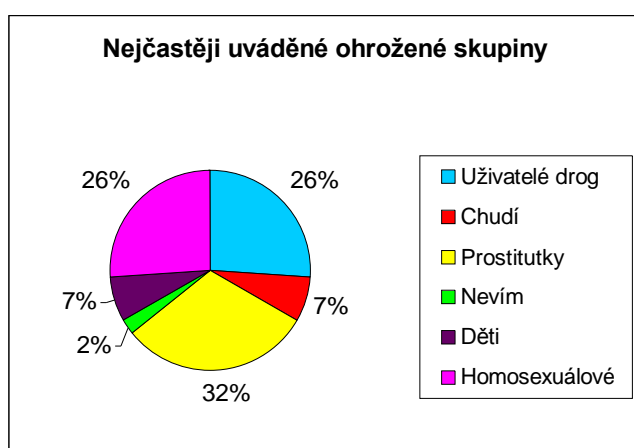
#### Otázka č.12 Existuje nějaká skupina osob, která je ve vaší zemi nakažena virem více než jiná?

Znalosti respondentů o nejvíce ohrožených skupinách jsou dobré. 9 respondentů prokázalo výborné znalosti (graf. č. 14). Přehled jejich nejčastějších odpovědi (graf č. 15, příloha č.ii/3).

Graf č . 14



Graf č.15



**Otázka č.13 Pokud by jste byl(a) nakažen(a), řekla by jste o tom někomu?**

Na tuto otázku 13 respondentů odpovědělo kladně. O své nemoci by informovali především rodiče a manžela nebo manželku. 2 respondenti by neinformovali nikoho ze strachu z odmítnutí, opovržení apod. (graf č.16, příloha č.ii/3).

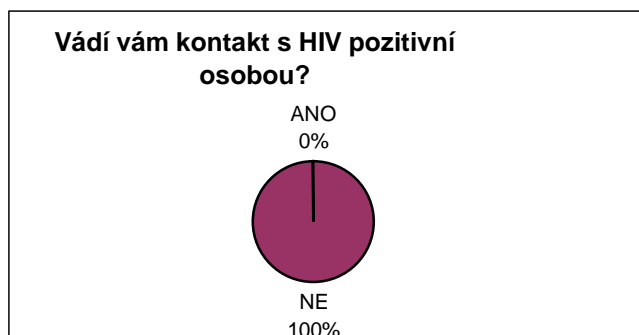
Graf č. 16



#### Otázka č.14 **Vadí Vám kontakt s takto nemocným člověkem?**

Na tuto otázku respondenti všichni odpověděli, že běžný kontakt na úrovni společenského běžného života jim nevadí (graf č. 17, příloha č.ii/3).

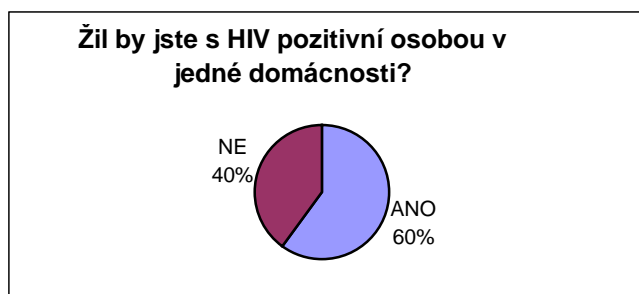
Graf č. 17



#### Otázka č.15 **Pokud by byl nakažen Váš příbuzný, rodinný příslušník apod., žil(a) by jste s ním v jedné domácnosti?**

Při odpovědích na tuto otázku se nejvíce projeví obavy z tohoto onemocnění. 9 (60 %) respondentů by se chtělo postarat o svého nemocného příbuzného. 6 (40 %) tuto možnost naprosto zavrhl. Na důvod, proč se nechtějí starat o nemocného, uváděli hlavně strach z nakažení se. Tito respondenti byli původem z Kyrgyzstánu, Kazachstánu a Arménie. Zajímavé je, že to uvedli i muslimové, kteří o příbuzné pečují (graf č. 18, příloha č.ii/3).

Graf č. 18

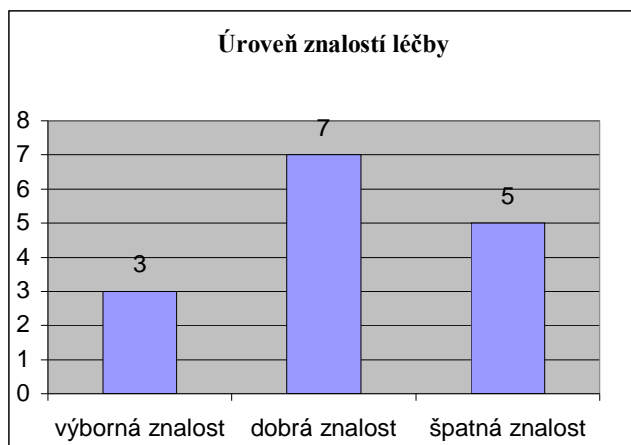


#### Otázka č.16 **Jak je u vás o osoby nemocné AIDS postaráno? Jaké jsou ve Vaší zemi možnosti léčby?**

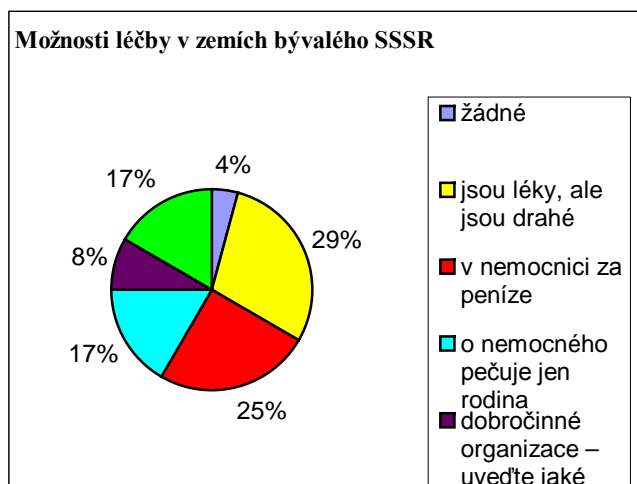
Respondenti převážně odpovídali, že léčba sice je, ale drahá a tím i pro hodně obyvatel nedostupná. V soukromých nemocnicích je péče i léčba dostupná, je kvalitnější než ve státních nemocnicích, pobyt zde si však musí platit. Ve státní

nemocnici, kde je zdravotní péče hrazená státem, uváděli respondenti, že je tam velmi špatná péče, nejsou léky, obvazový materiál, není tam dostatek lékařů a sester. V nemocnici je špatné jídlo. Je běžné, že se podílejí na péči o nemocného příbuzní, nosí léky i kvalitnější jídlo, často suplují i ošetřující personál. 4 ( 4 %) respondenti vůbec nevěděli, jaké možnosti léčby jsou, netušili, že existují léky, které aspoň zpomalí průběh nemoci (graf č.19 a 20, příloha č.ii/4).

Graf č. 19



Graf č. 20



**Otázka č.17 Jaké tradiční prostředky používáte v prevenci a léčbě tohoto onemocnění?**

Odpovědi na tuto otázku byly trochu rozpačité. První reakcí většinou bylo – nic přece neexistuje, nic takového neznám, ale po důkladnějším probrání problému, uváděli bylinky a výrobky z nich (masti, tinktury, kapky), prášek z hlívy ústříčné, výtažky

z aloe vera, různé výrobky z hadího jedu, ženšen apod. Léčitelé tam existují, ale nikdo z respondentů jejich služby nikdy nevyužil.

**Otázka č.18 Znáte nějaké mýty, pověry, tradiční metody v léčbě nebo prevenci onemocnění HIV/AIDS?**

Na tuto otázku všichni respondenti odpovídali záporně. Při hlubším zkoumání problému bylo zjištěno, že většina mýtů o této nemoci pramení z neznalosti faktů o HIV/AIDS, převážně o přenosu a prevenci nemoci. Lze to sledovat z odpovědí na otázky č. 7 a 8, kde respondenti uváděli přenos líbáním, použitím WC, kouřením vodní dýmky či přenosem ze zaschlého vaginálního sekretu nebo zaschlé krve. Jako spolehlivou prevenci uváděli i hormonální antikoncepci a dva dokonce časté střídání partnerů.

**Otázka č.19 Jak přistupujete k léčbě HIV/AIDS, popř. vyskytují se nějaké bariéry v léčbě?**

Tato otázka se týkala pouze HIV pozitivních osob, proto na ni odpovídal pouze jeden respondent. Respondent je z Ukrajiny, pravděpodobným zdrojem nákazy bylo injekční užívání drog před 10 lety. HIV pozitivita byla zjištěna v r.2008 při vstupní zdravotní prohlídce v rámci žádosti o mezinárodní ochranu. Po základním vyšetření na infekčním oddělení v Ostravě, se klient registroval v AIDS centru v Praze. S registrací problémy neměl. Dokud byl veden jako žadatel o azyl, tak měl pojištění a tím i péči a léky. Peníze si vydělával „na černo“. Drogy neužívá, ale alkohol ano, kouří 10—20 cigaret denně. Vždy když mu skončí řízení, tak jde žádat o azyl znovu. Tím si zajišťuje pojištění a přístup k lékům. Sám ale říká, že je nebere pravidelně. Občas zapomene nebo mu dojdou a nejde k lékaři – „Cítím se dobře, tak to neřeším.“ O azyl žádá už potřetí, má strach, aby nebyl deportován na Ukrajinu. Považuje to za rozsudek smrti. O své nemoci nikomu neříká, drží to v tajnosti. Nechodí ani k lékaři s výjimkou AIDS centra, tam mu pomůžou, když onemocní. Respondent za největší problém považuje svou nejistou situaci a neustálý strach z toho, že bude vrácen na Ukrajinu. Ze své nemoci má strach, ale ne takový, aby dodržoval léčbu, více se bojí umírání v ukrajinské nemocnici.

### 3. Diskuse

1. prosinec je vyhlášen jako světový den boje proti AIDS. K příležitosti tohoto dne se koná mnoho akcí, které mají za cíl informovat širokou veřejnost o této problematice, která se netýká pouze zdravotní oblasti, ale zasahuje do oblasti sociální a ekonomické. HIV infekce postihuje nejvíce osoby ve věku 25—44 let a k nárůstu případů dochází zejména ve střední a východní Evropě. Boj proti šíření HIV a zlepšení dostupnosti účinné léčby infikovaným osobám komplikuje nedostatek financí umocněný ekonomickou krizí, předsudky společnosti, diskriminačními zákony a pasivitou politiků.

Dle prohlášení OSN je důležité zajistit všem lidem rovný přístup k prevenci, léčbě, péči a informacím, zabránit násilí na ženách a diskriminaci HIV pozitivních.

Výzkumné šetření této práce bylo zaměřeno na čtyři oblasti – znalosti žadatelů o HIV/AIDS, zjistit jaký postoj zastávají respondenti k lidem s tímto onemocněním, jaké mají možnosti léčby a zdravotní péče v zemi původu a v ČR a mýty a pověry spojené s HIV/AIDS.

**Cílem první oblasti** šetření bylo zjistit, jaké jsou znalosti žadatelů o onemocnění, co ví o jeho způsobu přenosu, a jestli ví, jak se účinně chránit před nákazou. Při analýze výzkumného šetření bylo zjištěno, že většina klientů obecně ví o jaké onemocnění se jedná, mají i nějakou představu o jeho přenosu a prevenci, ale ne u všech jsou znalosti dostatečné. Všichni dotázaní věděli, že se nemoc přenáší pohlavním stykem, sdílením injekčních stříkaček a jehel, krevní transfúzí a z matky na plod. Několik jich uvedlo přenos při nesterilním tetování a piercingu, přenos při použití WC, líbání, kouření z vodní dýmky i přenos ze zaschlé krve nebo vaginálních sekretů. Co se týká ochrany před infekcí HIV, nejvíce klientů odpovědělo, že je to používání prezervativu, jednorázové stříkačky a jehly a naprostá věrnost partnerů. Méně uvedlo ještě pohlavní abstinenci, 5 klientů si myslí, že je ochráněni i užívání hormonální antikoncepce a dva uvedli časté střídání partnerů.

Podle Kallingse znalost sama o sobě nevede k žádoucí změně chování. Diskutuje se o tom, na jakou skupinu mají být informační kampaně zaměřeny, zda jen na ohrožené skupiny (prostitutky, závislí na drogách, vdané ženy) nebo na celou populaci. Sexuální výchova je odmítána v řadě zemích s velkým náboženským vlivem např. USA, Rusko, muslimské státy, jelikož tato výchova vede mladé k promiskuitě (The first postmodern pandemic: 25 years of HIV/AIDS, přeložil Plesník).

Kristýna Volhejnová ve své diplomové práci AIDS jako globální problém a jeho komunikace (2006) uvádí, že jedním z důvodů neefektivnosti kampaní zaměřených na prevenci AIDS na Ukrajině je absence oficiální zaštiťující organizace, která by koordinovala činnost ukrajinských i mezinárodních organizací. Spolupráce s ministerstvem zdravotnictví probíhá jen formálně, papírově, ale ne prakticky. Ukrajinské organizace často rozšiřují strach nahánějící propagační materiály, televizní a rádiové spoty, což po delší době působí opačně a lidé se přestávají bát.

Toto tvrzení se potvrdilo i během rozhovorů s klienty, kdy při dotazu na situaci v jejich zemích týkající se znalosti výskytu onemocnění většina uvedla, že neví, kolik může být u nich nakažených lidí. Uváděli, že je tato informace nezajímala, nestarali se o to. Sami říkali, že se s tím onemocněním nesetkali, a proto ani nepátrali po nějakých informacích k tomuto tématu. Obecně věděli, že tím nejvíce trpí narkomani, prostitutky, homosexuálové a děti narozené HIV pozitivním matkám.

Informace, které o HIV/AIDS měli, získali nejčastěji pasivně z médií (TV, rozhlas, internet, tisk) a od zdravotnického personálu. Velice málo jich hledalo informace aktivně samo a jen 5 z nich bylo na přednášce o HIV.

Testy si častěji nechávaly dělat dívky než muži a více mladší generace než starší. Rovněž byl rozdíl mezi manželskými páry, které se testovat většinou nechtěly, na rozdíl od jednotlivců. Žadatelé s rizikovým chováním (narkomani, časté střídání partnerů) si testy dělat nechávali. Panovaly i rozdíly ovlivněné vírou, např. muslimové si testy nenechávali dělat. Výjimkou byly gravidní ženy, pro které je u nás test povinný.

**Cílem č.2** bylo zjistit jaký postoj zastávají respondenti k lidem s tímto onemocněním.

Při analýze rozhovorů k této oblasti jsem sledovala, jaké mají obavy či strach při kontaktu s nakaženým člověkem. Většina respondentů uváděla, že běžný kontakt jim nevadí. 6 respondentů naprosto zavrhl možnost soužití s nakaženým v jedné domácnosti. Na důvod, proč se nechtějí starat o nemocného, uváděli hlavně strach z nakažení se. Tito respondenti byli původem z Kyrgyzstánu, Kazachstánu a Arménie. Zajímavé je, že to uvedli i muslimové, kteří se o příbuzné jinak starají. Já sama se domnívám, že odpovědi na tuto otázku ovlivňují hlavně znalosti o onemocnění. Lidé, kteří jsou obeznámeni s problematikou přenosu a prevence onemocnění, nemají problém starat se o infikovaného člověka. Naopak čím méně o onemocnění znají, tím větší strach v nich nemoc vyvolává.



Cílem **třetí oblasti** bylo zjistit jaké mají možnosti léčby a zdravotní péče v zemi původu a v ČR.

Respondenti měli špatné znalosti i o možnostech léčby. O konkrétní léčbě mi nedovedli říct nic, podle toho co vyprávěli, doslechli se spíše jen o lidech s rozvinutým AIDS a ti jsou v nemocnici už jen „na umření“. Uváděli, že nemocnice jsou dvojího typu – státní zadarmo a soukromé za peníze. Léky si musí obstarat většinou sami, v nemocnicích jich mají málo a někdy nejsou vůbec. Na péči a jídle se často podílí příbuzní nebo si pomáhají nemocní mezi sebou. Respondenti sami hodnotili úroveň zdravotní péče jako špatnou a nedostačující.

HIV pozitivní respondent uvedl, že má strach vrátit se domů, protože tam by vůbec neměl šanci se léčit, nemá ani peníze. V ČR je spokojen. Pokud má pojištění, tak nemá problém získat zdravotní péči. Peníze si vydělává nelegálně, pomáhá na stavbách apod. O své nemoci nikomu neřekl, má strach z reakcí ostatních lidí. V azylovém řízení je potřeť. Nemůže tady být nelegálně, protože potřebuje být pojištěn. Léky se snaží brát pravidelně, ale jak sám říká, někdy to nevyjde. Životosprávu nedodržuje, pije alkohol a hodně kouří.

V ČR si musí žadatelé hradit poplatky za léky a hospitalizaci, to znamená, že zdravotní péče pro žadatele o mezinárodní ochranu je dostupná jen pro ty, co na to mají peníze. Pokud již nejsou pojištěni, musí si zdravotní péči hradit, u léků vázaných na předpis lékaře hradí plnou cenu léku. Tady už rozhodují finanční možnosti klienta.

I v dnešní době se mnoho žadatelů setkává všeobecně s diskriminací. Proto je nezbytnou součástí prevence HIV pozitivních žadatelů i ostatních osob přijetí a důsledné dodržování antidiskriminačních opatření a co nejlepší integrace do společnosti. Při práci s klienty různých národností je nutné brát v úvahu jazykové a kulturní odlišnosti (Procházka, 2004). Každý klient má právo na řádnou edukaci, která bere v úvahu jeho kulturní zvláštnosti, jeho jazykové schopnosti a sociální podmínky (Kudlová, 2006, s. 117—128).

V zemích bývalého SSSR je situace jiná, ale přesto stejná. Nemocní si za peníze mohou koupit jak léky, tak řádnou péči na soukromých klinikách. Bohužel v posledním stadiu AIDS, kdy se většinou dostanou k lékaři, jsou již natolik nemocní, že nejsou schopni si peníze vydělat. Podle toho, co vypověděli klienti, tak v nemocnici mají nárok na bezplatnou péči, ale pokud chtějí nějaké lepší léky nebo pokud prostě nemocnice léky, které dotyčný potřebuje nemá, musí mu je zajistit rodina. Léky si lidé kupují a je

jedno, jestli je naordinuje lékař nebo ne. Recepty tam neexistují. Lékař po telefonické objednávce dochází ke klientovi domů a po vyšetření doporučí, které léky si klient má koupit. Pokud je nutné speciální vyšetření, vystaví lékař doporučení ke specialistovi nebo pokud je stav nemocného natolik vážný, zajistí převoz do nemocnice. Ošetření lékařem se platí. Všude je pravidlo dávat úplatky. V nemocnici se o pacienta starají i příbuzní. Jelikož jídlo je velmi špatné, nosí příbuzní hospitalizovaným i jídlo a pokud je třeba i léky. Léky se dají koupit jakékoliv, bez omezení, jak v lékárnách tak na černém trhu. Existují kliniky státní – ty jsou bezplatné a soukromé, kde se za pobyt platí.

**Čtvrtou oblastí** bylo zmapovat mýty a pověry, které se k tomuto onemocnění vyskytují v zemích bývalého SSSR.

Celkem bylo hovořeno s 23 lidmi, kteří byli ochotni odpovídat na mé otázky. Většina vůbec nevěděla o nějakých mýtech. S rozhovorů vyplynulo, že většina jejich mýtů vyplývá z neznalosti, jak se nemoc přenáší. Ti co měli o nemoci dostatek informací uváděli, že by jim nevadil kontakt s nemocným člověkem a byli by i ochotni se o nemocného člena rodiny postarat. Neviděli v tom problém. Ti, kteří měli znalosti nedostatečné, měli strach z kontaktu s nakaženým člověkem a nechtěli by se o něj ani starat. Uváděli strach o svůj život, strach z vlastního nakažení. Mysleli si, že se můžou nakazit polibkem, zaschlými vaginálními sekrety, zaschlou krví, při používání toalety nebo při kouření vodní dýmky.

V tradiční medicíně využívají hodně byliny, léčivé čaje, přírodní prostředky (např. hadí jed a různé výrobky z něho - masti, tinktury apod.). Vzhledem k onemocnění HIV, uváděli prostředky na zvýšení imunity. Hodně využívají aloe v různých formách, žen-šen aj. Ostatní bylinky, používají podle toho, co zrovna nemocného trápí (např. na kašel lipový květ, na onemocnění kůže aloe). Zkušenosti a znalosti tradiční medicíny si předávají z generace na generaci, mezi sousedy, známými apod.

Léčitelé v bývalém SSSR jsou, ale využívají je jen ti, co mají peníze a ti, co jim opravdu věří. Z dotázaných k léčiteli nechodil nikdo a nikdy je nevyužili.

Klienti si většinou mysleli, že se onemocnění týká hlavně narkomanů, prostitutek a homosexuálů. Přistupují k tomu tak, že si za to můžou sami. Jich „normálních“ se to netýká, oni nic takového nedělají, proto se nemůžou nakazit. Hodně vycházeli z toho, že pokud budou dodržovat hygienu, partnerskou věrnost, tak se nemůžou nakazit. Machala (2008) uvádí *"Každý ví, co je HIV a jak se přenáší. Když se pacienta ptám: Vy jste nevěděli, jak se před tím chránit? Odpoví: Věděl, ale myslel jsem*

*si, že se mě to netýká," vypráví lékař. A varuje: "Riziko prudce vzrůstá. Mám obavy, že čelíme počátku epidemie. Právě teď," dodává“ (Nejezchlebová, Drahný, 2008, [online]).*

Lidé si nepřipouští, že k nákaze může stačit i jen jedno selhání partnera nebo se nakazí už v předchozím partnerském vztahu. Např. u muslimů muži mohou mít před sňatkem pohlavní styk, nejčastěji s prostitutkou, po svatbě již ne. Berou to jako získávání zkušeností pro manželský život. To ovšem neplatí pro ženu, ta musí být panna.

Při analýze dat (novinových zpráv a reportáží publikovaných na internetových stránkách), ani při samotných rozhovorech s respondenty se nepodařilo nalézt/ potvrdit konkrétní mýtus či pověru týkající se HIV/AIDS v zemích bývalého SSSR. To, co bylo zjištěno, je ovlivněno převážně neznalostí o přenosu, prevenci HIV/AIDS a sexuálním chování obecně.

## 4. Závěr

Cílem práce bylo zjistit nakolik jsou informace a různé zprávy z těchto oblastí pravdivé a porovnat informace z tisku s tím, co zjistím přímo od osob pocházejících z této oblasti.

V teoretické části jsou uvedeny základní informace o samotném onemocnění HIV/AIDS. Stručně je popsána historie onemocnění v zemích bývalého SSSR, zdravotní systém a péče, možnosti a dostupnost léčby v této oblasti. Je zde popsána i činnost některých charitativních organizací působících zde v boji proti šíření AIDS, problémy stigmatizace apod. Dále je práce zaměřena na problémy žadatelů o mezinárodní ochranu v ČR, vstupní zdravotní prohlídku v rámci azylového řízení, jejich pojištění a dostupnost léčby pro žadatele u nás.

V praktické části jsou uvedeny zjištěné znalosti žadatelů o onemocnění, kde tyto informace získali, co ví o možnostech léčby v zemích odkud pocházejí a nakolik mají dostupnou péči u nás. Práce se zaměřila na mýty a pověry v souvislosti s tímto onemocněním. Zda vůbec v těchto zemích existují a ovlivňují jejich chování, přístup k nemocným s HIV/AIDS, k léčbě tohoto onemocnění, zda využívají tradiční léčbu, pokud nějaká existuje. Práce je doplněna statistickými údaji o tom kolik žadatelů přišlo do Příjímacího střediska Vyšní Lhoty žádat o azyl, kolik si nechalo udělat test na HIV a kolik žadatelů bylo HIV pozitivních. Statistika je za období 2008—2009.

V práci jsou využity literární zdroje, novinové články prezentované na internetu, údaje zveřejňované různými organizacemi, vlastní pozorování a rozhovory s klienty pobytového a přijímacího střediska.

Cílem č.1 bylo zmapovat znalosti respondentů ze zemí bývalého SSSR. Celkem se rozhovorů účastnilo 23 klientů z PoS Havířov a PrS Vyšní Lhoty. Z toho bylo vybráno 15 rozhovorů (7 se ženami a 8 s muži), ostatní byly pro neúplnost vyřazeny.

Obecně lze říci, že znalosti respondentů jsou průměrné. Všichni věděli o jaké se jedná onemocnění, ale měli mezery ve znalostech přenosu a prevence HIV/AIDS. Znalosti nebyly ovlivněny vzděláním nebo pohlavím. Byly ovlivněny oblastí, odkud klienti pocházejí a vírou (muslimské ženy a muži měli horší znalosti nezávisle na věku a vzdělání). Přitom Kazachstán patří k jedné z nejvíce zasažených oblastí.

Cíl č.1 byl splněn.

Cílem č. 2 bylo zjistit jaké jsou postoje respondentů k HIV pozitivním.

13 % respondentů by o své nemoci nikomu neřeklo – mají strach z diskriminace, negativním postojům okolí. 87 % by o své nemoci řeklo nejbližší rodině – rodiče, manžel, manželka. Hlavním důvodem proč by chtěli své onemocnění zatajit je, že mají strach z přístupu okolí. Mohla by je zavrhnout rodina, partner(ka), přišli by o práci, mají strach z opovržení. Běžný kontakt s nakaženým respondentům nevadil, ale jen 9 (60 %) respondentů by bylo ochotno se postarat o svého nakaženého příbuzného. 6 (40 %) respondentů by o svého nemocného příbuzného pečovat nechtělo. Jako důvod uvedli strach, aby se nenakazili sami. Tito klienti pocházeli Kazachstánu, Kyrgyzstánu a Arménie.

Cíl č. 2 byl splněn.

Cílem č. 3 bylo zjistit jakou mají dostupnost péče v zemi původu a v ČR.

V oblasti dostupnosti péče byli respondenti v názorech jednotní. V zemích bývalého SSSR lze za peníze koupit vše, od léků až po lepší péči. Bez peněz je kvalita péče podstatně horší. Jsou zvyklí prakticky všude dávat úplatky.

V ČR je péče lepší a kvalitnější. Jako žadatelé se sice setkávají i s diskriminací ze strany lékařů, ale není to pravidlem. Pokud mají pojištění, mají přístup k zdravotní péči i k lékům. Vadí jim poplatky, nechápou k čemu jsou, ale pokud nemají finanční problémy, akceptují je. Nejvíce jim vadí nemožnost koupě léků jako jsou antibiotika, léky na srdce a podobně, protože ze své vlasti byli zvyklí si takové léky běžně kupovat, aniž by museli k lékaři. V naší republice mají taky jistotu, že budou ošetřeni vždy kvalitně, i kdyby neměli peníze či pojištění, a nikdo je nenechá zemřít na ulici. V jejich zemi původu by na té ulici zemřít mohli.

Cíl č. 3 byl splněn.

Cílem č. 4 bylo zjistit jaké mýty a pověry o HIV/AIDS se v zemích bývalého SSSR vyskytují.

S klienty bylo hovořeno poměrně dlouho na toto téma, ale konkrétní mýty a pověry jsem nezjistila. Veškeré omyly, které mi sdělili byly spíše z neznalosti přenosu a prevence HIV/AIDS a sexuálního života vůbec. Šlo např. o přenos HIV líbáním, kouřením vodní dýmky, použitím společného WC a podobně. Některé ženy uvedly, že je ochrání před nákazou hormonální antikoncepce (6 %) a časté střídání partnerů (4 %).

To, že se v zemích bývalého SSSR nevyskytují nějaké mýty a pověry přisuzují tomu, že problémy s HIV/AIDS tam jsou poměrně krátkou dobu. K masivnímu rozšíření nemoci došlo v posledních 20 letech, což je z evolučního hlediska poměrně

krátká doba. Začátek onemocnění se datuje od roku 1981, kdy byl virus poprvé popsán Dr. Gottliebem ve Spojených státech amerických.

Cíl č.4 byl splněn částečně. Mýty a pověry nebyly odhaleny ani analýzou dostupných dat, ani při rozhovorech, přesto nemůžeme z jistotou tvrdit, že žádné mýty a pověry v zemích bývalého SSSR neexistují vzhledem k malému počtu respondentů a potřebě důkladně analyzovat zahraniční materiály.

Smyslem práce je zjistit, jaká je úroveň znalostí žadatelů a využít tyto informace k prevenci šíření tohoto onemocnění. Podat klientům dostatečné informace, seznámit je s jejich možnostmi v přístupu k léčbě, odbourat mylné představy a mýty týkající se HIV/AIDS.

Závěrem můžeme konstatovat, že se povedlo zmapovat úroveň znalostí žadatelů o azyl o onemocnění HIV/AIDS, jejich názory na kontakt s infikovaným člověkem i to, jak mohou být ovlivněny jejich postoje k nemoci, prevenci a testům HIV. Práce může být přínosná pro všechny, kteří pracují s cizinci, neboť shrnuje informace, které jsou zveřejňovány spíše okrajově, jako méně významné. I přes zdánlivě klidnou situaci v ČR, bychom se neměli nechat ukolébat relativně nízkými počty nakažených, ale měli bychom znovu zaměřit síly na prevenci HIV/AIDS. Obnovit informační kampaně, besedy na školách, akce na podporu nemocných, obeznámit veřejnost s příběhy nakažených jedinců, aby všichni věděli jak málo stačí k tomu, aby se nakazili taky. Dnes se toto onemocnění týká již nás všech bez rozdílu věku, pohlaví či národnosti.

Co se týká zdravotní péče u žadatelů o azyl a cizinců, zde je nutné zlepšit přístup k informacím, aby věděli kde a jak se mohou pojistit, umožnit zdravotní pojištění všem cizincům (novorozencům, starým lidem, dlouhodobě nemocným) a ne pouze vybraným skupinám. Vytvořit pro ně informační letáky v jazykových mutacích, kde budou mít jasné a stručné informace, jak mají při pojištění postupovat a na co mají z ošetření nárok.

V oblasti prevence HIV/AIDS je důležité podat informace o onemocnění, jakým způsobem se přenáší a jak se chránit před tímto onemocněním. I zde je důležité, aby byly letáky v jazykových mutacích. Informační brožury lze využít i v prevenci jiných onemocnění např.: syfilis, kapavka, tuberkulóza, virová hepatitida A, B, C. Letáky je nutné obsahově přizpůsobit skupině pro kterou jsou určeny, jiné budou pro věřící, pro muslimy, pro rizikové skupiny (narkomani, prostitutky).

## Literatura

- AIDS se šíří v Rusku, hlavně mezi mladými a ženami.* ČTK (online). 2009. [cit. 2010-03-15]. Dostupný z: <http://www.004.cz/view.php?cislocclanku=2009051501-Rusko-AIDS-narust>
- Alternativní medicína* (on line). [Cit. 2009-01-20]. Dostupný z: <http://www.darius.cz/agnikola/AIDS.c.html>
- ASTER, V. *Virová hepatitida typu C u pacientů s HIV infekcí.* 3.vyd. Liberec: SZÚ, Pracoviště manažera Národního programu HIV/AIDS, 2007
- BLAHNÍKOVÁ, I., *Mladí lidé neberou pohlavní choroby v potaz.* Redakce (online). 2009. Dostupný z: <http://www.aids-hiv.cz/aktuality.html>
- Černý, Z., *Infekční nemoci.* 1. vyd. Brno: IDVPZ, 1997. 211 s. ISBN 80-7013-241-8
- ČR musí zlepšit péči o HIV pozitivní.* ČTK; Zdravotnické noviny; ČSAP, (online). 2009. Dostupný z: [http://www.aids-pomoc.cz/info\\_napsano\\_2009.htm#99](http://www.aids-pomoc.cz/info_napsano_2009.htm#99)
- Demografie* (online). Dostupný z: [http://www.demografie.info/?cz\\_hiv](http://www.demografie.info/?cz_hiv)
- DOEGNES, M., E., MOORHOUSE, M.F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry.* 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8
- FREIOVÁ, M., POLEMKA: *Afrika, kondomy, AIDS* (online). 2009. Dostupný z: [http://neviditelnypes.lidovky.cz/polemika-afrika-kondomy-aids-dgw-/p\\_zahranici.asp?c=A091001\\_195519\\_p\\_zahranici\\_wag](http://neviditelnypes.lidovky.cz/polemika-afrika-kondomy-aids-dgw-/p_zahranici.asp?c=A091001_195519_p_zahranici_wag)
- HAVLÍK, J et al., *Infekční nemoci.* 2. vyd. Praha: Galén, 2002.
- HIV a AIDS, Informační příručka pro prevenci HIV/AIDS a pro propagaci testování na HIV.* Hygienická stanice hl. m. Prahy (online ). Dostupný z: <http://www.hygpaha.cz/files/Co%20je%20to%20HIV%20a%20AIDS.pdf>
- Human Rights Watch odsuzuje za vztah k HIV Rusko.* BBC (online). 2005. [cit. 2010-03-15]. Dostupný z: <http://zpravodajstvi.ecn.cz/?apc=zzvx1-957675&x=318657>. ISBN 80-85824-90-6
- JEDLIČKA, J., STAŇKOVÁ, M., STROUHAL, V., MRUŠKOVIČOVÁ, L., *Pozitivní život neboli jak žít s virem a vírou.* 2 vyd. SZÚ: Pracoviště manažera Národního programu HIV/AIDS, 2005. ISBN 80-7071-257-0
- JEDLIČKA, J., STUPKA, J., KUBÁTOVÁ, A. *Krátký Odborný Návod Dostatečně Odpovědným Milencům.* 1.vyd. Liberec: SZÚ, Pracoviště manažera Národního programu HIV/AIDS, 2007

KALLINGS, L. O., *The first postmodern pandemic: 25 years of HIV/AIDS*. Překladatel : PLESNÍK, V., *První pandemie moderní doby: 25 let HIV/AIDS*. Journal of Internal medicine (online ). 2008. Dostupný z: [http://www.khsova.cz/01\\_odborna\\_cinnost/smd.php](http://www.khsova.cz/01_odborna_cinnost/smd.php)

*Lidí s HIV může být v Česku odhadem přes deset tisíc*. Ihned.cz (online). 2009. Dostupný z: [http://www.aids-pomoc.cz/info\\_napsano\\_2009.htm#92](http://www.aids-pomoc.cz/info_napsano_2009.htm#92)

*Mezi staršími ročníky značně přibývá nakažených virem HIV*. Famous (online). 2009. Dostupný z: <http://www.novinky.cz/zena/zdravi/163069-mezi-starsimi-rocniky-znace-pribyva-nakazenych-virem-hiv.html>

*Mýtus*. Wikipedie (online). Poslední revize 19.3.2010. [cit. 2010-03-15]. Dostupný z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/M%C3%BDtus>

NEJEZCHLEBOVÁ, L., DRAHNÝ, S., *Strach z AIDS opadl. Nemoc se šíří*. MF Dnes (online). Poslední revize 17.3.2008. [cit. 2010-03-27]. Dostupný z: [http://zpravy.idnes.cz/strach-z-aids-opadl-nemoc-se-siri-doj-domaci.asp?c=A080316\\_202449\\_domaci\\_zra](http://zpravy.idnes.cz/strach-z-aids-opadl-nemoc-se-siri-doj-domaci.asp?c=A080316_202449_domaci_zra)

PATOČKOVÁ, Z., *Tématem letošního Mezinárodního dne žen je vliv epidemie HIV/AIDS na život žen*. Econnect (online). 2004. Dostupný z: <http://zpravodajstvi.ecn.cz/index.stm?apc=zzzk1-957675&x=167844>

*Pouze třetina lidí s HIV má podle OSN přístup k léčbě*. ČTK (online). 2008. [cit. 2010-03-15]. Dostupný z: <http://www.004.cz/view.php?cislocclanku=2008061001-HIV-1/3-lecba>

*Pověra*. Wikipedie (online). Poslední revize 23.2.2010. [cit. 2010-03-15]. Dostupný z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Pov%C4%9Bra>

PREIS, J., *Proč geografie HIV/AIDS?*. Katedra geografie, ZČU v Plzni. (online). 2006. Dostupný z: [http://www.kge.zcu.cz/pesonal/PERSON/preis/publik/proc\\_geografie\\_aids.pdf](http://www.kge.zcu.cz/pesonal/PERSON/preis/publik/proc_geografie_aids.pdf)

PROCHÁZKA, I., *Konference HIV in Europe – Optimální testování a včasná péče*. (online). 2007. [cit. 2010-03-15]. Dostupný z: [http://www.aids-pomoc.cz/soubory/hiv\\_in\\_europe\\_2007.doc](http://www.aids-pomoc.cz/soubory/hiv_in_europe_2007.doc)

RESL, V. et al., *Informace pro budoucí maminky o HIV/AIDS*. (online). [Cit. 2009-01-15]. Dostupný z: [http://www.aids-hiv.cz/dpm08/Informace pro budoucí maminky.pdf](http://www.aids-hiv.cz/dpm08/Informace%20pro%20budouci%20maminky.pdf)

RESL, V., *Infekce vyvolané virem lidské imunodeficiency (HIV) AIDS*. Dermatovenerologie. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. 383 s. ISBN 80-7184-633-3



ROZSYPAL, H., *AIDS klinický obraz a léčba*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 1998. 236 s. ISBN 80-85800-92-6

*Rusku prý hrozí bez nové strategie další fáze epidemie AIDS*. ČTK (online). 2009. [cit. 2010-03-15]. Dostupný z: <http://www.004.cz/view.php?cisloclanku=2009120201-rust-HIV>

STŘEDA, L., *AIDS – děti odsouzené zemřít*. (online). 2010. Dostupný z: <http://streda.blog.idnes.cz/c/118898/AIDS-deti-odsouzene-zemrit.html>

ŠIBÍK, J., *Fotografie na téma „Každý desátý! - Ukrajina, Oděsa, 2003—2004“*. (online). [cit. 2010-04-27]. Dostupný z: [http://www.rozkosbezrizika.cz/01\\_hm/312\\_UKRAJINA\\_FOTO\\_SIBIK.htm](http://www.rozkosbezrizika.cz/01_hm/312_UKRAJINA_FOTO_SIBIK.htm)

ŠPIRUDOVÁ, L., *Multikulturní ošetřovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada. 2006. s. 248 ISBN 80- 247-1213-X

UNAIDS, (online). Dostupný z: <http://www.unaids.org/ru/AboutUNAIDS/default.asp>

*Uprchlíci v ČR bez lékařské péče*. Tisková správa (online). 2006. Dostupný z: [http://www.uprchlici.cz/cs/aktualne/clanky/tiskove-zpravy/uprchlici-v-cr-bez-lekarske-pece\\_0002.html](http://www.uprchlici.cz/cs/aktualne/clanky/tiskove-zpravy/uprchlici-v-cr-bez-lekarske-pece_0002.html)

UZEL, R., *Máme za sebou tři sexuální revoluce*. Právo (online). 2010. Dostupný z: <http://www.novinky.cz/zena/vztahy-a-sex/192346-radim-uzel-mame-za-sebou-tri-sexualni-revoluce.htm>

VAŠÍČEK, M., *Ruské zdravotnictví a dopady světové krize*. Pharm Business Magazine (online). 2009. [cit. 2010-03-15]. Dostupný z: <http://www.pharmbm.cz/clanek?id=305>

VAVROUŠKA,P., VÝBORNÁ,L. a JANOUŠ,V., *Ruskem a Ukrajinou se šíří AIDS, ohrožuje Česko*. Radiožurnál (online). 2008. Dostupný z: [http://www.rozhlas.cz/radiozurnal/podkuzi/\\_zprava/520783](http://www.rozhlas.cz/radiozurnal/podkuzi/_zprava/520783)

VESELÝ, D., *Usměrněná exploze*. A2 (online). 2008. [cit. 2010-03-15]. Dostupný z: <http://www.advojka.cz/archiv/2008/3/usmernena-exploze>

VOKURKA, M., *Patofyziologie pro nelékařské směry*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 217 s. ISBN 80-246-0896-0

VOLHEJNOVÁ,K., *AIDS jako globální problém a jeho komunikace*. Diplomová práce. Zlín: Katedra marketingových komunikací Univerzita Tomáše Bati, 2006. s.119.. Vedoucí diplomové práce doc. PhDr. Dušan Pavlů, CSc.

*Zdravotnictví v Rusku*. Wikipedia. (online). Poslední revize 23.3.2010. [cit. 2010-03-15]. Dostupný z:

[http://translate.google.cz/translate?hl=cs&langpair=en%7Ccs&u=http://en.wikipedia.org/wiki/Category:Health\\_in\\_Russia](http://translate.google.cz/translate?hl=cs&langpair=en%7Ccs&u=http://en.wikipedia.org/wiki/Category:Health_in_Russia)

*Восточная Европа и Центральная Азия.* UNAIDS (online). 2009. Dostupný z:  
<http://www.unaids.org/ru/CountryResponses/Regions/EasternEuropeAndCentralAsia.as>

p

## **Seznam zkratek**

AIDS - Acquired ImmunoDeficiency Syndrome - syndrom získaného imunodeficitu.

aj. – a jiné

apod. – a podobně

CRIS - Current Research Information System – výzkumný informační systém

č. – číslo

ČR – Česká republika

HIV - Human Immunodeficiency Virus- virus lidského imunodeficitu

IAS - International AIDS Society

IHRA - Mezinárodní asociace pro Harm reduction

MV – Ministerstvo vnitra

OAMP – Odbor azylové a migrační politiky

OSN – Organizace spojených národů

PoS – Pobytové středisko

PrS – Přijímací středisko

pův. - původně

RTG – rentgenové vyšetření

SOZE – Sdružení občanů zabývajících se emigranty

SSSR – Svaz sovětských socialistických republik

tis. – tisíc

UNAIDS - Světový program boje proti AIDS

UNESCO - United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization –  
Organizace OSN pro výchovu, vědu a kulturu

USA – Spojené státy americké

VZP – všeobecná zdravotní pojišťovna

WHO – World Health Organisation - Světová zdravotnická organizace)

## Seznam grafů

Graf č. 1 Pohlaví respondentů.....	36
Graf č.2 Věk respondentů.....	37
Graf č.3 Vzdělání respondentů.....	37
Graf č.4 Země původu respondentů.....	38
Graf č.5 Kontakt respondentů s HIV pozitivní osobou.....	38
Graf č.6 Znalost pojmu HIV/AIDS.....	39
Graf č.7 Úroveň znalosti přenosu HIV/AIDS.....	39
Graf č.8 Přenos HIV/AIDS.....	40
Graf č.9 Úroveň znalostí prevence HIV/AIDS.....	40
Graf č.10 Prevence HIV/AIDS.....	41
Graf č.11 Počet respondentů, kteří si nechali dělat test.....	41
Graf č.12 Zdroje informací.....	42
Graf č.13 Znalost počtu nakažených osob v bývalém SSSR.....	42
Graf č.14 Znalost nejvíce ohrožených skupin.....	43
Graf č.15 Nejčastěji uváděné ohrožené skupiny.....	43
Graf č.16 Informovali by jste někoho o své HIV pozitivitě?.....	43
Graf č.17 Vádí vám kontakt s HIV pozitivní osobou?.....	44
Graf č.18 Žil by jste s HIV pozitivní osobou v jedné domácnosti?.....	44
Graf č. 19 Úroveň znalostí léčby.....	45
Graf č. 20 Možnosti léčby v zemích bývalého SSSR.....	45

## **Seznam tabulek**

Tabulka č.1 Pohlaví respondentů.....	36
Tabulka č.2 Věk respondentů.....	36
Tabulka č.3 Vzdělání respondentů.....	37
Tabulka č.4 Země původu respondentů.....	38

## **Seznam příloh**

**Příloha č. i/1—2** Otázky, které byly kladeny respondentům při rozhovoru.

**Příloha č. ii/1—4** Kategorizace údajů

**Příloha č. iii/1—3** Statistické údaje za rok 2008—2009

**Příloha č. iv** Fotografie Jana Šibíka – Každý desátý! Ukrajina, Oděsa, 2003-2004.

**Příloha č. v/1—2** Ukázka rozhovoru 1

**Příloha č. iv/1—2** Ukázka rozhovoru 2

**Příloha č. vii/1—2** Ukázka rozhovoru 3

## **Přílohy**

### **Příloha č. i/1**

#### **Otázky, které byly kladeny respondentům při rozhovoru.**

2. Váš věk  
Ваш возраст
3. Vzdělání  
Образование
4. Stát odkud pocházíte  
Государство, откуда Вы приехали
5. Přišel jste již do kontaktu s nakaženou osobou?  
Вы уже были в контакте с инфицированным человеком?
6. Víte co je to HIV/AIDS?  
Вы знаете, что такое ВИЧ / СПИД?
7. Jak se toto onemocnění přenáší?  
Как эта болезнь распространяется?
8. Víte jak se chránit před tímto onemocněním?  
Вы знаете, как защититься от этого заболевания?
9. Nechal jste se vyšetřit na HIV?  
Хотите пройти обследование на ВИЧ?
10. Kde a z jakých zdrojů (od koho) jste získal informace o této nemoci?  
Где и как (от кого) Вы получили информацию об этой болезни?
11. Víte, kolik je ve vaší zemi asi nakažených osob HIV/AIDS?  
Вы знаете, как много в Вашей стране людей инфицированных ВИЧ / СПИДом?
12. Existuje nějaká skupina osob, která je ve vaší zemi nakažena virem více než jiná?  
Существует группа людей, которые в вашей стране заражены больше, чем другие?
13. Pokud by jste byl(a) nakažen(a), řekl (a) by jste o tom někomu?  
Если бы Вы были инфицированным(ой), кому бы Вы об этом сказали?
14. Vadí Vám kontakt s takto nemocným člověkem?  
Хотели бы Вы быть в контакте с таким больным?
15. Pokud by byl nakažen Váš příbuzný, rodinný příslušník apod., žil(a) by jste s ním v jedné domácnosti?

## **Příloha č. i/2**

Если бы был заражен Ваш родственник, член семьи и т.д., жили бы Вы с ним в одном доме?

16. Jak je u vás o osoby nemocné AIDS postaráno? Jaké jsou ve Vaší zemi možnosti léčby?

Как в Вашей стране заботятся о больных СПИДом? Какие способы лечения существуют ?

17. Jaké tradiční prostředky používáte v prevenci a léčbě tohoto onemocnění?

Какие традиционные средства используют для профилактики и лечения этого заболевания?

18. Znáte nějaké mýty a pověry v léčbě nebo prevenci onemocnění HIV/AIDS?

Вы знаете некоторые мифы и суеверия о лечении и профилактике ВИЧ / СПИДа?

19. Jak přistupujete k léčbě HIV/AIDS, popř. vyskytují se nějaké bariéry v léčbě?( jen pro nemocné)

Как Вы относитесь к лечению ВИЧ / СПИДа, соответственно существуют ли барьеры для лечения? (только для больных)



## Příloha č. ii/1

### Kategorizace údajů

Otázka č. 5. **Přišel jste do kontaktu s nakaženou osobou?**

ANO kód 2

NE kód 0

Otázka č. 6. **Víte co je to HIV/AIDS?**

ANO kód 2 odpovědi: porucha imunity, nedostatečná obranyschopnost organismu

NE kód 0 všechny ostatní odpovědi

Otázka č. 7. **Jak se toto onemocnění přenáší?**

správná odpověď kód 2

špatná odpověď kód 0

Za správné odpovědi se považuje - pohlavní styk, nesterilní tetování a piercing, sdílení injekčních jehel a stříkaček, z matky na plod, krevní transfúze. Ostatní jsou považovány za špatné.

Výborná znalost – 4—5 správných odpovědí

Dobrá znalost – správné odpovědi a 1 špatná

Špatná znalost – správné odpovědi a 2—4 špatné

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	
pohlavní styk	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	15
použitím WC									0	0						2
nesterilní tetování a piercing	2	2	2	2	0	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	13
sdílení injekčních jehel a stříkaček	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	15
z matky na plod	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	15
líbání						0			0	0					0	4
krevní transfúze	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	14
při kouření tabáku z vodní dýmky									0	0					0	3
přenosem zaschlé krve nebo vaginálního sekretu	0	0		0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	12

výborná znalost	2
dobrá znalost	8
špatná znalost	5

Otázka č. 8. **Víte jak se chránit před tímto onemocněním?**

správná odpověď kód 2

špatná odpověď kód 0

## Příloha č. ii/2

Za správné odpovědi se považuje - pohlavní abstinence, používání prezervativu, mít jehly a stříkačky jen pro svou potřebu, naprostá věrnost obou partnerů. Ostatní jsou považovány za špatné.

Výborná znalost – 4—5 správných odpovědí

Dobrá znalost – správné odpovědi a 1 špatná

Špatná znalost – správné odpovědi a 2—4 špatné

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	
pohlavní abstinence	2	0	0	0	2	0	2	0	2	2	2	0	0	2	0	7
časté střídání partnerů									0	0						2
používání prezervativu	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	14
mít jehly a stříkačky jen pro svou potřebu	2	2	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	13
užívání antikoncepčních preparátů						0			0	0						3
naprostá věrnost obou partnerů	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	0	2	2	2	13

výborná znalost	2
dobrá znalost	7
špatná znalost	6

### Otázka č.9. Nechal jste se vyšetřit na HIV?

ANO kód 2 nechal se vyšetřit

NE kód 0 nenechal se vyšetřit

### Otázka č. 10. Kde a z jakých zdrojů (od koho) jste získal informace o této nemoci?

Aktivně hledal informace – přednáška, tisk, internet, TV kód 2

Pasivně přijímal informace – od lékaře, sestry, jiní lidé kód 0

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	
sám jste si je aktivně vyhledal								2								
informace jste přijímal pouze pasivně	0		0		0		0		0	0	0	0	0	0	0	
účastnil jste se přednášky					2						2	2				
od jiných lidí											0	0				
od lékaře nebo zdravotní sestry			0			0				0	0	0		0		
internet, tv, rozhlas	2	2		2												

Aktivně	7
Pasivně	8

### Otázka č. 11. Víte, kolik je ve vaší zemi asi nakažených osob HIV/AIDS?

Dobrá znalost kód 2 hodně

Špatná znalost kód 0 neví, neuvažovali o tom

### Příloha ii/3

Otázka č.12. **Existuje nějaká skupina osob, která je ve vaší zemi nakažena virem více než jiná?**

Narkomani, prostitutky, homosexuálové kód 2

Děti kód 1

Ostatní odpovědi kód 0

Výborná znalost – 4 správných odpovědi uvedené pod kódem 1 a 2

Dobrá znalost – 2—3 správné odpovědi a 1 špatná

Špatná znalost – 1 správná odpověď a 1—4 špatné

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	
Uživatelé drog	2	2	2	2	2		2	2			2	2	2		2	11
Chudí						0			0	0						3
Prostitutky	2	2	2	2		2	2	2	2	2	2	2	2		2	13
Nevím														0		1
Děti						1	1	1								3
Homosexuálové	2	2	2	2		2	2	2		2	2	2	2			11

výborná znalost	9
dobrá znalost	3
špatná znalost	3

Otázka č.13. **Pokud by jste byl(a) nakažen(a), řekla by jste o tom někomu?**

ANO kód 2 sdělí to rodině či příbuznému

NE kód 0 nesdělí to nikomu

Otázka č.14. **Vadí Vám kontakt s takto nemocným člověkem?**

ANO kód 2

NE kód 0

Otázka č.15. **Pokud by byl nakažen Váš příbuzný, rodinný příslušník apod., žil(a) by jste s ním v jedné domácnosti?**

ANO kód 2

NE kód 0

Otázka č.16 **Jak je u vás o osoby nemocné AIDS postaráno? Jaké jsou ve Vaší zemi možnosti léčby?**

Výborná znalost – odpovědi pod kódy 1 a 2, 3 správné odpovědi

Dobrá znalost – odpovědi pod kódy 1 a 2, 1—2 správné odpovědi

Špatná znalost – odpovědi pod kódy 0

## Příloha ii/4

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	
žádné								0								1
jsou léky, ale jsou drahé	2				2	2			2	2	2	2	2			7
v nemocnici za peníze						2	2		2	2	2	2				6
o nemocného pečuje jen rodina	1						1		1	1				1		4
dobročinné organizace – uveďte jaké						1								1		2
neví		0	0	0											0	4

výborná znalost	3
dobrá znalost	7
špatná znalost	5

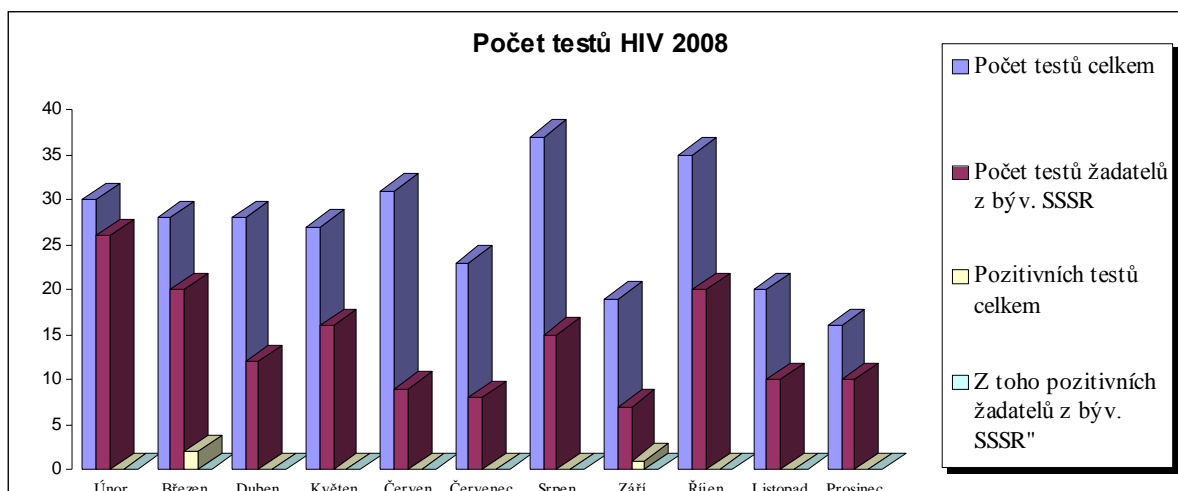
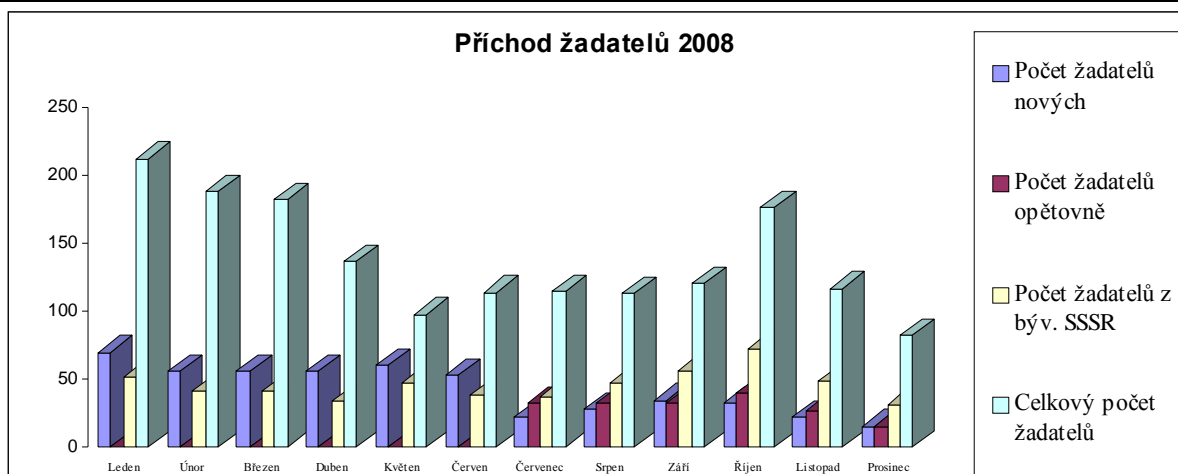
Otázky č. 17 (**Jaké tradiční prostředky používáte v prevenci a léčbě tohoto onemocnění?**) a 18 (**Znáte nějaké mýty, pověry, tradiční metody v léčbě nebo prevenci onemocnění HIV/AIDS?**) – na tyto otázky klienti odpovídali vlastními slovy a jejich odpovědi jsem zapisovala.

Otázka č.19. **Jak přistupujete k léčbě HIV/AIDS, popř. vyskytují se nějaké bariéry v léčbě?** Tato otázka byla jen pro respondenty s HIV.

## Příloha iii/1

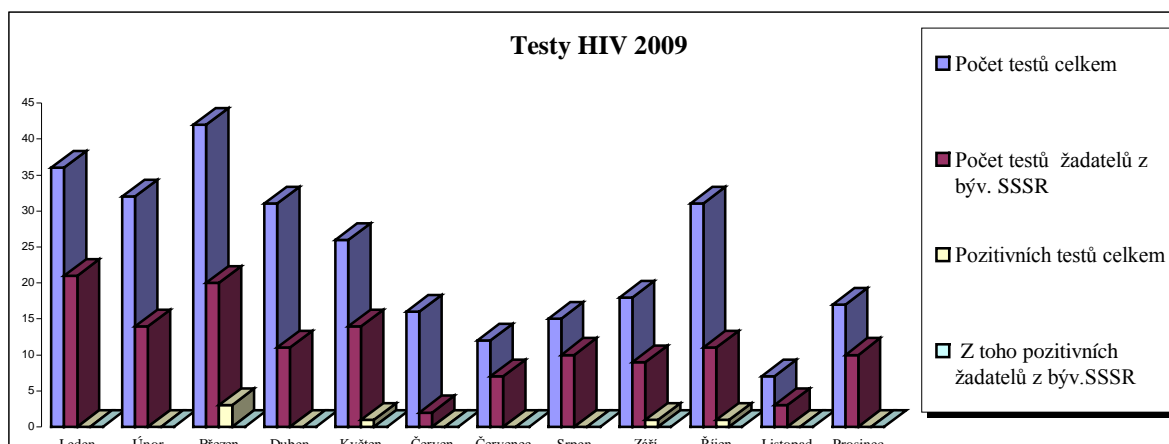
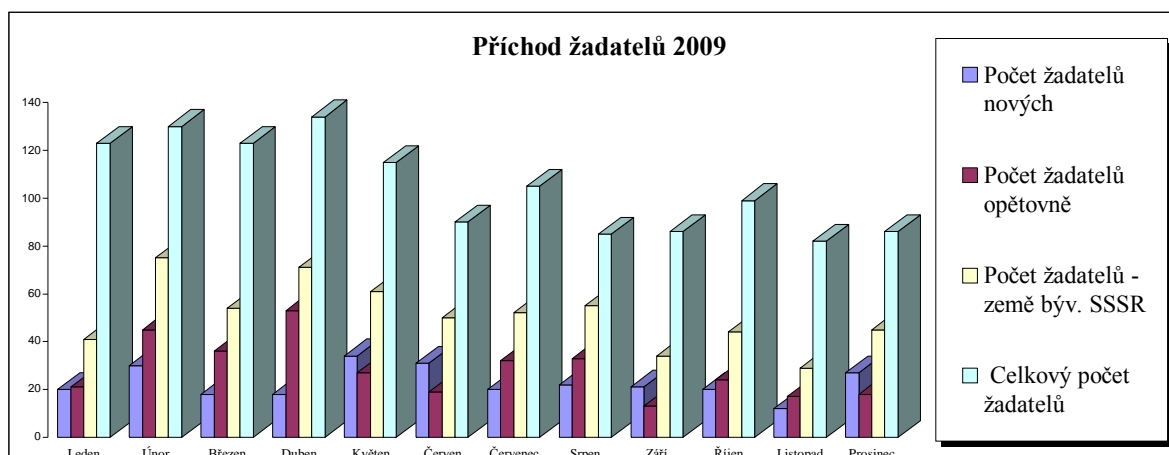
Statistické údaje za rok 2008-2009

Rok	2008							
Měsíc	Počet žadatelů nových	Počet žadatelů opětovně	Počet žadatelů - země býv. SSSR	Celkový počet žadatelů	Počet testů celkem	Počet testů žadatelů z býv. SSSR	Pozitivních testů celkem	Z toho pozitivních žadatelů z býv. SSSR
Leden	70	x	52	212	48	22	3	1-Ukrajina
Únor	56	x	41	188	30	26	0	0
Březen	56	x	42	182	28	20	2	1-Ukrajina
Duben	56	x	34	137	28	12	0	0
Květen	61	x	48	98	27	16	0	0
Červen	53	x	39	114	31	9	0	0
Červenec	23	33	38	115	23	8	0	0
Srpen	28	33	47	113	37	15	0	0
Září	35	33	57	121	19	7	1	1-Ukrajina
Říjen	33	40	73	176	35	20	0	0
Listopad	22	27	49	117	20	10	0	0
Prosinec	16	16	32	83	16	10	0	0



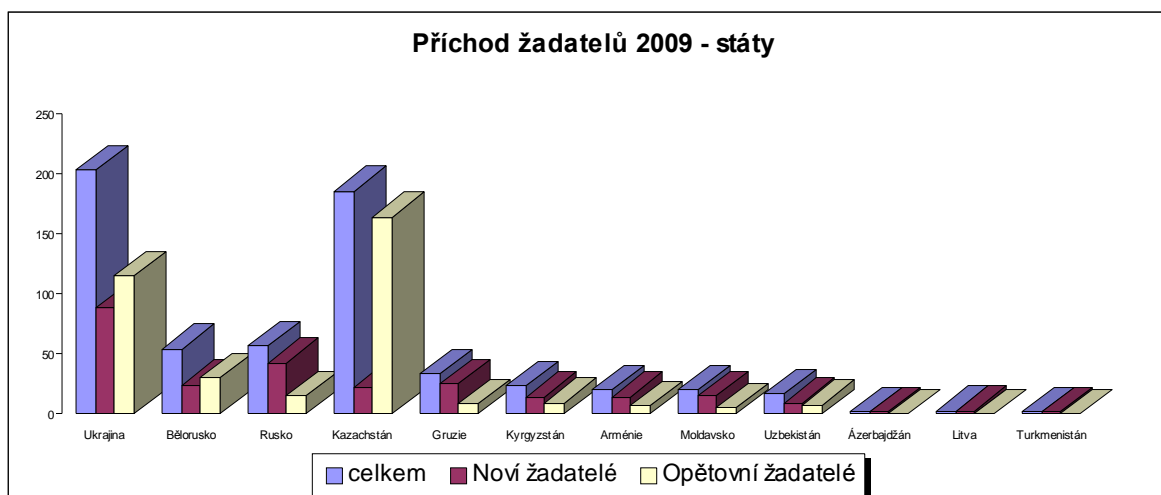
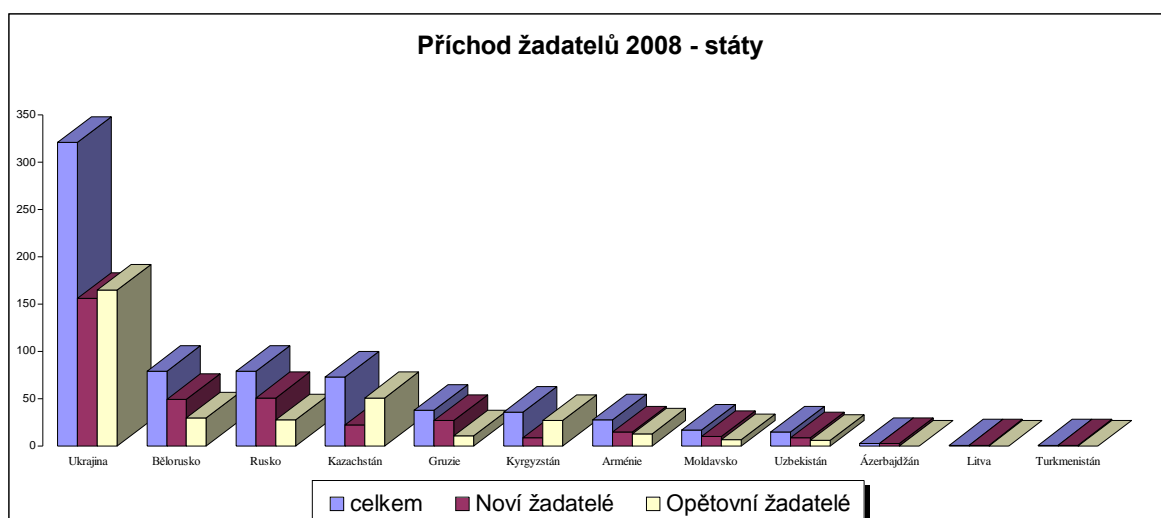
**Příloha iii/2**

Rok	2009							
	Počet žadatelů nových	Počet žadatelů opětovně	Počet žadatelů - země býv. SSSR	Celkový počet žadatelů	Počet testů celkem	Počet testů žadatelů z býv. SSSR	Positivních testů celkem	Z toho pozitivních žadatelů z býv. SSSR
Leden	20	21	41	123	36	21	0	0
Únor	30	45	75	130	32	14	0	0
Březen	18	36	54	123	42	20	3	1-Rusko
Duben	18	53	71	134	31	11	0	0
Květen	34	27	61	115	26	14	1	0
Červen	31	19	50	90	16	2	0	0
Červenec	20	32	52	105	12	7	0	0
Srpen	22	33	55	85	15	10	0	0
Září	21	13	34	86	18	9	1	1-Ukrajina
Říjen	20	24	44	99	31	11	1	0
Listopad	12	17	29	82	7	3	0	0
Prosinec	27	18	45	86	17	10	0	0



### Příloha iii/3

Rok	2008			2009		
Stát	celkem	Noví žadatelé	Opětovní žadatelé	celkem	Noví žadatelé	Opětovní žadatelé
Ukrajina	321	156	165	203	88	115
Bělorusko	79	49	30	54	24	30
Rusko	79	51	28	57	42	15
Kazachstán	73	22	51	186	22	164
Gruzie	38	27	11	33	25	8
Kyrgyzstán	36	9	27	23	14	9
Arménie	28	15	13	20	14	6
Moldavsko	17	10	7	20	15	5
Uzbekistán	15	9	6	16	9	7
Ázerbajdžán	3	3	0	1	1	0
Litva	1	1	0	2	2	0
Turkmenistán	1	1	0	1	1	0



## Příloha č. iv.

Fotografie Jana Šibíka – Ukrajina, Oděsa, 2003-2004

### **Tuberkulózní nemocnice, Oděsa, Ukrajina, 2004**

Pacient zemřel. Matka a přítel obvinili personál nemocnice ze smrti příbuzného. Léky, které sami koupili, mu prý v nemocnici nepodali.



### **Infekční nemocnice, Oděsa, Ukrajina, 2004**

Každou neděli přichází pravoslavný kněz sloužit mši přímo do pokojů nemocných. Oksana, dívka ležící v popředí, je na tolik slabá, že se již obřadu nemůže zúčastnit.



### **Infekční nemocnice, Oděsa, Ukrajina, 2004**

Podmínky v léčení nemocných na Ukrajině jsou hrozné a z některých způsobů léčeni jde strach. Pokud se podaří vybrat pro nemocné dostatek finančních prostředků, prodlouží to životy nemocným o řadu let.



### **Infekční nemocnice, Oděsa, Ukrajina, 2004**

Pacientka, která je schopna chodit a má dostatek sil, je povinná zemřelou svléknout, omýt, zabalit do prostěradla a odnést do márnice. Tam tělo leží do doby, než si ho vyzvednou rodinní příslušníci. Stává se, že tělo v márnici zůstane i když má zemřelý příbuzné, protože mnoho lidí na Ukrajině nemá dostatek peněz na pohřeb.



### **Infekční nemocnice, Oděsa, Ukrajina, 2004**

Sergej a Konstantin obývají s dalšími 6 AIDS nemocnými malou a zatuchlou nemocniční místnost. Konstantinovi selhávají játra a jeho matka, jejíž důchod činí 27 dolarů, nemá na zakoupení potřebných léků.





**Příloha v/1**  
Rozhovor 1

Являюсь студенткой 4-го курса, учусь на медицинском факультете, по специальности медицинская сестра, в г.Оломоуц. Поэтому, я бы хотела Вас попросить заполнить эту анкету, которая будет служить основой для моей дипломной работы. Анкета является анонимной и никогда не будет опубликована. Большое спасибо. Helena Derčinská-медсестра приемного центра Vyušní Lhoty

- На каком языке вы говорите? *Русский*
1. Пол  - женский  - мужской
  2. Ваш возраст *21*
  3. Образование – *с.р.д.ш.с.*
  4. Государство, откуда Вы приехали *Кемеровская обл.*
  5. Вы уже были в контакте с инфицированным человеком?  
 - ДА  - НЕТ
  6. Вы знаете, что такое ВИЧ / СПИД?  
 - ДА *потеря иммунитета*  - НЕТ
  7. Как эта болезнь распространяется? (может быть больше вариантов )  
 - половой акт  - поцелуем  
 - использование туалета  - прикосанием рук  
 - нестерильные татуировки и пирсинг  - переливание крови  
 - укусы насекомых  - курение кальяна  
 - совместное использование иглы или шприца  - передача через засохшую кровь или вагинальные выделения  
 - от матери к плоду
  8. Вы знаете, как защититься от этого заболевания?  
 - сексуальное воздержание  - одноразовой иглы и шприца  
 - частая смена партнеров  - использование противозачаточных препаратов  
 - использование презерватива  - не изменять партнеру  
 - использование только
  9. Хотите пройти обследование на ВИЧ?  
 - НЕТ  - ДА почему.....
  10. Где и как (от кого) Вы получили информацию об этой болезни?  
*из средств массовой информации*
  11. Вы знаете, как много в Вашей стране людей инфицированных ВИЧ / СПИДом?  
 - Вы не думали об этом  - много  
 - не знаю  - мало
  12. Существует группа людей, которые в вашей стране заражены больше, чем другие?  
 - употребляющие наркотики  - дети  
 - мало обеспеченные  - моряки  
 - проститутки  - гомосексуалисты  
 - я не знаю  - другие
  13. Если бы Вы были инфицированным(ой), кому бы Вы об этом сказали?  
 - ДА  - родителям  
 - брату, сестре  
 - близкому другу, супруге или супругу  
 - НЕТ

14. Хотели бы Вы быть в контакте с таким больным?  
 - НЕТ  - ДА - почему?.....
15. Если бы был заражен Ваш родственник, член семьи и т.д., жили бы Вы с ним в одном доме?  
 - ДА  - НЕТ - почему? *Боясь болезни которая не излечима.*
16. Как в Вашей стране заботятся о больных СПИДом? Какие способы лечения существуют?  
*Не имеют представления. Думаю что мы сможем найти способ лечения этой болезни. Знаю что лечение очень дорого стоит.*
17. Какие традиционные средства используют для профилактики и лечения этого заболевания.  
 - травы.....  
 - народные целители .....  
прочее – пожалуйста укажите ... *Также индивидуальными методами*
18. Вы знаете некоторые мифы и суеверия о лечении и профилактике ВИЧ / СПИДа?  
*Не знаю такого ни когда не слышала*
19. Как Вы относитесь к лечению ВИЧ / СПИДа, соответственно существуют ли барьеры для лечения? (только для больных)

*Розминг: Арло и Ясон, а кто и почему не знают, мисс  
наше амбулатория до момента обрза мурдизона.  
Клиника зная о ривиде и УРТ - Рикорд был проведен  
на мочоу, это жила дом квадрат, а чови не мити ли ам  
медло, бред по кетмолен и мидеда. Шкод. Лиел  
а по дали је доуме, да каемд, то го броне мита  
боледи. И мис неита УРТ бог а боты бле сполужине,  
Амте мардожу, не вледи ривон б уа митот ме УРТ миде.*

Пříloha vi/1  
Rozhovor 2

Являюсь студенткой 4-го курса, учусь на медицинском факультете, по специальности медицинская сестра, в г.Оломоуц. Поэтому, я бы хотела Вас попросить заполнить эту анкету, которая будет служить основой для моей дипломной работы.  
Анкета является анонимной и никогда не будет опубликована.  
Большое спасибо. Helena Derčinská-медсестра приемного центра Vyšní Lhoty

На каком языке вы говорите? ..... *Русский* .....

1. Пол  - женский  - мужской
2. Ваш возраст ..... *26* .....
3. Образование – ..... *Высшее* .....
4. Государство, откуда Вы приехали ..... *Украина* .....
5. .Вы уже были в контакте с инфицированным человеком?  
 - ДА  - НЕТ
6. Вы знаете, что такое ВИЧ / СПИД?  
 - ДА  - НЕТ *Только в венерологии*
7. Как эта болезнь распространяется? (может быть больше вариантов )

<input checked="" type="checkbox"/> - половой акт	<input type="checkbox"/> - поцелуем
<input type="checkbox"/> - использование туалета	<input type="checkbox"/> - прикосанием рук
<input checked="" type="checkbox"/> - нестерильные татуировки и пирсинг	<input checked="" type="checkbox"/> - переливание крови
<input type="checkbox"/> - укусы насекомых	<input type="checkbox"/> - курение кальяна
<input checked="" type="checkbox"/> - совместное использование иглы или шприца	<input checked="" type="checkbox"/> - передача через засохшую кровь или вагинальные выделения
<input checked="" type="checkbox"/> - от матери к плоду	
8. Вы знаете, как защититься от этого заболевания?

<input type="checkbox"/> - сексуальное воздержание	<input type="checkbox"/> - одноразовой иглы и шприца
<input type="checkbox"/> - частая смена партнеров	<input type="checkbox"/> - использование противозачаточных препаратов
<input checked="" type="checkbox"/> - использование презерватива	<input checked="" type="checkbox"/> - не изменять партнеру
<input checked="" type="checkbox"/> - использование только	
9. Хотите пройти обследование на ВИЧ?  
 - НЕТ  - ДА почему.....
10. Где и как (от кого) Вы получили информацию об этой болезни?  
..... *только от знакомых* .....
11. Вы знаете, как много в Вашей стране людей инфицированных ВИЧ / СПИДом?  
 - Вы не думали об этом  - много  
 - не знаю  - мало
12. Существует группа людей, которые в вашей стране заражены больше, чем другие?

<input checked="" type="checkbox"/> - употребляющие наркотики	<input type="checkbox"/> - дети
<input type="checkbox"/> - мало обеспеченные	<input type="checkbox"/> - моряки
<input checked="" type="checkbox"/> - проститутки	<input type="checkbox"/> - гомосексуалисты
<input type="checkbox"/> - я не знаю	<input type="checkbox"/> - другие
13. Если бы Вы были инфицированным(ой), кому бы Вы об этом сказали?  
 - ДА  - родителям  
 - брату, сестре  
 - близкому другу, супруге или супругу  
 - НЕТ

14. Хотели бы Вы быть в контакте с таким больным?  
 - НЕТ  - ДА - почему?.....
15. Если бы был заражен Ваш родственник, член семьи и т.д., жили бы Вы с ним в одном доме?  
 - ДА  - НЕТ - почему?.....
16. Как в Вашей стране заботятся о больных СПИДом? Какие способы лечения существуют?  
..... *Никак* .....
17. Какие традиционные средства используют для профилактики и лечения этого заболевания.  
 - травы.....  
 - народные целители.....  
прочее – пожалуйста укажите ..... *Никак, только препараты против ВИЧ*
18. Вы знаете некоторые мифы и суеверия о лечении и профилактике ВИЧ / СПИДа?  
..... *Никак, только от ВИЧ* .....
19. Как Вы относитесь к лечению ВИЧ / СПИДа, соответственно существуют ли барьеры для лечения? (только для больных)  
..... / .....

*По 2WA144: Коммерс, продаваем, лечити се чинаи додел елиде  
ремсе  
Винои чинаи по правенка долин ме постоде се лефанди  
обиднаи а на одорни з текити доломон доповациаи  
и одорни на ливон  
попили а месо сини леити, а да леити вино, леити, ле з арод  
леи броди попилиме - ле да леити мепилизи  
идло а месо сини фи, а ле леити, леити а одорни, леити леи*



Příloha vii/1  
Rozhovor 3

Jsem studentka 4. ročníku, studuji na Fakultě zdravotnických věd v Olomouci obor Ošetrovatelství. Součástí ukončení studia je bakalářská práce. Proto bych Vás chtěla poprosit o rozhovor, který bude sloužit jako podklad k mé práci. Rozhovor je anonymní a nebude nikde uveřejněn. Děkuji Helena Depčinská – zdravotní sestra Příjemací středisko Vyšní Lhoty

- Jakým jazykem mluvíte? *UKRAJINSKY*
1. Pohlaví  - žena  - muž
2. Váš věk: *21*
3. Vzdělání *1. KATEGORIE*
4. Stát odkud pocházíte. *UKRAJINA*
5. Přišel jste již do kontaktu s nakaženou osobou?  
 - ANO  - NE
6. Víte co je to HIV/AIDS?  
 - ANO *SELHÁNÍ IMUNITY*  
 - NE
7. Jak se toto onemocnění přenáší? (může být více možností)
- |  |   |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> - pohlavní styk                        | <input type="checkbox"/> - líbání   |
| <input type="checkbox"/> - použitím WC                                     | <input type="checkbox"/> - dotekem rukou                                  |
| <input checked="" type="checkbox"/> - nesterilní tetování a piercing       | <input checked="" type="checkbox"/> - krevní transfúze                    |
| <input type="checkbox"/> - bodavým hmyzem                                  | <input type="checkbox"/> - při kouření tabáku z vodní dýmky               |
| <input checked="" type="checkbox"/> - sdílení injekčních jehel a stříkaček | <input type="checkbox"/> - přenosem zaschlé krve nebo vaginálního sekretu |
| <input checked="" type="checkbox"/> - z matky na plod                      |   |
8. Víte jak se chránit před tímto onemocněním? (může být více možností)
- |  |  |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> - pohlavní abstinence    | <input checked="" type="checkbox"/> - mít jehly a stříkačky jen pro svou potřebu |
| <input type="checkbox"/> - časté střídání partnerů           | <input type="checkbox"/> - užívání antikoncepčních preparátů                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> - používání prezervativu | <input type="checkbox"/> - naprostá věrnost obou partnerů                        |
9. Nechal jste se vyšetřit na HIV?  
 - NE  - ANO proč *BYLO MI TO NABÍDNUTO V TÁBOŘE*
10. Kde a z jakých zdrojů (od koho) jste získal informace o této nemoci?  
*OD LÉKARŮ*
11. Víte, kolik je ve vaší zemi asi nakažených osob HIV/AIDS?  
 - vůbec jste o tom nepřemýšlel(a)  - hodně  
 - nevíte  - málo
12. Existuje nějaká skupina osob, která je ve vaší zemi nakažena virem více než jiná?  
 - Uživatelé drog  - Děti...  
 - Chudí...  - Námořníci  
 - Prostitutky...  - Homosexuálové  
 - Nevím...  
 - Jiné.....
13. Pokud by jste byl(a) nakažen(a), řekla by jste o tom někomu?  
 - ANO  - rodičům  
 - sourozenci  
 - velmi dobrému příteli/přítelkyni  
 - NE
14. Vadí Vám kontakt s takto nemocným člověkem?  
 - NE  
 - ANO – proč?.....

Příloha vii/2  
Rozhovor 3

15. Pokud by byl nakažen Váš příbuzný, rodinný příslušník apod., žil(a) by jste s ním v jedné domácnosti?

- ANO  
 - NE - proč.....

16. Jak je u vás o osoby nemocné AIDS postaráno? Jaké jsou ve Vaší zemi možnosti léčby?

PEČE JE ŠPATNÁ, NEMAJÍ LÉKY, NIKDO SE TAM D NĚ NESTARÁ, V NĚMŮ CNICI JEN U TÍPÁKŮ, LÉKY SŮU DRAHÉ

17. Jaké tradiční prostředky používáte v prevenci a léčbě tohoto onemocnění.

- byliny (uveďte jaké) ... H. K. V. A. U. S. T. R. I. C. N. A. - P. A. M. A. M. A. 171.  
 - domorodí léčitelé (uveďte jméno...)  
 - jiné prostředky – uveďte.....

18. Znáte nějaké mýty a pověry v léčbě nebo prevenci onemocnění HIV/AIDS?

NEVĚDĚM

19. Jak přistupujete k léčbě HIV/AIDS, popř. vyskytují se nějaké bariéry v léčbě?( jen pro nemocné)

UŽÍVÁM LÉKY, ALE NĚKDY ZA POMEŇU, NEBO NEMÁM PENÍZE  
A PO JISTĚMÍ: SMODIT NA BU. DV. K. M. V. P. M. A. B. E. B. O. J. M. S. E. ŽE  
M. N. E. V. R. Á. T. I. , Z. A. D. A. T. I. O. H. U. M. A. N. I. T. A. R. M. I. P. U. V. L. N. E. V. I. D. J. E. S. T. U.  
H. O. D. O. S. T. Á. M. U. , Z. A. R. A. D. U. Ž. P. O. T. R. E. T. I. , H. O. U. K. Y. N. E. M. Á. M. I. T. , N. E. M. I. Ž. I.

ROZNA M. I. G. V. Ā R. 10. C. U. , H. I. V. P. O. Z. J. I. T. I. M. A. V. I. 2008, O. D. O. G. Y. P. Ů. E. D. 10. C. U. ,  
M. Y. M. I. J. Ě. M. A. L. C. O. L. A. A. E. G. E. R. A. Ž. , M. Ů. A. V. A. E.  
M. I. T. O. R. M. A. U. , A. L. E. Ž. M. Ů. A. P. Ī. S. K. O. L. O. V. Ā. P. O. K. O. M. , U. O. M. M. A. K. S. E. N. I. E. ,  
O. V. Ī. Ž. E. M. M. E. S. T. A. R. O. L. Ā. Ž. L. E. M. U. M. T. O. J. E. D. N. O. D. R. O. Z. Y. Ž. J. Ī. M. M. Ī. H. O. U. S. O. V. E. L.  
P. Ů. E. D. N. O. Ž. E. , K. H. Ě. Ž. I. D. O. Ž. J. Ī. M. M. E. R. O. V. E. D. U. A. O. D. I. S. Ī. D. O. Ž. J. Ī.  
M. O. V. Ů. Ž. E. K. O. N. T. A. B. I. Ž. M. E. G. A. J. I.