

**Západočeská univerzita v Plzni**

**Fakulta Filozofická**

**Bakalářská práce**

**2015**

**Hana Postlová**

**Západočeská univerzita v Plzni**

**Fakulta Filozofická**

**Bakalářská práce**

**Sociální důsledky HIV/AIDS**

**Hana Postlová**

**Plzeň 2015**

**Západočeská univerzita v Plzni**

**Fakulta Filozofická**

Katedra sociologie

**Studijní program Sociologie**

**Studijní obor Sociologie**

**Bakalářská práce**

**Sociální důsledky HIV/AIDS**

**Hana Postlová**

Vedoucí práce:

Mgr. Martina Štípková, Ph.D.

Katedra sociologie

Fakulta filozofická Západočeské univerzity v Plzni

Plzeň 2015

Prohlašuji, že jsem práci zpracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

Plzeň, červen 2015

.....

## PODĚKOVÁNÍ

Děkuji vedoucí mé práce Mgr. Martině Štípkové Ph.D. za užitečné připomínky, ochotu, čas a hlavně za trpělivost, kterou mi věnovala.

## Obsah

1.	ÚVOD.....	6
2.	HISTORICKÝ MEDICÍNSKÝ A SOCIÁLNĚ KULTURNÍ KONTEXT HIV/AIDS....	8
2.1	Definice a historie HIV/AIDS .....	8
2.2	Přehled sociálně-vědního studia HIV/AIDS.....	13
3.	SOCIÁLNÍ DŮSLEDKY HIV/AIDS.....	16
3.1	Stigma a identita .....	17
3.2	Sociální identita HIV pozitivních lidí.....	19
3.2.1	Vliv HIV na každodenní život .....	21
3.2.2	Vnímání sebe samých ze strany HIV pozitivních .....	23
3.2.3	Vize budoucnosti z pohledu HIV pozitivních lidí.....	25
3.3	Sociální rizika v důsledku HIV/AIDS .....	28
4.	DŮSLEDKY HIV/AIDS NA CELOU SPOLEČNOST.....	30
4.1	Genderové nerovnosti HIV/AIDS .....	31
4.2	Ekonomické důsledky HIV/AIDS .....	34
5.	ZÁVĚR.....	39
6.	PŘEHLED POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ .....	41
6.1	Zákony a vyhlášky.....	44
6.2	Internetové zdroje .....	44
7.	RESUMÉ .....	46
8.	PŘÍLOHY .....	48

# 1. ÚVOD

Ve své bakalářské práci se budu zabývat problematikou sociálních důsledků, se kterými se musejí potýkat HIV pozitivní lidé i ti, u kterých již plně propuklo onemocnění AIDS. Virus HIV a onemocnění AIDS není problémem pouze v medicínském diskurzu, pro HIV pozitivní jedince toto onemocnění přináší i výrazné psychosociální problémy. I v dnešní době se můžeme setkat s názory, že virem HIV se mohou nakazit pouze členové určitých sociálních skupin a takzvaní „normální“ či „obyčejní“ lidé se nemají čeho obávat. K tomuto povědomí částečně přispívají i statistiky, které např. uvádějí, že nejvíce nakažených je mezi homosexuály. Virus HIV a AIDS je onemocnění, které je více než kterékoli jiné provázeno vysokou mírou stigmatizace a diskriminace. Běžné sociální interakce a zdravotní komplikace se pro diagnostikované stávají potencionálním zdrojem nepříjemné konfrontace, což může neblaze ovlivnit jejich sociální vazby a vztahy. V neposledním případě může také dojít k narušení identity osob žijících s HIV/AIDS. Za psychosociálními problémy se kterými se HIV pozitivní lidé musejí potýkat, bezesporu stojí strach okolí z možné nákazy znásobený nedostatkem informací.

Ve své práci rozvádím základní informace o infekci HIV a onemocnění AIDS, stručně popisují historický vývoj, mechanismus fungování viru HIV a statistická data. Rozebírám pojem stigmatizace jako takové a hlavně ve vztahu k HIV/AIDS. Disponujeme množstvím teorií a konceptů, které by nám měly pomoci porozumět důsledkům a strategiím zvládnání těžkého onemocnění, nicméně HIV/AIDS bylo od počátku do určité míry hodně specifické. Vysoké zatížení stigmatem se ještě více prohloubila i v důsledku objevení nových způsobů léčby, které výrazně prodlužují délku života pacientů a tím z této diagnózy činí chronické onemocnění a ne smrtelné s čímž souvisí i zvýšení kvality života dotyčných jedinců. Problematika HIV/AIDS je spojena s celou řadou sociologických konceptů. Tato práce si klade za cíl přiblížit některá základní stigmata, východiska, terminologii a pojmy, které jsou zásadní ve vztahu k problematice sociálních důsledků HIV/AIDS. To vše je ukázáno z pohledu jedince i z pohledu celé společnosti, tak jak se s postupem času a s rozšiřováním vědění měnil diskurz HIV/AIDS.

Práce je koncipovaná jako přehledová stať tohoto závažného a stále aktuálního společenského problému. Tato bakalářská práce je zaměřena hlavně na stigmata a sociální důsledky, které HIV/AIDS přináší do života jedinců i celé společnosti, včetně neinfikovaných lidí. Nicméně jsem se rozhodla do práce zařadit i ekonomické hledisko tohoto problému, jelikož zde dochází k propojování se sociální sférou.

Předkládaná bakalářská práce je čistě teoretického rázu. Provedla jsem rešerši množství studií, publikací a výzkumných článků, i některých zákonů, které se zabývají problematikou HIV/AIDS. Obecně lze říci, že tato práce má za cíl zmapovat sociální důsledky spojené s HIV/AIDS na makro i mikro úrovni. Čtenář má možnost se seznámit s tím, co to pro člověka znamená být HIV pozitivní nebo mít dokonce AIDS a jaké negativní sociální zdravotní, ale i ekonomické důsledky s sebou tato diagnóza přináší nejenom pro konkrétní nakaženou osobu, ale z globálního pohledu potažmo i na celý svět.



## **2. HISTORICKÝ MEDICÍNSKÝ A SOCIÁLNĚ KULTURNÍ KONTEXT HIV/AIDS**

### **2.1 Definice a historie HIV/AIDS**

Príznaky onemocnění AIDS byly poprvé popsány a zaznamenány již v roce 1981 a později se souboru příznaků dostalo pojmenování Acquired Immune Deficiency Syndrome (Syndrom získaného selhání imunity), zkráceně AIDS (Konvalinka, Machala, 2011). V průběhu tohoto onemocnění totiž dochází ke ztrátě obranyschopnosti organismu, snížení imunity a proto lidský organismus začíná být náchylnější k řadě jiných onemocnění. Kolébkou onemocnění je udávána subsaharská Afrika, která v roce 1982 na území Ugandy potvrdila první úmrtí na onemocnění v důsledku AIDS (Krampot, Preis, 2010).

V roce 1983 byl objeven virus HIV (Human Immunodeficiency Virus, virus lidského imunodeficitu), o němž se zjistilo, že je původcem AIDS (Konvalinka, Machala, 2011; Jilich a kol., 2014). Virus HIV napadá zejména buňky, které by měly proti virovým infekcím bojovat, čímž doslova likviduje imunitní systém člověka, takže lidské tělo není schopné obrany. I tato skutečnost přispěla k tomu, že virus HIV byl v 90. letech jedním z nejkoumanějších virů v historii medicíny (Holub, 1993: 12 – 22; Rozsypal, 1998). V rámci medicínského diskurzu je však i dnes HIV pozitivním lidem i těm, kteří žijí s AIDS stále věnována velká pozornost. Medicína je v obecném měřítku určující autoritou, která může mít naprosto zásadní vliv na socio-kulturní konstrukci dané problematiky. Je to právě medicínský diskurz, který se významně podílí na formování metafor, které jsou s HIV/AIDS spojovány a které bezprostředně ovlivňují život HIV pozitivních jedinců. Některé metafory mají úzkou vazbu na způsoby, jakým se HIV přenáší.

Cesty přenosu HIV jsou tři: 1) krevní cestou, 2) spermatem, preejakulátem a vaginálními sekrety, 3) vertikálně, tedy z již infikované matky na plod. Ostatní tělní tekutiny jako jsou např. sliny, pot, moč, slzy sice také obsahují virus HIV, ale v minimálním množství, které neumožňuje přenos infekce, jelikož k vyvolání infekce je zapotřebí tzv. „prahového“ množství viru (Hanus, 1998: 25 - 34). Do dnešní doby nebyl popsán žádný případ přenosu těmito tekutinami, a to ani ve společných domácnostech s HIV pozitivním jedincem při

běžném kontaktu, čímž se myslí např. používání stejného nádobí (Holub, 1993; Konvalinka, Machala, 2011). Při „podprahové“ dávce je organismus schopen se bránit propuknutí HIV. Tento virus je navíc citlivý na teplo a z tohoto důvodu také mimo lidský organismus přežívá jen velice krátkou dobu a teplotu vyšší jak 60° C nepřežívá vůbec (Národní program boje proti AIDS v ČR, cit. 20. 2. 2015).

Od první nákazy virem HIV až po propuknutí AIDS může uplynout různě dlouhá doba, která se může pohybovat i v rozmezí několika let. Obecně však lze říci, že u 60 % HIV pozitivních jedinců se do deseti let plně rozvine AIDS (Hanuš, 1998: 10). Tento údaj je platný i dnes o téměř dvacet let později, jelikož je vztažen i na HIV pozitivní populaci, která má omezený přístup k moderním lékům. I to přispívá k obecnému povědomí, že HIV/AIDS = smrt.

Na základě dostupných poznatků o šíření HIV se dělají i různé preventivní kampaně, jelikož i přes rozsáhlý a nákladný výzkum v léčbě HIV/AIDS doposud není znám definitivní způsob vyléčení, zůstává prevence hlavní zbraní v boji proti šíření nákazy virem HIV. Preventivní kampaně se však často spíše podílí na šíření ustálených stigmat, díky důrazu na určité "morální" chování. Díky neexistenci žádných specifických preventivních opatření jakými by mohly být např. očkovací látky či profylaktické preparáty můžeme prevenci rozdělit na primární a represivní (Aggleton, Yankah, Crewe, 2011).

Mezi primární preventivní opatření patří výchova, která může ovlivnit sexuální život resp. přístup a chování v sexuálním životě. Uplynulo již více než 30 let od objevení AIDS a stále více lidí si uvědomuje že HIV/AIDS není otázkou pouze v medicínském diskurzu. Čím dál tím více se objevuje snaha zdůraznit např. roli školy v edukaci a prevenci HIV infekce (ibid: 495). Ale, pokud se podíváme na materiály, ze kterých školy čerpají informace, zjistíme i tady, obdobně jako u preventivních kampaní, že jsou relativně úzce zaměřeny. Ve spojitosti s HIV/AIDS vymezují určité rizikové skupiny a charakterizují konkrétní amorální chování (Johnson, Sim, 1998). Na prvek náhody nebo nepřímého podílu zavinění není brán ohled. Nerozlišuje se, jestli se např. někdo nakazí přes transfuzi, ale z jiných materiálů se můžeme dočíst, že do primární prevence spadá právě testování krevních derivátů na přítomnost HIV, což přispívá k eliminaci obav z nákazy touto cestou. V neposlední řadě do primární prevence také můžeme zařadit výměnu jehel a stříkaček u uživatelů nitrožilních drog. Celosvětově největší počet nakažených osob je na základě pohlavního styku a při aplikaci drog pomocí injekce.

Represivní prevence spočívá v povinném ohlašování HIV positivity (alespoň v zemích Evropské unie (EU) (Jilich a kol., 2014). V rámci ČR se HIV pozitivita hlásí konkrétně Národní referenční laboratoři pro AIDS (Rozsypal, 1998). Tuto povinnost dokonce ukládá zákon č. 258/2000 Sb. O ochraně veřejného zdraví. Pokud nakažená osoba zjištěnou skutečnost neprodleně neohlásí příslušnému orgánu ochrany veřejného zdraví, dopustí se tím trestného činu. HIV pozitivní jedinci však podle zmíněného zákona nemají tuto ohlašovací povinnost např. vůči svému zaměstnavateli.

Na potřebu demytizovat nejrůznější smrtelná onemocnění upozornila například Susan Sontag, která poukázala na obtížnost vyrovnávání se se smrtí ve vyspělé průmyslové společnosti. Smrt se stala něčím urážlivým a hanebným, píše Sontag, a proto každá choroba, která je synonymem smrti, je spojena se studem a hanbou, a vnímána jako něco, co je potřeba skrývat (Sontag, 1997). Každé závažné chorobě, jejíž původ je nejasný a léčba neúčinná, bývají, podle Sontag, připisovány různé významy, často je ztotožňována se zkažeností, hnilobou, poskvrněním, rozpadem, slabostí a v rámci veřejného diskursu nabývá metaforický smysl (ibid: 58). Nicméně lidé s diagnózou AIDS jsou na tom v tomto diskurzu hůře než lidé s jinou smrtelnou chorobou. Třeba rakovina je společností vnímána jinak než HIV/AIDS. Lidé s rakovinou jsou vnímáni jako ti, kteří onemocněli nemocí, která si nevybírá. Jinak řečeno rakovinou mohou onemocnět všichni a již se moc nediskutuje nad tím, jestli karcinom plic má silný kuřák, čímž k danému onemocnění velkou měrou přispěl on sám nebo ne. Oproti tomu za diagnózu HIV/AIDS si nemocný může většinou sám, aspoň podle mínění většinové společnosti. O rakovině nekolují zvěsti o tom, že je možné ji chytit třeba pouhým podáním ruky, jako tomu je v případě HIV/AIDS. I když to není pravda, společnost se od HIV pozitivních lidí často distancuje již v důsledku domněnky, že by daný virus mohl být přenesen i na ně.

V současnosti představuje přenos jakýmkoli druhem sexuálního styku hlavní cestu šíření této infekce a je jedno, zda se jedná o heterosexuální, homosexuální nebo bisexuální akt. Nicméně při análním styku je riziko přenosu infekce vyšší, jelikož rektální sliznice je zranitelnější jak vaginální (Holub, 1993: 31 – 40). Z tohoto důvodu patří gayové mezi velmi rizikové skupiny. Na druhou stranu přenos z ženy na ženu je velmi málo pravděpodobný, avšak i takové případy byly již zaznamenány a zdokumentovány, riziko přenosu nákazy se také zvyšuje v období menstruace, které je u žen považováno za nejinfekčnější období (ibid).

Přenos viru HIV krevní cestou, např. při transfuzích je problémem hlavně v rozvojových zemích. V ČR se od roku 1987 všechny krevní vzorky povinně kontrolují, což do značné míry eliminovalo možnost nozokomiálního přenosu HIV. Nepatrné riziko tu však stále existuje, neboť dárce krve či plasmy, který byl v nedávné době před odběrem infikován, může být diagnostikován jako negativní, díky inkubační době viru, která se pohybuje v rozmezí cca tří – osmi týdnů (Masopust, Ročková, 2003: 59 - 64).

Přenos krevní cestou se tak v ČR nejčastěji děje v komunitě drogově závislých díky sdílení injekčních stříkaček a jehel, které slouží k aplikaci a k přípravě drog (Holub, 1993: 50). Mnozí z narkomanů často ani nevědí o své nákaze a tím pádem ani nevědí o tom, že jsou přenašeči takto nebezpečného viru. Proto je nedílnou součástí prevence v této rizikové skupině terénní práce, při níž pracovníci z různých specializovaných center dochází přímo za drogově závislými a dávají jim dezinfekční materiály a sterilní jehly.

Riziko přenosu HIV z matky na dítě se běžně pohybuje kolem 20 – 25 %, nicméně při využití všech dnešních dostupných farmakologických i nefarmakologických opatření je možné toto riziko snížit až na 2 – 3 %, přičemž ve vyspělých zemích se doporučuje, aby HIV pozitivní ženy nekojily, protože mateřské mléko je také potencionálním zdrojem HIV infekce, nemluvě o vyšší možnosti poranění prsu (Stehlíková, Stupka, 2011). I takováto opatření spadají do preventivních programů. Opět i zde můžeme vysledovat další diskriminační prvek, jelikož výše zmíněné je jednoznačně západní pohled na věc. V rozvojových zemích je moderní farmakologická péče špatně dostupná, stejně tak umělá výživa, která by tamním HIV pozitivním ženám umožnila nekojení.

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO – World Health Organization) bylo v roce 2013 na světě více než 35 milionů lidí žijících s virem HIV (WHO, Global health observatory data, cit. 15. 3. 2015). Celkem si toto onemocnění za posledních 30 let vyžádalo přes 25 milionů lidských obětí (ibid). Problémem číslo jedna ve světovém měřítku zůstává dostupnost léčby v rozvojových zemích, jelikož se jedná o finančně velmi nákladnou léčbu. A i s ohledem na fakt, že téměř 70 % nakažených připadá na subsaharskou Afriku, zůstává HIV/AIDS globální hrozbou (WHO, Health topics HIV/AIDS, cit 27. 4. 2015).

Spolu ruku v ruce s otázkami prevence a častějšího testování se stále i v době třetího tisíciletí objevuje stigmatizace a diskriminace infikovaných osob, které mnohdy informaci o svém zdravotním stavu utajují z obavy z tlaku svého okolí, jak naznačuje i *Global action to reduce HIV stigma and discrimination* (Grossman, 2013). Smutným faktem je, že stigmatizace

a diskriminace HIV pozitivních osob brání dotyčným v léčbě, ač jsou již v současnosti dostupné účinné léky, které výrazným způsobem zkvalitňují život lidem potýkajícími se s HIV/AIDS.

I přes výše uvedená fakta, která mnohým mohou připadat, jako obecně známá je nutné podotknout, že ačkoliv se ve spojitosti s AIDS často mluví jako o onemocnění, ostatně i já tento pojem ve své práci užívám, nejedná se o nemoc v pravém slova smyslu. V roce 1996 se na Mezinárodní konferenci o AIDS konané v kanadském Vancouveru zásadně změnil pohled, jakým se začalo nahlížet na onemocnění způsobené virem HIV. Onemocnění AIDS zde bylo poprvé popisováno jako chronické onemocnění a ne jako nevyhnutelně smrtelná neléčitelná choroba, jako tomu bylo do té doby (Green, Frey, Derlega, 2002: 6). Osobně mi nejvýstižnější přijde popis Susan Sontagové: „Je to název zdravotního stavu, který může mít za následky nejrůznější choroby.“ (Sontagová, 1997: 97).

## 2.2 Přehled sociálně-vědního studia HIV/AIDS

Problematika HIV/AIDS byla ve svých počátcích doménou výhradně medicínsko-vědního diskursu. Na sociologickém poli se objevilo několik málo kvantitativních či klinických studií, které představovaly hlavně statistická data. V důsledku užívání těchto diskursů byl vědecký zájem zaměřen především na virus jako takový, než na jednotlivce, kteří s virem žijí a musejí se potýkat nejenom se zdravotními komplikacemi, ale i se všemi sociálními stigmaty, které s sebou zkratky HIV/AIDS nesou. Spolu s používáním nálepky „HIV/AIDS“ pozitivní lidé zcela ztratili svoji tvář a individualitu (Takahashi 1998: 57). Globální dopady se nezmiňovaly vůbec. Pokud se studovaly sociální důsledky, byla pozornost zacílena hlavně na stigmata spojená s jednotlivci a možný celospolečenský dopad se v té době vůbec nepromítnul. Takové nebo podobné studie přišly až později

S postupem času, když opadla první vlna údivu z nově objeveného viru a spolu se vzrůstajícím počtem nově infikovaných osob a jejich diverzifikací, se začaly vynořovat nové otázky, týkající se například stigmatizace a diskriminace včetně strategií jejich zvládnání. Mimo jiné se začínal rozvíjet profesionální přístup k HIV pozitivním pacientům. Vynořily se otázky poskytování profesionální zdravotnické a ošetrovatelské péče, ale také otázky cílené prevence a větší osvěty. Záhy začaly vznikat první sociálně-vědní studie zabývající se sociálním významem tohoto onemocnění (Conrad, 1986; Sontag, 1997; Weitz, 1989) a kvalitativní studie zohledňující dopad diagnózy na každodenní život HIV pozitivních (Borden, 1991; Whittaker, 1992; Joffe, 1995; Crossley, 1997). Tato oblast výzkumu se snažila přiblížit veřejnosti problémy osob žijících s HIV/AIDS, což mělo za cíl nasměrování k lepšímu porozumění každodenního žití lidí s HIV/AIDS, včetně specifických životních situací s přihlédnutím ke konkrétnímu kulturnímu či sociálnímu kontextu. Tyto studie měly přispět ke konkretizaci a zvýznamnění potřeb zainteresovaných osob, a v neposlední řadě se jejich cílem stala také snaha o demytizaci a sejmutí všemožných stigmat z HIV pozitivních osob a humanizaci onemocnění HIV/AIDS (Finn a Sarangi 2009).

Po objevení velice účinné Vysoce aktivní antiretrovirální terapie známou spíše pod zkratkou HAART<sup>1</sup> (Highly Active Antiretroviral Therapy) v roce 1996 (National Institute on Drug Abuse, HIV/AIDS – What is HAART? cit. 20. 6. 2015; Staňková, 2008) se začaly ozývat další požadavky na výzkum a prohloubení již stávajících poznatků. Právě v této době je možné vysledovat, že na důležitosti nabývá výzkum zaměřený na kvalitu života HIV pozitivních osob (Bloom 1997, 2001). Práce obsahují stále více možnosti stabilizace zdravotního stavu (psychického i fyzického), což nemocným dává možnost opětovného zařazení do pracovního procesu (Nixon, Renwick 2003). Sociální vazby a interpersonální vztahy infikovaných osob jsou rozebírány v návaznosti na strategie zvládnání stigmatu (Joffe, 1995; Derlega, 2002) a celkový dopad nemoci na život a identitu HIV pozitivních osob (Tewksbury, McGaughey, 1998; Green, Sobo, 2000; Ezzy, 2000). Do doby než se objevila výše zmíněná léčba (HAART), která výrazně zvyšuje kvalitu postihnutých jedinců, nebyly obdobné studie prakticky prováděny.

Velmi významnou oblastí, spojenou s problematikou sociálních sítí a vazeb HIV pozitivních osob, je dilema přiznání HIV pozitivního statusu svému okolí (Kimberly et al. 1995). Podle některých dostupných studií se velká většina HIV pozitivních cítí v souvislosti s onemocněním AIDS stigmatizována, bojí se reakcí svého okolí, ale zároveň mají potřebu se svěřit (Alonzo a Reynolds, 1995; Parker et al. 2002; Rohler, Gibson, 2006).

Celá řada studií poté konceptualizuje HIV/AIDS jako závažné chronické onemocnění, které má přímý dopad na sebepojetí nově diagnostikovaných pacientů, a které v sobě zahrnuje vysoký potenciál ohrožení jejich stávající identity, ale zároveň to je velký pokrok od

---

1 HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy) je kombinace několika antiretrovirálních léků (nejčastěji trojkombinace), přičemž cílem této terapie je zpomalit a omezit replikaci viru a tím zastavit nebo alespoň zpomalit postup choroby způsobený virem HIV. HAARP má potenciál snížit množství viru HIV v těle infikované osoby na úroveň, která již nemůže být detekována běžnými krevními testy – tzv. na nulovou virovou nálož. Celkově tato léčba zvyšuje kvalitu života osob s HIV/AIDS a značně prodlužuje předpokládanou délku života. HAART také označovaný jako anti-HIV „koktejl“ je v současné době standardní léčbou HIV.

přirovnávání k smrtelnému onemocnění, jak tomu bylo dříve (Tewksbury a McGaughey 1998; Baumgarten, Keegan, 2009; Khadidiatou 2010 a další).

Do budoucna lze očekávat pokračování v současném trendu, kdy jsou jednotlivé studie zaměřovány spíše na jednotlivé konkrétní oblasti, na dopady HIV/AIDS na zdejší populaci přímo v konkrétním místě. Dále se mohou více objevovat longitudiální studie zaměřené na jednotlivé fáze, nebo naopak na celkovou trajektorii onemocnění. Výzkumy pravděpodobně budou i nadále prohlubovat znalosti o možnostech a limitech vedoucích ke zlepšování kvality života HIV pozitivních, na monitorování dlouhodobých účinků léčby a jejich vlivu na každodenní život pacientů, či monitoring zdravotních komplikací zapříčiněných virovou resistencí nebo toxicitou užívaných léků (Pierret, 2000; Nixon, Renwick 2003). Takovéto studie budou stále důležité.



### **3. SOCIÁLNÍ DŮSLEDKY HIV/AIDS**

AIDS již dávno není „pouze“ onemocnění, které nahlížíme jenom ze zdravotního hlediska, dnes již můžeme mluvit o globálním problému zasahujícím do všech sfér lidského života a jeho činností. Četné analýzy jasně ukázaly, že sociální normy, kulturní faktory, absence vzdělání, chudoba a zaostalost přímo souvisí s rychlým šířením HIV/AIDS nejen v rozvojových zemích.

V této části své práce se budu zabývat tím, jak HIV potažmo AIDS prostupuje životním stylem, uplatněním na trhu práce a sociálními kontakty daného jedince. Budu se snažit vysvětlit mechanismy, které ovlivňují sociální život HIV pozitivního člověka. Zda jsou ve společnosti stigmatizováni a pokud ano, tak jakým způsobem. Přečetla jsem množství studií, článků a prozkoumala různé statistiky, díky kterým si níže ukážeme, jaké jsou sociální důsledky HIV/AIDS. Zároveň také chci poukázat na to, že HIV/AIDS s sebou nese i ekonomické problémy jednak pro jedince, ale také i pro celou společnost. V první podkapitole vysvětlím, jak s HIV/AIDS souvisí stigmatizace, teorie nálepkování a diskriminace. V dalších podkapitolách se dostanu již ke konkrétním socio-ekonomickým důsledkům na mikro úrovni.

### 3.1 Stigma a identita

Když se objevil virus HIV a nemoc AIDS, řada myslitelů a filosofů začala mluvit o nové formě epidemie, která svou ničivostí zastoupí mor a války. Virus HIV a onemocnění AIDS je více než kterákoli jiná nemoc provázená vysokou mírou stigmatizace a diskriminace. Lidé, kterým bylo diagnostikováno toto onemocnění, se proto musejí vyrovnat s novou nepříjemnou situací a stigmatizovanou identitou. Běžná sociální interakce a zdravotní komplikace se stávají potenciálním zdrojem konfrontace a mohou ohrozit sociální vztahy, nebo znehodnotit a narušit identitu osob žijících s HIV/AIDS.

Mohlo by se zdát, že negativní sociální dopad na HIV pozitivní jedince se děje hlavně v rozvojových zemích, ale není tomu tak. Rozvojové země mají určitě svá specifika, ke kterým se ještě dostanu později (např. v tom, že tam není tak dostupná lékařská pomoc), ale v moderních vyspělých společnostech se vyskytuje jiná forma vyloučení HIV nakažených lidí. Sem spadá i zdánlivě obyčejné vštěpování toho, že se HIV/AIDS týká pouze určitých sociálních skupin, což je navíc ještě podpořeno různými statistickými údaji. Dopad na jedince je v obou případech stejný – jeho vyloučení ze společnosti nebo na její okraj či odsunutí jedince do vybraných skupin a organizací (Lemelle, Harrington, Leblac, 2003: 31 - 47). Odpovědnost za tyto jedince se přesouvá z jedné organizace na další organizaci.

Základní sociologickou prací zabývající se tématem stigmatizace je dílo Ervinga Goffmana s názvem „Stigma: Poznámky o způsobech zvládnání narušené identity“. Tato kniha poprvé vyšla již v roce 1963 a je tedy částečně poplatná své době. Dalo by se říci, že autor např. řadí homosexuály vedle alkoholiků a prostitutek, tedy na okraj společnosti. Stigmatizace skrze diskriminaci nebo rasový původ jsou zmíněny jen velmi okrajově (Goffman, 2003: 33), přesto z tohoto díla vychází další sociální badatelé.

Nositelem stigmatu je osoba, která je ve společnosti negativně odlišena (Giddens, 2005). HIV/AIDS tedy může být bráno jako stigma. Procesem stigmatizace se rozumí hodnocení osobnosti, které je apriory negativní. Erving Goffman se zabývá tím, jak stigma ovlivňuje identitu člověka. Podle Goffmana existují dva typy stigmatu, prvním typem je diskreditovaný člověk, u kterého je odlišnost od ostatních patrná na první pohled. Druhým typem je člověk diskreditovatelný, kde naopak na první pohled odlišnost není zjevná.

Podle tohoto dělení HIV pozitivní jedinci a nemocní AIDS patří ve větší míře do druhé skupiny, jsou tedy diskreditovatelní, u většiny z nich na první pohled nic nenasvědčuje tomu, že by se lišili od svého okolí, to se děje až v pokročilém neléčeném stádium AIDS. V tomto případě odpadá napětí stigmatizovaného jedince při kontaktu s normálními lidmi, ale přichází řada jiných a v určitém smyslu i zásadnějších dilemat. V první řadě se nabízí otázka, zda sdělit svou odlišnost, popřípadě komu ji sdělit a jakým způsobem. Už tato základní otázka skýtá velmi těžké rozhodování, jelikož po zjištění odlišnosti mohou chování lidí blízkých i ostatních ovlivnit předsudky a stereotypy. Mnoho lidí se domnívá, že se jich HIV či dokonce AIDS netýká (The World Bank. 2002: 8 - 14). Myslí si, že když se nepohybují ve společnosti lidí, o kterých se nejvíce mluví ve spojitosti s HIV, tak nikoho takového ani nemohou znát a pokud přece jenom vyjde najevo, že v jejich okolí někdo takový je, je to pro ně jasné znamení, že se choval nějakým „nedobrým“ způsobem. Může si tedy za své onemocnění sám. Různé fyzické odlišnosti lze postřehnout na první pohled, ale HIV/AIDS ve většině případů na první pohled nezaregistrujeme. Přestože pro zkoumání a posuzování stigmatu jsou důležité informace o jedinci, zejména o trvalých rysech osobnosti, které dotvářejí naši představu o jedinci (Goffman, 2003: 54 - 55), informace o HIV pozitivitě může celý tento proces zásadně ovlivnit – samozřejmě negativně.

## 3.2 Sociální identita HIV pozitivních lidí

Procesem stigmatizace se narušuje sociální identita. Stigmatizovaný jedinec má pocity méněcennosti, uzavírá se před okolním světem atd. Je ale důležité poukázat na to, že daný jedinec nemusí být na všechno sám, existují lidé, kteří s ním soucítí a chtějí mu pomoci. Podporu hledá jedinec hlavně u stejně označených osob a stává se tak členem skupiny, kde může čerpat zkušenosti a rady od spolučlenů, u kterých se také setkává s porozuměním a podporou. HIV pozitivní se sdružují v různých centrech nebo organizacích nebo na diskusních fórech, kde se mohou cítit uvolněně. Otázkou ovšem zůstává, zda je dobře, pohybovat se pouze ve skupině stejných lidí (Goffman, 2003: 29 - 30).

Od objevení HIV/AIDS se tyto dvě zkratky staly symbolem strachu, předsudků, hrozby a provinění. Tato symbolická stránka AIDS byla konstruována a šířena nejrozličnějšími komunikačními kanály/sdělovacími médii, ale i skrze další prostředky (např. prostřednictvím zdravotnictví, náboženství či výzkumu) (Barbour, Huby, 1998). O lidech žijících s HIV/AIDS se v důsledku této stereotypizace hovoří jako o nezdravých, nakažených, sexuálně deviantních či drogově závislých. Spojením HIV/AIDS s deviantním chováním vzniká tzv. Dvojitá stigma. Stigma spojené s HIV/AIDS, může být také zpětně implementováno na drogové uživatele, gaye a pracovníky sex industry, kteří sice nejsou virem HIV infikováni, ale spadají do tzv. rizikových skupin (Green, Sobo, 2000). Tito lidé se často musejí potýkat se stejnou diskriminací jako HIV pozitivní, i když nakaženi nejsou, děje se tak právě na základě příslušnosti k určité skupině. HIV pozitivní lidé, nebo ti, kteří žijí s AIDS, jsou vystaveni riziku přijetí stigmatizujících reakcí okolí, v důsledku čehož mohou sami sebe nahlížet jako nebezpečné, pošpiněné, nebudné atd. (ibid: 192).

Na druhé straně je také důležité připomenout, že setkání a potažmo akceptování diskreditovaných i diskreditovatelných jedinců je obtížné i pro „normální“ jedince, kteří mají se stigmatizovaným jednat. Jelikož ten může být uzavřený, ale také se naopak může projevat agresivně. „Normální“ člověk pak sám neví, jak se má chovat, jestli zcela běžně, či s ohledem na stigma a i tady je možnost rozdílných reakcí – lítost x opovržení. Dotyčný navíc může situaci nesprávně hodnotit – např. když HIV má někdo, kdo se nakazil od svého stálého partnera a je tedy de facto obětí. Kdo se ho (ji) ale zeptá, jestli se náhodou dotyčný nenakazil(a), přestože se choval „morálně“. Pozitivním okamžikem je, když se sama

stigmatizovaná osoba pokusí vysvětlit svoji odlišnost. Mluvením o svých odlišnostech se může snížit napětí při vzájemné interakci (Goffman, 2003: 133 - 134).

Nicméně to je velmi obtížné, protože jak je ostatně již výše uvedeno: „*Po stigmatizovaném se žádá i to, aby se viděl z pohledu druhého uskupení: tedy normálních lidí a jimi tvořené širší společnosti.*“ (Goffman, 2003: 133).

Stigmatizace tedy na jedince působí dvojím způsobem. V první řadě jsou HIV/AIDS jedinci stigmatizováni společností tím, že jsou jim připisovány výše uvedené nálepky (vína, nakažlivost, „HIV = AIDS = smrt“...), čímž si společnost o jedinci utváří negativní úsudky a to bez ohledu na jeho charakterové vlastnosti. Na straně druhé působí stigmatizace na psychický stav HIV pozitivního jedince, kdy dochází k tomu, že se jedinec identifikuje s danou negativní nálepkou, což snižuje jeho sebevědomí a může vyústit v deprese a frustrace. Takovýto jedinec internalizuje svoji méněcennost a to ho omezuje ve všech sférách života.

Onálepkování jedince může vést až k diskriminaci. Ve velkém sociologickém slovníku (1996) je sociální diskriminace popsána jako omezování či utiskování dané společenské skupiny v jejích právech nebo nárocích. Diskriminovaní jedinci se hůře uplatňují ve společnosti – od partnerského soužití, přes uplatnění na trhu práce až po zdravotní omezení. Pokud je jedinec diskriminován, znamená to, že je sociálně znevýhodněn oproti ostatním jedincům ve společnosti a je tedy omezován ve vykonávání svých potřeb. (Linhart, Petrusek, Vodáková, Maříková, 1996: 213)

Prostřednictvím ustanovení tzv. rizikových skupin se vytváří umělá hranice mezi HIV pozitivními jedinci a většinovou populací, což má do jisté míry za následek eliminaci obav z HIV/AIDS (Takahashi, 1998: 71). Tím paradoxně dochází k tomu, že si mnozí lidé, kteří se sami řadí do většinové populace myslí, že oni se nakazit nemohou, v důsledku čehož si riziko nákazy nepřipouštějí ani např. při chování, kdy nákaza hrozí.

### 3.2.1 Vliv HIV na každodenní život

Vzhledem k tomu, že HIV pozitivita není na první pohled zřejmá, snaží se nemocní (hlavně ti diskreditovatelní) svůj stav utajit. Strategie utajení je používána hlavně za účelem nenarušení stávajících sociálních sítí a vazeb (Takashi, 1998). Přesto mají HIV pozitivní lidé potřebu se o novou informaci s někým podělit. Často to bývá rodina a s postupem času, se podle situací a potřeb tento okruh rozšiřuje (Bloom 1997, 2001). Lidé zasvěcení do nové situace významnou měrou přispívají k vyrovnání se s diagnózou a k tomu, aby z často čistě iracionálního subjektivního pohledu sebe dokázali nahlídnout objektivně a racionálně. Přijetí ze strany nejbližších hraje významnou roli v sebeúctě a vyrovnáním se s nemocí HIV pozitivní osobě.

Lidé s HIV pozitivitou se často setkávají s odmítnutím, hlavně ze strany potenciálních i stávajících partnerů (Bloom, 1997; Ezzy 2000; Pierret 2000), proto je důležité, aby stejné stanovisko nezaujali všichni z jejich blízkého okolí. Někteří HIV pozitivní odmítnutí pokládají za právo každého člověka a jsou s ním smířeni, jiní s ním dopředu počítají (Kirshi, 2004). Z jejich pohledu je to logické vyústění strachu potenciálního protějšku a pudu sebezáchovy, který na jednu stranu chápou, ale zároveň se ho i obávají. Pokud si odmítnutí HIV infikovaní internalizují, často se ani nesnaží potenciálnímu protějšku vysvětlit, že při určitém omezení některých sexuálních praktik k přenosu infekce nemůže dojít. Často to je jeden z důsledků iracionálního přístupu, který je hluboce spojen se sebelítostí a může vyústit až v úplnou rezignaci.

Strach, neinformovanost a předsudky mohou HIV pozitivním lidem zkomplikovat i pracovní život<sup>1</sup>. Pokud se podíváme blíže např. na ČR, zjistíme, že podle zdejších platných zákonů by k diskriminaci na základě HIV/AIDS prakticky nemělo docházet, přesto lze předpokládat, že tomu tak není. V ČR existují pouze dvě povolání, u kterých by mohl být pracovní poměr legálně přerušen právě v důsledku HIV positivity – jsou jimi práce u policie a u armády a i tak o propuštění nemocného může podle českých předpisů, které jsou značně nekonkrétní, rozhodnout pouze posudkový lékař, proto se v drtivé většině případů u propuštěných s diagnózou HIV/AIDS uvádějí zástupné důvody, např. nadbytečnost nebo zdravotní nezpůsobilost (Jilich a kol., 2014). Nicméně někteří lékaři nevidí důvod k ukončení pracovního poměru kvůli HIV+ u žádného povolání, pokud je dotyčný dobře léčen a má nulovou virovou nálož (ibid).

Policisté a vojáci mají svá specifika nejen ČR, ale napříč zeměmi. Na Slovensku je situace obdobná jako v ČR, ale např. v Německu může být policista propuštěn až ve stádiu AIDS (Česká společnost AIDS pomoc. HIV uniforma, cit. 19. 6. 2015). Tamní policisté při HIV pozitivitě nejsou propuštěni, ale mají povinnost se léčit a po snížení virové nálože opět pokračují ve službě, přičemž po dobu postavení mimo službu nadále pobírají mzdu, ta je ale závislá na způsobu nakažení, jestli se nakazili během výkonu služby nebo v soukromí (ibid). Dále také mají právo na větší ochranu (co přesně se myslí „větší ochranou“ se mi bohužel nepodařilo dohledat).

Obdobné to je i u německých vojáků, ale jenom pokud byli nakaženi během výkonu služby, pokud HIV pozitivitu uvedou při nástupu, je to důvod k nepřijetí. Vojáci ve Velké Británii a v severní Evropě se mohou účastnit jen nebojových misí (ibid). V ČR se s jedním konkrétním typem vojenské služby pojí i jeden paradox. Jedná se o vojenský letecký personál, jehož zdravotní stav se řídí vyhláškou č. 282/1999 Sb., o posuzování zdravotní způsobilosti vojenského leteckého personálu, který musí mít průkaz o tom, že jsou HIV negativní. Paradox spočívá v tom, že studium na letecké škole je umožněno i HIV pozitivním s tím, že se jedná o nezpůsobilost dočasnou, ale již není uvedeno, čím je nezpůsobilost ohraničena. Je to nelogické, vzhledem k tomu, že dotyčný student nikdy nebude moci vykonávat to, co studuje. V rámci ČR může každý studovat, co chce, pokud splní podmínky pro přijetí, takže v případě povolání spojených se služebním poměrem by si potenciální uchazeči měli řádně nastudovat příslušné právní normy, aby se jim nestalo, že pro zdravotní nezpůsobilost nebudou moci v budoucnu svoji vysněnou práci vykonávat.

V zásadě tedy k pracovním legislativním omezením dochází většinou v případech služebních poměrů, ostatní povolání nejsou v rámci Evropy nijak specifikována a to ani zdravotníci. Podle výpovědí HIV pozitivních byli v rámci pracovního kolektivu lépe přijímáni, pokud jejich kolegové byli dostatečně informováni nebo pokud již znali někoho HIV pozitivního (Pierret, 2000; Nixon, Renwick, 2003).

Zatímco lidé s HIV mohou žít relativně běžný život pro pacienty s AIDS má jejich diagnóza vážnější dopady (Jilich a kol., 2014; Pierret, 2000). Razantněji se může snížit jejich životní úroveň, potažmo životní úroveň celé jejich rodiny, pokud je nemocný hlavní ekonomickou podporou rodiny. S nemocí AIDS se snižuje pacientova pracovní kapacita. Tato skutečnost spolu s nemalými náklady na zdravotní léčbu, kterou ne vždy celou hradí pojišťovna, se mohou citelně projevit v rozpočtu jedince/domácnosti. I kdyby nemocný nebyl

hlavním zdrojem příjmů, existuje zde předpoklad, že AIDS může dojít do stádia, kdy se o jedince bude muset někdo starat, což se také promítne do životní úrovně, jelikož buď se o něj bude starat rodinný příslušník či jiná blízká osoba, která pravděpodobně nebude moci zastávat plný pracovní úvazek, nebo se nemocný dostane do léčebny nebo stacionáře, kde se péče platí. V případě, že o nemocného bude někdo pečovat, má to neblahý vliv na pacientovu psychiku (Derlaga, 2002) – ztrácí kontrolu nad svým tělem a v případě, že se o dotyčného stará blízká osoba, je to psychicky náročné i pro ni. S AIDS se také pojí více zdravotních rizik a mnohé z nich způsobují i různé sexuální dysfunkce, což způsobí další omezení v této oblasti. Dalším rizikem je, že nemoc může jedince vyřadit z některých společenských aktivit, protože je nebude schopen zvládat. To vše ovlivňuje i pohled a vnímání samotných nemocných na sebe samé.

### **3.2.2 Vnímání sebe samých ze strany HIV pozitivních**

V sociologii existuje řada různých pohledů na identitu. Jan E. Stets a Peter J. Burke definují identitu jako zvnitřnění a kategorizaci významů a očekávání, jež jsou spjaty s rolemi a pozicemi v sociální struktuře. Identitu vidí jako souhrn významů, které jsou spojeny se self identitou v dané sociální roli (Stets, Burke, 2000). Teorie self vychází z perspektivy symbolického interakcionismu, který poukazuje na schopnost sebereflexe, jež je nutnou podmínkou self. Neodmyslitelným pojmem symbolického interakcionismu je jazyk, který má nezastupitelnou roli při zprostředkování a sdílení významů. Podle self-konceptu jsou lidé schopni nahlížet sami sebe jako objekty, stávají se tedy předmětem sebehodnocení, ale právě skrze prostřednictví sdílených významů a symbolů je člověk schopen nahlídnout na sebe sama optikou druhých (Stets, Burke, 2000). To znamená, že člověk zhodnocuje sám sebe v rámci aktuálních kontextů a sociálních interakcí. V celém tomto procesu samozřejmě stále hrají svou roli vlastní zkušenosti, představy, emoce...

To jakým způsobem nahlížíme a hodnotíme sami sebe, se odvíjí také od toho, jak moc jsme schopni zastávat a vykonávat to, co se od nás, jako od členů konkrétního sociálního uskupení očekává. Například, když nemocný není schopen nadále vykonávat dosavadní role, které doposud byly zásadní pro kladné sebehodnocení, tak to může mít zcela logicky negativní dopad na celkové sebepojetí dotyčného. Každé vážné onemocnění představuje



hrozbu pro dosavadní sociální status (Bártlová, 2009, Kubátová, 2010). HIV infekce díky psychogenním a organickým příčinám ovlivňuje např. i sexuální život a jeho kvalitu (Jilich a kol., 2014). Mezi organické příčiny patří jiné přidružené tělesné choroby, které s postupem času přibývají, proto se třeba nedoporučuje nechráněný akt ani s HIV pozitivním partnerem, i když právě hledání partnera se stejnou diagnózou, patří k jedné ze strategií, jak eliminovat odmítnutí (Ezzy, 2000). Psychické vlivy lze snadno odvodit z již výše uvedených informací. Nemocní žijí ve strachu z odmítnutí, z přenosu infekce na partnera, a pokud se jim podaří nalézt partnera, musejí se v neposlední řadě také vyrovnat s určitými omezeními v sexuálním životě. Nezdraví jedinci bývají stigmatizováni, diskriminováni a marginalizováni, to vše může vést k redukování schopností nebo vyústit v degeneraci sebehodnocení (Sontag, 1997; Tewksbury, McGaughey, 1998: 215).

Významnou roli v procesu přijetí HIV positivity jako součásti života tedy hraje také přístup a reakce okolí. Nespadá sem pouze rodina a blízcí přátelé, ale i pracovní kolektiv. To, že se HIV pozitivní člověk nemusí bát o to, že ho díky infekci z práce vyhodí je pro něj velmi významné, jelikož s případnou ztrátou zaměstnání přicházejí další sociální a ekonomické potíže. Jak jsem již dříve uvedla, v ČR by se oficiálně HIV pozitivní jedinci, kteří nejsou ve služebním poměru (dle mého názoru by sem ještě mohli spadat záchranáři, kteří se při výkonu svého povolání mohou ocitnout v podobné situaci jako policisté), neměli bát případné výpovědi, ale svědectví poskytnutá nakaženými HIV virem mluví jinak. Infikovaní virem HIV na pracovišti zažívají pomluvy, urážky, vyhýbání se, šikanu (Joffe 1995, Goudge et al. 2009). Samozřejmě byly zjištěny i případy pozitivního chování, ale většinou to bylo díky informovanosti okolí, nebo díky tomu, že dotyční už někoho HIV pozitivního znali, jak uvádí J. Pierret (2000). Pokud si HIV pozitivní jedinec hledá práci nově, málokdy odhaluje svoji diagnózu, právě díky nepříjemným zkušenostem ať už osobním, nebo těch z doslechu.

Přijetí ze strany těch, kterým se HIV pozitivní svěří, přístup zdravotnického personálu se kterým se nemocný setká, nejenom reakce lékařů, kteří jsou obecně považováni za profesionální autoritu, včetně odborné pomoci psychologa je pro infikované nesmírně důležité. Podle mého názoru však největší váhu mají reakce tzv. "významných druhých", kteří mohou mít velký podíl na překonání prvotních obav, potvrzení jedincovy identity před zprávou o HIV pozitivitě a mohou mu také pomoci v procesu přijetí této nové životní situace, třeba na základě racionality.

Virus HIV a onemocnění AIDS narušují až ničí dosavadní biografii jedince a útočí na dosavadní sebepojetí dotyčného. Zpráva o HIV pozitivitě a uvědomění si důsledků tohoto onemocnění, s sebou téměř vždy nevyhnutelně přináší značné proměny identity. V západních vyspělých zemích panuje vysoká míra individualismu, v tomto kontextu může dotyčný po sdělení diagnózy dojít k přehodnocení existující identity a začít hledat nové sebepojetí (Kubátová, 2010; Khadidiatou, 2010). Naopak na africkém kontextu, kde je identita spojena hlavně se sociální strukturou, pak HIV pozitivní lidé koncipují svoji roli spíše ve vztahu ke skupině, nebo k rodině, jejíž jsou součástí (Khadidiatou, 2010: 11).

### **3.2.3 Víze budoucnosti z pohledu HIV pozitivních lidí**

Jak již bylo zmíněno, v důsledku narušení dosavadních biografii HIV pozitivních osob, dochází k přehodnocení hodnot a priorit. Douglas Ezzy se ve své studii z roku 2000 *Lived Experience and Interpretation in Narrative Theory: Experiences of Living with HIV/AIDS* rozhodl zkoumat narativa, která HIV pozitivní lidé používají za účelem porozumění vlastní zkušenosti s tímto onemocněním. V rámci své studie D. Ezzy definuje tři skupiny narativ:

- lineárně restitutivní narativa,
- lineárně chaotické narativa a
- polyfonní narativa.

Lineárně restitutivní narativa se týkají budoucnosti, jenž je považována za kontrolovatelnou skrze lidské jednání (Ezzy, 2000). Mnohé ze zkoumaných studií poukazují na základní a akutní potřebou, nově diagnostikovaného HIV pozitivního, získat co nejaktuálnější informace o tom, co to vlastně znamená být HIV pozitivní. Tato narativa kladou důraz na medicínský diskurs a celkově na lékařskou vědu, v níž nemocní spatřují naději. V rámci ČR má v tomto ohledu nezastupitelnou roli zákon, podle kterého to je v první řadě lékař, který zprávu o HIV pozitivitě dotyčnému sděluje a spolu s tím i další potřebné informace (zákon č. 258/2000 Sb.). I to může dopomoci k tomu, že HIV pozitivní v rámci lineárně restitutivních narativ předpokládají, že smrt je záležitostí daleké budoucnosti, jelikož

věda a tedy i medicína se stále zdokonalují (Ezzy, 2000). Lidé, kteří svůj život interpretují skrze tato narativa, vidí svůj život s HIV/AIDS jako „normální“, hovoří o svých individuálních životních cílech, bez ohledu na HIV/AIDS. Jejich cíle často pocházejí ještě z doby, než se dozvěděli diagnózu (ibid; Kimberly, Serowich, Gheene, 1995).

Po prvotní fázi šoku, kdy byl jedinec konfrontován se strachem z blízké smrti, může být otázka bezprostředního ohrožení života a panika spojená s touto zakořeněnou představou odsunuta stranou, či dokonce zcela vytěsněna a HIV pozitivní se může začít zajímat o další praktické otázky spojené s tímto onemocněním, na které potřebuje znát odpověď. Zaujmutí tzv. racionálního přístupu může představovat strategii, jak se co nejrychleji vyrovnat s novou rolí, s rolí HIV pozitivního. V podstatě jde o to, vnímat danou situaci jako fakt, na němž se nic nezmění (alespoň v dohledné době), a proto je lepší jej jako takový přijmout. Kathy Charmaz (1995) v souvislosti se zaujmutím racionálního stanoviska hovoří i o tzv. minimalizaci, která usnadňuje hledání konstruktivních řešení konkrétních problémů, jimž HIV pozitivní čelí. V rámci této strategie nemocný vyhodnocuje své vyhlídky a šance na přežití, které jsou při správné a včasné léčbě dobré, a posuzuje vliv onemocnění na svůj další život. Ženy např. mohou opět začít uvažovat nad počtím potomka, jelikož medicína dnes již umožňuje početí neinfikovaného dítěte (Staňková, 2008; Jilich a kol, 2014). V ideálním případě je výsledkem tohoto přístupu akceptace a smíření se s aktuálním stavem (Charmaz, 1995). Tento závěr pak umožňuje odsunout stranou bezprostřední obavy o život a zaměřit svou pozornost na strategie zvládnání konkrétních rizik, které s tímto onemocněním bezprostředně souvisí. Může to být právě plánování potomka, potažmo obecně sexuální život, nebo i pracovní růst.

Lidé, kteří interpretují spoji budoucnost skrze lineárně chaotické narativa, očekávají, že jejich život skončí (ibid; Ezzy, 2000). Jsou zoufalí, trpí depresemi, nevěří ve splnění očekávaných cílů, které měli dříve. Sdělení HIV positivity jim narušila všechna dosavadní očekávání a plány o budoucím životě. Lidé, kteří o sobě mluví v lineárně chaotickém narativu nevěří v to, že by se někdy mohli vyléčit, nebo, že by i přes svoji diagnózu mohli žít běžný život, že by mohli pokračovat v tom, co dělali před tím, než se dozvěděli tu zdrcující zprávu (Joffe 1995, Goudge et al. 2009). Budoucnost pro ně zkrátka neexistuje, a proto raději nic neplánují. Osobně se domnívám, že touto fází projde většina HIV pozitivních a to sice hned v úvodu, kdy se dozví o své nákaze, přičemž toto období může být různě dlouhé, kdy si jedinec potřebuje ujasnit, jak má dále jednat, co přesně má dělat nebo jak s novou informací naložit.

Tewksbury a McGaughey (1998) v této souvislosti hovoří o tzv. katastrofizovaním, které zahrnuje chmurné myšlenky na smrt a pocit bezmoci a ztráty kontroly nad životem.

Polymorfní narativa jsou zaměřena na současnost. Tito lidé si často protičečí, mají protikladné cíle a postoje. Vlastní život je totiž utápěn v nejistotě. Na jednu stranu žijí přítomností a na stranu druhou svoji budoucnost nahlížíjí jako nepředvídatelnou, neuchopitelnou, proto tito lidé obracejí svoji pozornost na zpříjemnění a prožití co nejkvalitnějšího života v přítomnosti (Joffe, 1995; Ezzy, 2000). Zatímco u lineárně chaotických narativů je nejistota spojena se strachem, úzkostí a zoufalstvím, zde je naopak spojena s intenzitou prožívání přítomného okamžiku. Lidé užívající tato narativa jsou zaměřeni spíše na nemateriální část života (ibid; Bloom, 1997, 2001).

Jiné teorie se zase snaží ukázat, že narativa o životě propojují minulost i současnost v jedno nepřetržité plynutí, čímž poskytují kontinuitu i vlastnímu self. Frederick Bloom ve své studii z roku 2001 *New Beginnings: A Case Study in Gay Men's Changing Perceptions of Quality of Life during the Course of HIV Infection* identifikoval celkem čtyři témata, která nakaženým pomáhají stabilizovat self a posilují jeho autonomii. Tato etnografická studie je sice zaměřená pouze na homosexuální muže, přesto se domnívám, že v rámci doposud získaných vědomostí lze považovat ona čtyři témata za univerzální pro HIV/AIDS komunitu obecně. Nejčastějším motivem bylo téma přežití. Přičemž sami respondenti o sobě většinou mluvili jako o přeživších. Druhým výrazným tématem byla zejména starost o druhé, která však byla často spojena s očekáváním stejné reciprocity v době, kdy oni sami budou potřebovat pomoci. Dalšími dvěma diskutovanými tématy byly hodnoty (oceňování krás života) a v neposlední řadě také téma průměrného „nudného“ všedního života. Tady si musíme uvědomit, že to, co HIV pozitivní popisují jako nudný nebo všední život obsahuje základní aspekty života, které ostatní považují za normální, jako např. mít práci, mít partnera, děti... Vlastně když se nad tím zamyslíme, jsou to u obou skupin stejné hodnoty, jenom výchozí pole jsou rozdílná.

### 3.3 Sociální rizika v důsledku HIV/AIDS

Podle mnohých novodobých sociologů (např. Anthony Giddens nebo Ulrich Beck) žijeme v době, která s sebou přináší celou řadu rizik, proto používají označení „riziková společnost“, která je podle Ulricha Becka (2004) paradoxem pozdní modernity. S riziky jsme konfrontováni každodenně bezprostředně díky vlastním zkušenostem, nebo zprostředkovaně skrze různé informační kanály (noviny, TV, internet...) (Beck, 2004). Ostatně stačí se podívat na preventivní mediální kampaně, které v drtivé většině případů spojují HIV/AIDS pouze s tzv. "rizikovými skupinami" nebo s "rizikovým" chováním. Dle mého názoru to je hluboce zakořeněný diskurs všech preventivních kampaní v západním světě.

Nový pohled na rizika spojená s HIV/AIDS přinesly Gill Green a Elisy Sobo, které se rozhodly nahlížet procesy spojené s identitou HIV/AIDS novou perspektivou – skrze sociální rizika, jež jsou s tímto onemocněním spojena. Gill Green a E. Sobo vycházejí z předpokladu, že ačkoli se sociální rizika mohou lišit v závislosti na třídě, genderu, etnicitě a věku, určité aspekty reakce na HIV/AIDS jsou společné všem populacím napříč vyspělými západními zeměmi, z čehož vyvozují, že lidé s HIV/AIDS jsou vystaveni obdobným sociálním rizikům. Jejich východiskem je koncept stigmatu Ervinga Goffmana, socio-kulturní konstrukce „nebezpečné identity“ a sociologie rizika a rizikové společnosti Ulricha Becka a Anthony Giddense.

Naše vlastní zdraví či nemoc jsou spojovány s riziky, jež každodenně podstupujeme a jsou chápány v souvislosti s rizikovým chováním nebo s rizikovými skupinami (Green, Sobo 2000). Lidé jsou vůči rizikům zvláště obezřetní a vytvářejí si tzv. „portfolio vyhodnocování rizik“ (Giddens, 1991: 125). Veřejně známá rizika jsou univerzální a globální a mají vliv také na to, jakým způsobem se rozhodujeme nebo jednáme (Giddens 1991, Beck 2004).

Rizika mohou být zvládána, popírána nebo odložena, pojmána s optimismem i fatalismem, pragmatismem i cynismem (Giddens 1991:130). To souvisí i s tím, jak lidé nahlížejí svoje bytí, jak ukázal Douglas Ezzy (2000). Lidé jsou si zkrátka mnohem více než dříve vědomi nebezpečí, jež s sebou každodenní život přináší a jimž jsou vystaveni. Podstupování rizika může mít negativní dopad, jako například odmítnutí, izolaci nebo ztrátu statusu, jindy tomu může být naopak a riskování může mít pozitivní dopad, jako je větší podpora, láska a blízkost (Green, Sobo 2000: 33).

Kateřina Kolářov ve svém výzkumu Diskurz rizika v prevenci AIDS/HIV poukazuje na zdnliv skryt riziko privatizace HIV/AIDS, kterého se dopouštějí i nkter výzkumníci, nebo organizace, kter by chtěli lidem s HIV/AIDS pomoci. Nicméně svm způsobem dotazování presouvj veřkerou odpovědnost za nákazu a onemocnění na dotazovanou osobu. Jedná se o otázky typu: „Jak jste se nakazil?“, „Jak se zachovala rodina?“ „Jak byla reakce okolí?“ atd. (Kolářov, 2009: 5). V důsledku takového jednání je poté na HIV/AIDS nahlíženo pouze jako na soukrom problém danch lid a ne jako na celospoleensk problém s nedozírnými dopady.

## 4. DŮSLEDKY HIV/AIDS NA CELOU SPOLEČNOST

Ačkoliv se to může zdát jako velmi málo pravděpodobné, jedna z největších velmocí světa ještě donedávna patřila mezi ty, které neumožňují vstup HIV pozitivním na své území. Spojené Státy Americké ještě do konce roku 2009 patřili mezi několik málo zemí, do kterých se nesmí cestovat s HIV/AIDS. Mohlo by se zdát, že to je opět důsledek HIV/AIDS na jednotlivce, ale má to přesah i na makro úroveň. Můžeme zde vysledovat návaznost na snahy o snížení počtu homeless sirotků a chudoby v zemích třetího světa. Zákon znemožňující vstup na půdu USA vstoupil v platnost již v roce 1987 (David, 2007), tedy na vrcholu globální paniky kolem onemocnění AIDS, v době největší diskuze o HIV/AIDS a počátku stigmat a diskriminace HIV pozitivních. Tento zákon byl zrušen až po dvaceti dvou letech kdy začátkem listopadu 2009 současný prezident USA Barack Obama zrušil stávající nařízení, díky němuž se v USA za celou dobu jeho platnosti nemohla konat žádná velká mezinárodní konference (celosvětový summit věnovaný tématu HIV/AIDS hostili až v roce 2012) (Lidovky.cz, Obama zrušil zákaz cestovat do USA osobám s virem HIV, cit. 9. 12. 2015), protože by se jí nemohli zúčastnit HIV pozitivní a to ani vědci, kteří této nemoci zasvětili svoje bádání a jsou HIV pozitivní, tudíž jsou nositeli nejenom objektivního hlediska, ale mají i velmi cenné subjektivní poznatky.

Včetně možnosti konat různé konference na území USA mělo zrušení omezujícího zákona ještě několik praktických důsledků pro USA a nejenom pro ně. Jsou jimi např. možnost adopce dětí infikovaných virem HIV, nebo přístup ke vzdělání HIV pozitivním studentům, kteří se následně mohou vrátit do své země.

Státy třetího světa jsou nuceny čelit nové hrozbě v podobě vymírání nejproduktivnější skupiny obyvatelstva. Nastávají výrazné demografické změny, které se dále projevují v úbytku pracovních sil. Podle světových průzkumů to jsou totiž právě lidé ve věku mezi 15 - 25 lety, kteří jsou nejvíce zasaženi a ohroženi virem HIV (WHO, Number of people living with HIV, cit. 20. 6. 2015), což s sebou nese řadu nejen sociálních, ale i demografických a ekonomických problémů. Pro země žijící v chudobě to představuje začarovaný kruh, jelikož HIV/AIDS tam způsobuje chudobu a podporuje diskriminaci na základě genderu. Nejvíce zasaženou skupinou v takových oblastech jsou mladé ženy (Khadidiatou, 2010). Tady můžeme vidět opačný pohled na situaci, jak v západním světě, kde jsou nejvíce ohroženi a tedy i stigmatizováni homosexuální muži.

## 4.1 Genderové nerovnosti HIV/AIDS

Genderové nerovnosti se liší v závislosti na tom, jak HIV potažmo AIDS vnímají společnosti v dané lokalitě. HIV/AIDS posiluje genderové nerovnosti a navíc se významnou měrou podílí na šíření viru HIV. Z pohledu vyspělých západních zemích se HIV/AIDS pojí hlavně s ustanovením tzv. "rizikových" skupin a s „nemorálním“ chováním. Lidé nakaženi virem HIV musí čelit stejným stigmatům bez ohledu na to, zda na svém onemocnění nesou podíl "viny" nebo ne. Jednou jsou HIV pozitivní, tak za to musejí nést odpovědnost. Jak jsem již několikrát zmínila, v západním světě se HIV spojuje hlavně s homosexuálními muži, což je podepřeno různými statistickými údaji. Pokud pominu diskriminační důsledky, které HIV pozitivní muže provází mělo toto ustálené spojení pro gaye i jednu výhodu. V prvotních výzkumech zaměřených na hledání léku proti HIV to byli právě muži, kteří byli zařazováni do klinických studií (Holub, 1993; Rozsypal, 1998; Jilich a kol., 2014). Ženy byly v této oblasti marginalizovány a dnes existují poznatky o tom, že antivirotická léčba u mužů je více úspěšná, jak u žen (Konvalinka, Machala, 2011; Jilich a kol., 2014).

Homosexuálními HIV pozitivními muži se zabývají Angelo A. Alonzo a Nancy Reynolds (1995) například ve své studii s názvem *Stigma, HIV and AIDS: An exploration and elaboration of a stigma trajectory* nebo Frederick Bloom ve studii *New Beginnings: A Case Study in Gay Men's Changing Perceptions of Quality of Life during the Course of HIV Infection*. Angelo A. Alonzo a Nancy Reynolds na základě svých výsledků definují 4 stádia stigmatu, se kterými se můžeme setkat u stigmatizovaného v průběhu jeho onemocnění. Stigma je podle autorů spojeno s mocí, jež posiluje sociálně konstruované normy, které říkají, co je a co není deviantní. Stigmatizovaní lidé často tyto normy internalizují a současně se od nich distancují (Ezzy, 2000). To úzce souvisí s vlastním pojetím, s tím, co dotyčný od života očekává, čeho chce dosáhnout, jestli rezignuje nebo se bude snažit pracovat i se svým okolím, které nemusí být přátelské – např. snaha vysvětlit pracovnímu kolektivu, že při podání ruky se nemohou nakazit.

Vazba gay komunity v návaznosti HIV/AIDS je tedy úzce spjata se západní kulturou, pokud se ale na problém podíváme v širším měřítku, zjistíme, že v šíření epidemie hraje významnou roli diskriminace žen a genderové stereotypy a to nejen v rozvojových zemích. Právě diskriminace a genderové stereotypy spojené s ženami silně komplikují zmírňování následků epidemie. Procento nově nakažených žen v poměru k nově nakaženým mužům každoročně stoupá. To je způsobeno sociálními normami a kulturními faktory, které do jisté



míry ovlivňují postavení žen v partnerském vztahu, ale i podobu sexuálních vztahů. Podle WHO bylo v roce 2013 17,7 milionů žen žijících s virem HIV, což znamená přes 55 % z celkového počtu nakažených<sup>ii</sup>. Děti do 15ti let bylo do roku 2013 3,3 milionů (WHO – UNAIDS, Core epidemiology slides, cit 29. 10. 2014 ).

Procento nakažených žen je tedy vyšší jak procento mužů. Vyšší výskyt HIV pozitivitu u žen, jak u mužů je podepřeno několika faktory. První důvod je čistě biologický – při pohlavním styku je riziko nakažení u žen vyšší, než u mužů. Dalším podstatným důvodem je nižší společenské postavení žen v rozvojových zemích ve srovnání s muži. Patriarchální struktury umožňují násilí na ženách. Ženy mají podřízené postavení, jsou často znásilňovány, nebo nuceny k pohlavnímu styku (i vlastními manžely), přičemž samozřejmě nemůžou ovlivnit, zda-li bude použita ochrana nebo ne, i kdyby jí měly k dispozici. Dochází k ignoraci ženské sexuální agendy. Navíc např. v Africe muži nakažení virem HIV věří, že sex s pannou je zbaví této nemoci, proto je tam také procento dospívajících HIV pozitivních dívek několikanásobně vyšší, jak u žen starších 35 let (Mahmood, 2006). To znamená, že HIV/AIDS podporuje genderové stereotypy, nejenom, že HIV/AIDS se šíří na základě genderových stereotypů. Konkrétně s virem HIV žila jedna ze čtyř dospívajících dívek, zatímco u stejně starých chlapců to byl pouze jeden z dvaceti pěti (ibid). Tak tomu bylo alespoň v době kdy doktor Shakeel Ahmed Ibne Mahmood dělal studii o socio-ekonomických dopadech HIV/AIDS na Bangladéš. Dnes bude tento poměr pravděpodobně vyšší.

S tímto faktem úzce souvisí další podstatný vlivný faktor a tím je chudoba žen. Chudoba a gender se vzájemně ovlivňují. Ženy jsou v důsledku podřadnějšího postavení ve společnosti mnohem zranitelnější. U chudých žen bývá sex jedním ze způsobů, jak si zajistit dostatečný nebo alespoň nezbytný příjem, aby mohly uživit sebe, popřípadě i své děti (Mareš, 1999). Častěji se dostávají k prostituci, dobrovolné i nucené, čímž se v mnohem vyšší míře vystavují riziku infekce.

Onemocní-li žena pocházející z chudé oblasti HIV/AIDS pocítí to celá společnost. To je způsobeno hlavně tím, že společnost ztratí produktivní sílu, která přivádí na svět novou generaci, tím se zpomaluje populační růst (Mojžíšová, 2004). V důsledku úbytku produktivní populace přichází země o pracovní sílu, v případě žen navíc o někoho, kdo udržuje v chodu domácnosti a pečuje o nemocné a děti. Jsou to právě ženy, které se častěji ocitají v roli pečovatelky a jsou tudíž více ohroženy důsledky nemocí. Kvůli nemoci mohou ztratit zaměstnání, tím i příjem a v neposlední řadě také možnost vzdělání. Ženy, které jsou HIV

pozitivní jsou považovány za promiskuitní, pokud jim zemře muž je za to z pohledu společnosti zodpovědná (Kirshi, 2004; David, 2007). Osirelé děti, kterým zemřela matka v důsledku HIV/AIDS jsou často vystaveny hladovění, nemocem a jsou odsunuty na okraj společnosti v důsledku společenského stigma. Mnohým takto osiřelým dětem je bráněno v docházení do škol a jsou nuceny pracovat, aby zastaly to, co by za normálních okolností zastávaly jejich matky, proto mnohé z nich končí na ulici jako homeless (Khadidiatou, 2010). Omezováním školní docházky dětem z rodin, kde je někdo HIV pozitivní, se úřady v zemích třetího světa snaží chránit učitele, kteří jsou obtížně nahraditelní, aby se snížila možnost nákazy a nedošlo tak ke snížení kvality vzdělání. To ovšem opět ukazuje, že samotné HIV/AIDS podporuje diskriminaci a produkuje genderové rozdíly. Opět se v důsledku jedná o začarovaný kruh, protože, právě vzdělávání žen nejenom o způsobech přenosu, případných rizicích a možnostech prevence je jednou z nejdůležitějších strategií boje proti AIDS.

Vymírání mladé produktivní generace, děti, které jsou nuceny pracovat za minimální mzdu nebo naturálie, ženy, které jsou v důsledku nákazy virem HIV vyloučeny na okraj společnosti, muži, kteří v důsledku nemoci AIDS nejsou schopni těžké práce, úbytek počtu kvalifikovaných lidí... To vše má za následek závažné ekonomické problémy.

## 4.2 Ekonomické důsledky HIV/AIDS

Pandemie onemocnění AIDS představuje stále se zhoršující ekonomický problém a to jak na mikro, tak i makro úrovni. Dopad HIV/AIDS na ekonomickou situaci dané země se odráží hned v několika klíčových oblastech, jakými jsou např. pracovní trh, životní úroveň nebo míra financování státu.

V případě, že lidé ztratí práci, protože jsou nemocní, v našem případě to vztáhneme konkrétně na HIV/AIDS, často se nedokáží postarat o sebe ani o svou rodinu. Tehdy se z HIV/AIDS jako ze sociálního problému stává problém i ekonomický, jelikož stát vynakládá větší finanční prostředky na zdravotnickou péči a pokud toho není schopen, je mu často poskytována humanitární pomoc ze stran jiných států.

Typickým příkladem je již zmiňovaná problematika žen, HIV/AIDS má také přímý vliv na chudobu a hladomor v rozvojových zemích, v podstatě se tyto faktory vzájemně ovlivňují. Tyto oblasti jsou více náchylné na válečné konflikty, které v důsledku podporují šíření HIV/AIDS a produkují genderovou diskriminaci. Ženy jsou unášeny jako sexuální otrokyně (mnohdy na obou válečných stranách) a hrozí jim tedy vyšší riziko nákazy virem HIV. Ozbrojené konflikty prohlubují chudobu, která více postihuje ženy. V důsledku války se zvyšuje fragmentace rodin do příznivějších oblastí, tato migrace zvyšuje šíření HIV.

V roce 2011 bylo na HIV poskytnuto 16,9 miliard USD. Zdroje, z nichž peníze pocházejí, jsou tři nejdůležitější: dary jednotlivých vlád, dary mezinárodních nadací a soukromé dary, které pocházejí od nejrůznějších dárců, ať už se jedná o velké korporace, či malé mezinárodní nevládní organizace (NGOs). Vybrané peníze jsou pak rozděleny hlavně ve státech s nízkými a středními příjmy za pomoci vícestranných mezinárodních organizací podporovaných jednotlivými vládami. Největší organizací je Světový fond pro boj s AIDS, tuberkulózou a malárií (GFATM – Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria), který v roce 2012 rozdělil 16,2 miliardy USD v boji právě s těmito třemi chorobami – z toho 61% šlo na léčbu AIDS. Tady je důležité podotknout, že mnoho HIV pozitivních lidí umírá právě na tuberkulózu (Jilich a kol., 2014), tento fakt v uvedených statistikách není uveden, takže údaje nemusí být úplně přesné. Po světových vládách je druhým největším dárcem Světová banka. Ta však hledí na problém s HIV ze zcela jiného úhlu, a to především ekonomického. Proto také zdroje jí poskytnuté (879,22 miliony USD) bývají rozděleny mezi

projekty předcházející, řešící nebo zmenšující dopady ekonomického charakteru v jednotlivých zemích. (Averting HIV and AIDS, Funding for HIV/AIDS, cit. 1. 11. 2014)

Mezi hlavní ekonomické dopady patří zejména tyto:

- HIV a AIDS způsobuje snížení počtu pracujících lidí v důsledku zvýšené úmrtnosti a nemocnosti. Mezi těmi, kdo jsou nakaženi, ale schopni pracovat, pak dochází ke snížení produktivity práce v důsledku nemocí způsobených HIV.
- Vládní příjem se snižuje a vlády jsou nuceny zvýšit své výdaje pro boj s rozšiřující se epidemií.
- HIV/AIDS omezuje možnost afrických zemí přilákat průmyslové firmy, které jsou závislé na levné pracovní síle.

Nepřítomnost mladé generace vede ke snižování ekonomické stability zemí třetího světa a prohlubování chudoby. Dochází k redukci rozpočtu v nejdůležitějších oblastech, jakými jsou zdravotnictví a vzdělávání, tím se zvyšuje nezaměstnanost a migrace za prací. Zemřelí za sebou nechávají děti, ze kterých se stávají sirotci, ale sociální dávky se také omezují, čímž dochází ke snižování životního standardu a k hladomoru.

Podle zprávy, kterou společně vypracovalo UNAIDS (United Nation's AIDS) a WHO zemřelo v dvaceti pěti sledovaných afrických státech v letech 1985 – 2003 přes sedm milionů zemědělských pracovníků (WHO; UNAIDS, Core epidemiology slides, cit. 1. 11. 2014). Ženy, které ovdověly jsou buď v důsledku stigmatizace nebo genderových nerovností o majetek připraveny, nebo hospodaření pro ostatní povinnosti (např. péče o děti, domácnost) nestíhají, takže hospodářský potenciál, který by za jiných okolností mohl přispět ke zlepšení jejich situace ani tak není využit (Finn, Sarangi, 2009).

Ekonomický pokles v důsledku HIV/AIDS kromě zemědělských profesí postihuje také další sociální skupiny. Úmrtí kvalifikovaných odborníků i nekvalifikovaných pracovníků v důsledku HIV/AIDS je téměř nemožné nahradit ze skupiny nezaměstnaných, přestože ta je velmi početná (Takáčová, 2004). Obava z úmrtí odborných kapacit, se promítá např. v již zmíněném omezování školní docházky pro rodinné příslušníky nemocných. Lze tedy předpokládat, že to samé se děje i dospělým, v rámci jejich zaměstnávání.

Světová krize, jež začala v roce 2008, se však negativně promítla i do této oblasti. Především se snížila suma peněz vybraná od jednotlivých dárců, což samozřejmě nepřispívá ke zlepšení situace v rámci boje s HIV (DoSomething.org; 11 facts about HIV around the World; cit. 29. 10. 2014).

Jelikož se o HIV/AIDS hovoří také v souvislosti s pandemií, bylo řešení otázky HIV/AIDS stanoveno jako jeden z rozvojových cílů tisíciletí.

V Deklaraci tisíciletí (Declaration of Development Goals), kterou roku 2000 podepsalo 189 států, z nichž 147 bylo zastoupeno nejvyšším představitelem státu nebo vlády, byly formulovány rozvojové cíle tisíciletí, jejichž závazné plnění je deklarováno v mezinárodní smlouvě z roku 2005, která byla přijata Valným shromážděním OSN (The General Assembly, United Nations Millennium Declaration, cit. 1. 11. 2014).

Ve dnech 25. - 27. 2001 proběhlo mimořádné zasedání Valného shromáždění OSN (UNGASS) nejvyšších představitelů států nebo vlád zaměřeno pouze na otázku HIV/AIDS, jehož výsledkem byla Deklarace závazku ohledně HIV/AIDS. Deklarace popisuje rozsah onemocnění, jeho efekt a způsoby, jak s ním bojovat. Tento dokument sice není právně závazný, nicméně ukazuje jasné stanovisko, ve kterém se státy zavázaly bojovat proti HIV/AIDS, často s konkrétními termíny plnění. Jelikož cíle byly stanoveny ke konci roku 2015, můžeme již dnes říci, že nedojde k jejich plnému naplnění. Deklarace je významným nástrojem, který vede k vytváření rozhodnutí, závazků, podpoře a zdrojů pro boj s onemocněním, jak ve vládní sféře, tak i mimo ni.

Jednotlivé rozvojové cíle a úkoly jsou vzájemně provázány a nelze na ně pohlížet jako na jednotlivé části. Jejich základem je především partnerství mezi vyspělými a rozvojovými státy s cílem vytvořit prostředí napomáhající potírání chudoby a rozvoji obecně.

Otázka HIV/AIDS je obsažena v šestém rozvojovém cíli tisíciletí, jenž zní: „Boj proti HIV/AIDS, malárii a dalším chorobám“ a obsahuje dva úkoly a cíle spojené přímo s HIV/AIDS:

- Úkol 6A - do roku 2015 zastavit a zvrátit šíření HIV/AIDS,
- Úkol 6B - do roku 2010 zajistit přístup k léčbě HIV/AIDS všem, kteří to potřebují (ibid).

Tak jak jsou cíle výše uvedeny znějí sami o sobě jako nesplnitelné, ale každý rozvojový cíl tisíciletí má stanovené ukazatele plnění, podle nichž se měří úroveň úspěšnosti dosažených cílů.

Pro úkol 6A je to výskyt HIV v populaci ve věku 15 – 24 let, používání kondomu při vysoce rizikovém pohlavním styku. Dále to je podíl dospívajících ve věku 15 – 24 let, kteří jsou podrobně a správně obeznámeni s problematikou HIV/AIDS (ibid).

Pro úkol 6B je měřítkem podíl populace v pokročilém stádiu infekce HIV s přístupem k antiretrovirální léčbě a také počet sirotků (ibid). Nad tímto cílem bych se však pozastavila, jelikož nelze brát v potaz jenom to, jak se antivirotika distributují a to včetně humanitární pomoci. K tomu, aby antivirotika správně fungovala je totiž zapotřebí, aby se i správně užívala, např. by se neměla brát na lačný žaludek (Konvalinka, Machala, 2011: 42 – 66). Pokud si však uvědomíme, že většina HIV pozitivních žije na Africkém kontinentu, kde se mnoho regionů potýká s chudobou a tedy i nedostatkem jídla, může docházet v důsledku nesprávného užívání k rozvoji jiných onemocnění, které pro daného jedince mohou mít fatální následky.

Rodiče umírající v důsledku AIDS, resp. většinou v důsledku jiného onemocnění, které však vzniklo sníženou obranyschopností organismu, po sobě zanechávají sirotky, o které se nemá kdo postarat, což má za následek nejenom ekonomické problémy, ale i nedožité sociální následky. Osířelé děti se často musí postarat o své sourozence, to je patrné hlavně v zemích, které trpí chudobou, jelikož tam přibývá dětí žijících na ulici, které nemají přístup ke vzdělávání a hlavně nemají přístup (nebo jen velmi omezený) ke zdravotnické péči.

Další velké riziko spatřuji v možné mutaci viru, jeho mutace je řadu let již prokázána (Pierret 2000; Nixon, Renwick 2003; Konvalinka, Machala, 2011: 42 – 66; Jilich, 2014). V současnosti existují dva typy viru HIV a množství mutací (Konvalinka, Machala, 2011: 42 – 66). Naposledy byl v roce 2013 v Africe objeven nový agresivnější kmen viru, prozatím označovaný jako A3/O2 (Planet Save. New HIV/AIDS A3/O2 strain faster, deadlier, cit. 20. 6. 2015). Pokud vir za necelých 40 let dokázal takto zasáhnout lidskou populaci a uvážíme-li nesprávné užívání antivirotik, kdy někteří léčbu po nástupu jiných onemocnění přerušují je mutace závažné riziko. Znamená to totiž, že v těle, kde nakaženým koluje virus HIV, jsou zároveň již obsaženy také látky, které za běžných okolností jsou úspěšné v potlačování viru HIV, ale pokud HIV+, který již byl léčen, nakazí nějakou další osobu, tak ta už „dostane“ pozměněný vir (Konvalinka, Machala, 2011: 42 – 66), který je více odolný na dostupnou léčbu. Mutace viru tedy vrací celý výzkum na začátek a dochází zde ke zbytečnému utopení financí vynaložených jak na vývoj, tak na výrobu a distribuci léčiv. Humanitární pomoc do

zemí třetího světa by tedy dle mého názoru měla být primárně zaměřena na spojení dostupnosti základních potravin nebo spíše pomoci rozvoje tamního zemědělství a průmyslu a poskytnutí antivirotik. Ne poskytovat antivirotika všem, ale vybrat jedince, kteří jsou k takové léčbě vhodní. Je to diskriminační z pohledu jedince, ale měli bychom vzít v úvahu možný globální dopad a na základě toho formulovat pomoc.

I přes rozsáhlý a nákladný výzkum v léčbě HIV/AIDS doposud není znám definitivní způsob vyléčení a v dohledné době se to asi ani nezmění, zůstávají různé formy prevence hlavní zbraní v boji proti šíření nákazy virem HIV.

## 5. ZÁVĚR

Tématem mé bakalářské práce byly sociální důsledky HIV/AIDS. Tato práce je přehledovou statí. Informace jsem čerpala převážně ze zahraniční literatury, jelikož v českém kontextu tomuto tématu není věnováno příliš pozornosti. Cílem práce bylo vysvětlit některá základní stigmata, která se s HIV/AIDS pojí a ukázat jak ovlivňují život HIV pozitivních lidí. Dopady HIV/AIDS jsou ukázány z pohledu jednotlivce na mikro úrovni a z pohledu globálního na makro úrovni.

Pokud jde o otázku dopadů HIV positivity a onemocnění AIDS na život infikovaných osob, dozvěděli jsme se, že v případě asymptomatických pacientů, kteří se na své onemocnění dívají racionálním pohledem, nejsou dopady HIV až tak výrazné. Tito lidé jsou nadále schopni vykonávat své zaměstnání, mít vlastní rodinu atd. Zastávané role jsou však často zvýrazněny, poukazují totiž na morální zodpovědnost, která odporuje společenským předsudkům spojeným s HIV/AIDS. V dnešní době si HIV pozitivní osoby mohou zachovat nenarušenou sociální identitu a to při vhodně zvoleném managementu informací. Pokud se informace o jejich zdravotním stavu nestala veřejnou je HIV pozitivita pro osoby s racionálním přístupem součástí životní biografie, ne centrální identitou. I přes to vše identita HIV pozitivních osob zůstává velice křehká a snadno narušitelná. Jsou neustále vystaveni riziku úniku informací o jejich zdravotním stavu, se kterým se pojí mnoho stigmat a diskriminací – lidé s HIV jenom čekají na smrt, jsou vysoce infekční a nemohou žít běžný život. Někteří HIV pozitivní jedinci tento pohled internalizují. Takoví lidé vidí svůj život také jako nenaplnitelný, pojíjí se se smrtí. Přijímají všeobecně vžitá stigmata rozšířená v dané společnosti.

Na lidi žijící s onemocněním AIDS jsou sociální dopady o něco větší, jelikož se pojí s horším zdravotním stavem, než u HIV pozitivních osob, u kterých AIDS nepropuklo. V důsledku častějších nemocí mohou snáze přijít o práci, mohou trpět různými sexuálními dysfunkcemi, které jim znesnadňují jejich sexuální život a dalšími omezeními, které jim neumožňují vykonávat některé jiné aktivity – např. sport.

Společenský a kulturní pohled je zásadní ve vnímání HIV positivity. V západních kulturách se HIV/AIDS pojí hlavně s gay komunitou a drogově závislými, zatímco v rámci zemí třetího světa hlavně v subsaharské Africe jsou s HIV nejvíce spojovány mladé ženy, kde jsou více patrné patriarchální struktury, které umožňují násilí na ženách, čímž se zvyšuje riziko nákazy. Zároveň to jsou ženy, které mají menší ekonomické možnosti léčby, ale



zároveň mají vyšší "care" zátěž - musejí se postarat o nemocné, včetně jich samotných. To vše ovlivňuje i ekonomický růst země. Virus HIV se tedy šíří díky genderovým nerovnostem, a ty v důsledku ještě více posiluje.

Chudé země jsou více zatíženy nárůstem výskytu oportunních infekcí i psychologických traumat. Ve společnosti roste počet nakažených i úmrtí v důsledku HIV/AIDS. Tím dochází k demografickým změnám, mění se společenské struktury a roste počet osiřelých dětí. Úbytek produktivní části obyvatelstva se projevuje nedostatkem pracovních sil. To má za následek prohlubování chudoby a v návaznosti na chudobu dochází k častějším válečným konfliktům, takže lidé mají potřebu migrovat, což umožňuje další šíření HIV/AIDS.

Pohled západní společnosti sehrál jednu velkou roli i ve vývoji léčby proti HIV/AIDS. Výzkum se provádí hlavně v podmínkách západních zemích. V kontextu ustanovení homosexuálních mužů, jako těch, kteří jsou nositeli HIV/AIDS byly ženy dlouhá léta vyřazeny z klinických studií.

## 6. PŘEHLED POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ

ALONZO, A. A.; N. R. REYNOLDS. 1995. „Stigma, HIV and AIDS: An exploration and elaboration of a stigma trajectory“ *Social Science and Medicine*, 41(3): 305-315.

BÁRTLOVÁ, S. 2002. Sociologie medicíny a zdravotnictví. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.

BARBOUR, S. R., G. HUBY. 1998. „Meddling with Mythology: AIDS and the Social“ *Construction of Knowledge*. London: Routledge.

BECK, U. 2004. Riziková společnost: na cestě k jiné modernitě. Praha: SLON.

BLOOM, F. R. 1997. „Searching for Meaning in Everyday Life: Gay Men Negotiating Selves in the HIV Spectrum.“ *Ethos*, 1997, 25(4): 454-479.

BLOOM, F. R. 2001. „New Beginnings“: A Case Study in Gay Men’s Changing Perceptions of Quality of Life during the \course of HIV Infection.“ *Medical Anthropology Quarterly*, 15(1): 38-57.

BORDEN, W. 1991. „Beneficial outcomes in adjustment to HIV seropositivity.“ *Social Service Review*, 1991, 65: 434-449.

CHARMAZ, K. 1995. „The Body, Identity and Self: Adapting to Impairment.“ *Sociological Quarterly*. 1995, 36(4): 657 – 680.

CONRAD, P. 1986. „The social meaning of AIDS.“ *Social Policy*, 1986, 17: 51-56.

CROSSLEY, M. L. 1997. „‘Survivors’ and ‘victims’: long-term HIV positive individuals and the ethos of self-empoverment.“ *Social Science and Medicine*, 1997, 45: 1863-1973.

DERLEGA, J. V. et al. 2002. „Perceived HIV-related Stigma and HIV Disclosure to Relationship Partners after Finding Out about the Seropositive Diagnosis.“ *Journal of Health Psychology*, 2002, 7(4): 415-432.

DAVID C. A. 2007. HIV/AIDS and Social Capital in a cross-Section of countries.

EZZY, D. 2000. „Illness narratives: time, hope and HIV.“ *Social Science and Medicine*, 50: 605-617.

- FINN, M.; S.SARANGI. 2009. „Humanizing HIV/AIDS and its (re)stigmatizing effects: HIV public ‘positive’ speaking in India.“ *Health (London)*, 2009, 13:47.
- GIDDENS, A. 1991. *Modernity and self-identity: self and society in the late modern age*. Standford : Standford University.
- GOFFMAN, E. 2003. *Stigma. Poznámky o způsobech zvládnání narušené identity*. 1. vyd. Praha : SLON.
- GOUDGE, J. et al. 2009. „Stigma, Identity and Resistance among People living with HIV in South Africa.“ *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS.*, 2009, 6(3): 94-104.
- GREEN, G. 1995. „Attitudes Towards People with HIV: Are They as Stigmatizing as People with HIV Perceive Them to Be?“ *Social Science Medicine*, 41(4): 557-568.
- GREEN, G.; E. J. SOBO. 2000. *The Endangered Self: Managing the social risks of HIV*. London: Routledge.
- GROSSMAN, C. I.; A. L. STANGL. 2013. „Global action to reduce HIV stigma and discrimination.“ *Journal of the International AIDS Society*. 2013, 16 (2).
- HOLUB, J. 1993. „AIDS a my, aneb co je třeba vědět o AIDS“. Praha: GRADA.
- JILICH, D.; V. KULÍŘOVÁ a kol.. 2014. *HIV infekce: Současné trendy v diagnostice, léčbě a ošetřovatelství*. Praha: Mladá fronta.
- JOFFE, H. 1995. „Social Representations of AIDS: towards encompassing issues of power.“ *Papers on Social Representations*. 1995, 4(1): 29-40.
- JOHNSON, C.; J. SIM. 1998. „AIDS and HIV: A komparative study of therapy student’s knowlege and attitude.“ *Physiotherapy*. 1998, 84 (1): 37 – 46.
- KHADIDIATOU, N. 2010. *A ‘Spoiled Identity’: Living With HIV/AIDS in African Contexts*.
- KIMBERLY, A. J.; J. M. SEROVICH; K. GREENE. 1995. „Disclosure of HIV-Positive Status: Five Women’s Stories.“ *Family Relations*, 1995, 44(3): 316-322.

- KIRSHI, J. 2004. „Talking Back to Stigmatized Identities: Negotiation of Culturally Dominant Categorizations in Interviews with Shelter Residents.“ *Qualitative Social Work*, 2004, 3(3):259-275.
- KOLÁŘOVÁ, K. 2009. „Diskurz rizika v prevenci AIDS/HIV.“ *Gender, rovné příležitosti, výzkum*, 01/2009. Pp. 16-25.
- KOLÁŘOVÁ, K. 2008. „AIDS/HIV v řádu kulturních reprezentací.“ *Ročenka genderových studií*. Blanka Knotková-Čapková. Ed. (Praha: FHS UK, 2005/2006). Pp. 154-167.
- KONVALINKA, J.; L. MACHALA. 2011. *Viry pro 21. století*. Praha: Academia. pp. 42 – 66.
- KRAMPOTA, F.; J. PREIS. 2010. *Perla, která se zvedá z prachu*. Plzeň: NAVA.
- KUBÁTOVÁ, H. 2010. *Sociologie životního způsobu*. Grada Publishing: Praha.
- LEMELLE, J. A. Jr.; Ch. HARRINGTON; A. J. LEBLANC. 2000. *Reading in the sociology of AIDS*. New Jersey: Prentice Hall.
- LINHART, J.; M. PETRUSEK; A. VODÁKOVÁ; H. MAŘÍKOVÁ. 1996. *Velký sociologický slovník*. Univerzita Karlova: Karolinium.
- MAHMOOD, A. I. 2006. *Socio-Economic Impact of HIV/AIDS in Bangladesh: The Role of Public Administration in Response to HIV/AIDS*.
- MAREŠ, P., 1999. *Sociologie nerovnosti a chudoby*, 1. vyd. Praha, SLON.
- MOJŽÍŠOVÁ, A. K. 2004. *Dopady HIV/AIDS a ostatních průvodních onemocnění na kvalitu sociálně slabých rodin v zemích jižní Afriky*. Praha: Triton s.r.o.
- NIXON, S.; R. RENWICK. 2003. „Experiences of Contemplating Returning to Work for People Living with HIV/AIDS.“ *Qual Health Res*, 2003, 13: 1272-1290.
- PIERRET, J. 2000. „Everyday Life with AIDS/HIV: surveys in the social sciences.“ *Social Science and Medicine*, 2000, 50: 1589-1598.
- ROZSYPAL, H. 1998. *AIDS: klinický obraz a léčba*. Praha: Maxdorf.
- SONTAGOVÁ, S. 1997. *Nemoc jako metafora; AIDS a jeho metafory*. Praha: Mladá fronta.

STAŇKOVÁ, M. 2008. „Novinky v antiretrovirové terapii HIV/AIDS infekce." *Interní medicína pro praxi* 10 (11), Olomouc, str. 498 – 501.

STETS, E. J.; P. J. BURKE. 2000. „A Sociological Approach to Self and Identity.“ Chapter for *Handbook of Self and Identity*.

TAKAHASHI, M. 1998. Homelessness, AIDS and Stigmatization: The NIMBY Syndrome in the United States at the End of the Twentieth Century. Oxford: Clarendon Press.

TEWKSURY, R.; D. McGAUGHEY. 1998. „Identities and Identity Transformation among Persons with HIV Disease.“ *Journal of Gay, Lesbian, and Bisexual Identity*.

THE WORLD BANK. 2002. “Education and HIV/AIDS: a Windows of hope”. Washington: World Bank.

WHITTAKER, M. A. 1992. „Living with HIV: Resistance by Positive People.“ *Medical Anthropology Quarterly*, 1992, 6(4): 358-390.

## **6.1 Zákony a vyhlášky**

Vyhláška č. 282/1999 Sb., o posuzování zdravotní způsobilosti vojenského leteckého personálu.

Vyhláška č. 473/2008 Sb., o systému epidemiologické bdělosti pro vybrané infekce.

Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů.

Zákon č. 40/2009 Sb., Trestní zákoník.

Zákon č. 198/2009 Sb., antidiskriminační zákon, ve znění pozdějších předpisů.

## **6.2 Internetové zdroje**

Averting HIV and AIDS. Funding for HIV/AIDS. [online]. [cit. 1. 11. 2014]. Dostupné z: <http://www.avert.org/funding-hiv-and-aids.htm>.

Česká společnost AIDS pomoc. HIV uniforma. [online]. [cit. 19. 6. 2015]. Dostupné z: [www.hiv-uniforma.cz](http://www.hiv-uniforma.cz).

DoSomething.org. 11 facts about HIV around the World. [online]. [cit. 29. 10. 2014]. Dostupné z: <https://www.dosomething.org/facts/11-facts-about-hiv-around-world>.

Lidovky.cz. Obama zrušil zákaz cestovat do USA osobám s virem HIV. [online]. [cit. 9. 12. 2014]. Dostupné z: [http://www.lidovky.cz/obama-zrusil-zakaz-cestovat-do-usa-osobam-s-virem-hiv-p0e-/zpravy-svet.aspx?c=A091030\\_185646\\_in\\_zahranici\\_qqq](http://www.lidovky.cz/obama-zrusil-zakaz-cestovat-do-usa-osobam-s-virem-hiv-p0e-/zpravy-svet.aspx?c=A091030_185646_in_zahranici_qqq)

Národní program boje proti AIDS v ČR. Detailně o AIDS [online]. [cit. ]. Dostupné z: <http://www.aids-hiv.cz/aids/oaid.html>.

National Institute on Drug Abuse. HIV/AIDS, What is HAART? [online]. [cit. 20. 6. 2015]. Dostupné z: <http://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/hivaids/what-haart>.

Planet Save. New HIV/AIDS A3/O2 strain faster, deadlier. [online]. [cit. 20. 6. 2015]. Dostupné z: <http://planetsave.com/2013/12/02/new-hivaids-a302-strain-faster-deadlier/>.

The General Assembly OSN. United Nations Millennium Declaration. [online]. [cit. 1. 11. 2014]. Dostupné z: <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm>.

World Health Organization, UNAIDS. Core epidemiology slides. [online]. [cit. 29. 10. 2014]. Dostupné z: [http://www.aids-hiv.cz/dokumenty/201309\\_epi\\_core\\_en.pdf](http://www.aids-hiv.cz/dokumenty/201309_epi_core_en.pdf).

World Health Organization. Adults and children estimated to be living with HIV in 2013. [online]. [cit. 20. 6. 2015]. Dostupné z: [http://www.who.int/gho/hiv/epidemic/hiv\\_001.jpg](http://www.who.int/gho/hiv/epidemic/hiv_001.jpg).

World Health Organization. Global health observatory data [online]. [cit. 15. 3. 2015]. Dostupné z: <http://www.who.int/gho/hiv/en/>.

World Health Organization. Health topics HIV/AIDS. [online]. [cit. 27. 4. 2015]. Dostupné z: [http://www.who.int/topics/hiv\\_aids/en/](http://www.who.int/topics/hiv_aids/en/).

World Health Organization. Number of people living with HIV. [online]. [cit. 20. 6. 2015]. Dostupné z: [http://gamapserv.who.int/mapLibrary/Files/Maps/HIV\\_all\\_2013.png](http://gamapserv.who.int/mapLibrary/Files/Maps/HIV_all_2013.png).

## 7. RESUMÉ

The topic of my bachelor's final project were the social consequences of HIV/AIDS. This document is an overview essays. I have gathered the information mostly from foreign literature because there is not paid much attention to this topic in the Czech context. The purpose of this work was to explain some basic stigma related to HIV/AIDS and show how it affects the lives of HIV-positive people. Impacts of HIV/AIDS are shown from the perspective of the individual on the micro level and from the global perspective on macro level.

Regarding to the issue of the impact of HIV and AIDS on the lives of infected persons, we learned that in case of asymptomatic patients looking on their disease with rational view the impact of HIV is not so intense. These people are still able to perform their job, have their own family etc. Their roles are often highlighted because they are pointing to the moral responsibility that contradicts social prejudice associated with HIV/AIDS. In these days HIV-positive people can maintain undistorted social identity by appropriate selection of Information Management. If the information about their state of health does not become public HIV-positivity is for people with rational approach a part of their life biography not a central identity. Even so the identity of HIV-positive people remains very fragile and easily disturbed. They are constantly faced to the risk of information leakage about their health condition which is associated with a lot of of stigma and discrimination - people with HIV just waiting for death, they are highly infectious and cannot live a normal life. Some HIV-positive individuals have internalized this view. Such people sees his life as non-refillable, bonding with death. They accept generally deep-rooted stigmas spreads in a given society. The social implications are slightly bigger to people living with AIDS because they are associated with worst health condition then HIV-positive people for which AIDS not started yet. As a result of frequent illness they can easily lose their jobs they may suffer from various sexual dysfunctions that impede them their sex life and other restrictions that do not allow them to carry out some other activity – for example sports.

Social and cultural perspective is crucial in the perception of HIV positivity. In Western cultures is HIV/AIDS associated mainly with the gay community and drug addicts whereas in the third world countries especially in sub-Saharan Africa HIV is most associated with young women who are more apparent patriarchal structures which allows violence

against women which increase the risk of infection. It is women who have less economic possibilities of treatment but they also have higher "care" load. They have to take care of the sick people including of themselves. All this has a major impact on the country's economic growth.

Poor countries are more affected by the increase in the incidence of opportunistic infections and psychological traumas. In the company's growing number of infected and deaths due to HIV/AIDS. Furthermore, there are demographic changes, changing social structure and the growing number of orphaned children. Loss of productive part of the population is reflected labor shortages. This has resulted in deepening poverty and frequent wars, so people have a need to migrate, allowing further spread of HIV/AIDS.

View western society has played a great role in the development of treatments against HIV/AIDS. Research is carried out mainly in conditions of Western countries. In the context of the provision of gay men as those who are carriers of HIV/AIDS were women excluded from clinical studies for many years.



## 8. PŘÍLOHY

---

### <sup>i</sup> Zákon v ČR a HIV/AIDS

V ČR je platných hned několik zákonů, které přímo souvisí s HIV/AIDS. Jejich úkolem je upravovat určité postupy a povinnosti, přičemž při neplnění těchto povinností stanovených zákonem umožňuje uložit různé sankce jako např. peněžitý trest, ale i trest odnětí svobody. Podrobněji se podíváme na Zákon o ochraně veřejného zdraví, ze kterého je patrné s jakým množstvím komplikací se lidé s HIV/AIDS mohou setkat.

- zákon č. 258/2000 Sb. - O ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů - Bez souhlasu fyzické osoby může zdravotní ústav, Státní zdravotní ústav, zdravotnické zařízení, použít její krev odebranou za jiným účelem k vyšetření na virus lidského imunodeficitu pouze pro průřezové studie výskytu infekce virem lidského imunodeficitu. Musí však při všech úkonech zachovat anonymitu fyzické osoby. V případě reaktivního výsledku vyšetření na HIV získaného ve vyhledávacím testu je zdravotnické zařízení povinno předat biologický materiál k provedení konfirmačního (potvrzujícího) testu. Konfirmační test provádí pouze Národní referenční laboratoř (NRL). Pouze po potvrzení NRL, je považována osoba za HIV pozitivní. *„Zdravotnické zařízení, které bylo informováno o pozitivním výsledku konfirmačního testu, sdělí prostřednictvím k tomu pověřeného lékaře tuto skutečnost fyzické osobě nakažené HIV a, jde-li o fyzické osoby nezletilé nebo fyzické osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům nebo jejichž způsobilost k právním úkonům byla omezena, jejich zákonnému zástupci a zajistí speciální péči u odborného lékaře“* (74 odst. 3) z. č. 258/2000 Sb). Lékař informuje HIV pozitivní osobu o právu využívat lékaře zvoleného AIDS centra, vysvětlí mu výhody klinického sledování, zdůrazní dodržování lékařského tajemství a možnost volby lékaře, poučí ho o povinnosti léčby, jako i o nutnosti dodržovat poučení lékaře o ochraně jiných fyzických osob před přenosem HIV. Dále lékař musí HIV pozitivní osobu poučit o zásadách zdravého životního stylu, o tom, že nemůže být dárce krve, orgánů, spermatu, tkání. O nutnosti informovat své sexuální partnery a doporučil jim testování na HIV. V neposlední řadě musí lékař dotyčnému nabídnout konzultaci s psychoterapeutem a poskytne mu kontakt na Českou společnost AIDS pomoc. Informování HIV pozitivní

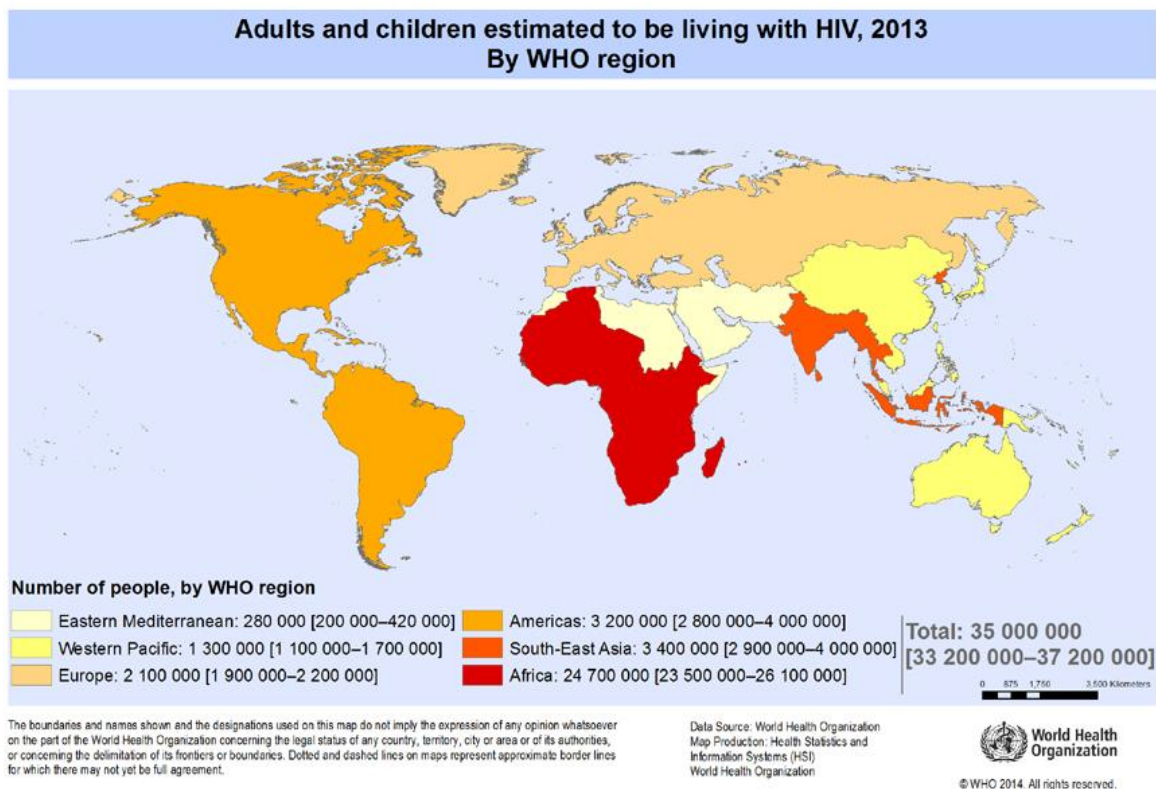
---

osoby je zaneseno do zdravotnické dokumentace osoby, pod níž dotyčný připojí svůj podpis. Pokud podepsání odmítne je to do zdravotnické dokumentace taktéž zaznamenáno. Fyzická osoba infikovaná HIV je povinna podrobit se léčeni, lékařskému dohledu, potřebným laboratorním vyšetřením a dalším protiepidemiologickým opatřením. Dále je povinna informovat lékaře před vyšetřením i léčebným výkonem. V roce 2014 bylo k tomuto zákonu přidána i povinnost informovat o HIV pozitivitě při přijetí do zařízení sociální péče (např. domovy pro seniory, stacionáře pro zdravotně postižené, léčebny dlouhodobě nemocných...). HIV pozitivní jedinec není povinen informovat zaměstnavatele, popř. vedení školy o své pozitivitě, na to se vztahuje zákon na ochranu osobnosti.

Další zákon, který se vztahuje k HIV/AIDS je zákon č. 40/2009 Sb. - Trestní zákon, ve znění pozdějších předpisů, kdy se nařízením vlády č. 453/2009 Sb. stanovuje, co se považuje za nakažlivé lidské nemoci, nakažlivé nemoci zvířat, rostlin a škůdce užitkových rostlin. Zdravotnický personál se zase musí řídit vyhláškou č. 473/2008 Sb. - o systému epidemiologické bdělosti pro vybrané infekce, ve znění pozdějších předpisů.

Takovýmto procesem tedy musí projít každý nově diagnostikovaný HIV jedinec a již tady dochází k narušení jeho dosavadní sociální identity.

ii Odhadované množství lidí žijících s HIV v roce 2013



[Zdroj: WHO, Adults and children estimated to be living with HIV in 2013. cit. 20. 6. 2015.

Dostupné z: [http://www.who.int/gho/hiv/epidemic/hiv\\_001.jpg](http://www.who.int/gho/hiv/epidemic/hiv_001.jpg)]