

**Jihočeská univerzita v Českých Budejovicích**

**Zdravotně sociální fakulta**

**Problematika HIV/AIDS v Zambii**

**Bakalářská práce**

Autor : Sundano Kutoma Lubasi

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Kotrbová, Ph. D.

Datum odevzdání práce: 4.05.2011

## **ABSTRACT**

### **THE HIV/AIDS PROBLEM IN ZAMBIA**

HIV/AIDS is a global health problem, however it is much more of a bigger problem for third world and developing countries, including Zambia which currently has an HIV/AIDS prevalence rate of 14.3%. From the mid 1980s when the first case of HIV/AIDS was discovered, there has been a rapid increase in the number of reported cases of HIV/AIDS over the years. In Zambia, the issue of mother to child transmission of the HIV virus is still a matter of great concern, there is still quite a number of children that are being born from HIV positive mothers. The death rate due to AIDS and HIV/AIDS related infections especially among the young people is also worrying. This has consequently led to a reduction in the number of the country's productive age group, which in turn has contributed to the weakening of productivity and economic development.

The main aim of my thesis was monitoring the problem of HIV/AIDS in Zambia, other accompanying aims were to find out what measures have been put in place to ensure that the citizens are well informed about HIV/AIDS, to analyze the preventive measures that have been implemented and how effective they have been, and finally, to find out the trend in the HIV/AIDS prevalence rates in the period 1999 – 2009.

I used qualitative type of research, in which I used secondary analysis of data from various sources of information like books, various publications and reports from a wide range of organizations both governmental and non - governmental organizations that have done various kinds of research on the topic of HIV/AIDS in Zambia. I also used information from health surveillance findings that were carried out in the recent years.

According to the results of my research, the various preventive programmes that have been implemented to ensure a reduction in the spread of HIV/AIDS have been effective.

Notable among the preventive programmes is the establishment health services aimed at preventing the spread of HIV/AIDS from mother to child , free provision of antiretroviral therapy, the increase in the number of voluntary counseling and testing centers, free

distribution of condoms, screening of blood and blood products before transfusion as well as massive health education campaigns.

These preventive measures have been effective as can be seen from the reduction in the HIV/AIDS prevalence rates from the previous 16% according to the 2001- 2002 demographic and health survey to the current 14.3% according to the 2007 health survey. This work can be used as a source of reference for future research in relation to the problem of HIV/AIDS in Zambia.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Problematika HIV/AIDS v Zambii vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury. Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou, elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce, to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Thesis.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích 4.05.2011

.....

Sundano Kutoma Lubasi

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala vedoucí bakalářské práce MUDr. Kotrbová, Ph. D. za cenné rady, připomínky, odborné vedení a čas, který mi věnovala při vypracovávání této bakalářské práce.

## OBSAH

Úvod.....	8
<b>1. Současný stav .....</b>	<b>10</b>
<b>1.1 Historie HIV/AIDS celosvětově .....</b>	<b>10</b>
1.1.1 Subsaharská Afrika .....	11
1.1.2 Historie HIV/AIDS v Zambii .....	12
1.1.3 Zambie .....	14
<b>1.2 Definice HIV/AIDS .....</b>	<b>18</b>
1.2.1 Struktura viru HIV .....	18
1.2.2 Způsoby přenosu HIV .....	21
1.2.3 Přenos z matky na dítě .....	24
1.2.4 Pohlavním styk .....	24
1.2.5 Krevní transfúze a krevní produkty .....	24
1.2.6 Prostřednictvím sdílení infikovaných jehel .....	24
1.2.7 Prostřednictvím kojení dítěte nakaženou matkou .....	24
<b>2. Cíle práce a výzkumné otázky .....</b>	<b>26</b>
2.1 Hlavní cíl .....	26
2.1.1 Další cíle .....	26
<b>2.1 Výzkumné otázky .....</b>	<b>26</b>
<b>3. Metodika .....</b>	<b>27</b>
<b>3.1 použita metoda .....</b>	<b>27</b>

<b>4. Výsledky .....</b>	<b>28</b>
<b>5. Diskuse .....</b>	<b>38</b>
<b>6. Závěr .....</b>	<b>43</b>
<b>7. Seznam použité literatury .....</b>	<b>44</b>
<b>8. Klíčová slova .....</b>	<b>47</b>
<b>9. Přílohy .....</b>	<b>48</b>

## ÚVOD

Žádná jiná nemoc neohrozila lidskou civilizaci od jejího počátku tak, jako AIDS. Možnost destrukce velké části lidstva nebyla nikdy tak velká, jako v případě této nemoci. Diagnóza „HIV pozitivní“ nevnáší pacientům do mysli jen strach, šok nebo překvapení, ale především pocit konečného rozsudku – smrt. To se může stát i navzdory odbornému obeznámení testované osoby před samotným vyšetřením. Pohled osoby, které bylo právě řečeno, že je HIV pozitivní je plný strachu, zoufalství, beznaděje a paniky. Jejich další chování je plné výrazů bezútěšnosti, sklíčenosti či nejistoty a pro mnoho z nich jsou jejich životy náhle bez významu. Lidé reagují na diagnózu HIV positivity různě, v závislosti na části světa ve které se nachází. V rozvojových zemích a státech třetího světa být pozitivní či trpět na AIDS znamená více či méně rozsudek smrti. Kromě nedostatku adekvátních finančních zdrojů na dobrou zdravotní péči, je situace pozitivních pacientů v těchto zemích zhoršována i společenským stigmatem této nemoci. Rodinní příslušníci a přátelé, ti kteří mají být emocionální oporou, se často straní nemocného či ho ignorují. To může vést například k nesdílení nádobí v domácnosti či jiných věcí denní potřeby s nemocnou osobou. V některých afrických společnostech, díky nedostatku potřebných informací, je s lidmi trpící AIDS zacházeno jako vyhnanci.

Mnoho z nich díky tomu trpí depresemi, protože je s nimi zacházeno odlišně nejen ze strany rodiny a přátel ale i společnosti jako celku. Někteří lidé v určitých afrických společnostech mají toto onemocnění spojeno s promiskuitou a sexuální nemorálností daného jedince a spojují si tyto významy s nemocným. Nicméně díky masivním informačním kampaním a výukovým programům o HIV/AIDS ve většině afrických zemích, je takovéto nepatřičné chování pomalu na ústupu. Většina společností v těchto zemích je dnes, oproti minulosti, již dobře informována. Problematika HIV/AIDS je ta, na kterou je potřeba se zaměřit s maximálním důrazem. HIV/AIDS byla a stále je jednou z nejvíce devastujících pandemií, která kdy lidstvo potkala. Od počátku 80. let, kdy se objevili první případy této nemoci, došlo celosvětově k výraznému vzestupu počtu onemocnění, nicméně s největším vzestupem právě v rozvojových zemích. Zničující efekt této nemoci proto nesmí být podceňen. I když došlo k nárůstu HIV infekce během těchto let celosvětově, africké a asijské státy tento nárůst pocítují daleko více. Počty případů jsou zde obrovské a ani Zambii se pandemie HIV/AIDS nevyhnula. Problémy s touto nemocí jsou zřetelné jak v soukromí, tak i



na veřejnosti. AIDS ohrožuje rozvoj společnosti v Zambii, protože na rozdíl od jiných přenosných nemocí, postihuje jak vzdělanou a kvalifikovanou část její populaci, tak i tu nevzdělanou. Pandemie HIV/AIDS nutí mnoho domácností a početné rodiny v Zambii, aby se staraly o osiřelé děti či chronický nemocné pacienty. V roce 1996 UNICEF podpořil průzkum jednoho tisíce domácností v Zambii, přičemž se zjistilo, že 72 % domácností se stará alespoň o jednoho sirotka. V roce 1993 to bylo necelých 37 % domácností (18).

Během minulých let Zambie zažila alarmující nárůst počtu dětí na ulici a sirotků jejichž rodiče zemřeli právě na AIDS a HIV přidružených infekcí. To nakonec vedlo i k nárůstu dětí, které nedokončili školní docházku, stejně jako počtu nezaměstnaných. Počet úmrtí mezi mladými lidmi také vzrostl a tudíž došlo ke snížení průměrné délky života na zhruba 37 let. To automaticky přispělo k nepřilíh dobré ekonomické situaci země, vzhledem k faktu, že ekonomicky produktivní skupina lidí, je ta, která je nejvíce nakažena (14).

Od doby kdy byl v USA identifikován první případ HIV/AIDS až do teď, nebyl ještě vyvinut lék, který by dokázal tuto smrtící nemoc vyléčit. Nicméně v posledních letech je zde významný pokrok v oblasti lékařského výzkumu, který zavádí antiretrovirální léčbu.

I když tato léčba neléčí AIDS, pomáhá prodloužit délku života infikovaných osob. Bylo pozorováno velké snížení úmrtnosti mezi pacienty, kteří podstoupili takovouto léčbu.

V mojí práci budu mluvit o problémech a dalších výzvách, které vznikly díky pandemii HIV/AIDS v Zambii. Také budu popisovat jak efektivní byla jednotlivá zavedená opatření.

Můj výzkum je kvalitativního typu, kdy jsem analyzovala data z různých zdrojů, mezi kterými jsou publikace ministerstva zdravotnictví v Zambii, Národní rady AIDS v Zambii a další knihy a literatura, pomocí které jsem zjišťovala problémy, problematiky a pokrok preventivních programů HIV/AIDS které byly zavedeny zambijskými vládními i nevládními organizacemi.

## 1. SOUČASNÝ STAV

### 1.1 Historie HIV/AIDS Celosvětově

Původ AIDS a HIV mátl vědce od chvíle, kdy se toto onemocnění na začátku 80. let dvacátého století objevilo. Původ viru byl předmětem bouřlivých debat a příčinou všemožných argumentů více jak dvacet let. I když se o existenci viru i onemocnění nějakou dobu vědělo, moderní historie HIV/AIDS začíná v roce 1981, kdy byly zaznamenány oportunní infekce, jako je zápal plic způsobený houbou *Pneumocystis carinii*, v gay komunitách několika velkých měst ve Spojených státech amerických. Nejenže pacienti trpěli neobvyklými mikrobiálními infekcemi, ale byly postiženi také silnou imunitní nedostatečností, tedy že imunitní systém jejich těl byl neschopný vypořádat se s mnoha dalšími patogeny, kterým je člověk běžně vystaveni, a tak se zrodil Syndrom získané imunitní nedostatečnosti (AIDS).

První epidemiologická práce zjistila, že AIDS je přítomný nejen u gayů, ale i v populaci drogově závislých či lidí s hemofilií. Takové seskupení pacientů podalo silné podezření, že onemocnění je způsobeno infekční agens, například virové, nejpravděpodobněji přenášené krví (5).

V roce 1982 bylo zjevné, že se objevila nová nemoc. Během této doby se lékaři v Africe setkali s neobvyklými příznaky u lidí a brzy bylo jasné, že objevené onemocnění ve Spojených státech a v Africe je jedno a totéž. Virus, který způsobuje onemocnění byl poprvé izolován a identifikován nezávisle vědci z Francie a USA v roce 1984. Tento nový virus byl pojmenován HIV v roce 1986. Následně byl identifikován další virus, který byl schopný vyvolávat stejné příznaky jako AIDS. Tím pádem byl první virus nazván HIV – 1 a tento druhý HIV – 2. Původ virů HIV je stále záhadou. Existují tři teorie jeho původu, ale žádná z nich nebyla dosud potvrzena. Ve skutečnosti všechny mají své nedostatky.

První teorie předpokládá, že HIV existoval v malé izolované komunitě a byl nějak přenesen do okolního světa. Druhá, že virus mohl být přenesen ze zvířete, například opice, na člověka. Třetí teorie předpokládá, že již nějaký existující virus změnil svoji genetickou výbavu a následně z něj vznikla tato nová forma. Je důležité si uvědomit, že všechny tři teorie mají

několik nedostatků a tudíž původ HIV zůstává stále neznámý. Nicméně pochopení původu viru nemusí významně přispět k vývoji lepší strategie prevence a kontroly HIV infekce (16).

Od objevu HIV, počet úmrtí, nemocnosti, tak jako přidružených demografických a ekonomických následků způsobených HIV/AIDS, je depresivně velký. Organizace UNAIDS odhaduje, že v roce 2007 žilo 33,2 miliónů lidí nakažených HIV/AIDS, z nichž okolo 22,5 miliónu žije v Subsaharské Africe. U dospělých (ve věku 15 – 49 let) dosahuje prevalence HIV v tomto regionu 40 %, přičemž na začátku 80. let to bylo pouhé 1 %. Ostatní geografické regiony, které trpí velkou abundancí HIV pacientů jsou Jihovýchodní Asie, Latinská Amerika, Východní Evropa a státy bývalého Sovětského svazu. V roce 2007 bylo zjištěno okolo 2,5 miliónu nových případů nakažení HIV, což je ekvivalentní 7 tisícům nově nakažených za den, přičemž 2,1 miliónů pacientů v tomto roce 2007 zemřelo na následky AIDS. Od objevu HIV/AIDS zemřelo odhadem na 25 miliónů lidí.

Nicméně se zavedením různých preventivních opatření, tak jako zavedením antiretrovirovým lékům na trh, se rychlost šíření infekce a míra úmrtnosti výrazně zmenšila, a to především v rozvinutých zemích. Bohužel epidemie AIDS je stále velkým zdrojem obav v Africe a Asii, kde počty infikovaných HIV a úmrtí na AIDS jsou stále relativně vysoké.

### **1.1.1 Subsaharská Afrika**

AIDS jako příčina smrti je celosvětově na čtvrtém místě, po dýchacích infekcích, tuberkulóze a malárii, a hlavní příčinou smrti způsobené oportunistickými infekcemi, které nastanou díky oslabenému imunitnímu systému u lidí. Tam kde byla donedávna malárie hlavní smrsmrtnou nemocí, je momentálně na prvním místě právě AIDS, který si vybral svou daň ve většině afrických zemích.

Subsaharská Afrika je daleko více zasažena HIV/AIDS než jakýkoli jiný region na světě. AIDS je hlavní příčinou smrti ve většině částí jižní Afriky. Subsaharská Afrika je termín používaný pro země, které jsou geograficky pod Saharskou pouští na africkém kontinentě. V této části Afriky žije 10 % světové populace, přičemž jsou zde dvě třetiny všech HIV pozitivních na světě a 80 % úmrtí způsobené AIDS.

V roce 1999 bylo téměř 70 % z 5,6 miliónů nových případů zaznamenáno právě v tomto

regionu. Okolo 22,4 miliónů lidí je v této části světa infikováno HIV.

V roce 2008 zemřelo v této části Afriky na AIDS zhruba 1,4 miliónu lidí a 1,9 miliónu se stalo HIV pozitivní. Počet obyvatel žijících s HIV vzrostl na 1,9 miliónu v roce 2008 z odhadovaných 1,7 miliónu v roce 2007. To je z části způsobeno zvýšením počtu HIV infikovaných kteří měli přístup k antiretrovirotikům.

Více jak 14 miliónů dětí od začátku této pandemie ztratilo jednoho nebo oba rodiče díky HIV/AIDS (23). Díky absenci masivně se rozšiřující prevence, informativních programů, léčbě a nákladů na zdravotní péči, je více než pravděpodobné, že se počet obětí AIDS zde bude stále zvyšovat. Sociální a ekonomické následky tohoto onemocnění v regionu byly zaznamenány v mnoha oblastech. Ve zdravotní péči, vzdělání, dopravě, lidských zdrojích a v ekonomice jako celku.

Budoucnost tohoto regionu je ohrožena hlavně díky tomu, že jsou touto nemocí zasaženi především mladí lidé a lidé v produktivním věku a dále také proto, že je zde mnoho sirotků, kteří nemají žádné sociální zázemí, které by jim zajistilo vzdělání či lékařskou péči.

Pandemie AIDS v Subsaharské Africe stále zůstává zdrojem velkého znepokojení, protože hrozí, že se celá zdejší společnost posune ve svém rozvoji o desítky let nazpět díky této pandemii.

### **1.1.2 Historie HIV/AIDS v Zambii**

První diagnostikovaný případ AIDS v Zambii byl zaznamenán v roce 1984. Od doby, kdy byl tento případ oznámen, došlo během dalších let k dramatickému nárůstu případů HIV/AIDS. Dva roky po ohlášení prvního případu, byl vytvořen Národní kontrolní výbor pro AIDS (NASC), Národní prevence proti AIDS a Kontrolní program (NAPCP) pro koordinaci aktivit okolo HIV/AIDS.

Mnoho z toho co je dnes známo o AIDS se ještě několik let po objevení této nemoci nevědělo. Okolo příčiny a šíření této nemoci bylo mnoho záhad. Někteří připisovali příčinu této smrtelné nemoci čarodějnictví, zatímco jiní měli za to, že AIDS je prokletí předků, kteří přišli vyhladit lidské pokolení. I přes takové fámy, spekulace a neznalost tehdejší vláda pod vedením její excelence Dr. Kennetha Kaundy udělala jen velmi málo, aby zajistila patřičnou

informovanost obyvatelstva. Problém prevalence HIV/AIDS nebyl v mediích diskutován a informace týkající se nemoci byly vládou chovány v tajnosti. Politici a vysocí vládní úředníci nebyli ochotni o zvyšujícím se množství případů HIV/AIDS mluvit. Na počátku devadesátých let se odhadovalo, že až jeden z pěti dospělých je nakažen virem HIV. To vedlo k tomu, že Světová zdravotnická organizace požadovala ustanovení Národního poradního sboru pro AIDS, ale k tomu nikdy nedošlo, protože se vláda proti této myšlence postavila.

S příchodem nového tisíciletí nicméně přišla změna politického postoje. V roce 2002 začala pracovat Rada pro HIV/AIDS, sexuálně přenosné choroby a tuberkulózu. Její prací je mimo jiné i koordinace aktivit všech součástí vlády a společnosti v boji proti HIV a AIDS a má také na starosti implementaci Národní rámcové úmluvy o HIV/AIDS (2006 – 2010). Jelikož počet případů HIV/AIDS stále roste, hlava státu, prezident Mwanawasa v roce 2004 vyhlásil národní pohotovost k HIV/AIDS, což znamená, že vláda přišla s programem poskytující antiretrovirotické léky zdarma, protože díky jejich ceně si je většina lidí nemohla dovolit. V té době se zapojila také média, která šířila informace o tomto onemocnění.

Počet nálezů HIV a následných úmrtí byl vysoký především díky nedostatku adekvátních informací o chorobě, způsobů přenosu infekce, způsobů prevence a také, že dosud není dostupná účinná léčba. Nicméně během několika minulých let došlo k razantní změně. Především v obecném přístupu k tématu HIV/AIDS.

Díky snaze vlády o větší vzdělanost, televize a rádiové stanice vysílaly programy o HIV/AIDS nejen v angličtině, ale i v místních jazycích, aby zajistili, že se tyto informace dostanou i k lidem v odlehlejších částech země.

Zatímco v minulých letech by byly diskuze o HIV a AIDS v kostelech neslýchanou událostí, v současnosti už tomu tak není a to proto, že dokonce i v křesťanských komunitách lidé na AIDS umírají a zanechávají po sobě sirotky, kteří vytvářejí pro křesťanské komunity určitou zátěž, jelikož již mnoho jejich členů má v péči sirotky ze svých poměrně velkých rodin. Proto církve k problému přistoupila vlastní cestou. Prolomila svoji mlčenlivost v této problematice a otevřela diskuzi uvnitř církve zaměřenou především na poučení členů církve o závažnosti AIDS.

Církev vytvořila skupiny v rámci farností, které poučují věřící o důležitosti sexuální abstinence, praktikování bezpečného sexu a mnoho dalších aspektech spojených s HIV/AIDS. Některé farnosti mají dokonce určité skupiny dobrovolníků, kteří organizují domácí péči o pacienty s AIDS. Ti mohou být jak členové církve, tak i nemocní mimo společenství, kteří již nejsou schopni se o sebe postarat a zajisti si základní potřeby.

Tyto skupiny dobrovolníků navštěvují nemocné, kteří jsou upoutáni na lůžko v jejich domovech a pomáhají jim s hygienou, vařením nebo i nakrmením a úklidem domácnosti. Takovou službu většinou poskytují jednou či dvakrát do týdne. Protože většina těchto pacientů je upoutána na lůžko a nemohou už pracovat, tak jim tyto církevní skupiny čas od času poskytují potraviny či hygienické prostředky. Tyto potraviny pro nemocné pocházejí jak z darů věřících, tak i od dárců ze společnosti, kteří chtějí pomoci s takovouto ušlechtilou činností. Díky tomu mohou mít lidé trpící AIDS pocit, že patří do větší a pečující rodiny. To také slouží jako určitý výukový nástroj pro lidi, kteří nejsou zatím nakaženi, a to tím, že vidí závažnost takového onemocnění a může je to tak přimět k více zodpovědnému životu.

### **1.1.3 Zambie**

Zambie je vnitrozemským státem, nacházejícím se v jižní části Afrického kontinentu. Rozloha státu je 752 612 čtverečních kilometrů. Sdílí hranice s Demokratickou republikou Kongo (DRK) a Tanzánií na severu. Malawi a Mozambikem na východě, Zimbabwe a Botswanou na jihu, Namíbií na jihozápadě a Angolou na západě. Země je správně rozdělena do devíti provincií a 72 okresů (1). Počet obyvatel v roce 2010, vycházející ze sčítání lidu domů a bytů v Zambii, byl 13 046 508 osob, čehož bylo 6 394 455 mužů a 6 652 053 žen (2).

V průběhu lidských dějin, byla kompetice o vzácné zdroje – jako je voda, půda a podobně, hlavní příčinou konfliktů. Zambie má relativně velkou rozlohu, což je jedním z důležitých faktorů vysvětlující její pověst jako mírumilovné země a na rozdíl od jiných afrických zemí, Zambie nemá v moderní historii žádné války nebo socio-politické konflikty, což je nedílnou součástí zambijského stylu života a současné existence. Zambie získala nezávislost na Velké Británii v říjnu roku 1964 po téměř stoleté koloniální nadvládě.

Nezávislost přinesla zemi nové příležitosti jakož i problémy. Například zatímco koloniální vláda byla despotickým systémem vládnutí, které posilovalo servilnost a spolupráci.



*Poloha Zambie na mapě Afriky Zdroj : Google images.*

<http://images.google.com>

Nová vláda musela najít cestu jak sjednotit 73 etnických a jazykově odlišných skupin do jednoho národa (21). Během nezávislosti na tom byla Zambie ekonomicky velmi dobře. Byla světově druhým největším vývozcem mědi hned po Chile. Zambijská měna (kwacha) byla silná a pohybovala se v kurzu 1:1 s Britskou librou. Vláda začala stavět novou infrastrukturu

v celostátním měřítku. Stavěly se nové školy, instituce vyššího vzdělání a nemocnice, stejně jako nové a lepší silnice. Došlo k nárůstu ve veřejném sektoru a téměř veškerý soukromý obchod byl znárodněn, včetně dolů na měď.

Jeho excelence prezident Kenneth Kaunda byl prvním republikánským prezidentem do dosažení nezávislosti a vládl zemi celých 27 let až do roku 1991, kdy došlo ke změně vlády. Jeho nástupce, prezident Chiluba, převzal v roce 1991 moc. Přinesl zcela nový způsob vládnutí. Pluralitní demokracie byla jednou z věcí, které Zambie za vlády prezidenta Kaunda neměla. Během jeho vlády byla Sjednocená strana národní nezávislosti pouze jedinou vládnoucí stranou. Nicméně od roku 1991 až do dneška má politická scéna v Zambii zcela jinou podobu. Vznikla pluralitní demokracie a vzniklo mnoho různých opozičních stran. Díky tomu ve volbách „nesoutěží“ pouze jedna strana, ale hned několik.

Během těch let došlo i ke změnám ústavy, v souvislosti k práci médií a svobodě projevu. To vedlo k zakládání soukromých rádií a televizních stanic, které před tím vznikat nemohly. Také došlo ke vzniku soukromých tiskařských společností. Obyvatelé Zambie mohou tedy svobodně vyjádřit svoje názory, nejen k tomu jakou chtějí vládu, ale také k jiným důležitým tématům, které se jejich země týkají.

## **A) Podnebí**

Zambie se nachází jižně od rovníku, který rozděluje Zemi na severní a jižní polokouli. Většina míst okolo rovníku, včetně Zambie, má celoročně teplé počasí. Nejteplejší měsíce v Zambii jsou září, říjen a listopad, kdy se průměrné denní teploty pohybují okolo 30 stupňů celsia. Nejchladnější měsíce jsou květen až srpen s průměrnou denní teplotou 24 stupňů celsia. Nicméně teploty mohou být daleko vyšší nebo nižší v závislosti na nadmořské výšce. V horských oblastech mohou teploty klesnout pod 7 stupňů v červnu a červenci. Od listopadu do května je v Zambii sezóna dešťů (25).

## **B) Ekonomika**

Zambijská ekonomika je závislá především na těžebním průmyslu. Vláda během posledních let vytvořila programy na podporu ekonomické diverzifikace země se zaměřením na podporu využití jiných složek hospodářství jako je například zemědělství, turismus či



vodní energie.

Zambijské výše položené vodonosné plošiny představují asi 40 % jihoafrických zásob vody. Energetiku země zajišťují vodní elektrárny a Zambie je v energetice soběstačná. Země také část elektrické energie vyváží do sousedních zemí. Těžba a důlní činnost tvoří zhruba 64 % zambijského exportu. Měď a následně kobalt jsou nejdůležitějšími přírodními zdroji země.

Zambie je světově největším producentem kobaltu s těžbou asi 5 tisíc tun ročně. Země má také značné zásoby stříbra a selenu, ale i menší, leč významné množství dalších minerálů a drahých kamenů.

Zambijský zpracovatelský průmysl, včetně stavebnictví, textilního průmyslu a výroby hnojiv zaujímá okolo 28 % hrubého domácího produktu. Hlavní plodiny pěstované v Zambii jsou kukuřice (což je hlavní potravina), káva, čirok, rýže, arašíd, sója, slunečnice, tabák, bavlna, cukrová třtina, kasava, dobytek, kozy, prasata, hovězí maso, mléko a vejce. V poslední době se rozvíjí pěstování květin na export, růží, zeleniny, kávy a čaje.

Odvětví cestovního ruchu se za poslední roky nesmírně zvýšilo. Zambie je zemí, kterou téměř každý turista v této části Afriky navštíví, protože se zde nachází známé africké pěší safari či mohutné Viktoriiny vodopády, množství jezer, řek a divoké přírody.

Zambie má 19 velkých národních parků a další oblasti kde se zavádí ochrana přírody a divočiny (19). Zambie je domovem mnoha druhů fauny, kam patří velcí savci jako lvi, leopardi, gepardi a další kočkovité šelmy, hyeny a divocí psi, paviáni, opice a další primáti. Antilopy, tak jako vodní jeleni, pakoni a impaly. V Zambii se vyskytují také sloni, nosorožci, hroši, afričtí buvoli, zebry a žirafy. V Zambii žije také více než 750 druhů. Velcí modří člunozobci, vousák chaplinův, orli, jestřábi, supi, kánata, kukačky, papoušci, sovy, ledňáčci, jeřábi a datlové jsou nejčastějšími druhy.

V zambijských řekách a jezerech žije více jak 400 druhů ryb, jako například lososovité druhy, tilápie, okoun nilský, a cichlidy.

## 1.2 Definice HIV/AIDS

HIV (Human Immune Virus) způsobuje Syndrom získané imunitní nedostatečnosti (AIDS). takzvaný získaný syndrom proto, že toto imunitní onemocnění není zděděno. Onemocnění je způsobeno virem který vstupuje do těla z vnějšku. Imunita je přirozená schopnost těla bránit se proti infekcím a nemocem. Nedostatečnost znamená, že virem oslabený imunitní systém se již dále nemůže bránit přicházejícím infekcím. Syndrom je lékařský termín pro souhrn specifických příznaků a symptomů, které se objevují společně a jsou charakteristické pro určité podmínky (8).

Člověk je proto v tomto stavu náchylný k různým oportunistickým infekcím, protože jeho imunitní systém je nefunkční. Ačkoli je výraz „onemocnění“ pukáván v souvislosti s AIDS, neznamená to nějakou specifickou nemoc.

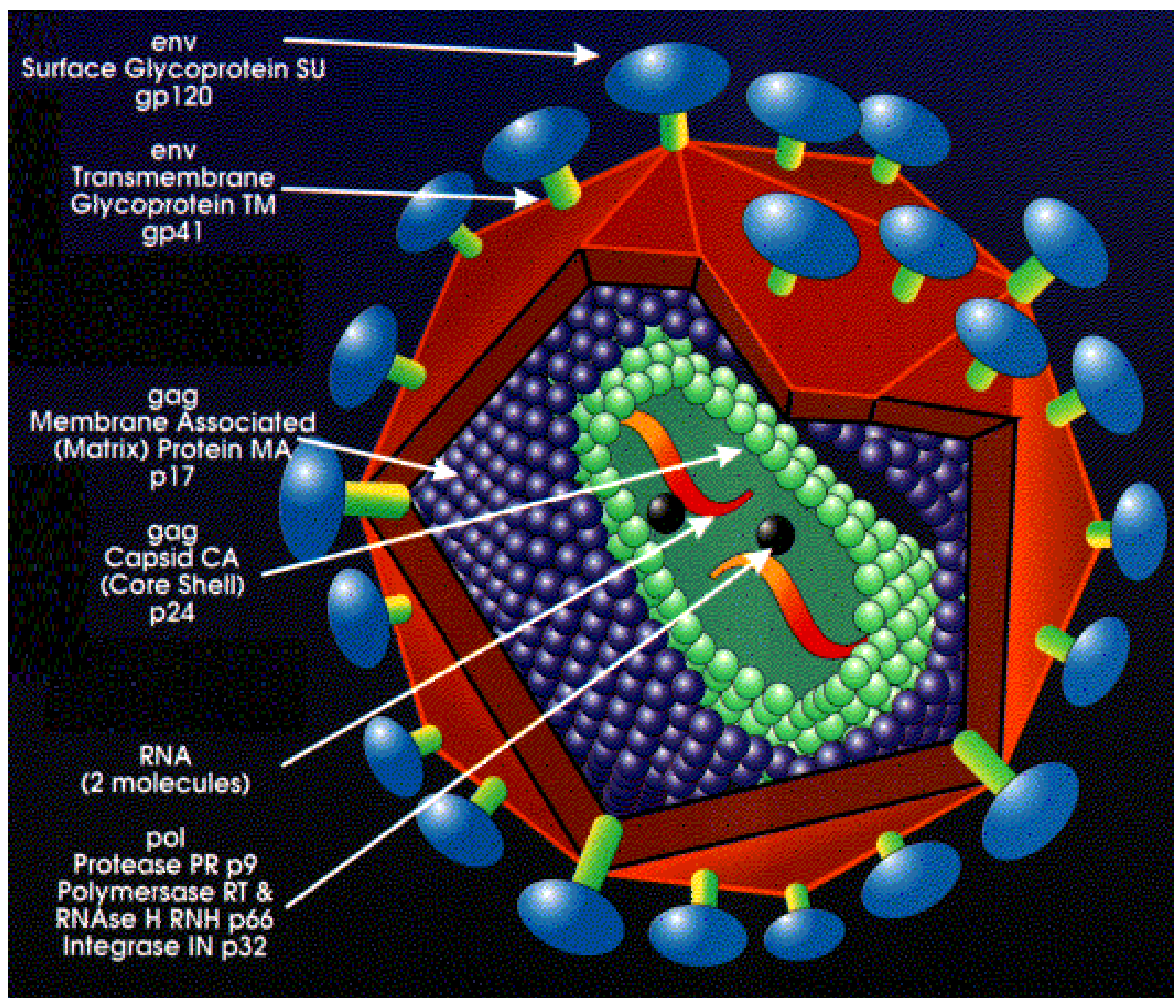
Je to spíše skupina mnoha různých projevů, které se v těle (nebo jeho částech) objevují. Je tedy přesnější definovat AIDS jako syndrom oportunistických onemocnění, jako jsou infekce a některé typy rakoviny, které jednotlivě nebo společně mají schopnost infikovaného člověka usmrtit během posledních fází nemoci.

### 1.2.1 Struktura viru HIV

HIV patří do skupiny retrovirů nazývajících se lentiviry (což znamená pomalý virus, protože projevy nemoci se objevují pomalu). Skupinu retrovirů (*retroviridae*) definuje přítomnost unikátního enzymu zvaného reverzní transkriptáza. Tento enzym umožňuje vytvoření kopií deoxyribonukleové kyseliny (DNA) z řetězce ribonukleové kyseliny (RNA). Všechny viry tohoto rodu disponují tímto enzymem a dokáží tvořit kopie DNA z RNA genomu uvnitř hostitelské buňky. Mimo buňku, se virus sestává ze dvou řetězců RNA, ale uvnitř buňky existuje genetická informace viru i v podobě DNA kopie.

Hlavním krokem při množení těchto virů je implementace jejich DNA řetězce do chromosomu hostitelské buňky. Tato DNA kopie se nazývá provirus. Všechny retroviry tohoto rodu mají díky tomu schopnost vytvářet latentní infekce. Pod elektronovým mikroskopem vypadá HIV virus jako poměrně nevýrazný, na rozdíl od jiných, často velmi nápadných virů napadající člověka. Má velikost okolo 100 – 150 nanometrů v průměru.

## SCHÉMA HIV VIRU



Zdroj: google images

<http://images.google.com>

Zhruba kruhový tvar, i když flexibilita obalu může způsobit změnu v oválný nebo dokonce v nepravidelný tvar. Obálka, tak jako obálky všech virů, je částečně odvozena od buněčné membrány hostitelské buňky, od které se virová jednotka oddělila při finální fázi své replikace. Takováto obálka je složena především z materiálu buněčné lipidové dvojvrstvy. Uvnitř této obálky je protein nazvaný „matrix protein“, který je možné popsat jako koncentrované barevné plochy, kterým se říká laterální tělíska. Daleko důležitější jsou dvě virové bílkoviny, které jsou ukotveny na virové obálce. Tyto dvě bílkoviny jsou buď jako knoflík vypadající bílkovina gp 120 a nebo bodci se podobající menší bílkovina gp 41. Gp je zkratka pro glykoproteid, který se skládá z uhlovodíkové a bílkovinné části (20).

Buněčný receptor, na který se virus HIV váže se jmenuje CD4 povrchový protein. Tato bílkovina se nachází například na T pomocných lymfocytech. To je převládající typ buňky s tímto proteinem. Navíc také některé mikrofégy mají tento protein. Většina ostatních buněk v těle ho nemá. To znamená, že buňky na které je HIV schopen se navázat jsou tyto T lymfocyty a makrofégy. CD4 protein je také přítomen v dendritických buňkách, takže i ty mohou být HIV napadeny. HIV obalový protein, který je zodpovědný za tuto vazbu se jmenuje gp 120. Oproti jiným retrovirálním infekcím, napadení T pomocných lymfocytů končí jejich buněčnou smrtí. Když jsou T lymfocyty napadeny HIV, dochází k jeho namnožení v buňce a ta je poté zničena. Vzhledem k ústřední roli T lymfocytů při humorální i buněčné imunitě, je jasné, že infekce těchto buněk HIV vede ke zhroucení imunitního systému. Navíc některé T lymfocyty přejdou do latentního stavu, při kterém nedochází k množení viru a buňka přežívá.

Později je takováto latentní buňka reaktivována a začne produkovat infekční virové jednotky, přičemž taková dříve latentní buňka také zaniká. Tyto lymfocyty jsou hlavním zdrojem infekčních virových částic u pacienta. Takto jsou zničeny další T lymfocyty v těle nemocného člověka. Přesný mechanismus jakým se to děje, zatím není znám, ale tento proces vede k úplnému selhání imunitního systému a projevu AIDS u nakažených pacientů (4).

### 1.2.2 Způsoby přenosu HIV

Nejčastější způsoby přenosu viru HIV jsou:

1. Narozením; přenos z matky na dítě při porodu.
2. Pohlavním stykem; sexuálním kontaktem s infikovanou osobou.
3. Příjem krve při transfuzi; přenos HIV z nakaženého pacienta při darování krve či dalších krevních derivátů.
4. Prostřednictvím sdílení infikovaných jehel, především mezi lidmi, kteří užívají drogy intravenózně.
5. Prostřednictvím kojení dítěte nakaženou matkou.

### 1.2.3 Přenos z matky na dítě

Tento způsob přenosu spojuje dohromady zdroj HIV (v krevním oběhu infikované matky) a potencionální cíl (krevní oběh vyvíjejícího se plodu) v chráněném prostředí (matčiny dělohy). Matčin krevní oběh a oběh dítěte jsou odděleny placentou, která zabraňuje výměně buněk, ale ne živin. Během třetího trimestru těhotenství, se nicméně na placentě nacházejí malá místa, přes které se mohou buňky z matčina oběhu dostat do plodu. Navíc během porodu dítě přichází do styku či polkne matčinu krev nebo poševní sekret. Intenzivní léčbou, během těhotenství, při porodu a po prvních šest týdnů života novorozence je možné snížit riziko nákazy na 2 %. Méně intenzivní léčba, především během porodu může způsobit velký rozdíl. Přenos HIV z matky na dítě, je stále oblastí velkého zájmu v Zambii.

Především z toho důvodu, že tento přenos ohrožuje další generaci a tedy i další vývoj země jako celku. To je důvod, proč existují různé programy jak vládních, tak nevládních organizací, které se na tento způsob nákazy zaměřují. Nežli budeme hovořit o některých těchto programech, je důležité podívat se na některé faktory, které hrají roli při přenosu HIV infekce z matky na dítě právě v případě Zambie během posledních let

- Stigma
- Přístupnost zdravotnických zařízení

- Nedostatek informací
- Chudoba

Toto jsou některé faktory, které tak či onak přispívají k většímu počtu přenosů HIV z matky na dítě.

#### **A) *Stigma***

Stigma v souvislosti s HIV/AIDS může být popsáno jako negativní názory či postoje k lidem nakaženým HIV (3). V Zambii se některé části společnosti stále na infikované lidi dívají jako na ty s promiskuitním či nemorálním životem. V některých domácnostech jsou nakažení lidé opouštěni a nikdo se o ně nestará. Pro ženu, která se vdá a posléze zjistí, že je HIV pozitivní, to v některých částech společnosti vyvolává podezření, že je nevěrná svému manželovi. Proto se některé těhotné ženy, které se při prenatálním vyšetření dozví, že jsou HIV pozitivní, již na kliniku nevrací ze strachu z diskriminace nebo ponížení.

Navíc se obávají, že skončí rozvedené, když se jejich manžel dozví, že jsou HIV pozitivní. Nakonec často jen v tichosti trpí ze strachu z diskriminace a stigmatizace ve svém okolí.

#### **B) *Přístupnost zdravotnických zařízení***

Dostupnost a lehká přístupnost dobré zdravotní péče je zásadní v boji proti HIV, a ještě důležitější při prevenci přenosu HIV z matky na dítě. V některých částech Zambie, především ve venkovských oblastech, vesnicích a místech vzdálených od větších měst, může být přístupnost k takové péči problémem. Pro mnoho žen z takovýchto oblastí může být velmi těžké nebo téměř nemožné dostat adekvátní prenatální péči. Funkce prenatálních klinik je velmi důležitá pro každou nastávající matku. Hlavním cílem prenatální péče je dosáhnout optimálních výsledků při péči o matku a dítě, kterými jsou:

- Předcházení onemocnění pomocí imunizace a potravinových doplňků.
- Včasné odhalení komplikací a správné léčby (např. včasné zjištění a léčba sexuálně přenosných chorob).

- Podpora zdraví a prevence, poskytováním informací a konzultací těhotným ženám.

U těch těhotných žen, které nejdou na prenatální kliniku a jsou HIV pozitivní hrozí, že nakonec nakazí své dítě již během těhotenství, porodu, či následně při kojení.

Pro mnoho žen žijících v odlehlých částech, je prenatální vyšetření problém, který, pokud není řešen, pouze zvyšuje počet HIV pozitivních dětí.

Nicméně i ženy z těchto oblastí mají naději díky programům ministerstva zdravotnictví a nevládních organizací, které spolupracují s různými mezinárodními organizacemi na programech a probíhajících činnostech. Mám tím namysli některé programy a projekty, které budou blíže popsány v následující kapitole.

### **C) *Nedostatek adekvátních informací***

Nedostatek adekvátních informací mezi těhotnými ženami o důležitosti podstoupit HIV test během těhotenství a jak nebezpečné to může být pro nenarozené dítě, může znamenat překážku v prevenci přenosu HIV z matky na dítě.

Je tomu tak zejména u žen, které nemají základní vzdělání. Jelikož většina literatury o HIV/AIDS je v angličtině, je velkým problémem pro ženy, které nemají dostatečné vzdělání porozumět problému HIV/AIDS z takovýchto zdrojů.

### **D) *Chudoba***

V těchto ekonomicky těžkých časech, kdy je potřeba si vydělávat na živobytí, aby rodina měla dostatek příjmů, má každý obavy. V některých domácnostech v Zambii, jsou ženy samoživitelkami a obstarávají všechny finanční prostředky pro rodinu. To je například případ vdov, svobodných matek či těch rozvedených. To mohou být i případy kdy oba rodiče zemřeli a zanechali po sobě děti o které nemá kdo pečovat. V takových případech dívky z většiny těchto domácností často přeberou odpovědnost za zajištění jejich mladších bratrů a sester. Ve většině případu tyto dívky opustí školu, protože si nemohou dovolit školní poplatky. Hledají prostředky pro přežití na ulici a takové dívky či mladé ženy se často ocitnou v situaci, kdy se dostanou do rizikového chování, jako jsou vztahy s mnoha muži za účelem finančního

zabezpečení jejich rodin.

Díky tomuto životu se některé z žen stanou HIV pozitivní, protože zoufalost těchto žen mohou využívat i muži za účelem nechráněného sexu. Na konci tohoto řetězce může být opět nenarozené dítě s velkým rizikem infekce HIV.

#### **1.2.4 Pohlavním styk; sexuální kontaktem s infikovanou osobou.**

Mít nechráněný pohlavní styk s nakaženou osobou je další způsob přenosu nákazy z osoby na osobu. Převládající způsob jak se HIV přenáší v Zambii je právě pohlavním stykem s nakaženou osobou. I když i zde jsou homosexuálové, tvoří pouze nepatrnou část populace, a tak přenos HIV sexuálním kontaktem se děje především při heterosexuálních stycích.

#### **1.2.5 Krevní transfúze a další krevní produkty; přenos krve z infikované osoby na zdravou.**

Kontaminovaná krev je nejvíce infekční, když se dostane přímo do krevního oběhu. Riziko infekce HIV z krevní transfúze je odhadováno na více jak 95 % (19). HIV může být snadno přenášeno prostřednictvím různých krevních produktů, jako například deriváty s červenými krvinkami, plasma, koagulační prvky krve a krevní destičky.

#### **1.2.6 Prostřednictvím sdílení infikovaných jehel, především mezi lidmi, kteří užívají drogy intravenózně.**

Infekční aplikace drogy zahrnuje praktiky, které usnadňují přenos HIV infekce. Hlavní kategorií takovýchto praktik je přímé sdílení jehly, které zahrnuje opakované použití jehel a stříkaček, které byly kontaminovány nakaženým uživatelem. Průnik jehly kůží je dostatečný pro kontaminaci jehly a následný přenos HIV (13).

#### **1.2.7 Prostřednictvím kojení dítěte nakaženou matkou.**

Kojení je nezbytné pro výživu dítěte, především z hlediska nutriční, imunologické, ale i sociální hodnoty. Nicméně, přenos HIV z matky na dítě během kojení je velmi pravděpodobný a je potřeba, aby matka byla informována o jiných dostupných možnostech. Možnost kojenecké výživy by měla být matce doporučena v případě, že ona či její rodina má k takovéto výživě přístup, společně s čistou vodou, nádobím, časem a zkušenostmi jak



takovou umělou výživu pro dítě hygienicky a správně připravit, a to nejméně po prvních 6 měsících (15).

## **2. CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

### **2.1 Hlavní Cíl**

Hlavním cílem této práce je monitoring problematiky HIV/AIDS v Zambii.

#### **2.1.1 Dalšími cíly práce jsou:**

- 1.) Zjistit, jaká opatření byla v Zambii zavedena k zajištění dostatečné informovanosti o HIV, AIDS.
- 2.) Analyzovat opatření ke snížení výskytu HIV/AIDS v Zambii.
- 3.) Zjistit trendy ve výskytu HIV/AIDS za období 1999-2009 v Zambii.

### **2.2 Výzkumné otázky**

- 1) Došlo ke snížení incidence ve výskytu HIV/AIDS v Zambii za období našeho sledování (1999-2009)?
- 2) Změnily se trendy ve výskytu HIV/AIDS v incidenci?
- 3.) Změnily se trendy ve výskytu HIV/AIDS v pohlaví?
- 4.) Změnily se trendy ve výskytu HIV/AIDS ve věkové struktuře?

### **3. METODIKA**

#### **3.1 Použita Metoda**

V této práci byl použit kvalitativní typ výzkumu. Byla použita sekundární analýza dat z různých informačních zdrojů jako jsou knihy, různé publikace a zprávy ze široké škály vládních i nevládních organizací, které provedly různé druhy výzkumu k problematice HIV/AIDS v Zambii. Byly také použity informace ze zdravotnických průzkumů provedených v posledních letech.

Teoretická část této práce byla mimo jiné zaměřena na některé z problémů a obtíží, kterým čelí lidé v Zambii z důvodu drastického vlivu pandemie HIV.

Praktická část této práce byla detailně zaměřena na některé preventivní opatření, které, mimo jiné, zajišťují redukci rozšiřování HIV infekce. Také jsem se zaměřila na to, jaká opatření či programy jsou prováděny k zajištění dobré informovanosti obyvatelstva o HIV/AIDS. Zjišťovala jsem také jak efektivní tato preventivní opatření byla. Pro usnadnění této analýzy jsem formulovala několik výzkumných otázek, které jsou zodpovězeny v praktické části této práce.

#### 4. VÝSLEDKY

HIV/AIDS zůstává hlavním problémem v Zambii kvůli své vysoké prevalenci jak u mladých, tak dospělých obyvatel. K odvrácení epidemie, Zambijská vláda zavedla prostřednictvím Národní HIV/AIDS/STD/TB rady a s podporou dárců, řadu programů pro redukci šíření HIV. Tyto programy se zaměřily na zajištění správných a vhodných znalostí a informací pro jednotlivce, rodiny i komunity. Hlavním záměrem těchto zdravotnických opatření je změna v chování, a to ve smyslu zastavení rozšiřování nemoci.

Jako prostředky k dosažení tohoto cíle byly použity především informace, výchova a komunikační sdělení o sexuálně přenosných infekcích (SPI). Výzkum veřejného zdraví zdokumentoval silnou korelaci mezi SPI a náchylnosti k HIV infekci. Kontrolní opatření k AIDS byly zaměřeny na upozornění veřejnosti jak se vyhnout SPI, či jak se zodpovědně chovat, pokud k nakažení již dojde (28).

##### *Strategický rámeček pro boj proti národní epidemii HIV/AIDS*

Podle demografického průzkumu z oblasti zdravotnictví v Zambii z roku 2007 je v této zemi 14,3 % dospělé populace HIV pozitivní s prevalencí okolo 21 % v městských oblastech (24). Pro realizaci behaviorální terapie, péče a podpůrných programů zambijská vláda, společně s programem Světové zdravotnické organizace k HIV/AIDS, ustanovila Národní program prevence a kontroly AIDS.

Jako reakce na HIV/AIDS epidemii byly vypracovány tři národní plány. První z nich byl Akutní krátkodobý plán, který byl vypracován v roce 1987 k zajištění bezpečných krevních transfuzí a krevních produktů. Druhý, respektive další dva střednědobé plány pokrýly roky 1988-1992 a 1994-1998. Národní strategický plán v boji proti HIV/AIDS a Národní hodnotící plán byly vypracovány pro léta 2002-2005. Tyto komplexní plány byly zaměřeny na rozhodování a koordinaci v národním měřítku.

V říjnu 2002 byla zákonem v parlamentu ustanovena Národní HIV/AIDS/STI/TB rada, aby koordinovala a podporovala vývoj, monitorování a hodnocení více-odvětvové a národní reakce na prevenci a zmírnění HIV/AIDS a Tuberkulózy.

V roce 2005 byla zveřejněna národní politika pro HIV/AIDS, která má poskytnout směrnice a mandát pro národní odpověď. V roce 2006 vláda zambijské republiky vytvořila Národní monitorovací a hodnotící plán pro HIV/AIDS/STI/TB na období 2006-2010. Plán byl vytvořen k prevenci, zastavení a zvrácení rozšiřování HIV a AIDS do roku 2010. Plán definoval 6 témat, která popisují oblasti činnosti;

- 1.) Posílení prevence
- 2.) Rozšiřování léčby, péče a podpory
- 3) Zmírnění sociálně-ekonomického dopadu HIV a AIDS
- 4.) Posílení decentralizované reakce a zobecnění HIV a AIDS
- 5). Zlepšování monitoringu zpětné
- 6). Integrace advokacie a koordinace více-odvětvové zpětné vazby.

Vláda monitorovala a vyhodnocovala zvyšující se klíčovou složku tohoto programového designu a přístupu řízení. Národní rada pro AIDS vypracovala systém národního HIV/AIDS monitorovacího a vyhodnocoovacího systému pro usnadnění účinné koordinace, který by dovoloval zemi sledovat vývoj směrem ke stanoveným cílům a úkolům tohoto programu.

### **1) HIV/AIDS související povědomí a znalosti**

V Zambii je HIV primárně přenášeno heterosexuálním stykem, dále prenatální přenos, při kterém se virus HIV přenesou z matky na plod během těhotenství či následně při porodu nebo kojení. Efektivita úsilí HIV/AIDS prevence silně závisí na šíření informací o tom jak je virus přenášen a co to znamená v souvislosti se změnami v rizikovém chování (31).

Bylo provedeno několik průzkumů během let 2000 až 2009. Jedním z cílů těchto průzkumů bylo zjistit, jak dobře jsou obyvatelé Zambie informováni v souvislosti s tématem HIV/AIDS. Respondenti byli tázáni, zda o HIV/AIDS již slyšeli. Jak je uvedeno v tabulce níže, povědomí o HIV/AIDS zůstávalo konzistentně vysoké jak mezi muži, tak i ženami bydlícími jak v městských tak i venkovských oblastech.

Celkově došlo k menšímu poklesu v podílu respondentů, kteří slyšeli o HIV/AIDS v roce 2009 v porovnání s rokem 2005 a tento pokles byl zaznamenán u obou pohlaví.

**Tabulka 1: Respondenti kteří slyšely o HIV/AIDS rozdělení podle pohlaví a bydliště v období 2000-2009 (v procentech).**

<b>Charakteristika</b>	<b>2000</b>	<b>2003</b>	<b>2005</b>	<b>2009</b>
<b>MUŽI</b>				
Městské oblasti	99.3	99.6	99.6	99.1
Venkovské oblasti	94.6	98.6	99.2	98.8
<b>ŽENY</b>				
Městské Oblasti	99.0	99.4	99.6	99.0
Venkovské oblasti	93.3	96.3	92.2	98.6
<b>Všichni respondenti</b>	<b>95,9</b>	<b>98.2</b>	<b>99.3</b>	<b>98.8</b>

Zdroj: (Zambijský průzkumu sexuálního chování 2009) str. 13

Jak je vidět z údajů v tabulce výše, informace o HIV/AIDS má mnoho lidí, včetně těch ve venkovských oblastech země. To je zapříčiněno faktem, že informace o HIV/AIDS byly snadno dostupné. Například jsou programy, které byly představeny skrze rádiové stanice.

Do těchto programů jsou pozváni pracovníci z oblasti zdravotnictví, aby mluvili o různých tématech v souvislosti s HIV/AIDS. Tyto programy jsou vysílány jak státními, tak privátními stanicemi. Aby bylo jisté, že také lidé, kteří nemusí rozumět anglicky nejsou vyloučeni, jsou tyto programy vysílány také v různých místních jazycích. I televizní stanice vysílají dokumenty o HIV/AIDS jak v angličtině, tak v lokálních jazycích. Tyto programy zaměřené na informování lidí v tématech jako je společenské stigma u lidí, kteří jsou HIV/AIDS pozitivní, o sexuální abstinenci, oboustranně věrné monogamii mezi neinfikovanými páry a používání kondomů pro ty, kteří vedou aktivní sexuální život. Tyto programy jsou také zaměřeny na podávání správných informací, které vysvětlují různé mylné představy, které obklopují toto onemocnění.

Mezi takové mylné představy může patřit například to, že se člověk může infikovat HIV, pokud sdílí s infikovaným nádobí, sprchu, vanu či toaletu nebo mohou být nakaženy díky čarodějnictví. Jiní lidé věří, že HIV je prokletím zemřelých předků, a pokud je v jejich blízkosti osoba HIV pozitivní neměly by se s ní stýkat, aby nerozhněvaly své předky a nebyly potrestáni za cokoli špatného, co těmto předkům učinili. Z tohoto důvodu mohli být lidé odrazováni od setkávání se s nakaženými.

Vznik Anti-Aids klubů v primárních, sekundárních a vyšších vzdělávacích institucích je další metoda jak zajistit, aby mladí lidé nebyli osamoceni v boji proti HIV/AIDS. Během setkání a aktivit těchto klubů, zdravotníci vysvětlují a hovoří se skupinami mladých lidí. Mají také šanci klást otázky i k tématům o kterých se nemohou bavit se svými rodiči nebo opatrovníky. Tyto programy jsou zaměřeny na vzdělávání, ne jako zdroj stresu pro děti, které jsou již nakaženi. Jsou případy dětí nakažených HIV, které byly zesměšňovány a šikanovány svými vrstevníky ve škole až tak, že tyto děti přestaly docházet do školy.

V minulosti byly také případy lidí, kteří byli vyhozeni ze zaměstnání, protože se jejich zaměstnavatel dozvěděl, že jsou HIV pozitivní, nicméně situace se již změnila. Diskuze o HIV byla nyní zavedena i na pracoviště. To pomohlo zmírnit společenské stigma, kterým lidé HIV

pozitivní na pracovištích trpěli. Místo toho jsou nyní schopni poskytnout morální a emocionální podporu pro své spolupracovníky nebo zaměstnance, protože většina zambijské populace jsou křesťané. Církev také přebírá aktivní roli v boji proti HIV/AIDS.

Jelikož členové církve, tak jako někteří její představitelé umírají na AIDS, zanechávají za sebou sirotky, kteří zůstanou církvi, což je jedním z důvodů, proč je církev aktivní v preventivních programech proti HIV/AIDS.

Kromě náboženských diskuzí, jsou v kostelech rozebírány témata okolo HIV. Církev šla dále a nabádá mladé lidi, aby se nechali na HIV otestovat před svatbou v kostele. Mladí lidé mají také vlastní HIV programy, například na mládežnických táborech, kde se kromě témat z Bible rozebírají témata sexu, chození, a HIV. Podle statistik z předešlých výzkumů, je zřejmé, že většina zambijské populace je dobře informována o tématu HIV/AIDS. Přesto je potřeba tuto informovanost zlepšit ve venkovských oblastech. Mnohé z organizací, které provádějí kampaně prevence HIV/AIDS, jsou v Zambii většinou situovány ve velkých městech.

I přesto, že lidé ve venkovských oblastech jsou navštěvováni pracovníky těchto organizací, kteří zde organizují i týdení semináře a pouštějí výuková videa na vesnických náměstích a komunitních centrech, stále to podle mého názoru není dostačující. Důvodem toho může být fakt, že pro mnohé tyto organizace, které takové informace o HIV/AIDS poskytují, je těžké se do některých takových oblastí dostat. Doprava v těchto venkovských oblastech je problém. Cesty a silniční síť vedoucí do takových vesnic je ve velmi špatném stavu. Většina cest je zničená, a tak je velmi obtížné do těchto míst dopravit. Tato situace se ještě zhorší během období dešťů, kdy bez dostatečného odvodňovacího systému jsou již špatné cesty prakticky nesjízdné.

## **2) Opatření k snížení výskytu HIV/AIDS v Zambii**

### ***A.) Volná distribuce Antiretrovirálních (ARV) léků.***

Jedním z opatření, které bylo zavedeno pro snížení prevalence stejně jako šíření HIV/AIDS je zavedení bezplatné antiretrovirální léčby infikovaných lidí. To je zaměřeno na zlepšování kvality života lidí s HIV/AIDS. Bylo to umožněno tím, že vláda zvýšila alokaci



financí na HIV/AIDS projekty. Navíc vláda také obdržela podporu od spolupracujících partnerů v rámci Globálního fondu.

Tyto prostředky byly použity pro HIV/AIDS propagační kampaně, distribuce kondomů a politika otevření HIV/AIDS témat na pracovištích.

Navíc byly fondy použity pro zadávání zakázek antiretrovirální léčby v institucích veřejného zdravotnictví. Antiretrovirotika jsou zdarma distribuovány v hlavních státních nemocnicích, ale i v některých vybraných klinikách a zdravotnických centrech umístěných v různých částech země. Počet center poskytující tyto léky vzrostl z 53 v roce 2003 na 84 v roce 2004, zatímco počet pacientů v léčbě činil okolo 43 tisíc ke konci roku 2005. Vláda si vytyčila za cíl mít 100 tisíc HIV pozitivních pacientů na této léčbě do konce roku 2005 (7).

Rychlé vyhodnocení zambijského programu antiretrovirální léčby identifikovalo několik důležitých omezení jako jsou nedostatečné lidské zdroje pro testování, konzultace a samotnou péči spojenou s touto léčbou. Administrace ARV léků, tak jako monitoring vedlejších efektů těchto léků na pacienty vyžaduje mít speciálně vyškolený personál. Zambijský zdravotnický sektor trpí velkým odlivem lidských zdrojů. Lékaři, sestry a další zdravotnický personál opustil zemi a pracují v zahraničí, kde mohou získat lepší mzdy. To zapříčinilo v zemi velký nedostatek lidských zdrojů v tomto sektoru. Se zbývajícím personálem je nemožné mít vyčleněné zvláštní skupiny zdravotníků speciálně vyškolených pro práci s pacienty na ARV léčbě. To co nastává je, že nemocniční personál pracující na jiných odděleních v nemocnicích dostává školení k ARV léčbě. Tito zaměstnanci se poté starají jako o normální pacienty, tak také o ty v ARV centrech. Lepším a mnohem efektivnějším přístupem by bylo, kdyby zdravotníci vyškolení na ART v těchto centrech pracovali nastálo, nicméně s takovýmto nedostatkem pracovníků není toto uspořádání možné.

Postavení žen je dalším problémem, který, myslím si, bychom měli uvažovat. I když v současné době již existují některé zavedené programy, které podporují ženy finančně, je stále potřeba v tomto udělat více. Některé ženy vstupují do partnerství nebo svazku z finančních důvodů. Některé z nich, které tuší, že jejich partner má jiný poměr, se snaží chránit před nákazou pomocí kondomů, nicméně to mohou partneri odmítat. Nakonec, pokud tyto ženy zjistí, že jsou HIV pozitivní, často to nemohou partnerovi sdělit, natož uvažovat o

zahájení ARV léčby. Takovéto ženy se obávají rozvodu, nebo fyzického násilí. Bez dalších prostředků na jejich každodenní potřeby pokračují v takovýchto vztazích nebo manželstvích. Posilování postavení žen pomocí vzdělání nebo zvyšování dovedností může být opravdu pozitivní krok při snižování HIV nákazy. Pokud jsou ženy podporovány, aby měli vlastní zdroj příjmu, nejsou tolik nuceny stávat se závislými na vztazích a manželstvích pouze z důvodu ekonomického zajištění.

### ***B.) Služby prevence přenosu HIV z matky na dítě. (PMTCT)***

Programy Prevence přenosu z matky na dítě (PMTCT) byly spuštěny ve vybraných zdravotnických institucích v roce 1999.

Hlavním cílem tohoto programu bylo snížit počet dětí, které se narodí již HIV pozitivní. Tento program funguje následovně; Jelikož jsou těhotné ženy hlavním cílem programu, PMTCT služby jsou nabízeny společně s prenatalními prohlídkami, a to tak, že v rámci těchto prohlídek jsou ženám nabízeny také informace o HIV/AIDS a jsou jim zdělovány výhody znalosti toho, zda ony a jejich nenarozené dítě jsou HIV pozitivní.

V rámci tohoto programu bylo v roce 1999 vybráno šest zdravotnických institucí nabízející tuto službu. Počet těchto PMTCT center vzrostl na 83 koncem roku 2003. V současné době je po celé zemi takovýchto míst 270. PMTCT je nyní nedílnou součástí služeb v rámci prenatalní péče. Nejvíce těchto PMTCT služeb nabízejí státní zařízení, nicméně také soukromé kliniky provádějí konzultace a poskytují ARV léčbu těhotným klientkám. Většina těhotných žen, které se dostaví k prenatalní prohlídce podstoupí skupinové sezení o HIV/AIDS v rámci prevence proti přenosu infekce z matky na dítě.

Každé těhotné ženě, která se účastní těchto skupinových sezení k HIV/AIDS problematice na prenatalní klinice, je nabídnuta individuální konzultace před testem HIV. Tyto postupy se ale mohou lišit. Na některých klinikách se ženy dotazují, zda má zájem o individuální konzultaci, na jiných tyto individuální konzultace provádí rutinně. U těch žen, u kterých je zjištěna HIV pozitivita, je zahájena ARV léčba v závislosti na počtu buněk CD4. Množství tak jako typ preparátu se odvíjí od počtu těchto buněk. Dítěti, které se matce narodí již HIV pozitivní, je po porodu tato léčba rovněž zahájena. Dávky a typ ARV léků je dítěti

podáváno v závislosti na tom, zda matka již ARV léčbu měla a jak dlouho ji podstupovala. Jiná možnost, která je pozitivním matkám nabídnuta, je porod císařským řezem. Studie zjistili, že dítě které přijde na svět císařským řezem snižuje možnost infekce o 20 %.

HIV pozitivním ženám je doporučeno dítě nekojit, aby se předešlo možné infekci. Ženám je doporučena umělá výživa, pokud je v jejich možnostech mít stálý přísun mléka, tak jako čisté vody a dalších potřeb pro přípravu této výživy. Pokud si rodiče nemohou tuto výživu dovolit, je jim doporučeno aby matka kojila pouze po dobu 6 měsíců. Novější studie ukazují, že problém s přenosem HIV při kojení je více spojen s dalšími úkony okolo kojení než s ním samotným.

Sesbíraná data od více než 14 tisíc matek ukázala, že poporodní přenos HIV infekce se vyskytuje u 12 % kojenců, z nichž se dvě třetiny nakazili až po 6 měsících kojení. Při porovnání s kojenci, kteří byly výlučně kojeni a těmi, kterým byla poskytována umělá výživa společně s kojením se zjistilo, že je čtyřikrát větší riziko nákazy při smíšené výživě v šesti a dvanácti měsících, než pouze při kojení. To tedy znamená, že děti výhradně kojené mají nižší riziko nákazy, než ty, které jsou dokrmovány jinými potravinami a tekutinami společně s mateřským mlékem. Zároveň je uznáváno, že opatření, která byla zavedena, aby se zabránilo přenosu HIV infekce z matky na dítě, je potřeba daleko více zintenzivnit.

Jsou hlášeny případy žen, které se po první konzultaci k HIV nebo po testování na HIV nevrátili pro výsledky testu. Bylo zjištěno, že většina z těchto žen si nepřijde pro výsledky testu ze strachu, že jim jejich manželé ublíží. Bylo také zjištěno, že některým z žen, které přišli s výsledky HIV testu z nemocnice domů a sdělili výsledek partnerovi, jim bylo vyhrožováno rozvodem, nebo se již do PMTCT center nikdy nevrátili. Některé ženy uvedly, že byly obviněny z nevěry svým manželům, protože přišli na sezení do PMTCT centra. Pro takové ženy, které se z těchto důvodů rozhodnou do PMTCT centra znovu nepřijít, především pro ty jejichž výsledky testu jsou pozitivní, to může dopadnout tak, že na své dítě virus HIV nakonec přenesou. Takovéto jednání potom ničí celý smysl těchto PMTCT služeb.

Takovéto případy se často stávají ženám v manželství, kde žena nemá žádný příjem a spoléhá pouze na svého manžela. Ze strachu, že se manžel bude chtít rozvést a zkončí bez pomoci, tak tyto ženy nakonec infikují své děti i manžela. Proto je důležité aby spolupracovali v rámci PMTCT služeb i jejich manželé. To by mohlo velmi pomoci ve snaze snížit počet

infikovaných dětí, tak jako jejich míru úmrtnosti. Dalším problémem v prevenci přenosu infekce HIV z matky na dítě je fakt, že především matky které již mají vlastní děti, se na prenatalní kliniku vůbec nedostaví. Pouze přijdou do nemocnice když už mají porodit. Jejich HIV stav není znám a nemají žádný záznam z prenatalní péče nebo PMTCT konzultace. V případech, že je taková žena HIV pozitivní, je život dítěte ohrožen.

### ***C) Dobrovolné poradenství a testování (VCT)***

Služba dobrovolného poradenství a testování na HIV byla v Zambii zavedena v roce 1999. Do poloviny roku 2003 měla země nejméně 101 VCT center. V současnosti jich je 400. Výsledky z testování HIV v roce 2007 v rámci zambijského zdravotnického průzkumu ukázaly, že 14 % dospělých (ve věku 15-49) jsou HIV pozitivní. U žen je to 16 % a u mužů 12 %. U dospělých žen je vrchol prevalence 26 % ve věkové skupině 30-34 let, což je čtyřikrát vyšší než mezi ženami ve věku 15-19 a dvakrát větší než ve věkové skupině 45-49 let. Mezi muži vzrůstá HIV prevalence ze 4 % ve skupině 15-19 let na 24 % ve skupině 40-44 let, poté následuje pokles na 12 % pro skupinu mužů ve věku 55-49 let. HIV prevalence v městských oblastech je dvakrát vyšší než v těch venkovských (20 % versus 10%).

### ***D) Bezplatná distribuce prezervativů.***

Bezplatná distribuce prezervativů je dalším opatřením, které bylo zavedeno. Vedle těch které jsou běžně prodávány v obchodech a lékárnách, jsou také ty zdarma. Bezplatná distribuce prezervativů probíhá především ve státních nemocnicích a zdravotnických centrech. Z důvodu větší efektivity a také proto, aby si lidé nestyděli o ně požádat, jsou prezervativy umístěny na specifických místech v nemocnici nebo zdravotním středisku, kde si je lidé mohou volně vzít, aniž by se museli někoho ptát.

### ***E) Bezpečné krevní transfúze.***

Ve snaze snížit riziko nákazy skrze krevní transfuzi, vláda zavedla opatření k poskytování bezpečných transfúzí. Tato opatření zahrnují vzrůstající počet středisek které provádějí kontrolu, a to z 33 v roce 1987 na 90 v roce 2004. (30)

Krev a krevní produkty jsou bezpečně kontrolovány na HIV virus, tak jako další kreví

přenositelné nemoci, a to před tím než jsou podány pacientovi, který transfúzi potřebuje.

#### ***F) Centra mládeže***

Ve snaze dostat se s informacemi a péčí také k dětem a mladistvým, byla vytvořena mládežnická centra. Proškolení dobrovolníci zde mluví s dětmi a mladými o HIV namísto formálních konzultací. Informace jsou podávány prostřednictvím písní a divadla speciálně zaměřené na mladé lidi.

V některých etnických skupinách v Zambii jsou témata o sexu, chození nebo vztazích považovány za tabu, tudíž takovéto programy pro mladé jsou opravdu vhodnou formou jak přilákat mladistvé, vzbudit zájem, klást otázky a mluvit o různých tématech spojených s HIV/AIDS.

#### ***G) Odrazování od některých tradičních praktik a přesvědčení.***

Zambie má 72 etnických skupin. Každá z nich má svou vlastní tradiční víru, zvyky a způsob života. V některých těchto kmenech je specifická tradice, která je praktikována po smrti a pohřbu mužských příslušníků. Když muž zemře a zanechá po sobě vdovu, tak jeho bratr automaticky přijme tuto ženu za vlastní, bez ohledu na to, zda už jednu ženu má.

Bratrova manželka se tak stane jeho druhou manželkou. Automaticky také přebere zodpovědnost za potomky svého bratra. V některých jiných kmenech bylo zvykem, že když muž zemřel a zanechal po sobě ženu, tak jeho bratr si ji nevzal za vlastní, ale měl s ní pohlavní styk. To se dělo ve víře, že se tímto aktem vdova očistí od ducha svého zemřelého manžela. Toto se provádělo také ve víře, že manželův duch bude odpočívat v pokoji a nebude strašit vdovu. Od takovýchto tradičních praktik je odrazováno v rámci omezování šíření HIV/AIDS.

#### ***Trendy v HIV prevalenci.***

HIV prevalence v Zambii lehce klesla. Podle průzkumu z roku 2007 HIV prevalence klesla ze 16 % procent v roce 2001-2001, kdy byl prováděn průzkum, na 14,3 %. V tomto průzkumu z roku 2007 bylo uvedeno, že 16 % žen a 12 % mužů jsou HIV pozitivní. V letech 2001-2001 to bylo 18 % žen a 13 % mužů. (29)

## 5. DISKUSE

V boji proti HIV/AIDS nastal v Zambii výrazný pokrok od doby vypuknutí epidemie na počátku 80. let. Nicméně přesto je potřeba v rámci tohoto boje mnoho vykonat. Prevalence HIV okolo 14 % v zemi čítající 13 miliónů obyvatel je stále na místě mluvit o vysoké míře prevalence.

### Výzkumné otázky

#### *1.)Došlo ke snížení incidence ve výskytu HIV/AIDS v Zambii za období našeho sledování (1999-2009)?*

Ano, informace z demografických zdravotnických průzkumů provedených v letech 1999-2009 naznačují, že nastává pokles prevalence HIV/AIDS v Zambii. Tyto průzkumy naznačují pokles z 15,6 % na 14,3 % což je obrovské zlepšení v oblasti výkonu opatření veřejného zdraví.Některé z preventivních opatření byly: masivní vzdělací kampaně, programy prevence přenosu infekce HIV z matky na dítě, celkové zlepšení služeb zdravotní péče a zvyšující se gramotnost obyvatelstva, především v souvislosti s tématem HIV/AIDS v zambijské populaci.

#### *2.)Změnily se trendy ve výskytu HIV/AIDS v incidenci ?*

Ano, došlo ke změně trendu v HIV/AIDS incidenci jak může být vidět na snížení míry prevalence z 16 % v roce 2001-2001 na 14,3 % v roce 2007. Nicméně podle výsledků průzkumu, trendy ve výskytu HIV/AIDS ukazují vyšší míru výskytu ve velkých městech a dalších městských oblastech narozdíl od venkova. To může být spojeno s mnoha faktory, například, že životní styl ve velkých městech se liší od venkova.Lidé kteří žijí na venkově mají často konzervativní životní styl, tradice a kulturní normy, kterými se řídí. Ve městech lidé více žijí “západním” stylem života. V městských oblastech jsme svědky poklesu tradičních morálních hodnot a tendencí, které vedou ke zvýšení rizikového chování (27).Ve městech je normální pro nevdané dívky mít sexuální vztah s chlapci nebo muži. Výsledkem takových vztahů může být nákaza pohlavně přenosnými nemocemi včetně HIV/AIDS.

Díky některým zvykům a tradicím, které odrazují nesezdané mladé lidi od sexuálního styku, je stále počet infikovaných na venkovně relativně malý.Dalším důvodem,

proč je na venkově množství nakažených relativně nízké je, že zde na rozdíl od měst není tak častá prostituce. Sex za peníze je běžnější právě ve městech. To je poměrně časté v situacích kdy jeden nebo oba rodiče zemrou na AIDS nebo z jiného důvodu a děti jsou zanechány bez zaopatření. Pak například mladé dívky začnou prodávat například zeleninu podél cest a možnost jejich sexuálního zneužití, například staršími chlapci, vzrůstá. Díky tomu se riziko přenosu HIV zvyšuje.

Dalším důvodem vyšší prevalence HIV ve městech je to, že zde žije více lidí kteří při svém povolání cestují za hranice, kde obchodují. Na pracovních cestách je větší možnost, že jeden nebo druhý partner začne být nevěrný a možnost přenosu sexuálních chorob se tak zvyšuje.

### **3) Změnily se trendy ve výskytu HIV/AIDS v pohlaví?**

Trendy v množství HIV/AIDS případů v souvislosti s příslušností k pohlaví se během let 1999-2009 nezměnily.

Poměr nakažených žen vůči mužům je větší. Podle průzkumu z let 2001-2002 bylo HIV pozitivních 18 % žen a 13 % mužů. V průzkumu z roku 2007 to pak bylo 16 % žen vůči 12 % mužů.

Ze statistiky uvedené výše je zřejmé, že zde byla zjištěna větší prevalence HIV/AIDS u žen než u mužů. Tak jak je tomu i na jiných místech afrického kontinentu, také v Zambii je přímé spojení chudoby a výskytu HIV/AIDS. Rodiny postižené AIDS často trpí nedostatkem financí, spojených s výdaji na léčbu či úmrtí živitelů rodiny a následné zajištění sirotek často obstarávají dívky, které se tak dostávají do rizikových situací. Dále také okolnosti okolo chudoby obecně vytvářejí rizikovější prostředí k nákaze HIV pro dívky (6).

V ostatních případech dívky, často sirotci, vypomáhají v domácnosti úklidem, vařením a péčí o děti. Z tohoto důvodu jsou osiřelé dívky častěji brány do rodin příbuzných či známých, a zvyšuje se tak možnost jejich sexuálního zneužívání. Mnoho tradic a zvyklostí v Zambii zpomalují úsilí o snižování nákazy HIV. Hluboko zakořeněné kulturní tabu brání rodičům diskutovat o tomto tématu se svými dětmi a tvoří překážky pro efektivní sexuální výchovu.

Zambijská vláda přiznává, klíčovým kulturním faktorem, který dívky dělá zranitelnější k HIV je podřízená role ženy, a to prohlubuje u dívek sociální a ekonomickou

závislost na mužích (17). Dívky a ženy jsou více rizikovou skupinou než muži, protože zde panuje nevyváženost pohlaví, moci a přístupu ke zdrojům (11). Ve většině zambijské společnosti jsou dívky vychovávány k submisivitě a poslušnosti mužům. Díky tomu je těžké kontrolovat jejich sexuální život a tudíž jsou větším zdrojem rizika přenosu HIV. Ženy, které jsou vdané, jsou zatíženy větším rizikem nákazy, protože muži jsou zde obecně více promiskuitní, což je tolerováno jak sociálními tak i kulturními zvyklostmi. Tradičně není společensky akceptováno když muž podvádí svoji ženu s jinou vdanou ženou. Bezpečný sex je zřídka kdy v manželství praktikován (26).

V některých částech jižní Afriky, včetně Zambie, je často praktikován takzvaný "suchý sex". Dívky a ženy si záměrně vysušují vagíny za účelem poskytnout muži více potěšení z pohlavního styku (12). Vysušení je dosaženo použitím určitých bylin a přísad, které údajně redukuje vaginální tekutiny a zvyšují tření během styku. Vzhledem k tomu, že taková praktika pravděpodobně může způsobovat poranění vaginální stěny, zejména u dospívajících dívek, tak se značně zvyšuje riziko přenosu HIV. Zpráva Ministerstva zdravotnictví a centrálního zdravotnického panelu z roku 1999 udává, že za účelem zvyšování potěšení mužů, množství žen pokračuje v této praxi, která zvyšuje náchylnost k infekcím skrze vystavení pohlavních orgánů poraněním (10).



**4) Změnily se trendy ve výskytu HIV/AIDS ve věkové struktuře?**

**Tabulka 2 :Trendy v HIV prevalenci podle věku.(procenta)**

<b>Věk</b>	<b>Průzkum z let 2001-2002</b>	<b>Průzkum z roku 2007</b>
15- 19	4.6	4.7
20- 24	11.4	8.7
25 - 29	20.4	16.3
30- 34	25.1	21.6
35- 39	22.5	23.6
40- 44	18.9	21.1
45 - 49	16.5	15.1

Věkové skupiny pro prevalenci HIV u mužů a žen pře rokem 2001-2002 a 2007.  
Demografický průzkum v oblasti zdraví v Zambii.

Ano, v posledních letech zde došlo ke změně prevalence HIV ve vztahu k věku. Tam, kde

byla prevalence HIV dříve vyšší (skupina 20-34 let), tak poslední dva průzkumy ukazují velké snížení HIV prevalence. Nicméně jak je vidět v tabulce výše, HIV prevalence je podle posledního průzkumu vyšší mezi dospělými ve věkové skupině 35-44 let. To může být zapříčiněno faktem, že většina dospělých v této skupině je sezdaná a většina těchto párů nepoužívá prezervativy, což často končí tím, že se zvyšuje možnost přenosu v situaci kdy si nejsou partneři věrní.

Ekonomické faktory mohou také být jednou z příčin vyšší prevalence HIV v této věkové skupině. Nutnost zajistit lepší životní podmínky pro rodinu, nutí některé muže a ženy stěhovat se, hledat práci nebo obchodní příležitosti ve větších městech. Nakonec tito lidé, kteří se stěhují do větších měst, mají větší tendenci si vytvořit nové sexuální vztahy, které mohou být často rizikové jak pro ně, tak také pro jejich partnery doma. Po návratu domů, je obtížné pro jejich partnerky žádat o bezpečný sex, zvláště pokud je žena sociálně a ekonomicky závislá na muži (22).

## 6. ZÁVĚR

Hlavním cílem mé bakalářské práce byl monitoring problematiky HIV/AIDS v Zambii. Kromě tohoto hlavního cíle, bylo dalšími cíli zjistit: 1. jaká opatření byla zavedena k zajištění dostatečné informovanosti zambijské populace o HIV/AIDS, 2. analyzovat opatření, která byla použita pro snížení HIV/AIDS míry prevalence a nakonec, 3. nalézt trendy v míře prevalence HIV/AIDS pro období 1999-2009.

Formulovala jsem také několik výzkumných otázek, které mi pomohly lépe vyhodnotit problém HIV/AIDS v Zambii.

Na základě výsledků získaných během mého výzkumu mohu říci, že i když je HIV/AIDS stále hlavním zdravotním problémem v této zemi, jeho význam je postupně snižován, a to především prováděním různých preventivních opatření, programů a vzdělávacích kampaní ze strany vlády i neziskových organizací, v rámci snižování výskytu této nemoci. I když se tyto aktivity stále potýkají s potížemi při jejich naplňování, tak i přesto dostávají pozitivní výsledky. Došlo ke snížení prevalence, a to díky faktu, že většina lidí je v současné době dobře informována o nemoci a osvojili si nerizikový způsob života.

Preventivní opatření zaměřená na snižování šíření infekce jako masivní vzdělávací kampaně, zavedení center prevence přenosu HIV z matky na dítě, distribuce antiretrovirálních léků pro HIV pozitivní pacienty zdarma a mimo jiné kontrola krevních transfúzí, se ukázala jako velmi efektivní, jelikož míra infekcí v období 1999-2009 klesla. Nicméně jsem toho názoru, že některá zavedená preventivní opatření potřebují být zlepšena. Myslím si například, že je potřeba aktualizovat evidenci klientů v případě dobrovolných konzulzací a testování tak, aby byl znám přesný počet testovaných osob a pokud je tento počet nedostatečný, mohl být zvýšen. Co se týče služeb v rámci prevence přenosu HIV z matky na dítě, jsem toho názoru, aby byly do těchto programů zapojeni také muži, což by zefektivnilo výsledky.

Na závěr mohu konstatovat, že mé cíle práce byly splněny. Tato práce může být použita jako zdroj informací pro budoucí výzkum nebo také pro práci či zdravotní průzkum v souvislosti s HIV/AIDS v Zambii.

## 7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. CENTRAL STATISTICAL OFFICE. *Zambia sexual behaviour survey*. The Ministry of Health, 2003. 01 s.
2. CENTRAL STATISTICAL OFFICE. *Census of population and housing preliminary report*. CSO, 2010. 02 s.
3. DEACON Harriet, INEZ Stephney, PROSALENDIS Sandra. *Understanding HIV/AIDS stigma, a theoretical and methodological analysis*. HSRC press South Africa, 2005. 77 s. ISBN 0- 7969- 2104-0
4. FAN Hung, CONNER F. Ross, VILLARREAL.P. Luis. *Aids and the society*. USA, 2007. 52 s. ISBN 13 978 - 7637 - 7315- 1
5. HOLMES C.Edward. *The evolution and emmergence of RNA viruses*. Newyork, 2009. 167, 168 s. SBN 978 – 0 – 19 -921112-8
6. HUMAN RIGHTS WATCH. *Suffering in silence, Abuses and HIV Transmission to Girls in Zambia*. USA, 2002. 19 s. ISBN 1564 - 322- 823
7. INTERNATIONAL MONETORY FUND. *Poverty Reduction Strategy paper*. 2007.
8. KALIPENI Ezekiel, CRADDOCK Susan, OPPENG R. Joseph, GHOSH Jayati. *HIV and Aids beyond epidemiology*. Blackwell, 2004. 43 s. ISBN 0 - 631 - 22356 - 8 (alk.paper) ISBN 0 - 631 - 22357 - 8 (alk.paper).
9. MCLNTYRE Chris. *Bradt Zambia; The Bradt travel guide*. England, 2008. 16,17, 32 s. ISBN 1 - 84162 - 2265
10. MINISTRY OF HEALTH, CENTRAL BOARD OF HEALTH.*HIV/AIDS in Zambia: Background projections, Impacts, Interventions*. 1999. 10 s.
11. MISHRA R.C. *HIV/AIDS education*. NewDelhi, 2009. 289 s. ISBN 81 - 7648 - 886 – 0
12. NATIONAL HIV/AIDS/STD/TB COUNCIL. *Strategic framework 2001-2003*. 9 s.

13. NORMAND D. Jaques, VLAHOV David, LINCOLN E. Moses, NATIONAL RESEARCH COUNCIL. *Preventing HIV Transmission, the role of sterile needles and bleach*. Washington DC, 1995. 29 s. ISBN 0 - 309 - 05296 - 3
14. PICAZO F. Oscar. *Zambia Health Sector public expenditure review*. Washington DC, 2009. 10 s. ISBN 978 - 0 - 8213 - 7804 – 5
15. PRAKASH Shetty. *Nutrition, Immunity and Infection*. United Kingdom, 2010. 123 s. ISBN 978 - 085199 – 5311
16. RAMAIAH Savitri. *HIV/AIDS Health solutions*. NewDelhi, 2008. 13, 14 s. ISBN 978 - 81 - 207 – 33307
17. REPUBLIC OF ZAMBIA. *National Gender policy*. 2 s.
18. SAASA Oliver, JERKER Carlsson. *Aid and Poverty Reduction in Zambia ; mission unaccomplished*. Spain, 2002. 35 s. ISBN 91 - 7106 - 489- 3
19. SATPATHY G.C. *Encyclopedia of AIDS volume 1*. 51 s.
20. SCHOUB B.D. *AIDS and HIV in Perspective, a guide to understanding the virus and its consequences*. England, 2000. 52 s. ISBN 0521- 62766 - 4 (paper back) ISBN 0521 - 62150 ( hard back)
21. SCOTT D.Taylor. *Culture and customs of Zambia*. Greenwood press USA, 1996. 1 s. ISBN 0 - 313 - 33246 – 0
22. SHARMA Savita. *HIV/AIDS and you*. New Delhi, 2006. 213 s. ISBN 81- 313 -0010 – 2
23. THE WORLD BANK. *Eduction and HIV/AIDS, a window of hope*. Washington DC, 2002. 29 s. ISBN 0 - 8213 - 5117 – 6
24. UNAIDS REPORT. *Report on global HIV/AIDS epidemic*. 2007.

25. WATER Bella. *Zambia in Pictures*. USA, 2009. 15 s. ISBN 978- 1-5705- 955-6
26. WOMEN IN LAW AND DEVELOPMENT IN ZAMBIA. *3<sup>rd</sup> and 4<sup>th</sup> report on elimination of all forms of discrimination against women*. 15 s.
27. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Alcohol use and sexual risk behaviour*. Geneva, 2005. 9 s. ISBN 92 - 4 - 156289 – 7
28. ZAMBIA MINISTRY OF HEALTH, ZAMBIA CENTRAL STATISTICAL OFFICE. *Demographic Health Survey 2001- 2002*. 195 s.
29. ZAMBIA MINISTRY OF HEALTH, ZAMBIA CENTRAL STATISTICAL OFFICE. *Demographic Health Survey 2007*. 235 s.
30. ZAMBIA POVERTY REDUCTION STRATEGY PAPER 2005. 55s.
31. ZAMBIA MINISTRY OF HEALTH, ZAMBIA CENTRAL STATISTICAL OFFICE. *Zambia Sexual Behaviour Survey 2009*. 13 s.

## **8. KLIČOVÁ SLOVA**

Stigma

Oportunní infekce

Imunitní nedostatečnosti

## 9. PŘÍLOHY

### Obrázky č. 1-5 Specifika Zambijské republiky

Obrazek č. 1 Victoria vodopády



Obrazek č. 2





Obrazek č. 3



Obrazek č. 4



Obrazek č. 5



Obrazek č. 6 Mládež – preventisti problematiky HIV/AIDS



Obrazek č. 7 Centrum prevence – Koordinátoři Peer programu v Zambii



Obrazek č. 8 “Anti AIDS klub” střední školy v Lusace