

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ

KATEDRA GEOGRAFIE

**Problematika epidemie HIV/AIDS ve výuce  
regionální geografie Afriky na ZŠ  
(zaměření na východní Afriku)**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

**Bc. Miroslava Vokounová Kavalírová**

*Učitelství pro 2. stupeň ZŠ, obor Aj-Geo*

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Monika Čechurová, Ph.D.

**Plzeň, 2013**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a zdrojů informací.

Plzeň, 29. dubna 2013

.....

vlastnoruční podpis

Tímto chci poděkovat paní Mgr. et Mgr. Monice Čechurové, Ph.D. za trpělivost, kterou projevila.  
Největší dík ovšem patří mé rodině za to, že mi věřila.

## Obsah

Seznam zkratk:	1
Seznam obrázků:	2
Úvod	4
1. Cíle práce	5
2. Metody práce	6
3. Rozbor informační základny	7
4. Definice HIV/ AIDS- úvod do problematiky	10
4.1. Kategorizace HIV/ AIDS	10
4.2. Přenos infekce HIV	12
4.3. Příznaky HIV infekce a AIDS	13
4.4. Léčba HIV	14
5. Epidemie HIV/ AIDS ve východní Africe	17
5.1. Východní Afrika	17
5.2. Historické ohlédnutí	17
5.3. Keňa	19
5.3.1. Prevence přenosu viru HIV	20
5.3.2. Odmítnutí omylů o HIV/ AIDS	24
5.3.3. Komplexní znalost o způsobech přenosu viru HIV/AIDS	24
5.3.4. Prevence přenosu viru HIV z matky na dítě	28
5.3.5. Postoje obyvatel vůči lidem s HIV/ AIDS	31
5.4. Rwanda	34
5.4.1. Prevence přenosu viru HIV	35
5.4.2. Odmítnutí omylů o HIV/ AIDS	38
5.4.3. Komplexní znalost o způsobech přenosu viru HIV/ AIDS	39
5.4.4. Prevence přenosu viru HIV z matky na dítě	42
5.4.5. Rwanda Postoje obyvatel vůči lidem s HIV/ AIDS	45
5.5. Tanzanie	48
5.5.1. Prevence přenosu viru HIV	49
5.5.2. Odmítnutí omylů o HIV/ AIDS	52
5.5.3. Komplexní znalost o způsobech přenosu viru HIV/ AIDS	52
5.5.4. Prevence přenosu viru HIV z matky na dítě	56
5.5.5. Postoje obyvatel vůči lidem s HIV/AIDS	59

5.6.	Uganda .....	62
5.6.1.	Znalost prevence přenosu viru HIV .....	63
5.6.2.	Odmítnutí omylů o HIV/AIDS .....	65
5.6.3.	Komplexní znalost o způsobech přenosu viru HIV/ AIDS .....	66
5.6.4.	Prevence přenosu viru HIV z matky na dítě .....	69
5.6.5.	Postoje obyvatel vůči lidem s HIV/AIDS .....	72
6.	Epidemie HIV/AIDS ve výuce na 2. stupni ZŠ .....	75
6.1.	Východní Afrika a HIV/AIDS v učebnicích zeměpisu ZŠ .....	75
6.2.	HIV/AIDS v učebnicích sexuální výchovy .....	76
6.3.6.	Přínos projektu k rozvoji osobnosti žáka podle RVP .....	81
6.3.7.	Motivační část projektu.....	82
6.3.8.	Výukové metody .....	83
6.3.9.	Organizace projektu .....	84
6.3.11.	Pomůcky a prostředky k realizaci projektu .....	84
6.3.12.	Kalkulace rozpočtu .....	85
6.3.13.	Hodnocení projektu.....	85
6.3.14.	Realizace projektu .....	85
6.3.15.	Sebereflexe.....	86
	Závěr.....	87
	Seznam příloh:.....	89
	Citovaná literatura .....	114

## Seznam zkratek:

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome	Syndrom získaného selhání imunity
ART	antiretroviral therapy	antiretrovirální terapie
ARV	antiretroviral drugs	antiretrovirální léky
AZT	azidothymidine	typ ARV používaný k léčbě HIV/AIDS
CDC	Centers for Disease Control and Prevention	federální agentura USA v rámci Ministerstva zdravotnictví a sociálních služeb
ČSAP	Česká společnost AIDS pomoc	
HAART	Highly Active Antiretroviral Therapy	vysoce účinná antiretrovirální terapie
HIV	Human Immunodeficiency Virus	virus lidské imunitní nedostatečnosti
USAID	United States Agency for International Development	federální agentura USA zodpovědná za zprozdědkování civilní zahraniční pomoci
WHO	World Health Organisation	Světová zdravotnická organizace

## Seznam obrázků:

Obrázek 1: Replikační cyklus viru HIV s vyznačenými místy terapeutického působení .....	15
Obrázek 2: Prevalence HIV (15-49) v Keni v letech 1990-2011 v % .....	20
Obrázek 3: Počet obyvatel žijících s HIV/ AIDS v Keni v letech 1990-2011 .....	20
Obrázek 4: Znalost preventivních metod -použití kondomů (muži 2009), Keňa .....	22
Obrázek 5: Znalost preventivních metod -použití kondomů (ženy 2009), Keňa.....	23
Obrázek 6: Procento respondentů s komplexní znalostí (muži 2009), Keňa .....	26
Obrázek 7: Procento respondentů s komplexní znalostí (ženy 2009), Keňa.....	27
Obrázek 8: Procento respondentů, kteří věří, že HIV je přenášeno kojením a riziko přenosu lze snížit pomocí léků (muži 2009), Keňa.....	29
Obrázek 9: Procento respondentů, kteří věří, že HIV je přenášeno kojením a riziko přenosu lze snížit pomocí léků (ženy 2009), Keňa .....	30
Obrázek 10: Souhlasí se všemi postoji vůči nakaženým (muži 2009), Keňa.....	32
Obrázek 11: Souhlasí se všemi postoji vůči nakaženým (ženy 2009), Keňa.....	33
Obrázek 12: Prevalence HIV (15-49) ve Rwandě v letech 1990-2011 v % .....	34
Obrázek 13: Počet obyvatel žijících s HIV/ AIDS ve Rwandě v letech 1990- 2011 .....	34
Obrázek 14: Znalost preventivních metod -použití kondomů (muži 2010), Rwanda .....	36
Obrázek 15: Znalost preventivních metod -použití kondomů (ženy2010), Rwanda.....	37
Obrázek 16: Procento respondentů s komplexní znalostí (muži 2005), Rwanda .....	40
Obrázek 17: Procento respondentů s komplexní znalostí (ženy 2005), Rwanda.....	41
Obrázek 18: Procento respondentů, kteří věří, že HIV je přenášeno kojením a riziko přenosu lze snížit pomocí léků (muži 2005), Rwanda.....	43
Obrázek 19: Procento respondentů, kteří věří, že HIV je přenášeno kojením a riziko přenosu lze snížit pomocí léků (ženy 2005), Rwanda.....	44
Obrázek 20: Souhlasí se všemi postoji vůči nakaženým (muži 2005), Rwanda.....	46
Obrázek 21: Souhlasí se všemi postoji vůči nakaženým (ženy 2005), Rwanda .....	47
Obrázek 22: Prevalence HIV (15-49) v Tanzanii v letech 1990-2011 v % .....	48
Obrázek 23: Počet obyvatel žijících s HIV/ AIDS v Tanzanii v letech 1990-2011 .....	49

Obrázek 24: Znalost preventivních metod -použití kondomů (muži 2010), Tanzanie .....	50
Obrázek 25: Znalost preventivních metod -použití kondomů (ženy 2010), Tanzanie .....	51
Obrázek 26: Procento respondentů s komplexní znalostí (muži 2010), Tanzanie .....	54
Obrázek 27: Procento respondentů s komplexní znalostí (ženy 2010), Tanzanie .....	55
Obrázek 28: Procento respondentů, kteří věří, že HIV je přenášeno kojením a riziko přenosu lze snížit pomocí léků (muži 2010), Tanzanie .....	57
Obrázek 29: Procento respondentů, kteří věří, že HIV je přenášeno kojením a riziko přenosu lze snížit pomocí léků (ženy 2010), Tanzanie.....	58
Obrázek 30: Souhlasí se všemi postoji vůči nakaženým (muži 2010), Tanzanie .....	60
Obrázek 31: Souhlasí se všemi postoji vůči nakaženým (ženy 2010), Tanzanie .....	61
Obrázek 32: Prevalence HIV (15-49) v Ugandě v letech 1990-2011 v %.....	62
Obrázek 33: Počet obyvatel žijících s HIV/ AIDS v Ugandě v letech 1990-2011.....	62
Obrázek 34: Znalost preventivních metod -použití kondomů (muži 2006), Uganda .....	64
Obrázek 35: Znalost preventivních metod -použití kondomů (ženy 2006), Uganda .....	65
Obrázek 36: Procento respondentů s komplexní znalostí (muži 2006), Uganda .....	67
Obrázek 37: Procento respondentů s komplexní znalostí (ženy 2006), Uganda .....	68
Obrázek 38: Procento respondentů, kteří věří, že HIV je přenášeno kojením a riziko přenosu lze snížit pomocí léků (muži 2006), Uganda .....	70
Obrázek 39: Procento respondentů, kteří věří, že HIV je přenášeno kojením a riziko přenosu lze snížit pomocí léků (ženy 2006), Uganda .....	71
Obrázek 40: Souhlasí se všemi postoji vůči nakaženým (muži 2006), Uganda .....	73
Obrázek 41: Souhlasí se všemi postoji vůči nakaženým (ženy 2006), Uganda .....	74



## Úvod

Předložená práce se zabývá problematikou epidemie HIV/ AIDS ve východní Africe (Keňa, Rwanda, Tanzanie a Uganda) a má sloužit jako teoretická a praktická příručka pro učitele ve vzdělávacím projektu.

Téma HIV/ AIDS je stále velmi aktuální, ale v povědomí dnešní mládeže se ztrácí. Dle mého názoru je potřeba o tomto tématu s dětmi více a otevřeněji diskutovat. A je nutné znalosti dále prohlubovat a aktualizovat. K tomu má přispět předložený vzdělávací projekt, který má žáky nasměrovat k bližšímu pochopení nejen problematiky HIV/ AIDS, ale i k utváření hodnot, tolerance a ohleduplnosti, a stejně tak i odbourat předsudky.

Práce je rozdělena na několik provázaných částí.

První část práce se zabývá základními a nejpodstatnějšími definicemi, které se vztahují k problematice HIV/ AIDS. Přibližuje základní znalosti o viru HIV, jeho přenosu a příznacích onemocnění. Dále definuje AIDS a kategorizuje stadia infekce HIV/ AIDS dle definic WHO a Centra pro kontrolu a prevenci nemocí USA.

Druhá část se zaměřuje na epidemii HIV/ AIDS ve východní Africe a analyzuje průběh epidemie na konkrétních příkladech. Nejdříve krátce shrnuje historii onemocnění HIV/AIDS a podrobněji se věnuje již jmenovaným státům. Zabývá se obecnými znalostmi obyvatel o způsobech přenosu viru HIV a zároveň jejich postoji vůči nakaženým.

Třetí část se věnuje výuce problematiky epidemie HIV/ AIDS na základních školách. Mapuje téma HIV/ AIDS v učebnicích zeměpisu, přírodopisu a sexuální výchovy. Do této část práce byl také zařazen dotazovací výzkum, který prošetřoval znalosti dané problematiky mezi žáky druhé stupně ZŠ. Na tento dotazník navazuje didaktický projekt, který má žáky seznámit s tímto tématem prostřednictvím autentických příběhů. Stejný dotazník pak zpětně prověřil nabyté znalosti žáků.

## 1. Cíle práce

Epidemie HIV/ AIDS je dle mého názoru zanedbávanou oblastí (nejen) geografického vzdělávání na českých školách. Tuto práci jsem tedy koncipovala tak, aby každý, kdo se s touto problematikou setkává, byl schopen vnímat onemocnění a nemocné HIV/AIDS reálně bez zažitých předsudků a polopravd. Právě z toho důvodu, že v učebnicích pro ZŠ je o tomto onemocnění minimum informací, může se tato práce stát vodítkem pro pedagogy a poskytnout jim potřebný materiál pro výuku.

Prvním cílem je shrnout specifika onemocnění HIV/ AIDS, podat přehled o způsobech přenosu viru HIV, příznacích nemoci a její kategorizaci.

Druhým cílem této diplomové práce je analyzovat problematiku epidemie HIV/AIDS na příkladu států východní Afriky, respektive analyzovat vývoj onemocnění a změnu postojů obyvatel této oblasti. Děje se tak sesbíráním, utříděním a vizualizováním dat.

A třetím nejpodstatnějším úkolem je didakticky transformovat téma a vytvořit didaktický projekt pro použití v hodinách zeměpisu, přírodopisu nebo výchovy ke zdraví na ZŠ.

## 2. Metody práce

Data pro mou diplomovou práci jsem získávala formou kabinetního výzkumu, který byl realizován prací se sekundárními daty v publikované (odborná literatura) a nepublikované formě (internetové zdroje literatury, databáze).

Metodou utřídění dat jsem zpracovala a vizualizovala vývoj obecného povědomí o epidemii HIV/ AIDS a změny postojů obyvatel východní Afriky, a to zpracováním grafů a tabulek, jejich použitím v textu a v geografické analýze.

Data diplomové práce jsou zpracována za pomoci základních metod (metoda vysvětlujícího popisu, metoda interpretace kartografických a grafických děl), geografické analýzy a geografické syntézy.

Pro vytvoření mapových výstupů byla použita metoda kartografické vizualizace, konkrétně pomocí technologie GIS (software ArcGIS 9). Na podkladě analyzovaných dat jsem v aplikaci ArcMap použitím nástrojů GIS vytvořila tematické mapy znázorňující procentuální vyjádření získaných dat pomocí kartogramů.

Didaktický projekt byl uskutečněn projektovou metodou, při níž žáci pracovali ve skupinách na zadaných úkolech (např. pracovní listy) a získali tak vědomosti o problematice HIV/AIDS ve východní Africe. Dále jsem v projektu uplatnila například metody slovní, názorně-demonstrační a metody praktické (grafické a výtvarné činnosti), díky nimž si žáci osvojili i ostatní dovednosti (vyhledávání statistických dat, práce s mapou apod.).

### 3. Rozbor informační základny

Geografie HIV/AIDS není v česky psané literatuře obvyklým tématem. Světlou výjimkou je rigorózní práce Jiřího Preise Geografické aspekty pandemie HIV/AIDS: úvod problematiky a případová studie Ugandy (2008). Autor zde analyzuje geografické práce a články s ohledem na socioekonomický kontext Ugandy. Věnuje se historii šíření, ekonomickými nebo i politickými aspekty ugandské epidemie stejně tak jako boji proti epidemii. Na závěr nastiňuje podobnost s Ukrajinou a předesílá další připravovanou případovou studii.

Ezekiel Kalipeni, profesor geografie z University of Illinois, je spoluautorem článku A review of preventative efforts in the fight against HIV and AIDS in Africa. Ten se věnuje zejména reakcím na propuknutí epidemie HIV/AIDS v subsaharské Africe. Tvrdí, že hlavní příčinou masového rozšíření viru HIV byla pozdní a polovičatá reakce odpovědných úřadů. Shrnuje historii a teorie šíření nákazy, prvotní reakce na nové neznámé onemocnění, mezinárodní ohlasy na situaci v subsaharské Africe a snahy o účinný zásah a preventivní programy. Zároveň článek předkládá pozitivní praxi na příkladech Ugandy a Senegalu.

Úvod do problematiky HIV/AIDS ve východní Africe mi poskytl článek USAID: HIV/AIDS Health Profile East Africa (2010). Článek shrnuje všeobecné trendy ve vývoji epidemie v regionu východní Afriky, který USAID definuje jako velmi rozsáhlé území od Súdánu na severu po Demokratickou republiku Kongo na jihu a západě až po Madagaskar na jihovýchodě. Článek si všímá nerovnoměrně rozdělené prevalence mezi ženami a muži, což je dáno nejen testováním v rámci prevence přenosu z matky na dítě, ale zejména generovou nerovností, zneužíváním a i fyziologickými předpoklady. Dále se věnuje například pokrytí ARV a vyzdvihuje Rwandu jako jednu z osmi nízko- a středně- příjmových států, které s 95% dosáhly univerzálního pokrytí ARV (podle příručky WHO 2006). Článek rovněž velmi stručně shrnuje i kroky, které státy nebo regiony podnikly v boji proti HIV/AIDS.

Příručka Kurz pro aktivisty v oblasti léčby HIV/AIDS dostupná na stránkách České společnosti AIDS pomoc (ČSAP) mě uvedla do problematiky HIV/AIDS z pohledu medicínského. Příručka je psána populární formou určenou pro ne odbornou veřejnost, proto poskytuje srozumitelné informace, které učitel jako předpokládaný čtenář této diplomové

práce může lehce představit svým žákům. Jednotlivé oddíly se věnují imunitnímu systému, virologii, antiretrovirální terapii, oportunním infekcím, HIV/AIDS v těhotenství a uživatelům drog. Největším přínosem byla kapitola o ART, která stručně a srozumitelně rozebírá účinky antiretrovirových léků. Stejnou službu jako předešlá příručka mi prokázaly stránky ČSAP.

Podrobněji o historii léčby HIV/AIDS mě zpravil článek českých lékařek Marie Staňkové a Venuše Skokanové s názvem Historie a perspektivy antiretrovirové terapie infekce HIV/AIDS (2007). Tento zdroj určený pro odbornou veřejnost se velmi podrobně věnuje historii a výzkumu antiretrovirových léků, popisuje účinky jednotlivých léků a nezapomíná zmínit ani výzkum prof. Antonína Holého.

Stěžejními zdroji pro předkládanou práci byly především internetové zdroje a databáze.

Z databáze UNAIDS (AIDSinfo) jsem získávala základní data týkající se epidemie HIV/AIDS. Konkrétně se jednalo o prevalenci a počty žijících HIV pozitivních osob ve zvolených státech východní Afriky. Databáze dále poskytuje statistiky pokrytí ARV, počty nově nakažených nebo celkový počet zemřelých HIV pacientů. Většina dat je dostupná od roku 1990. Data jsou v této databázi již zpracovaná do podoby grafu, lze je ovšem vygenerovat i jako tabulku. Dále jsou zde k dispozici mapy pro globální srovnání a žebříček států podle zvoleného ukazatele.

Všechna podrobná data a data za regiony vybraných států, která jsou v práci zveřejněna, jsem získávala z demografických průzkumů zveřejňovaných na webových stránkách statistických úřadů jednotlivých států. Konkrétně Uganda Bureau of Statistics nabídl data z let 1995, 2001 a 2006, Kenya National Bureau of Statistics poskytl průzkumy z let 1993, 1999, 2003 a 2009, National Institute of Statistics of Rwanda zveřejnil statistiky z let 2000, 2005 a 2010 a nakonec z tanzanského National Bureau of Statistics jsem získala sady statistik z let 1991, 1996, 1999, 2004 a 2010. Sledované statistiky se týkaly znalosti preventivních metod (používání kondomů, sexuální abstinence, věrnost) stejně tak jako odmítnutí omylů (HIV/AIDS se nepřenáší komářím bodnutím ani sdílením jídla, zdravě vypadající osoba může být nakažena virem HIV), dále se věnovaly znalosti přenosu z matky na dítě (HIV je přenášeno kojením, riziko lze snížit užíváním léků), testování (ví, kde postoupit testování; zná výsledky) a postojům obyvatel vůči HIV pozitivním osobám (postarají se o

nakaženého člena rodiny; koupí si zeleninu od nakaženého prodavače; nadrželi by v tajnosti nakaženého člena rodiny; souhlasí, že pozitivní učitelka by měla pokračovat v práci). Všechna data byla zpracována za obě pohlaví a všechny regiony vybraných východoafrických států.

Vít Voženílek je autorem skriptu Aplikovaná kartografie I. - tematické mapy, které se věnuje základním pravidlům tvorby tematických map. Tato publikace je koncipována jako učebnice pro studenty geografie Univerzity Palackého, ale podle vlastních slov autora ji mohou využít i odborníci z jiných oborů, protože se jedná především o „*soubor nejpotřebnějších kapitol geografické kartografie pro tvorbu tematických map*“. Celý text je rozdělen do několika kapitol, týkajících se základních faktů o konstrukčních základech, obsahu, kompozici, legendě, volbě barev nebo zpracování kartodiagramů. (Voženílek, V. 2004. str. 3)

Alena Vališová, Hana Kasíková a kolektiv jsou autory knihy Pedagogika pro učitele, která se velmi obsáhle zabývá různými aspekty učitelství. Jedná se o učebnici rozdělenou na tři základní části. První, nazvaná Učitel – Pedagogika- Škola, se věnuje obecně dějinám učitelství, vzdělávání učitelů nebo historii školského systému českých zemí. Druhý oddíl s názvem Vyučování je zaměřen více prakticky. Popisuje různé podoby vyučování, cíle vzdělávání, organizační formy a metody vyučování nebo hodnocení ve vyučování. Poslední třetí část se jmenuje Výchova- Diagnostika a jak název napovídá, je zaměřena na výchovné aspekty vyučování, stejně tak jako na problematiku situace, které učitele a jejich žáky mohou potkat. Tato učebnice mi byla nápomocna v didaktické části diplomové práce.

Dagmar Sitná napsala publikaci Metody aktivního vyučování. Kniha je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zabývá skupinovými vyučovacími metodami obecně. Popisuje jejich využití, charakterizuje práci žáka a učitele a věnuje se například i začlenění žáka do skupiny nebo celkovému hodnocení práce. Praktická část rozebírá některé skupinové metody- brainstorming, snowballing, diskuze, debaty apod. Na závěr jsou popsány zajímavé didaktické hry a hry na zopakování probírané látky.

Jana Kratochvílová je další autorkou věnující se aktivním výukovým metodám, konkrétně projektové výuce. Její práce Teorie a praxe projektové výuky se tématu věnuje z historického hlediska, charakterizuje teoretický rámec projektů a pro lepší pochopení uvádí příklady projektů.

## 4. Definice HIV/ AIDS- úvod do problematiky

HIV je zkratkou pro anglický výraz „Human Immunodeficiency Virus“. HIV je retrovirus, který napadá buňky lidského imunitního systému- konkrétně se jedná o buňky T-CD4<sup>1</sup>, a ničí nebo narušuje jejich funkci. Infekce tímto virem vede k postupnému zhoršování funkce imunitního systému. Jedná se o cyklický proces, kdy HIV infekce nutí tělo produkovat nové buňky CD4 pro boj s virem, které však dále rozšiřují řady buněk, které HIV používá k vlastní reprodukci. Po asi 6 měsících od infekce T-buňky zaměřené na boj s HIV mizí a po několika letech je imunitní systém zcela zdevastován. (Collins S., 2004)

Imunitní systém se považuje za „nedostatečný“ v tom případě, když přestane bojovat proti infekcím. Lidé s nedostatečným imunitním systémem jsou náchylní k nemocím s převážně řídkým výskytem mezi ostatní populací. Tyto infekce jsou nazývány „oportunistické“, protože těží z oslabené imunitní reakce napadeného organismu. (Collins S., 2004)

AIDS zkracuje výraz „Acquired Immunodeficiency Syndrome“ a je definován jako souhrn příznaků, infekcí a rakoviny spojený s nedostatečnou imunitní reakcí způsobenou virem HIV. AIDS je nejpokročilejší fází infekce HIV, kdy je přítomna minimálně jedna z více než dvaceti oportunistických infekcí. Laboratorně se AIDS určuje při poklesu počtu buněk CD4 pod 200/ mm<sup>3</sup>. (Collins S., 2004)

### 4.1. Kategorizace HIV/ AIDS

Stadia infekce HIV/ AIDS se liší podle různých definicí. Definice podle WHO bere v potaz pouze klinické příznaky pacienta, kdežto definice podle americké CDC<sup>2</sup> přihlíží jak k příznakům, tak laboratorním výsledkům.

---

<sup>1</sup> T-buňky jsou druhem bílých krvinek, jejich hlavními typy jsou buňky T-CD4 a T-CD8. Buňky CD4 jsou nazývány „pomocné“, napomáhají řádné imunitní reakci vysláním signálů k buňkám CD8. Tyto buňky rozpoznávají přítomnost viru a zabíjejí jej.

<sup>2</sup> Centers for Disease Control and Prevention

Kategorizace podle WHO:

Stádium 1:	Pacient je bez příznaků, normální aktivita.
Stádium 2:	Příznaky, téměř plná aktivita.
Stádium 3:	Pobyt na lůžku více než normálně, avšak více jak 50 % denní doby v průběhu předešlého měsíce.
Stádium 4:	Pobyt na lůžku více jak 50 % denní doby v průběhu předešlého měsíce.

Kategorizace podle CDC:

Počet CD4	A Bez příznaků včetně primární infekce	B Příznaky* (nejde-li o A či C)	C Infekce definující AIDS**
500 a více	A1	B1	C1
200 až 499	A2	B2	C2
méně než 200	A3	B3	C3

\* Méně závažné či včasné příznaky zahrnují: kandidózu v ústech nebo ve vagíně, pakliže není odezva na léčbu, horečku (nad 38, 5°C) nebo průjem trvající více než měsíc, cervikální nebo rakovinu, zánětlivé onemocnění v oblasti pánve.

\*\* Infekce definující AIDS zahrnují všechny nejzávažnější infekce, včetně kandidózy jícnu, různých druhů aktivních lymfomů, plicní TBC, Kaposiho sarkomu, pneumocystové pneumonie, ztráty hmotnosti nad 10 %, toxoplazmózy. V USA (nikoli v Evropě) počet CD4 nižší jak 200 buněk/mm<sup>3</sup> znamená diagnózu AIDS. (Collins S., 2004)



Zařazování do jednotlivých kategorií probíhalo na základě předpokládané délky života pacienta. Jak se infekce rozvíjela HIV, pozitivní procházeli přes stádia A, B, C, proces byl nezvratný. Tento systém se však používá již málo.

## 4.2. Přenos infekce HIV

Většina virů je snadno přenositelná například vdechnutím, ovšem není tomu tak v případě viru HIV. K tomu je potřeba některého z těchto nosičů: infikované krve, spermatu nebo preejakulátu, vaginálního sekretu, kontaminované injekční stříkačky a jehly. HIV obsažené v infikované tělní tekutině umírá během jedné minuty mimo tělo nositele, je velmi náchylný i na teplotu, přičemž teplotu vyšší 60°C nepřežije. HIV ve slinách (potu nebo slzách) není infekční, respektive se zde virus vyskytuje pouze v podprahovém množství, jež nestačí k přenosu. Pro měření množství viru v krvi se používají tzv. testy virových náloží<sup>3</sup>. (Česká společnost AIDS pomoc)

Virus HIV se nejčastěji šíří následujícími způsoby:

- Pohlavní styk (heterosexuální i homosexuální, vaginální i anální)

Sliznice pohlavního ústrojí jsou náchylné na drobná poranění, která zvyšují riziko nákazy, k té však může dojít i když je sliznice neporušená. Veškeré pohlavní choroby (např. herpes, syfilis, chlamydie) pak významně zvyšují riziko infekce. Poměrně vzácným typem přenosu je orálně- genitální styk. Podle některých údajů jsou k infekci více náchylné ženy než muži, u žen se za nejrizikovější období k přenosu HIV považuje menstruace.

- Přenos krví

Ve vyspělých státech dochází k přenosu infekce HIV během krevní transfuze jen minimálně. V České republice dochází k povinné kontrole všech vzorků krve od roku

---

<sup>3</sup>Tento test se používá ihned po zahájení léčby ART, aby se sledovala její účinnost. Pokud daná ART zabírá, tzn., že se hodnota kopií HIV RNA ustálí na přibližně 50 kopiích/ mm<sup>3</sup>, může zvolená terapie pokračovat i několik let. Ihned po infekci jde hodnota virové nálože velmi prudce nahoru, ale jakmile se tělo zapojí do boje proti nákaze, její hodnota se opět sníží. S odstupem několika let se však virová nálož znovu zvyšuje až k úrovni 50 000 až 200 000 kopií HIV RNA/ mm<sup>3</sup> a zároveň klesá počet buněk CD4 na úroveň okolo 200 buněk/ mm<sup>3</sup>.

1987, avšak ani to nevyklučuje riziko nákazy, protože čerstvě infikovaný jedinec může testy projít negativně. (Česká společnost AIDS pomoc)

Riziku přenosu kontaminovanými injekčními stříkačkami a jehlami se netýká pouze narkomanů, ale i atletů, kteří si píchají steroidy. Infekce pomocí akupunkturní a tetovací jehly nebo piercingem nebyla dosud zaznamenána.

- Přenos z matky na dítě

Existuje 20 až 30 % riziko, že se dítě HIV pozitivní matky infikuje virem. K přenosu dochází během těhotenství skrze placentu nebo během porodu. Tato těhotenství jsou vedena jako riziková, i když při léčebné terapii, kterou matka během těhotenství podstupuje, se riziko přenosu snižuje na 8 %. Riziko přetrvává i během kojení, proto se obecně doporučuje HIV pozitivním matkám nekojit. Nicméně v rozvojových zemích jsou děti vystaveny riziku střevní infekce, které je vyšší než riziko přenosu HIV, a proto zde WHO kojení doporučuje. (Česká společnost AIDS pomoc)

Riziko přenosu infekce HIV závisí na bezprostředním kontaktu narušené kůže nebo jinými vnímavými buňkami v blízkosti narušené kůže. Čím vyšší je hladina virové nálože, tím vyšší je riziko přenosu infekce.

### **4.3. Příznaky HIV infekce a AIDS**

V prvních týdnech po přenesení infekce HIV se u 60-70% osob projeví příznaky podobné chřipce nebo mononukleóze, to znamená horečka cca 38 °C, zvětšené mízní uzliny (krk, třísla, podpaží), noční pocení, které souvisí s vysokými horečkami, nebo zánět hltanu. Tyto příznaky souhrnně nazýváme akutní primární HIV infekcí neboli primoinfekcí. V této fázi se u nakaženého jedince začnou vytvářet protilátky proti HIV, které bude možno v průměru do dvou měsíců prokázat. Pacient se tedy stane HIV pozitivním. Mezi méně časté příznaky primoinfekce patří i vyrážka, bolesti hlavy a svalů, zvracení, průjem nebo tvorba aftů v ústech. (Česká společnost AIDS pomoc)

Druhá fáze infekce HIV se nazývá asymptomatická (bezpříznaková). V tomto období, jedná se o dva až deset let od nákazy HIV, vykazuje klinické příznaky jen necelých 20% HIV

pozitivních. Jedná se o úbytek tělesné hmotnosti přesahující 10% celkové hmotnosti, nevysvětlitelná a přetrvávající horečka, herpetické infekce a přetrvávající těžké průjmy. Pokud HIV pozitivní člověk o své diagnóze ví a dodržuje předepsanou léčbu, může se tato fáze podstatně prodloužit. (Česká společnost AIDS pomoc)

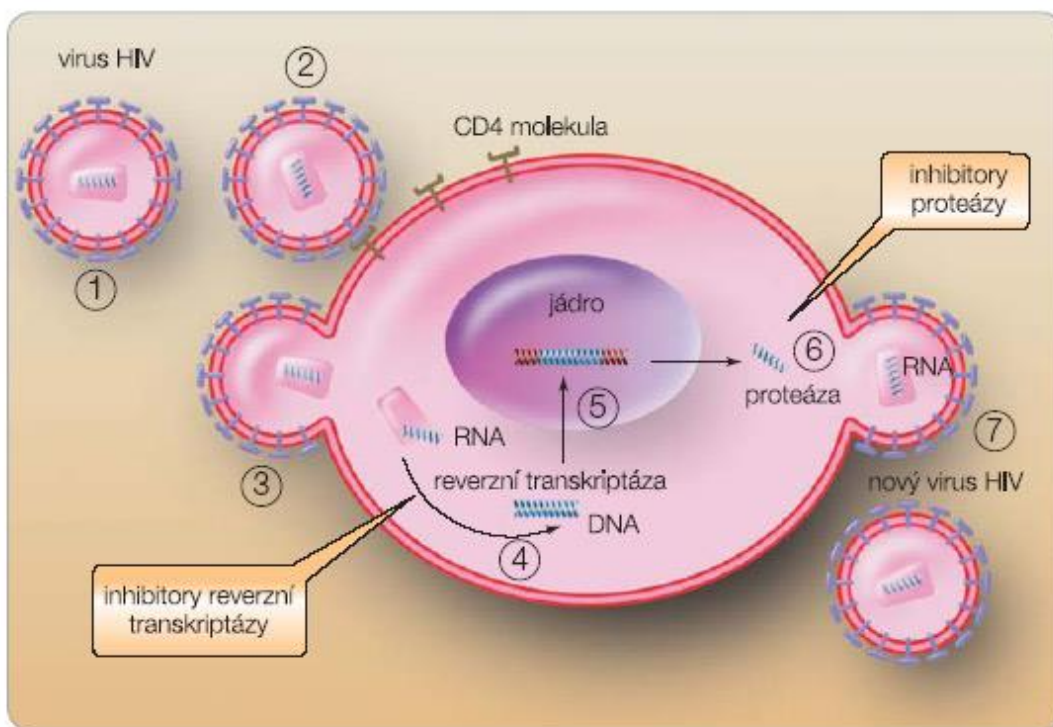
Třetí fází HIV infekce je již samotné onemocnění AIDS, kdy imunitní systém člověka je již značně poškozen a jeho účinnost je tedy velmi oslabena. Onemocnění AIDS v sobě zahrnuje tři skupiny symptomů – oportunní infekce, nádorová onemocnění a další projevy (neurologické potíže).

- Oportunní infekce jsou vyvolány takovými mikroorganismy, které u zdravého člověka nevyvolají žádné onemocnění. U pacienta s AIDS mohou tyto infekce vést až ke smrti pacienta. Jejich projevy se liší v závislosti na mikroorganismu a postiženém orgánu. Nejčastěji jsou zasaženy plíce, trávicí soustava, mozek a kůže.
- Nejčastějším nádorovým onemocněním, které postihuje 35% pacientů s AIDS je Kaposiho sarkom. Jedná se o léze, které postihují kůži, lymfatické uzliny a téměř všechny vnitřní orgány.
- Mezi další projevy nemoci HIV, mimo různých neurologických postižení (výpadky paměti, snížení ostrosti zraku, psychotické chování), patří zejména syndrom chřadnutí, který se běžně vyskytuje například v Africe. (Česká společnost AIDS pomoc)

#### **4.4. Léčba HIV**

HIV virus je v podstatě RNA obalený několika proteiny. V této RNA je zakódováno přibližně osm genů, které jsou klíčové pro rozmnožování viru. Virus HIV k svému rozmnožování používá živočišnou buňku jako hostitele, aby sám nemusel spotřebovávat vlastní energii na produkci enzymů, které jsou k jeho rozmnožování nezbytné. Vlastní geny potřebuje pouze k tomu, aby donutil hostitelskou buňku vyrábět co nejvíce kopií vlastní RNA. To znamená, že jako léčiva se hledají sloučeniny, které dokážou činnost těchto specifických virových enzymů zablokovat. Replikační cyklus viru je schematicky znázorněn na obr. 1.

Obrázek 1: Replikační cyklus viru HIV s vyznačenými místy terapeutického působení



**Obr. 1** Replikační cyklus viru HIV s vyznačenými místy terapeutického působení

1 – volný virus HIV; 2 – vazba a fúze: virus se váže k CD4 molekule a fúzuje s ní; 3 – infekce: virus penetruje do hostitelské buňky a vyprázdňuje svůj obsah; 4 – reverzní transkripce: jednovláčková virová RNA je konvertována na dvouvláčkovou DNA enzymem reverzní transkriptázou; 5 – integrace: virová DNA je enzymem integrázou začleněna do vlastní buněčné DNA; 6 – transkripce: při dělení infikované buňky je virová DNA „čtena“ a syntetizují se proteiny, jejichž řetězce se spojují; 7 – zrání: nezralá virová částice se osamostatňuje a dozrívá.

Převzato z: Marie Staňková, Venuše Skokanová: Historie a perspektivy antiretrovirové terapie infekce HIV/AIDS 2007

Mezi lety 1981-1986 většina infikovaných pacientů umírala do dvou let na oportunní infekce. Ovšem dobré klinické výsledky, a zároveň etické důvody, vedly v roce 1987 k předčasnému ukončení klinických testů. Prvním účinným lékem na HIV byl Azidothymidin (AZT), častěji nazývaný Zidovudin. Přestože má tento lék četné a vážné vedlejší účinky, používá se pro léčbu dodnes. Tento lék patří do skupiny tzv. inhibitorů reverzní transkriptázy, to znamená, že zpomaluje účinek enzymu (reverzní transkriptáza), který je zodpovědný za přepis RNA viru do DNA lidské buňky. Velkým přínosem tohoto léku bylo významné snížení přenosu infekce HIV z matky na dítě (z 25% na 8%). Preventivní léčba AZT HIV pozitivních žen byla ve vyspělých zemích zavedena v roce 1994. (Staňková M., 2007)

V současné době se nejvíce používá kombinovaná léčba, kdy je pacient léčen dvoj – nebo trojkombinací antiretrovirových léků. Kombinace těchto léků je u každého pacienta individuální. Pro tyto kombinace léčiv byl zaveden termín HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy – vysoce účinná antiretrovirová terapie). Tato terapie významně snížila úmrtnost HIV pozitivních pacientů. Na druhou stranu dlouhodobá HAART vede k multirezistenci na ART léčbu. (Staňková M., 2007)

Český vědec prof. RNDr. Antonín Holý, DrSc. z Ústavu organické chemie a biochemie Akademie věd ČR a jeho tým stojí za objevením nukleosidového inhibitoru reverzní transkriptázy – tenofoviru, který byl v roce 2001 schválen pro klinické použití. Toto léčivo patří mezi nejnovější přípravky, které zabraňují spojení viru s hostitelskou buňkou. Nevýhodou těchto nových léků je injekční aplikace 2x denně a vysoká cena. Používá se tedy jako „záchranný“ lék. (Staňková M., 2007)

Léčba ART a následné zlepšení imunitního systému pacientů oddaluje výskyt oportunních infekcí, které jsou jednou z hlavních příčin úmrtnosti pacientů s onemocněním HIV/AIDS. Některé oportunní infekce však změnil svůj průběh a dokonce se i vyskytla i nová oportunní onemocnění. (Staňková M., 2007)

## **5. Epidemie HIV/ AIDS ve východní Africe**

### **5.1. Východní Afrika**

Oblast východní Afriky je jako součást Subsaharské Afriky nejvíce postiženým světovým regionem epidemií HIV/ AIDS.

Data pro východní Afriku signalizují, že se hodnota prevalence v posledních letech stabilizuje, v některých oblastech dokonce klesá. Keňa, Tanzanie a Uganda nicméně stále vykazují prevalenci vyšší než 5% (USAID, 2010). Hodnoty se významně liší při detailním pohledu na jednotlivé demografické skupiny. Nejčastějším způsobem přenosu je heterosexuální styk, kdy muž nakazí svoji partnerku. Právě vícečetné paralelní vztahy jsou hlavní výzvou v boji proti epidemii HIV/AIDS.

Ženy a dívky jsou nejohroženější skupinou obyvatel východní Afriky. Hodnoty prevalence jsou u žen až několikanásobně vyšší než u mužů. Určitá statistická chyba může být způsobena faktem, že těhotné ženy jsou stále častěji testovány v rámci prevence přenosu viru HIV z matky na dítě, propast mezi pohlavím je ovšem hluboká. Ženy jsou virem více ohroženy jak po biologické tak po společenské stránce. Ženy a dívky jsou stále v postavení, kdy zažívají omezenou autonomii v rozhodování (použití kondomu), také sexuální násilí je významným rizikovým faktorem. (USAID)

### **5.2. Historické ohlédnutí**

Zřejmě první případ nákazy virem HIV byl zaznamenán na počátku 80. let v distriktu Rakai v jižní Ugandě.

Na konci 80. let, kdy se epidemie začala již masově šířit, hledali vědci důvod, proč tomu tak je a nabízeli mnohé velmi předpojaté důvody. Vysvětlovali například, že virus přeskočil na lidi z opic, se kterými Afričané provozují sex. Jiní viděli důvod ve způsobech, jakými se v Africe opičí krve používá. Někteří vědci jako například Rushing se vydávali na výzkumné expedice za účelem odhalit a usvědčit homosexuální komunity. Po svém neúspěchu přehodnotil „afrického homosexuála“ na „afrického bisexuála“ (Kalipeni E., 2005).

Strach, aby taková etnocentrická vysvětlení nepoškodila zahraniční obchod a turistický ruch konkrétních zemí, dohnal některé africké představitele k odmítnutí a popření epidemie HIV/AIDS na svém území. Keňa odmítla přidělovat víza zahraničním novinářům a zvěsti o epidemii označila jako štvavou kampaň. Ministerstvo zdravotnictví podhodnocovalo údaje o epidemii až do roku 1986, kdy byla o HIV/AIDS vydána informační brožura. Výsledkem takové politiky byla téměř 100% seropozitivita mezi sexuálními pracovníky v Nairobi v roce 1990 (Kalipeni E., 2005).

Důrazná mezinárodní odpověď na epidemii přišla až v roce 1995, kdy se pod střechou Organizace světových národů vytvořilo nové těleso pojmenované UNAIDS (Joint United Nations Program on HIV/AIDS). Hlavní důvod, proč tento orgán spatřil světlo světa, byl spíše prozaický. Epidemie HIV/AIDS se v polovině 90. let značně rozšířila na nová území - do Indie, bývalého Sovětského svazu a do Číny. Jedná se o regiony se zvláštním významem pro Spojené státy americké, které zdejší boj proti epidemii pochopily jako otázku národní bezpečnosti a proto se zasadily o vytvoření nového koordinačního tělesa při OSN. Touto dobou již bylo onemocnění HIV/AIDS široce rozšířeno po centrální, východní a jižní Africe, nicméně Afrika nadále zůstala na pokraji všeobecného zájmu (Kalipeni E., 2005).

Přestože se na sjednocený mezinárodní boj proti epidemii čekalo velmi dlouho, národní odezvy přišly v podobě programů National AIDS Control zaštiťovaných zpravidla ministerstvy zdravotnictví již na konci 80. let.

V polovině 90. let byla objevena antiretrovirální terapie a otázka HIV/AIDS začala ustupovat do pozadí, a to zřejmě z toho důvodu, že většina aktivistů (kteří byli sami HIV pozitivní) zjistila, že může žít delší a plnohodnotný život. Terapie ovšem byla pro většinu zasažených obyvatel Afriky nedostupná. V té době se její cena pohybovala okolo 15 000 dolarů na osobu na rok. Dnes jsou ceny výrazně nižší, a přesto zaznívá názor, že její ceny jsou řízeny především farmaceutickými společnostmi. Susan Craddock (profesorka z University of Minnesota) předkládá i domněnku, že kapacita na vytvoření účinného léku již existuje, nicméně nadnárodní společnosti nemají zájem investovat do projektu s minimální návratností, sice převážně do pacientů převážně třetího světa. Napomáhá jim fakt, že virus HIV velmi rychle v lidském těle mutuje a je tak obtížné vytvořit látku, která by byla napřed. (Kalipeni E., 2005)

V reakci na cenu ART začaly necírkevní organizace propagovat kondomy jako hlavního nepřítele přenosu viru HIV. Navzdory informačním kampaním zaměřeným na použití kondomu a jeho vlivu na šíření sexuálně přenosných nemocí, se jeho používání nedalo dlouho prosadit. Od roku 1988/9 do roku 2001 se procento ugandských žen, které pravidelně používají kondom, zvýšilo z 0,8 na 6,9%. Nutno podotknout, že tato hodnota je společná pro ženy se stálým i náhodným sexuálním partnerem. Žen, které se při sexu s náhodným partnerem chránily kondomem, bylo v roce 2001 pouhých 37,8% (Uganda Bureau of Statistics (UBOS) and ORC Macro, 2001).

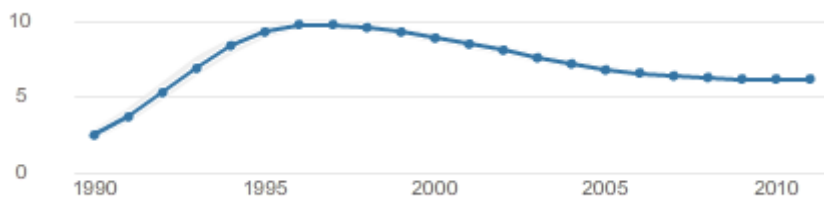
Důvodů, proč se používání kondomů neujalo, lze nalézt několik. Patří mezi ně například prevence početí, stud při koupi i užití, nebo pocit „mě se to stát nemůže“. Mimo to se striktně proti staví i některé náboženské skupiny (křesťanské i muslimské). Kondomy považují za propagaci promiskuity a jedinou správnou cestu, jak se vyhnout HIV/AIDS, vidí v přísné monogamii v manželství a sexuální abstinenci mezi svobodnými. Hlava římsko-katolické církve, papež Benedikt XVI., vzal kondomy na milost až v roce 2010 za předpokladu, že záměrem bude snížit riziko infekce.

### **5.3. Keňa**

První případy AIDS se v Keni vyskytly již na počátku 80. let, uvádí se, že mezi lety 1983 a 1985 onemocnělo 26 lidí. Nejhůře zasaženou skupinou byli nejhůře zasaženou skupinou pracovníci v oblasti sexuálních služeb s prevalencí 59% jen v Nairobi. HIV/AIDS se rychle šířilo a keňské úřady byly obviněny z podceňování epidemie, díky obavám, že se strach z epidemie výrazně dotkne turismu jako jednoho z pilířů keňské ekonomiky. V roce 1994 počet zemřelých na AIDS překročil hranici 100 000 a brzy odhady začaly hovořit o 10% prevalenci mezi dospělými. Teprve v roce 1999 byl založen National AIDS Control Council, který koordinuje všechny aktivity spojené s prevencí a poskytováním péče a podpory o HIV pozitivní obyvatel. Prevalence HIV pozitivních se ve druhé polovině 90. let začala postupně snižovat, až se v současné době ustálila na hodnotě 6,2%. V roce 2011 žilo v Keni 6,2% HIV pozitivních obyvatel ve věku 15-49, to znamená přibližně 1,6 milionů obyvatel. Podrobná data jsou zobrazena v grafech UNAIDS na obrázku 2 a 3. (AVERT)

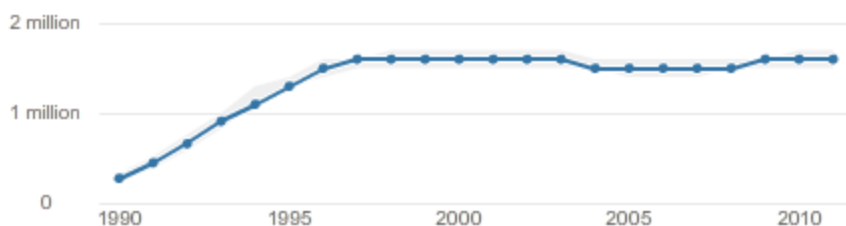


Obrázek 2: Prevalence HIV (15-49) v Keni v letech 1990-2011 v %



Převzato: UNAIDS: AIDSinfo, 2012.

Obrázek 3: Počet obyvatel žijících s HIV/ AIDS v Keni v letech 1990- 2011



Převzato: UNAIDS: AIDSinfo, 2012.

### 5.3.1. Prevence přenosu viru HIV

Hlavním způsobem přenosu viru HIV je homosexuální kontakt. Studie v roce 2009 dokonce dokázala, že nejčastějším způsobem přenosu HIV je manželský styk, kdy jeden z partnerů je HIV pozitivní a druhý je negativní. Prevence se tedy stejně jako v Tanzanii zaměřuje na tři hlavní aspekty chování: 1) používání kondomů, 2) omezení počtu sexuálních partnerů nebo věrnost jednomu partnerovi, 3) odsunutí počátku sexuálního života (abstinence). (AVERT)

Data z DHS 2008-09 ukazují velmi vysokou znalost prevence, 92 % žen a 93 % mužů ví, že jejich šance na infekci HIV se výrazně snižuje, pokud se omezí na sex pouze s jedním partnerem. 88 % žen a 90 % mužů uvedlo i možnost sexuální abstinence. Používání kondomů jako prevence přenosu viru za ostatními daty lehce zaostává – pouze 75% žen a 81 % mužů ví i o této možnosti (Kenya National Bureau of Statistics, 2010).

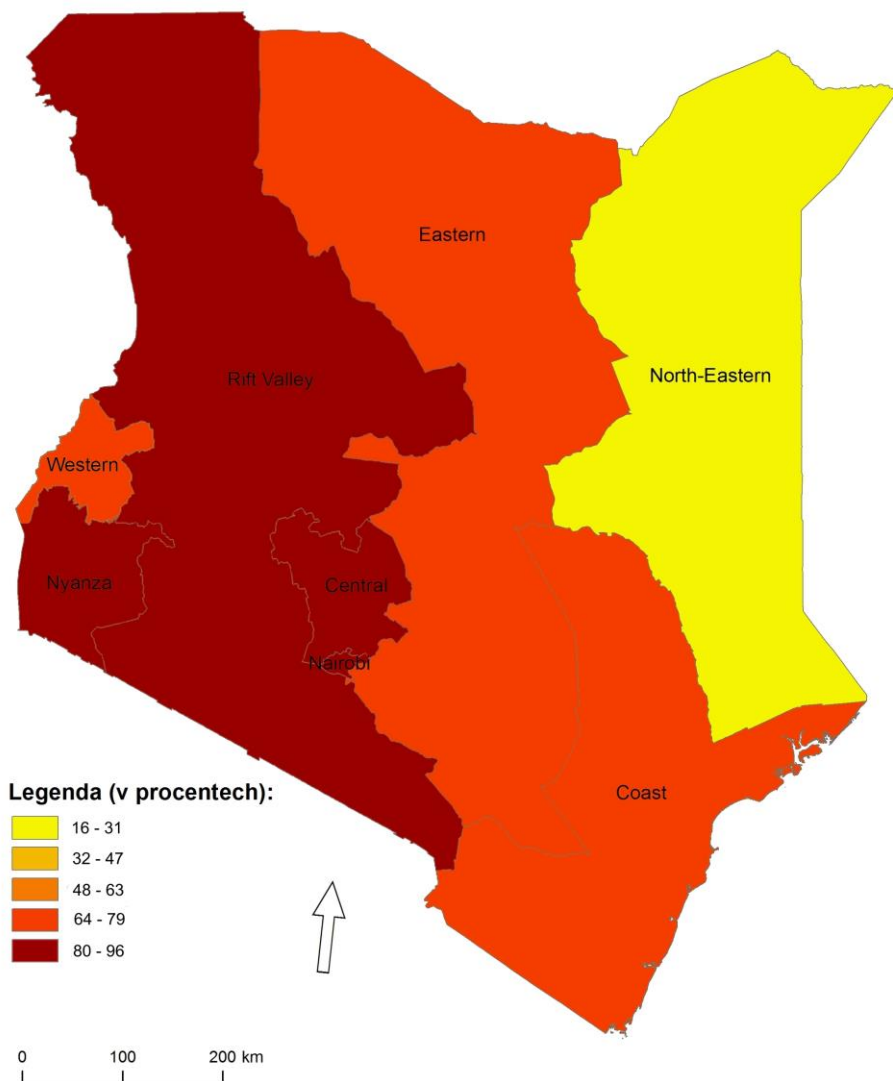
Výzkum ukázal velké rozdíly mezi znalostmi venkovského a městského obyvatelstva, zvláště v případě používání kondomů dosahuje rozdíl kolem 10%. Nejvíce zřetelné jsou

ovšem, vezmeme-li v úvahu vzdělání respondentů. Ženy i muži bez vzdělání uvedli možnost chránit se kondomem ve 45% případů, kdežto ženy se středním a vyšším vzděláním znají ochranu kondomem v 82% a muži v 87%. V ostatních otázkách se rozdíl mezi obyvateli bez vzdělání a obyvateli se středním a vyšším pohybuje v rozmezí 14 -17%. Extrémně se data liší především v případě regionů. Pro ilustraci provincie Nairobi dosahuje takovýchto čísel: používání kondomů 86% žen a 95% mužů, omezení počtu sexuálních partnerů 95% ženy a 91% muži, sexuální abstinence 88% ženy a 96% mužů. Oproti těmto vysokým údajům stojí provincie North Eastern, kde se o kondomech dovědělo pouze 17% žen a 23% mužů. Údaje za abstinenci a zredukování počtu partnerů se pohybují kolem 78%. Podrobná data lze nalézt na obr. 4 a 5 níže. (Kenya National Bureau of Statistics, 2010)

Úroveň vzdělání se od DHS 2003 velmi zlepšila, nejmarkantnější je nárůst ve znalosti kondomů. Ty v roce 2003 uvedlo 61% žen a 72% mužů, v roce 1998 dokonce jen 38% žen a 49% mužů. Mezi lety 1998 a 2003 byl zaznamenán i výrazný nárůst vědomostí v oblasti sexuální abstinence a omezení počtu partnerů. Tyto hodnoty se zvýšily ve většině případů o 50% (Kenya National Bureau of Statistics, 2003, 1998).

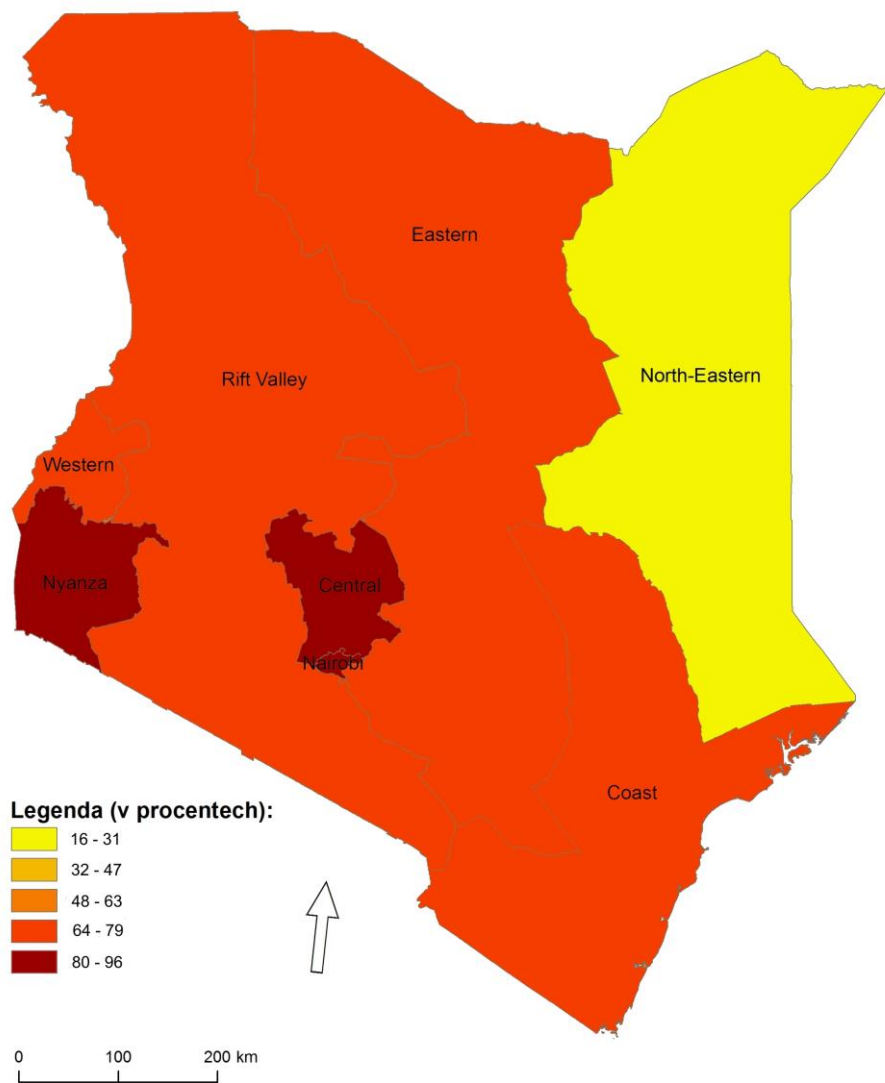
Obrázek 4: Znalost preventivních metod- použití kondomů (muži 2009), Keňa

### Znalost preventivních metod - použití kondomů (muži 2009)



Zdroj: Kenya National Bureau of Statistics, 2010

### Znalost preventivních metod - použití kondomů (ženy 2009)



Zdroj: Kenya National Bureau of Statistics, 2010

### **5.3.2. Odmítnutí omylů o HIV/ AIDS**

Účastníci výzkumu DHS 2008-09 byli tázáni na standardní otázky ohledně běžných omylů a falešných představ jako v ostatních zkoumaných státech.

Data ukazují, že se daří bojovat proti předsudku, že zdravě vypadající osoba nemůže být nakažena HIV/ AIDS. V obecné populaci to zamítlo 90% žen a 92% mužů. Poměrně dobré výsledky přinesla i otázka, zda je možné získat infekci sdílením jídla s nakaženou osobou. Záporně, a tedy správně, se vyjádřilo 87% žen a 90% mužů. Propad však nastává u výroku, že HIV/ AIDS se nepřenáší komářím bodnutím, s tím souhlasilo pouze 72% žen a 77% mužů (Kenya National Bureau of Statistics, 2010).

Rozdíl mezi venkovským a městským obyvatelstvem se pohybuje v rozmezí 5 -10% u žen a 4 -13% u mužů. Především muži na vesnici jsou ovlivněni pověrami, každý čtvrtý muž věří, že HIV/AIDS se lze nakazit bodnutím komára. Tato víra je rozšířena i mezi méně vzdělaným obyvatelstvem. 86% žen a 88% mužů se středním a vyšším vzděláním se nedává zmýlit, což je více jak dvojnásobek než respondentů bez vzdělání. Velmi vysoký počet žen (97%) a mužů (98%) se středním a vyšším správně odpovědělo, že zdravě vypadající osoba může být nakažena HIV/AIDS. Podobně vysoká čísla byla zaznamenána i v případě sdílení jídla (93% ženy, 95% muži). Údaje za obyvatele bez vzdělání se běžně liší až o 30%. Běžný rozdíl mezi regiony se pohybuje maximálně do 10%, mezi nejlepšími se opět pohybuje provincie Nairobi, dále pak Central nebo Nyanza. Avšak provincie North Eastern je opět velmi výrazně pozadu, pouze 55% žen a 69% mužů chápe, že zdravě vypadající osoba může být nakažena, 54 a 63% obyvatel ví, že HIV/ AIDS se nepřenáší bodnutím komára, a 63 a 84% lidí ví, že se nenakazí ani sdílením jídla s nakaženým (Kenya National Bureau of Statistics, 2010).

### **5.3.3. Komplexní znalost o způsobech přenosu viru HIV/AIDS**

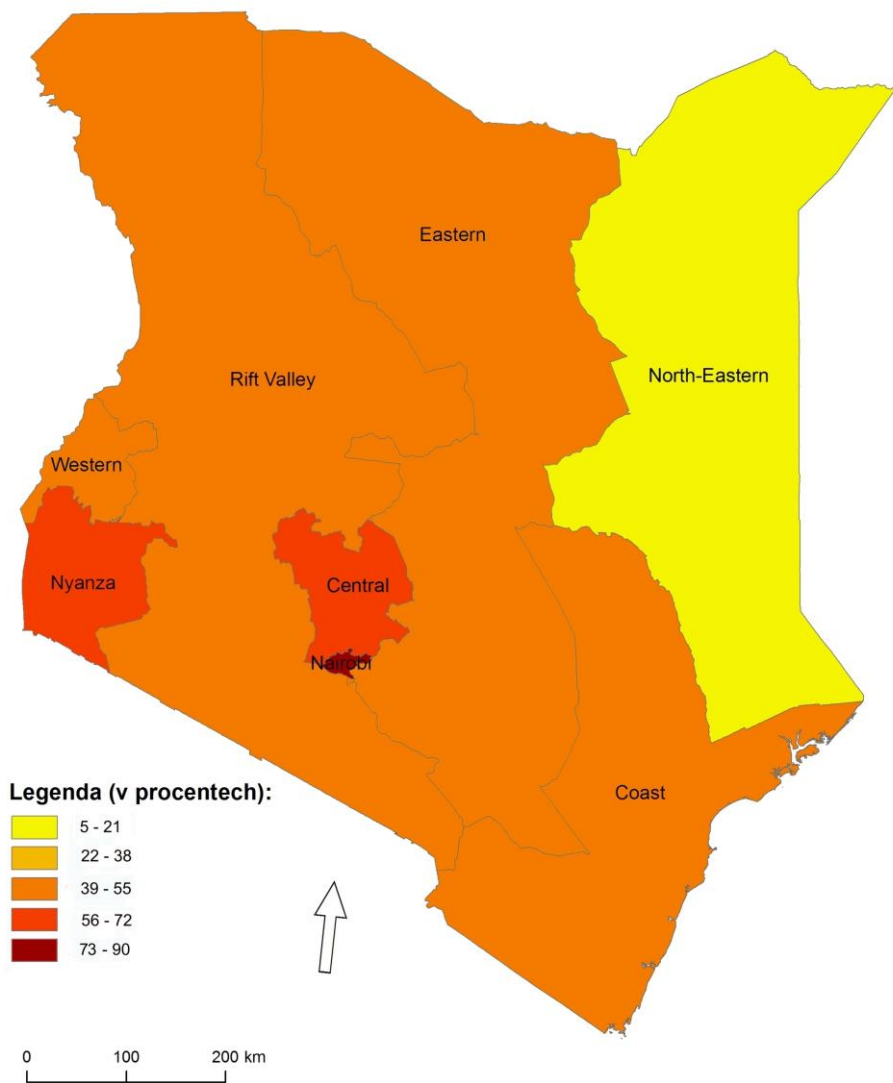
Komplexní znalost o způsobech přenosu viru HIV/AIDS je velmi důležitým ukazatelem, který v sobě kombinuje znalost prevence a odmítnutí častých omylů. DHS 2008-09 ukázal, že takové znalosti má asi jedna polovina obyvatel Keni, konkrétně 49% žen a 56% mužů. To je

oproti roku 2003, za který jediný další jsou tato data dostupná, propadl o 2 a 9%. (Kenya National Bureau of Statistics, 2010)

Mezi městem a venkovem panuje výrazný rozdíl -62% žen a 70% mužů ve městech oproti 44 a 51% na venkově. Ještě vyšší rozdíl lze vysledovat v datech podle vzdělání obyvatel. 65% žen a 71% mužů se středním a vyšším vzděláním mají komplexní znalost prevence HIV/AIDS, to je více jak čtyřnásobek počtu obyvatel bez vzdělání, ti dosáhli pouze 14 a 15%. Provincie Nairobi opět dominuje žebříčku regionů s 67% žen s komplexní znalostí, respektive 77% mužů. Region North Eastern ve srovnání totálně propadnul s pouhými 5% žen a 13% mužů. Podrobná data lze nalézt na obr. 6 a 7. (Kenya National Bureau of Statistics, 2010)

Obrázek 6: Procento respondentů s komplexní znalostí (muži 2009), Keňa

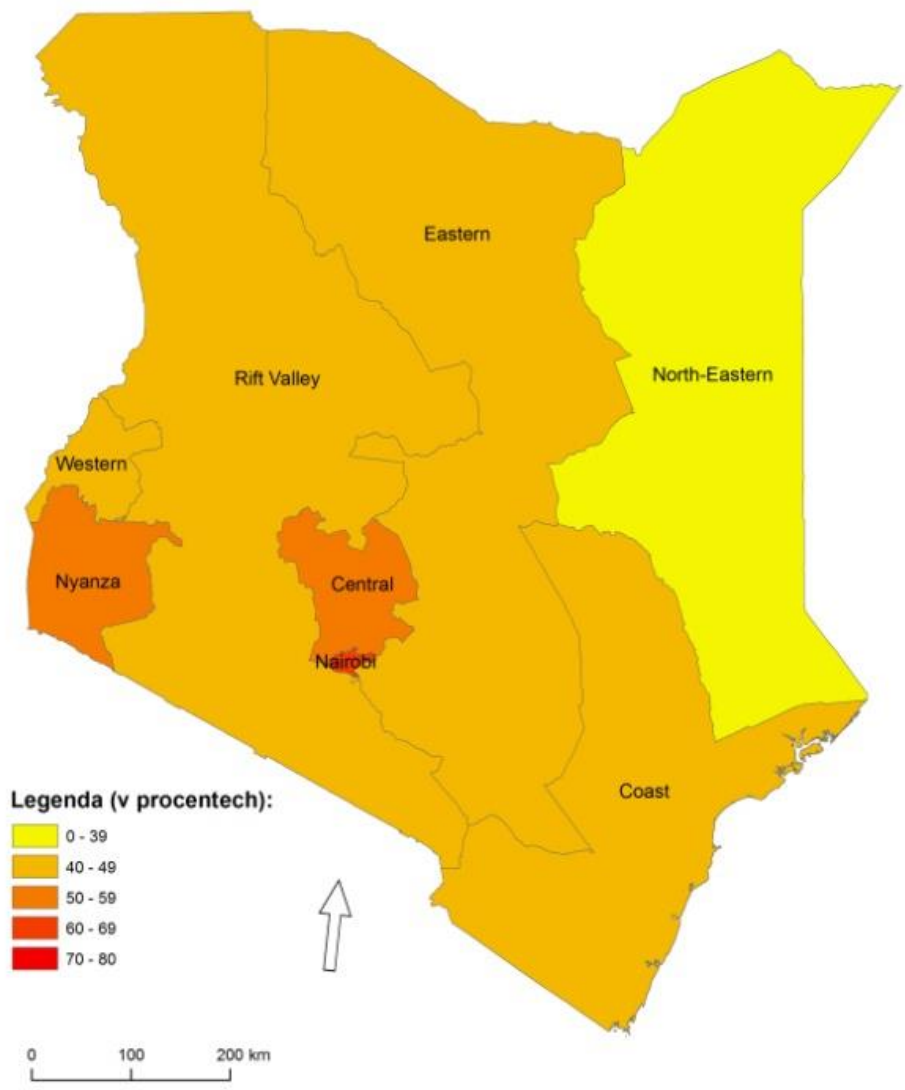
### Procento respondentů s komplexní znalostí (muži 2009)



Zdroj: Kenya National Bureau of Statistics, 2010

Obrázek 7: Procento respondentů s komplexní znalostí (ženy 2009), Keňa

### Procento respondentů s komplexní znalostí (ženy 2009)



Zdroj: Kenya National Bureau of Statistics, 2010



### 5.3.4. Prevence přenosu viru HIV z matky na dítě

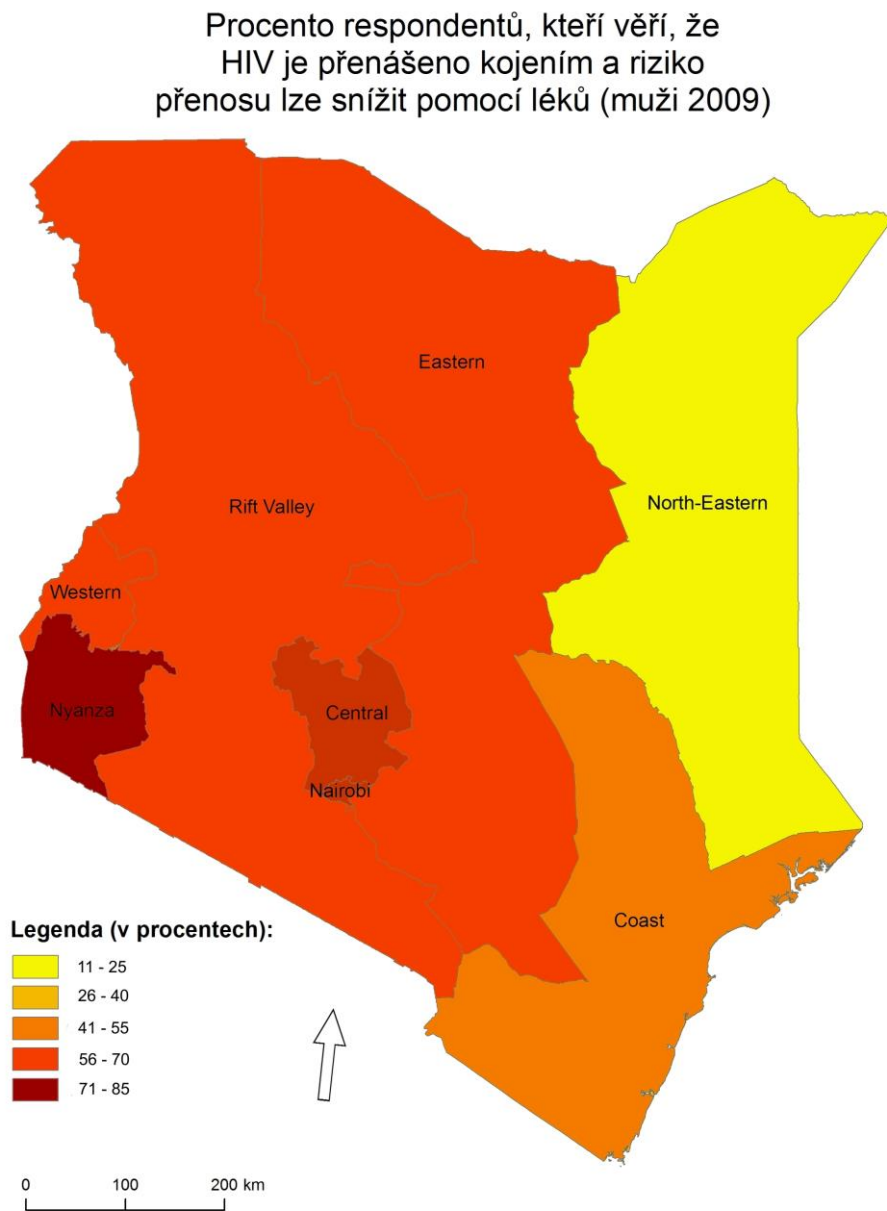
Míra přenosu viru HIV z matky na dítě je stále velmi vysoká. Antiretrovirové léky pro zabránění přenosu viru dostávalo v roce 2011 pouze 67% HIV pozitivních matek a Světová zdravotnická organizace odhaduje, že jedno z pěti dětí narozených HIV pozitivním matkám je také HIV pozitivní. V Keni žije s virem asi 220 000 dětí (2011). Tento fakt zřejmě stojí i za vysokou dětskou úmrtností. (AVERT)

Procento žen a mužů, kteří vědí, že se virus HIV přenáší kojením a že riziko přenosu během těhotenství lze snížit užíváním určitých léků, je relativně malé. Přesto se tyto hodnoty od roku 2003 podstatně zvýšily. Podle DHS 2008-09 odpovědělo na otázku o kojení správně 87% žen i mužů, kdežto v roce 2003 to bylo pouze 72% žen a 68% mužů. Ještě horších výsledků se výzkum dobral v otázce užívání léků během těhotenství. V této typicky ženské oblasti výsledek mužů (70%) o jedno procento předčil výsledek žen (69%). Kombinovaná znalost se jen málo liší -65% žen a 64% mužů dokáže jmenovat oba způsoby prevence přenosu viru HIV z matky na dítě (Kenya National Bureau of Statistics, 2010).

S výsledky DHS 2003 se tyto výsledky dají jen těžko srovnávat. O nebezpečí přenosu infekce během kojení vědělo o 15% méně žen (72%) a o 18% méně mužů (68%). Podíl obyvatel, kteří znali možnost ochrany plodu léky a od toho odvíjející se i kombinovaná znalost obou preventivních metod, byl v případě žen i mužů asi poloviční - 33% žen 38% mužů ochrana léky, 28% žen a 30% mužů kombinovaná znalost (Kenya National Bureau of Statistics, 2003).

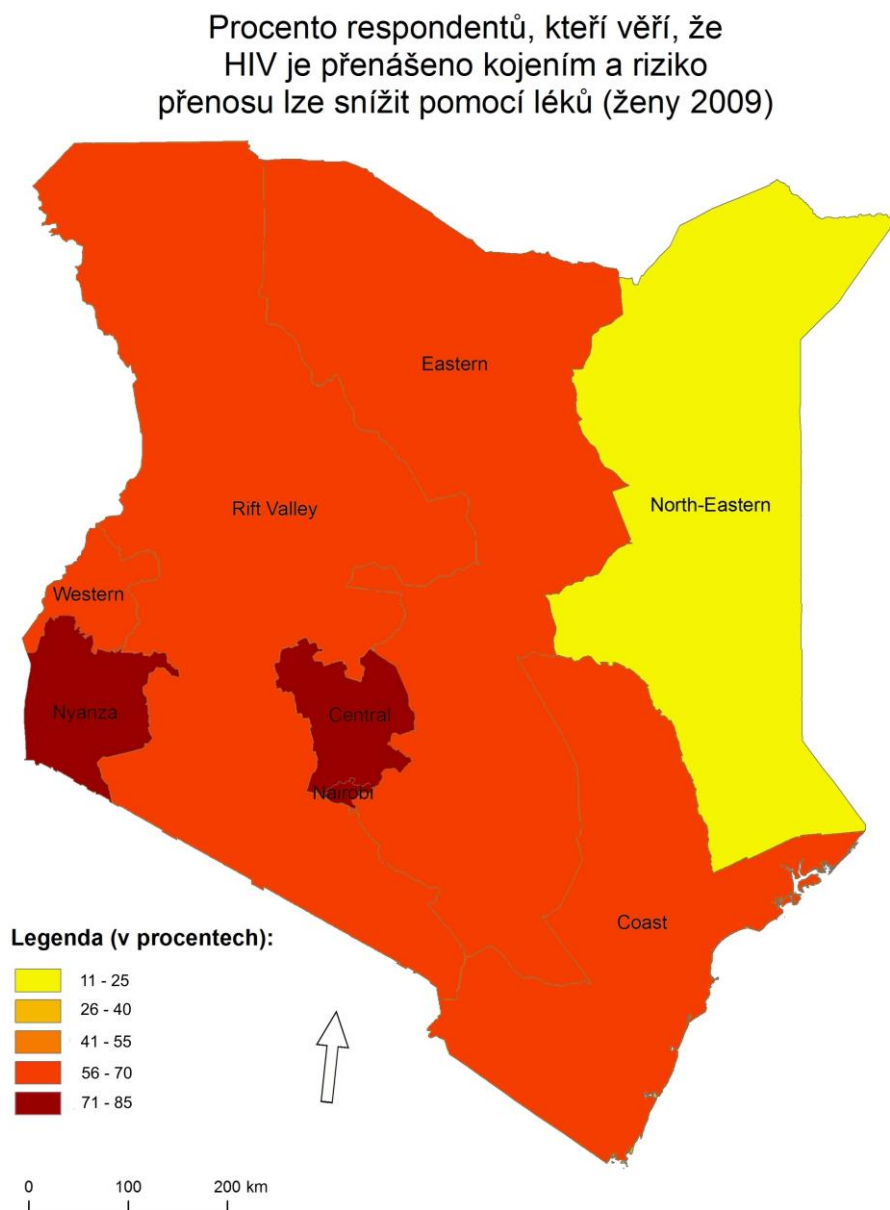
Venkovské obyvatelstvo tradičně ve svých vědomostech zaostává za obyvateli města, byť v tomto případě je rozdíl spíše zanedbatelný. Vyšší rozdíl lze vyzorovat jen u možnosti chránit nenarozené dítě léky. Mezi venkovskými a městskými ženami rozdíl dosahuje 11%, což je o 9% více, než jaký je rozdíl u mužů. Rozdíl mezi obyvateli bez vzdělání a těmi se střední a vyšší školou je v otázce kojení až 30% -64 k 93% u žen a 63 k 89% mezi muži. Možnost užívat léky zná pouze třetina nevzdělaných, stejný podíl obyvatel prokázal kombinovanou znalost. Regionům tradičně vévodí provincie Nairobi (ženy) a Nyanza (muži), opět propadl region North Eastern s pouhými 13% (ženy) a 19% (muži). Podrobná data lze nalézt na obr. 8 a 9. (Kenya National Bureau of Statistics, 2010)

Obrázek 8: Procento respondentů, kteří věří, že HIV je přenášeno kojením a riziko přenosu lze snížit pomocí léků (muži 2009), Keňa



Zdroj: Kenya National Bureau of Statistics, 2010

Obrázek 9: Procento respondentů, kteří věří, že HIV je přenášeno kojením a riziko přenosu lze snížit pomocí léků (ženy 2009), Keňa



Zdroj: Kenya National Bureau of Statistics, 2010

### 5.3.5. Postoje obyvatel vůči lidem s HIV/ AIDS

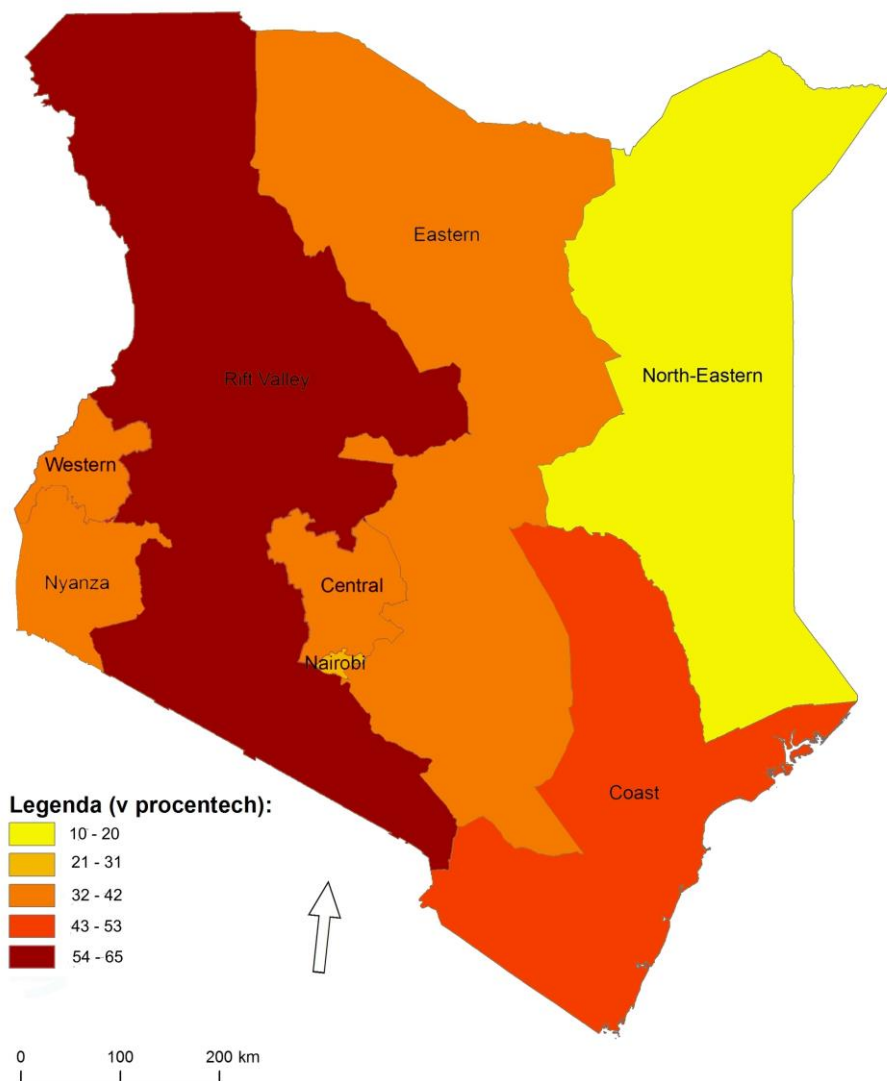
DHS 2008-09 pokládal respondentům stejné otázky, jako jsou obvyklé v jiných zemích. Stejně tak výsledky jsou na přibližně stejné úrovni. Přes 90% obyvatel by bylo ochotno se postarat o nemocného člena rodiny ve vlastní domácnosti. 68% žen a 80% mužů by si koupilo čerstvou zeleninu od prodavače s HIV/AIDS a 76% žen a 80% mužů souhlasí s tím, aby nakažená učitelka dále vykonávala svoji práci. Poměrně vysoké procento lidí by nedrželo v tajnosti nakaženého člena vlastní rodiny -54% žen a 69% mužů. 33% žen a 48% mužů souhlasí se všemi čtyřmi postoji. Podrobná data za obyvatelstvo, které souhlasí se všemi postoji vůči nakaženým lze nalézt na obr. 10 a 11. (Kenya National Bureau of Statistics, 2010)

Jediné srovnání nám poskytuje DHS 2003, oproti kterému se situace v Keni v mnohém zlepšila. Hlavně postavení nakažených učitelek se výrazně zvedlo. V roce 2003 schválilo HIV pozitivní učitelku pouhých 57% žen a 60% mužů, což je rozdíl o 20%. Průměrný rozdíl ostatních údajů je 6% (Kenya National Bureau of Statistics, 2003).

Zajímavé je srovnání obyvatel města a venkova. Podstatný rozdíl panuje v otázce nakažené učitelky a prodavače, zde mají venkované více předsudků. Ovšem v otázkách týkajících se člena rodiny je venkovské obyvatelstvo otevřenější- 55% venkovských žen by se netajilo nakaženým členem rodiny, ve městě je to pouze 52%. Dokonce 95% mužů z venkova by se o člena rodiny postaralo a 71% by se jím netajilo, ve městě takový názor zastává 92 a 64% mužů. Rozdíly podle vzdělání jsou opět nejmarkantnější v otázkách učitelky a prodavače. Obyvatelé se středním a vyšším vzděláním trpí předsudky nejméně, kolem 90% se vyjádřilo pozitivně. Ženy bez vzdělání souhlasily pouze ve třetině případů (muži v polovině) s prodavačem a jen kolem 40% žen by schválilo nakaženou učitelku. 76% mužů bez vzdělání by se netajilo nakaženým příbuzným, což je o 8% víc než muži se středním a vyšším vzděláním. Provincie Nairobi a Central (ženy) a Central a Rift Valley (muži) vévodí žebříčku regionů, na druhém konci se opět nachází provincie North Eastern s výrazně podprůměrnými výsledky především v otázce učitelky a prodavače. (Kenya National Bureau of Statistics, 2010)

Obrázek 10: Souhlasí se všemi postoji vůči nakaženým (muži 2009), Keňa

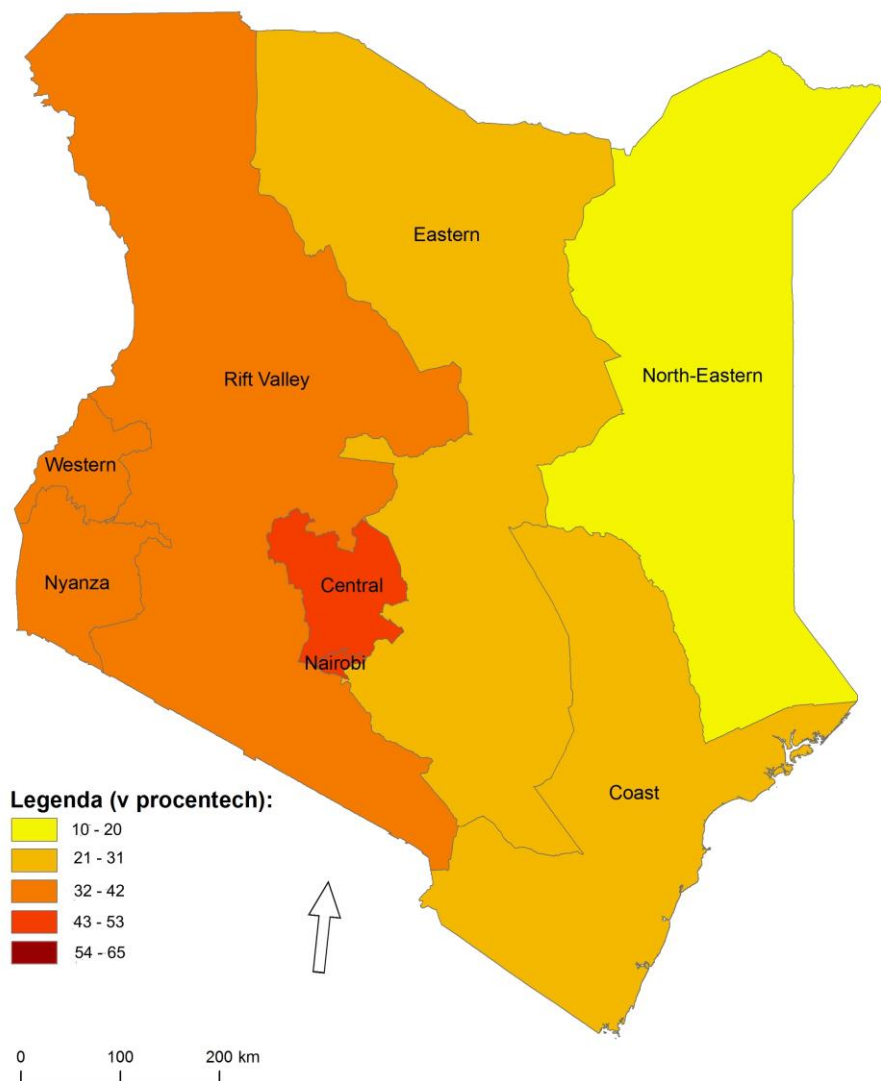
### Souhlasí se všemi postoji vůči nakaženým (muži 2009)



Zdroj: Kenya National Bureau of Statistics, 2010

Obrázek 11: Souhlasí se všemi postoji vůči nakaženým (ženy 2009), Keňa

### Souhlasí se všemi postoji vůči nakaženým (ženy 2009)



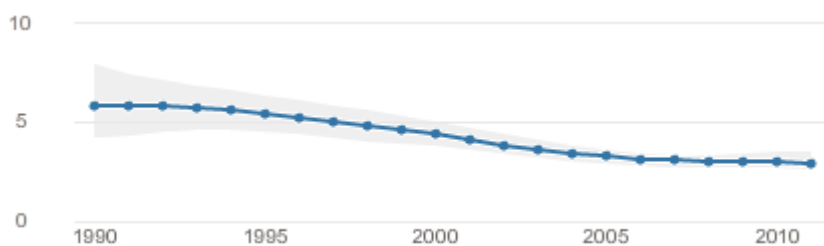
Zdroj: Kenya National Bureau of Statistics, 2010

## 5.4. Rwanda

První případy AIDS byly ve Rwandě zaznamenány v roce 1983 a reakce nečekala dlouho. Již v roce 1985 odstartovalo Ministerstvo zdravotnictví společně s Červeným křížem první screening darované krve v celé Africe, v roce 1986 byl zahájen vzdělávací program, který byl realizován rádiovým vysíláním, a konečně v roce 1987 byl založen National AIDS Program ve spolupráci se Světovou zdravotnickou organizací. První rwandské průzkumy v roce 1986 hovořily o výrazné nerovnoměrnosti mezi venkovským a městským obyvatelstvem. Na venkově se v té době měla prevalence HIV pozitivních pouze okolo 1%, ve městech přesahovala 17%. (E. Kayirangwa, 2006)

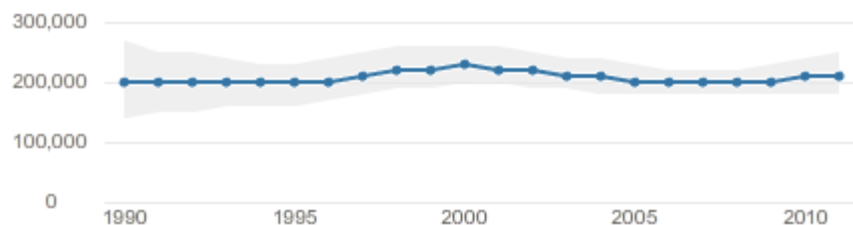
Podle oficiálních údajů UNAIDS prevalence HIV (15-49 let) pozvolna klesala od počátečních 5,8% v roce 1990 a od roku 2006 se ustálila na nynější hodnotě kolem 3%. Průběh od roku 1990 lze nalézt na obr. 12 níže, připojen je i graf počtu obyvatel žijících s HIV/AIDS na obr. 13.(UNAIDS)

Obrázek 12: Prevalence HIV (15-49) ve Rwandě v letech 1990-2011 v %



Převzato: UNAIDS: AIDSinfo, 2012.

Obrázek 13: Počet obyvatel žijících s HIV/ AIDS ve Rwandě v letech 1990- 2011



Převzato: UNAIDS: AIDSinfo, 2012.

### 5.4.1. Prevence přenosu viru HIV

Předběžná zpráva z DHS 2010 ukázala, že 91% žen a 92% mužů chápe, že používáním kondomů lze snížit riziko nákazy HIV/AIDS. Sex s pouze jedním nenakaženým a věrným partnerem považuje za prevenci 85% žen a 79% mužů, což je mírný pokles oproti roku 2005. Téma sexuální abstinence v předběžné zprávě zcela chybí.

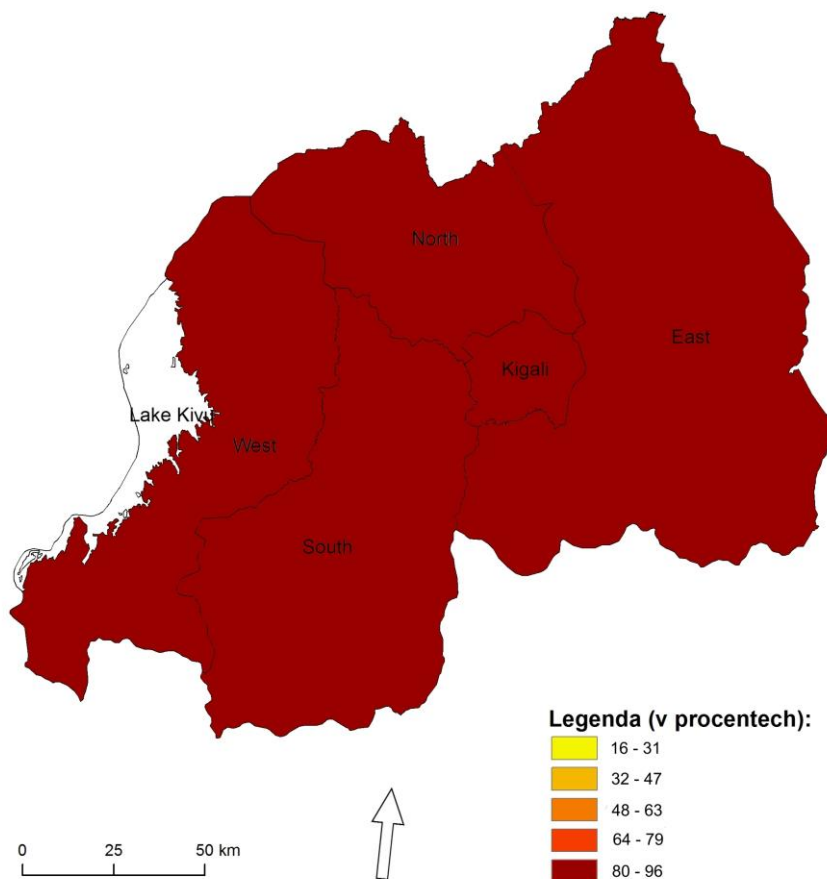
Podle DHS 2005 80% žen a 90% mužů ví, že snížit riziko přenosu viru HIV lze používáním kondomů. 87% žen i mužů dále uvedlo, že účinnou ochranou je zredukování počtu sexuálních partnerů na jediného nenakaženého. Sexuální abstinenci jako preventivní metodu rozpoznalo 82% žen a 88% mužů. Tato čísla jsou diametrálně odlišná, od zjištění DHS 2000, kdy prevenci použitím kondomu znalo pouhých 37% žen. Prevenci udržováním věrnosti pouze jednomu partnerovi znalo jen 21% žen a 14% mužů. (Rwanda Demographic and Health Survey 2005, 2006)

Znalost preventivních metod je mezi venkovskými ženami obecně nižší než ve městech. Nutno podotknout, že se nejedná o žádné zásadní rozdíly, odchylka se zpravidla vejde do 5%. Zajímavostí je, že v roce 2005 venkovští muži porazili města ve znalosti všech tří preventivních metod. Rozdíl byl opět maximálně 5%. Ani vzdělání nedělá mezi obyvateli rozdíly. Výjimkou jsou ženy bez vzdělání s 88% znalostí kondomů, stejnou metodu znalo 95% žen se středním a vyšším vzděláním. Ostatní ukazatele vykazují přibližně stejnou hodnotu. Znalost metody sexuální abstinence byla v roce 2005 rozšířenější mezi ženami i muži s nižším vzděláním. Nejslabším regionem je provincie West, kde znalost kondomů klesá pod 90%, nicméně se stále drží v průměru. Znalost preventivních metod je ve Rwandě na vysoké úrovni i v porovnání s ostatními státy východní Afriky. Proto jsou na obr. 14 a 15 všechny regiony vyznačeny pouze jednou barvou. (Rwanda Demographic and Health Survey 2005, 2006)



Obrázek 14: Znalost preventivních metod- použití kondomů (muži 2010), Rwanda

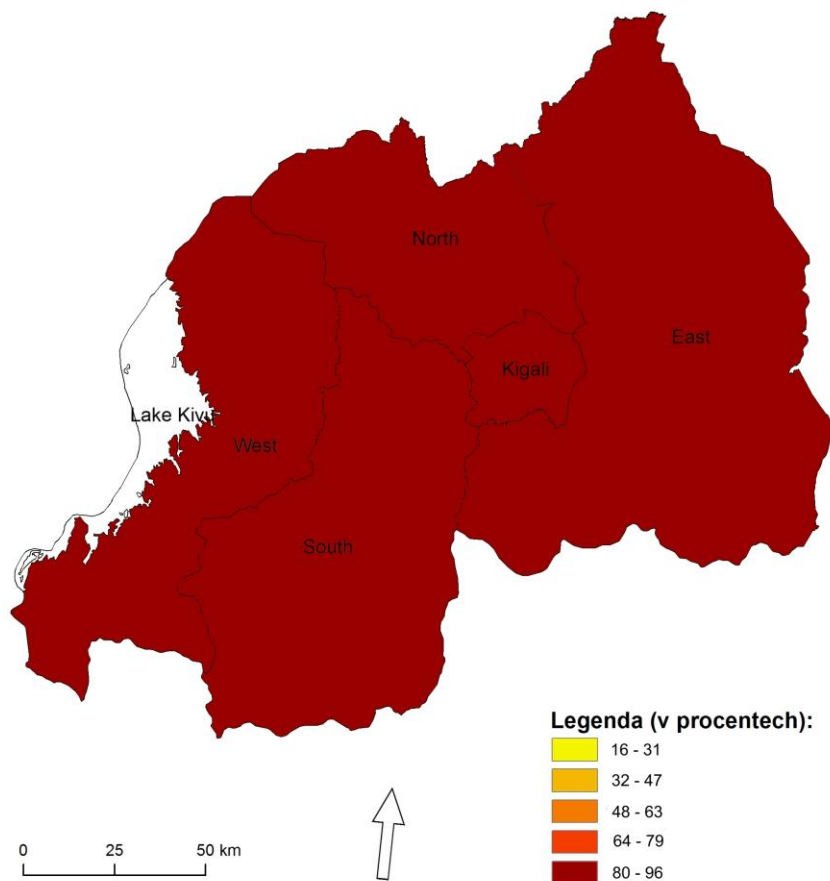
### Znalost preventivních metod - použití kondomů (muži 2010)



Zdroj: Rwanda Demographic and Health Survey 2005, 2006

Obrázek 15: Znalost preventivních metod- použití kondomů (ženy2010), Rwanda

### Znalost preventivních metod - použití kondomů (ženy 2010)



Zdroj: Rwanda Demographic and Health Survey 2005, 2006

## 5.4.2. Odmítnutí omylů o HIV/ AIDS

DHS 2005 odhalilo, že 84% žen a 92% mužů ví, že i zdravě vypadající osoba může být nakažena HIV/AIDS. Otázka na přenos komáří kousnutím tradičně dělala největší problém, správně na ni odpovědělo 81% žen a 76% mužů. Naopak nejvíce obyvatel Rwandy odmítlo možnost, že by se HIV/AIDS přenášelo nakaženým jídlem, 89% žen a 92% mužů. (Rwanda Demographic and Health Survey 2005, 2006)

Minulé ročníky DHS, za které jsou dostupná data, tedy DHS 2000 se věnuje pouze prvnímu z omylů. 20% žen a 15% mužů uvedlo, že i zdravě vypadající osoba může být nakažena, jedná se o více jak 60% propad. (Rwanda Demographic and Health Survey 2005, 2006)

V rozeznávání omylů se již projevují určité odlišnosti. Oproti 94% žen z města ví pouze 82% venkovanek, že i zdravě vypadající osoba může být nakažena HIV/AIDS. Podobný rozdíl panuje v otázce komářího bodnutí mezi muži - 87% mužů z měst ví, že takový přenos není možný, stejnou znalost má o 11% venkovanů méně. Zbylá data se pohybují v odchylce asi 6%. Velmi výrazné rozdíly, kolem 20%, přináší srovnání podle úrovně vzdělání. Ženám dělala největší problém otázka se zdravě vypadající osobou -98% žen se středním a vyšším vzděláním ji zvládlo, ovšem žen se základním vzděláním byly jen necelé tři čtvrtiny. Muži selhali v otázce komářího kousnutí. 93% mužů s vyšším vzděláním odmítlo názor, že by se mohlo jednat o jednu z cest přenosu HIV/AIDS, muži se základním vzděláním dokázali správně odpovědět pouze v 64% případů. Patrné jsou rozdíly i mezi regiony. Jednoznačně nejslabšími provinciemi jsou West a North, naopak vyniká (i když nijak výrazně) provincie Kigali. (Rwanda Demographic and Health Survey 2005, 2006)

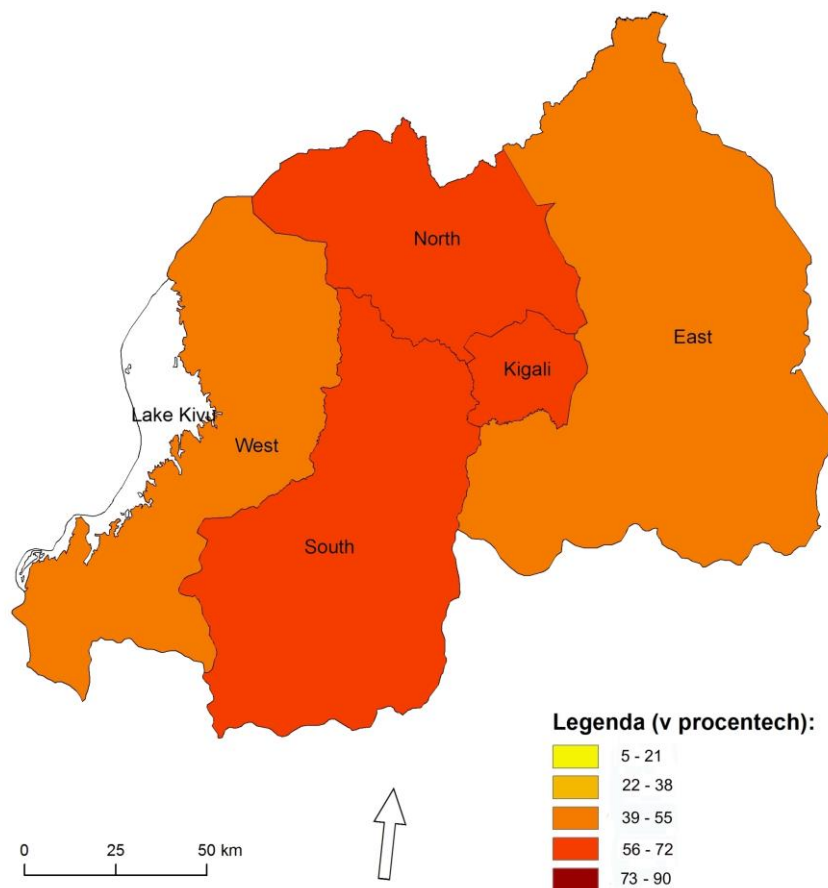
### **5.4.3. Komplexní znalost o způsobech přenosu viru HIV/ AIDS**

Obyvatelé Rwandy prokázali nejvyšší komplexní znalosti o způsobech přenosu viru HIV/AIDS ze všech čtyř sledovaných států. 54% žen a 58% mužů je velmi slušný výsledek. DHS v roce 2000 takové informace bohužel nezjišťovalo, není tedy žádná možnost srovnání. (Rwanda Demographic and Health Survey 2005, 2006)

V porovnání města s venkovem jasně vítězí městské oblasti s 64% žen a 63% mužů s komplexní znalostí. Nejvyšší rozdíl lze ovšem najít porovnáním obyvatel podle vzdělání. Výsledky shodné za ženy i muže říkají, že souhrnnou znalost má 42% obyvatel bez vzdělání a 73% obyvatel se středním a vyšším vzděláním. Z regionů dominuje Kigali city (66%) mezi ženami a provincie South (67%) mezi muži. Nejnižšího skóre opět dosáhla provincie West se 40% žen a 47% mužů. Podrobnou mapu lze nalézt na obr. 16 a 17 níže. (Rwanda Demographic and Health Survey 2005, 2006)

Obrázek 16: Procento respondentů s komplexní znalostí (muži 2005), Rwanda

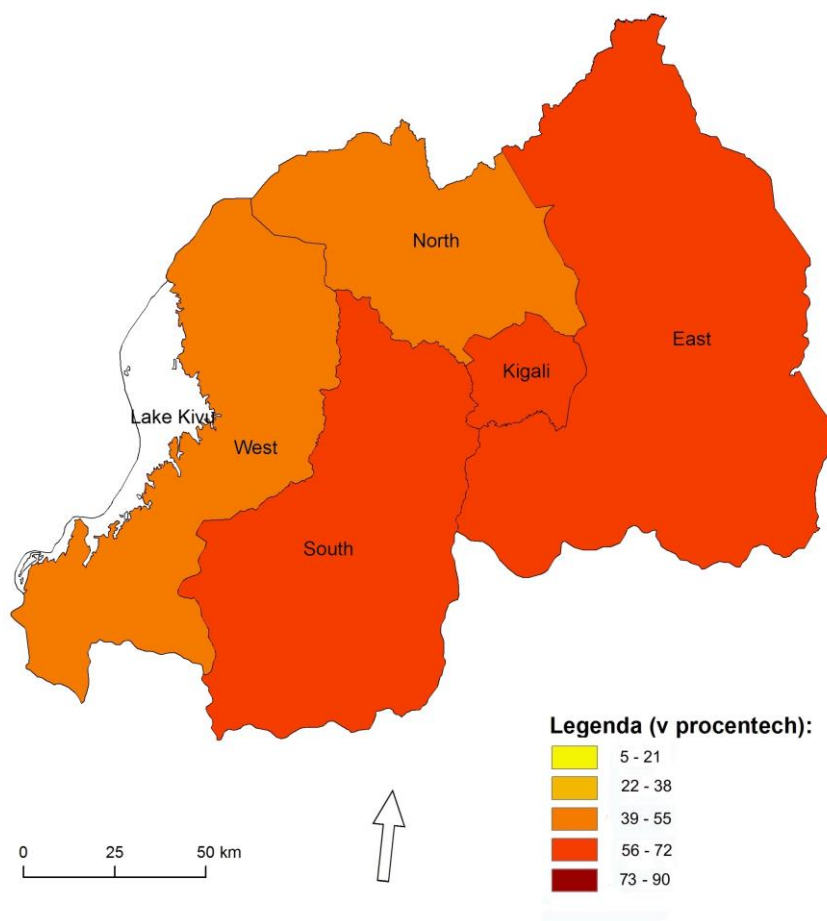
### Procento respondentů s komplexní znalostí (muži 2005)



Zdroj: Rwanda Demographic and Health Survey 2005, 2006

Obrázek 17: Procento respondentů s komplexní znalostí (ženy 2005), Rwanda

### Procento respondentů s komplexní znalostí (ženy 2005)



Zdroj: Rwanda Demographic and Health Survey 2005, 2006

#### 5.4.4. Prevence přenosu viru HIV z matky na dítě

Rwandský Treatment Research and AIDS Center (TRAC) uvádí, že 68% HIV pozitivních těhotných žen dostávalo antiretrovirové léky v roce 2009. Nicméně v roce 2011 byl zveřejněn rwandský National Strategic Plan for HIV, který se zavázal snížit procento přenosu na 2% a zvýšit počet matek na ARV léčích na 90%. Téhož roku toho bylo podle rwandského ministerstva dosaženo s 98% HIV pozitivních těhotných na ARV léčích. Takto vysoký nárůst ve statistikách je ovšem dán odlišným výpočtem, kdy ministerstvo pro výpočet používá počet žen s pozitivním výsledkem při testování, TRAC k výsledku přišel kalkulací odhadů na základě populačních modelů. (UNAIDS, 2012)

Během výzkumu DHS byli všichni respondenti dotázáni, zda je možný přenos viru HIV z matky na dítě kojením a zda je riziko přenosu možné snížit užíváním léků během těhotenství. Zarážejícím faktem je, že muži v této oblasti byli více informovaní než ženy. Možnost přenosu viru během kojení potvrdilo 82% mužů a „jen“ 80% žen. 80% mužů zná možnost ochránit dítě používáním speciálních léků, takových žen je 73%. Obě informace znalo 64% žen a 69% mužů, což je pro muže nejvyšší procento ve všech sledovaných státech. Data si lze prohlédnout na obr. 18 a 19. (Rwanda Demographic and Health Survey 2005, 2006)

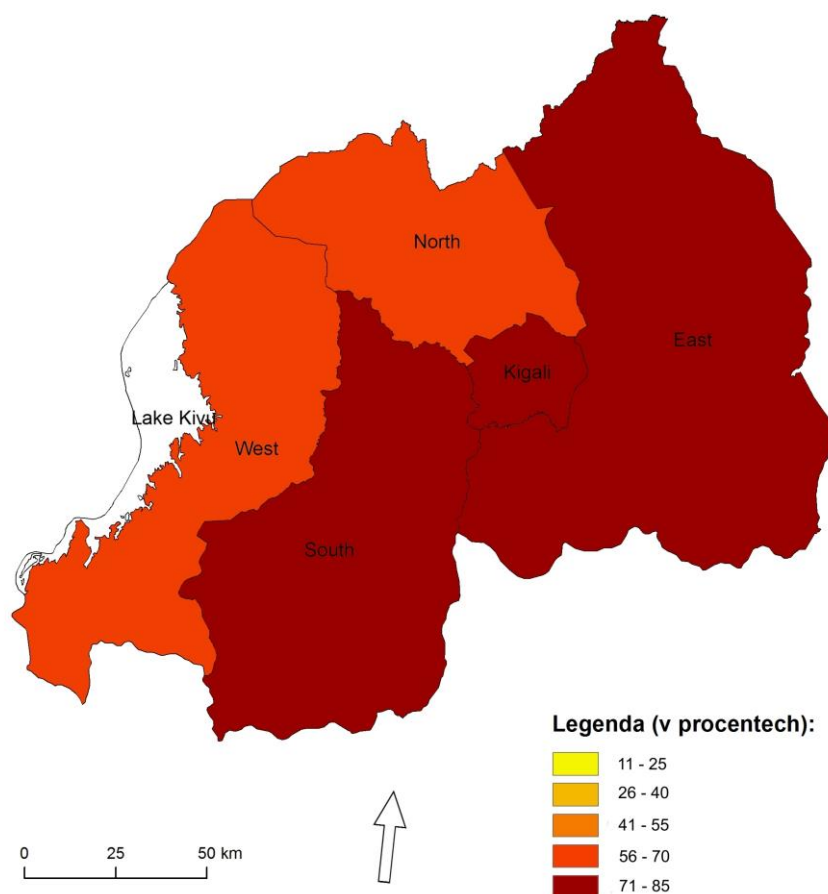
V minulosti ale muži ženy neporazili. DHS 2000 uvádí 67% žen a 64% mužů, kteří znají možnost nakazit dítě kojením. Jiné informace tento výzkum bohužel nesbíral. (Rwanda Demographic and Health Survey 2005, 2006)

Z porovnání měst a venkova vychází, že především venkovské ženy nemají dostatek informací. Souhrnnou znalost (těhotenství a léky) mělo v roce 2005 79% městských žen a o 18% méně (tedy 61%) žen z venkova. Tyto nůžky jsou rozevřeny především kvůli neznalosti medikamentů, jen 70% žen na venkově vědělo o tomto způsobu ochrany. Oproti tomu ve městech žilo 87% žen s touto znalostí. Stejně procento městských žen vědělo o přenosu kojením, na venkově bylo 79% žen. Rozdíly v mužské populaci byly asi o polovinu nižší. Vzdělání promítlo největší odchylky opět do znalosti léků a od toho se dále odvíjí kombinovaná znalost obou informací. 93% žen se středním a vyšším vzděláním léky znalo, žen se základním vzděláním bylo pouze 61%. Velmi podobný rozdíl se dá nalézt i v mužské populaci. Odchylka v kombinované znalosti je v průměru 25% u žen i mužů.

Že přenos HIV během kojení je možný vědělo 87% žen s vyšším vzděláním a o 10% méně žen se základním vzděláním, 85% mužů s vyšším a o 5% méně se základním vzděláním. Regiony tradičně vede hlavní město Kigali a uzavírá provincie West. (Rwanda Demographic and Health Survey 2005, 2006)

Obrázek 18: Procento respondentů, kteří věří, že HIV je přenášeno kojením a riziko přenosu lze snížit pomocí léků (muži 2005), Rwanda

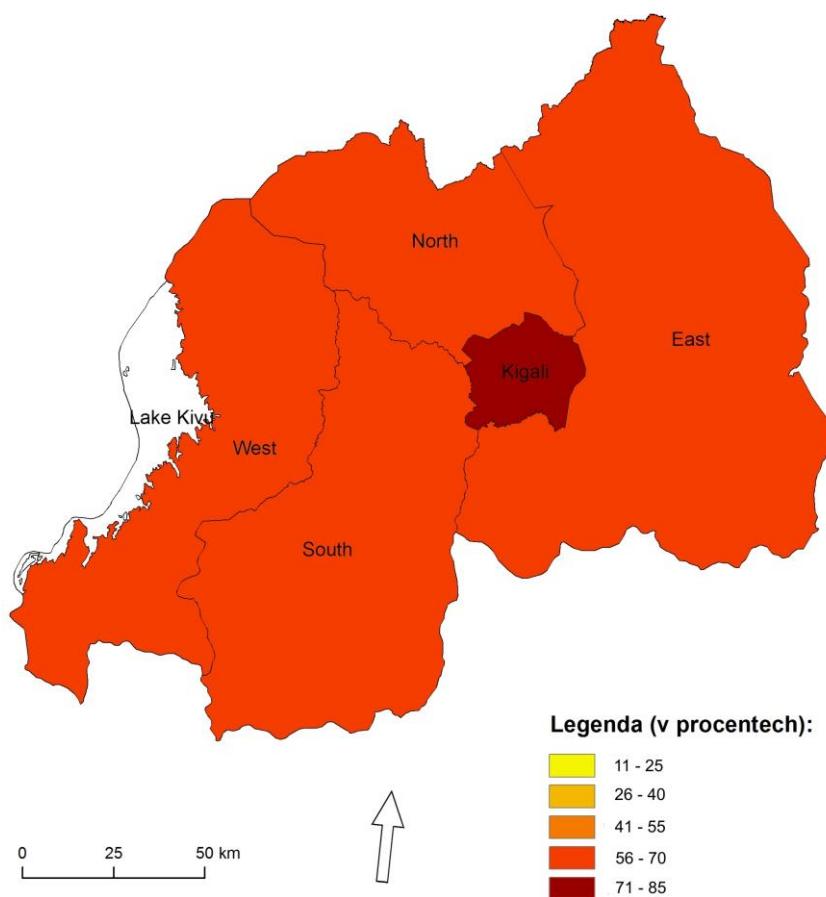
Procento respondentů, kteří věří, že  
HIV je přenášeno kojením a riziko  
přenosu lze snížit pomocí léků (muži 2005)





Obrázek 19: Procento respondentů, kteří věří, že HIV je přenášeno kojením a riziko přenosu lze snížit pomocí léků (ženy 2005), Rwanda

Procento respondentů, kteří věří, že  
HIV je přenášeno kojením a riziko  
přenosu lze snížit pomocí léků (ženy 2005)



Zdroj: Rwanda Demographic and Health Survey 2005, 2006

### 5.4.5. Rwanda Postoje obyvatel vůči lidem s HIV/ AIDS

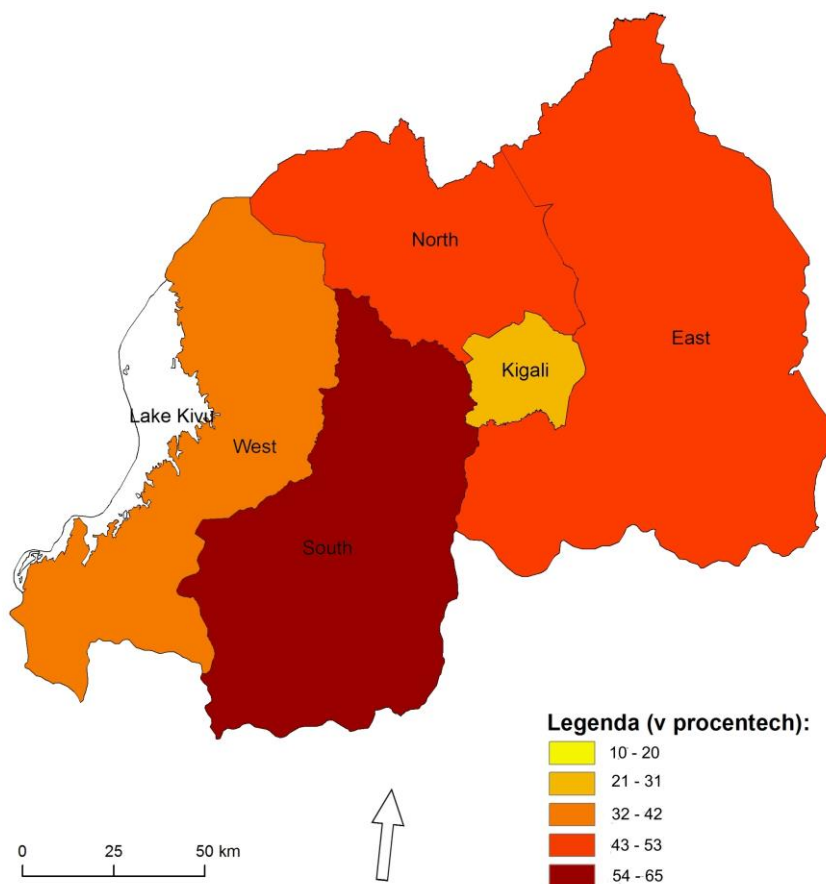
Se všemi standardními výroky ohledně postojů vůči nakaženým HIV/ AIDS, tedy že 1) by se postarali o nakaženého člena rodiny ve vlastním domě, 2) koupili by si čerstvou zeleninu od HIV pozitivního prodavače, 3) souhlasili by, aby nakažená (ale ne nemocná) učitelka pokračovala ve výuce, 4) nezapřeli by, že člen jejich rodiny má HIV/ AIDS, souhlasilo v podle DHS 2005 46 % dotázaných žen a 51 % mužů. Nejvyšší podíl obyvatel by byl ochoten se postarat o vlastní příbuzné- 94 % žen a 96 % mužů. Velmi vysoké procento by tohoto člena rodiny neskrývalo, 77% žen a 73% mužů je nejlepším výsledkem za všechny čtyři státy ostatně jako všechna ostatní data v této kategorii. 69% žen by si koupilo zeleninu a 74% souhlasí s nakaženou učitelkou, obě tyto tvrzení odsouhlasilo 80% mužů. (Rwanda Demographic and Health Survey 2005, 2006)

V porovnání města a venkova je vidět, že příbuzný je pro obyvatele Rwandy prioritou. Data za ženy se liší o 6%, kdežto mužů ochotných se postarat o rodinu je ve městě i na venkově stejný podíl. Rozdíly se projevují až v otázce prodavače a učitelky. Mezi ženami rozdíl dosahuje 22% (prodavač) a 18% (učitelka), město je tolerantnější. Rozdíly mezi muži dosahují 12% a 11%. Vyrovnané procento žen by nezatajovalo nakaženého příbuzného, kdežto 54% městských mužů je o celých 24% méně než na venkově. Obecně lze říci, že venkovští muži a městské ženy jsou ke svým nakaženým spoluobčanům více tolerantní. Data seřazená podle vzdělání přinášejí propastný (ale vcelku obvyklý) rozdíl a to především opět v otázkách nakaženého prodavače a učitelky. Čerstvou zeleninu by si u takového prodavače nakoupila pouze pouhá polovina žen bez vzdělání, naopak ženy se středním a vyšším vzděláním by si zeleninu koupily v 93% případů. Učitelku by respektovalo 66% žen bez vzdělání a 92% žen s vyšším vzděláním. 9%, taková je odchylka v případě ochoty postarat se o nakaženého rodinného příslušníka, ale v případě zatajování se jedná o pouhá 2%. Ve finále se všemi postoj souhlasí jen jedna třetina žen bez vzdělání a dvě třetiny žen se středním a vyšším vzděláním. Podobně je na tom i mužská část populace, ovšem s jedním rozdílem. Muži bez vzdělání projevili větší ochotu přiznat nakaženého člena rodiny (76%) než muži s vyšší a středním vzděláním (69%). Celkově se jedná o 20% rozdíl v přijmutí všech čtyř postojů. Pokud se podíváme na data z jednotlivých regionů, nejvíce tolerantní jsou ženy z Kigali. U mužů ve třech otázkách vítězí hlavní město Kigali. Nejvíce lidí zde by se postaralo o příbuzného, nakoupilo by zeleninu a souhlasilo s tím, že HIV pozitivní učitelka může pokračovat ve své práci. Ale velmi malé procento mužů by přiznalo, že člen jeho rodiny má

HIV/AIDS. Od toho se pak odvíjí i celkový výsledek, kdy se Kigali umístilo na konci žebříčku s pouhými 29% muži, kteří souhlasí se všemi čtyřmi postoji. Za ním se teprve nachází tradičně nejslabší provincie West, která prohrála i v žebříčku žen. Podrobná data lze nalézt na obr. 20 a 21 níže. (Rwanda Demographic and Health Survey 2005, 2006)

Obrázek 20: Souhlasí se všemi postoji vůči nakaženým (muži 2005), Rwanda

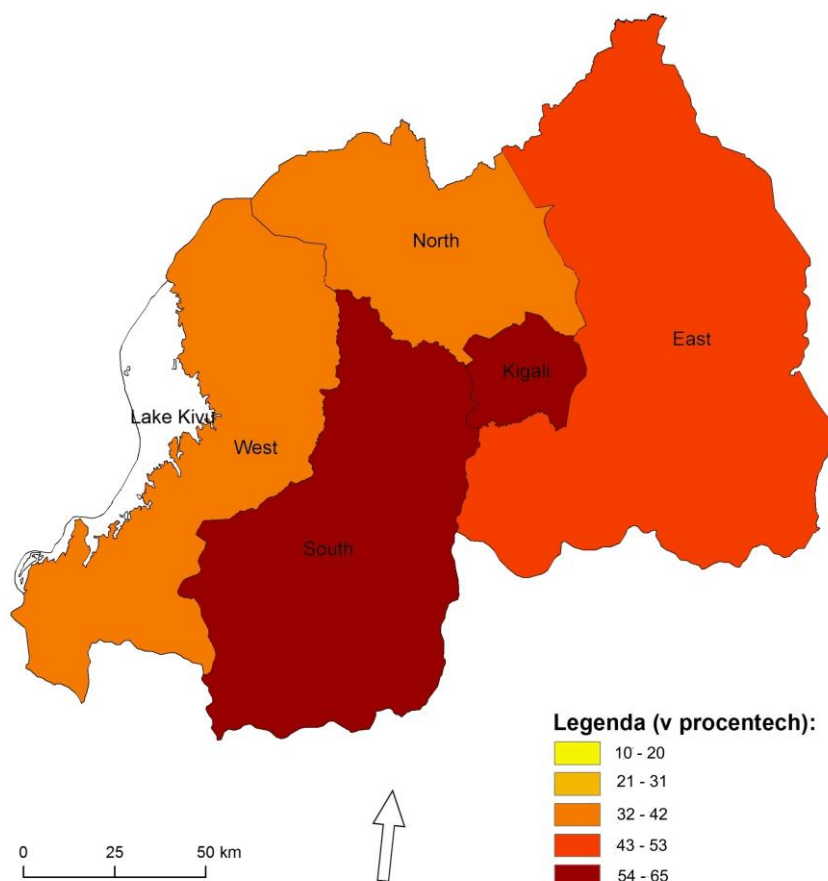
### Souhlasí se všemi postoji vůči nakaženým (muži 2005)



Zdroj: Rwanda Demographic and Health Survey 2005, 2006

Obrázek 21: Souhlasí se všemi postoji vůči nakaženým (ženy 2005), Rwanda

### Souhlasí se všemi postoji vůči nakaženým (ženy 2005)



Zdroj: Rwanda Demographic and Health Survey 2005, 2006

DHS 2000 se zajímalo pouze o názory na člena vlastní rodiny. Podle něj by se ve vlastním domě o rodinného příslušníka postaralo 80% žen a 88% mužů, což je nárůst asi o 11%. Netajilo by se s ním 83% žen a 85% mužů -oproti roku 2005 výrazný pokles. (Rwanda Demographic and Health Survey 2005, 2006)

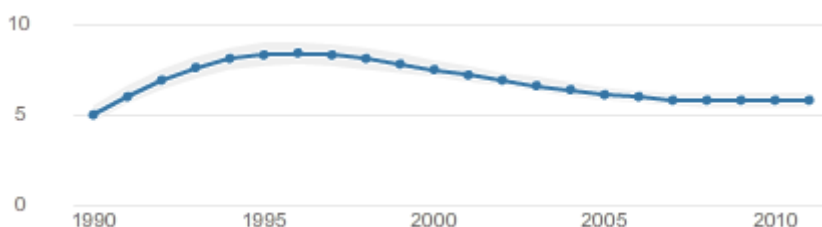
## 5.5. Tanzanie

Podle nejnovějších průzkumů žije v Tanzanii 6% HIV pozitivních, což je asi 1,6 milionu obyvatel. I když jen rok 2011 přinesl 150 000 nových případů, prevalence mezi obyvateli neustále mírně klesá nebo stagnuje. Epidemie HIV/ AIDS se v celé Tanzanii nesmírně liší region od regionu. Zatímco někde dosahuje prevalence 16%, jinde se nepřiblíží ani 2%. Na autonomním Zanzibaru žije asi 0,6% HIV pozitivních, mezi nimiž převažují pracovníci v sexuálních službách nebo narkomani. Proto se dále věnují jen tanzanské pevnině. (AVERT)

První případ nákazy virem HIV byl zjištěn v roce 1983 v regionu Kagera. Virus se šířil velmi rychle a už v roce 1985 byl založen NACP-Národní program pro kontrolu AIDS, který vytvořil tři pětileté plány (1987-1991, 1992-1996, 1998-2002) na podporu boje proti HIV/AIDS. Tyto plány se týkaly především decentralizace zdravotnictví, snížení počtu přenosů HIV a zmírnění sociálních dopadů epidemie HIV/AIDS. Zabránit šíření HIV/AIDS však nedokázaly a v průběhu třetí pětiletky dosáhl počet HIV pozitivních svého maxima. Celkem 8% obyvatel Tanzanie bylo nakaženo. Proto byla založena TACAIDS -Tanzanská komise pro AIDS, která sdružuje vládu a nevládní organizace. Kromě původních tří cílů se zaměřili dále i na stigmatizaci a diskriminaci HIV pozitivních, na prevenci nebo kontrolu krve. (AVERT)

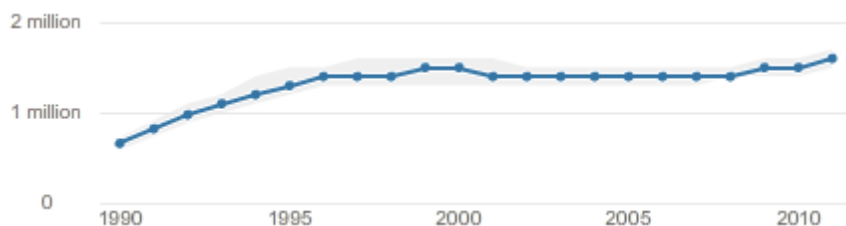
Grafy na obr. 22 a 23 znázorňují vývoj prevalence a počtu obyvatel žijících s HIV/AIDS od roku 1990 do roku 2011.

Obrázek 22: Prevalence HIV (15-49) v Tanzanii v letech 1990-2011 v %



Převzato: UNAIDS: AIDSinfo, 2012.

Obrázek 23: Počet obyvatel žijících s HIV/ AIDS v Tanzanii v letech 1990- 2011



Převzato: UNAIDS: AIDSinfo, 2012.

### 5.5.1. Prevence přenosu viru HIV

Stejně jako v Ugandě i v Tanzanii se 80% přenosů HIV uskuteční heterosexuálním stykem. Proto se prevence HIV/AIDS zaměřuje podobně na tři základní aspekty lidského chování: používání kondomů, omezení počtu sexuálních partnerů (nebo věrnost jednomu partnerovi) a odsunutí začátku pohlavního života mladých a svobodných lidí. Přes propagaci kondomů je jejich používání na velmi nízké úrovni. V roce 2008 uvedlo pouze 42% dotázaných, že při posledním mimomanželském sexu použili kondom, což je i vzhledem ke značné dostupnosti kondomů (v roce 2009 byly kondomy k dostání v 94% barů a 80% obchodů) velmi nízká hodnota. (AVERT)

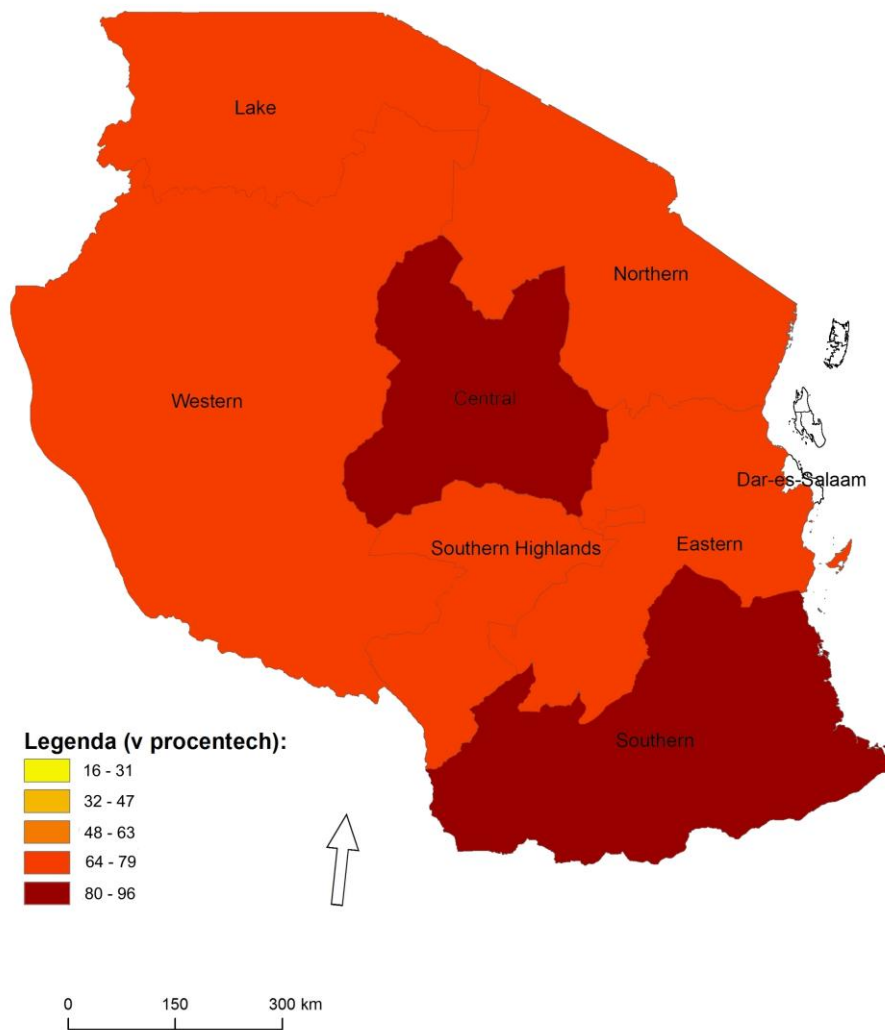
Pro zjištění, zda tanzanské preventivní programy fungují, byly respondentům kladeny dvě základní otázky: zda je možné snížit šance na přenos viru HIV použitím kondomu při každém sexuálním styku a zachováním věrnosti pouze jednomu sexuálnímu partnerovi.

Znalost preventivních metod je mezi obyvateli Tanzanie relativně vysoká. V roce 2010 souhlasilo 87% žen a 90% mužů, že udržováním věrnosti lze zredukovat šance dostat HIV/AIDS. Ve stejném časovém období se kladně k použití kondomů vyjádřilo 76% žen i mužů (National Bureau of Statistics, 2011).

V regionech dominují Tanzanii regiony Central a Southern, naopak pozadu (ale nijak výrazně) zůstává region Northern. Porovnání ženy versus muži s malým náskokem vyhrávají ženy. Stejně tak i rozdíl mezi městským a venkovským obyvatelstvem není zásadní. Data lze nalézt na obr. 24 a 25 níže.

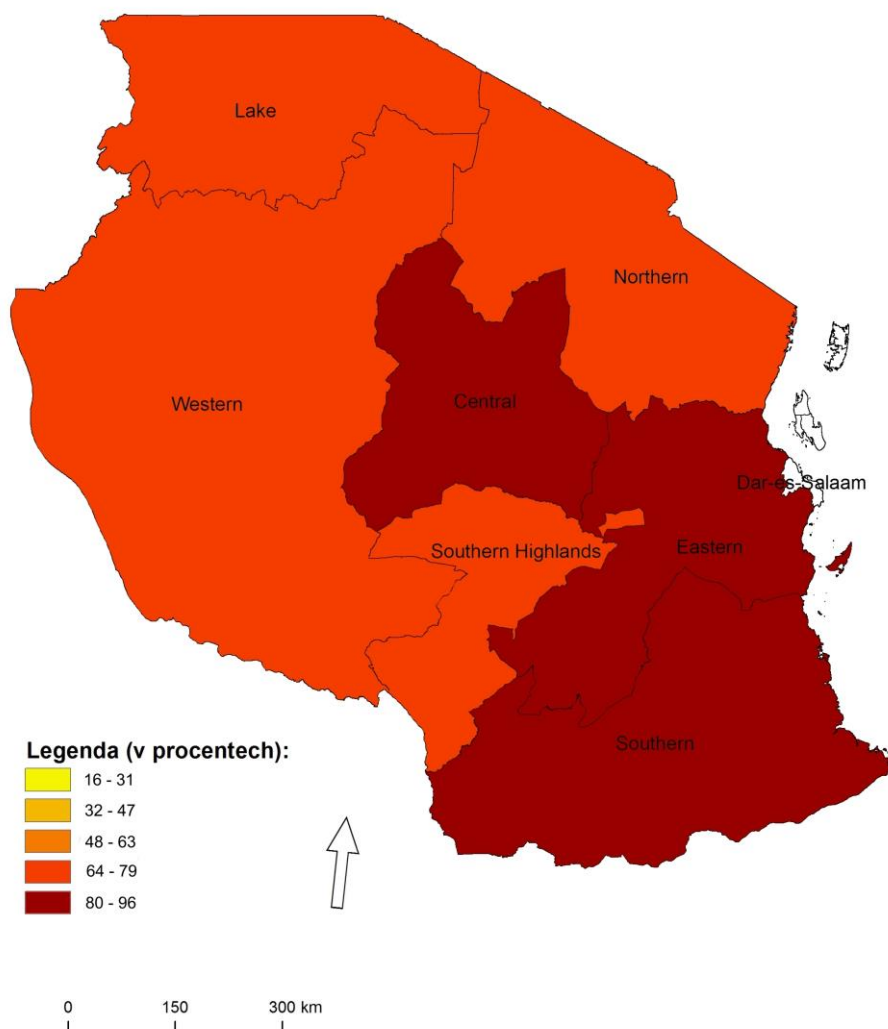
Obrázek 24: Znalost preventivních metod-použití kondomů (muži 2010), Tanzanie

### Znalost preventivních metod - použití kondomů (muži 2010)



Zdroj: National Bureau of Statistics, 2011

### Znalost preventivních metod - použití kondomů (ženy 2010)



Zdroj: National Bureau of Statistics, 2011

Tato čísla jsou nepatrně nižší, než jaké byly výsledky DHS v roce 2004. Tehdy se navíc řešila i sexuální abstinence. Od roku 1996 se znalosti o prevenci výrazně, téměř skokově, zvyšovala až do roku 2004. Pro ilustraci věrnost jednomu partnerovi jako zamezení přenosu viru HIV v roce 1996 uznalo 25% žen i mužů. Do roku 1999 se tato čísla téměř zdvojnásobila na 47% žen a 48% mužů. V roce 1999 byl tento ukazatel již na hodnotě 91% žen a 86% mužů (National Bureau of Statistics, 2004, 1999, 1996).



### **5.5.2. Odmítnutí omylů o HIV/ AIDS**

Respondenti DHS 2010 byli dotázáni na standardní otázky týkající se obecných chyb v prevenci HIV/AIDS.

Většina obyvatel Tanzanie ví, že na nakažené osobě nemusí být žádné znaky infekce. 85% žen a 87% mužů odpovědělo, že zdravě vypadající osoba může být infikována virem způsobujícím AIDS. Že generové rozdíly jsou v Tanzanii minimální, dokazuje další ukazatel. S výrokem, že HIV/AIDS nepřenáší komáři, souhlasilo 79% žen a 75% mužů. 87% žen a 86% mužů ví, že se HIV/ AIDS nepřenáší sdílením jídla (National Bureau of Statistics, 2011).

Rozdíly podle základní proměnné jsou patrné především mezi městským a venkovským obyvatelstvem, především údaje za ženy z venkova se pohybují až o 10% za obyvatelkami města. Velmi výrazné (až o 30%) jsou rozdíly podle vzdělání, nejvíc matoucí se ukázala být otázka na komáří kousnutí. Zde se hodnoty pohybovaly od 58% mužů bez vzdělání do 90% mužů se středním a vyšším vzděláním. Mezi regiony opět dominoval region Eastern, naopak Northern se umístil na opačném konci žebříčku (National Bureau of Statistics, 2011).

Data z předešlých výzkumů jsou neúplná, lze ovšem vysledovat pozvolný vývoj od 62% žen, které souhlasí, že i zdravě vypadající osoba může být nakažena, v roce 1991, přes 70% v roce 1996 a 69% v roce 1999 až po 81% v roce 2004. DHS 2004 již zaznamenal podobná data jako nejnovější výzkum ve všech sledovaných oblastech (National Bureau of Statistics, 2004, 1999, 1996).

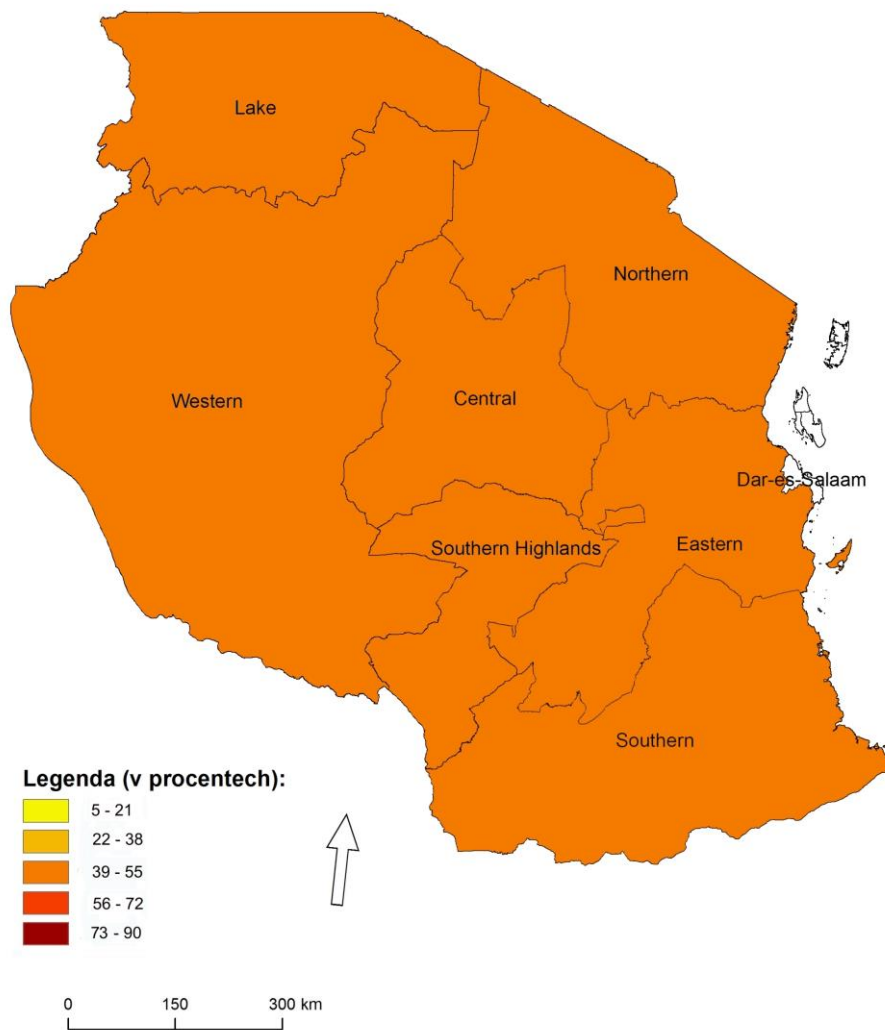
### **5.5.3. Komplexní znalost o způsobech přenosu viru HIV/ AIDS**

Jako komplexní znalost problematiky HIV/ AIDS Tanzanie hodnotí: 1) vědomost, že používání kondomů a snížení počtu sexuálních partnerů na pouze jednoho nenakaženého je jednou z preventivních metod, 2) vědomí, že zdravě vypadající osoba může být nakažena virem HIV/ AIDS, 3) odmítnutí dvou hlavních omylů, v případě Tanzanie odmítnutí pověry, že HIV/ AIDS je přenášeno bodnutím komára a nadpřirozenými silami.

Průzkum ukázal, že komplexní povědomí je mezi obyvateli Tanzanie na nízké úrovni a oproti roku 2004 se jen málo proměnilo. Na všechny tyto otázky odpovědělo správně pouze 48% žen a 46% mužů. Velmi výrazné jsou rozdíly především podle vzdělání, ženy se středním a vyšším vzděláním s 62% předčily ženy bez vzdělání o celých 30 %, ještě zřetelnější je rozdíl u mužů (60% proti 26%). Data z regionů Central a Eastern u žen a Souther a Eastern u mužů až o 15% převyšují region Lake, kde komplexní znalostí problematiky oplývá pouze 41% žen i mužů. Tato data bohužel nebyla ve starších výzkumech sbírána. Nicméně data za jednotlivé regiony jsou ve srovnání se zbylými státy velmi vyrovnaná a na obr. 26 níže jsou znázorněna pouze jednou barvou. (National Bureau of Statistics, 2011)

Obrázek 26: Procento respondentů s komplexní znalostí (muži 2010), Tanzanie

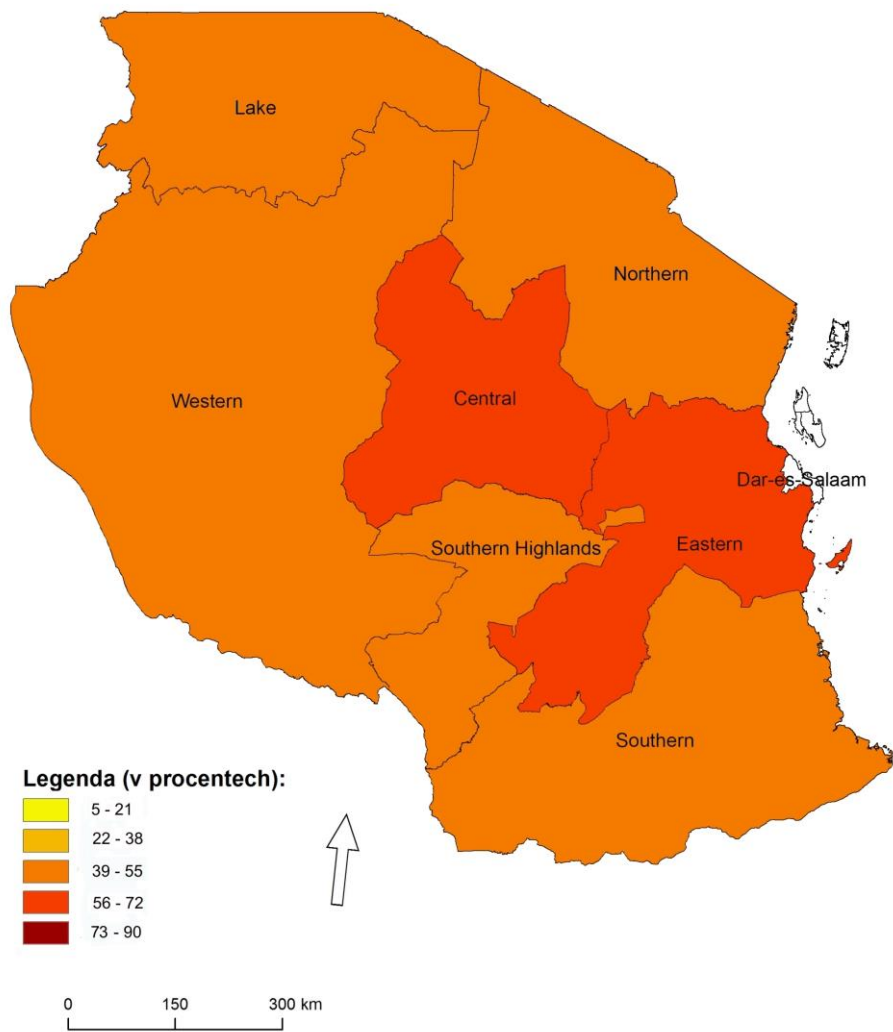
### Procento respondentů s komplexní znalostí (muži 2010)



Zdroj: National Bureau of Statistics, 2011

Obrázek 27: Procento respondentů s komplexní znalostí (ženy 2010), Tanzanie

### Procento respondentů s komplexní znalostí (ženy 2010)



Zdroj: National Bureau of Statistics, 2011

#### 5.5.4. Prevence přenosu viru HIV z matky na dítě

Programy prevence přenosu z matky na dítě se v Tanzanii objevily poprvé v roce 2000, přesto se v roce 2010 každý pátý přenos uskutečnil touto cestou a pouze 74% HIV pozitivních těhotných žen dostává ARV. (AVERT)

Pro posouzení znalostí respondentů v oblasti přenosu HIV z matky na dítě, byli účastníci tázáni, zda je možné přenést HIV na dítě kojením a zda se lze bránit přenosu infekce užíváním léků během těhotenství.

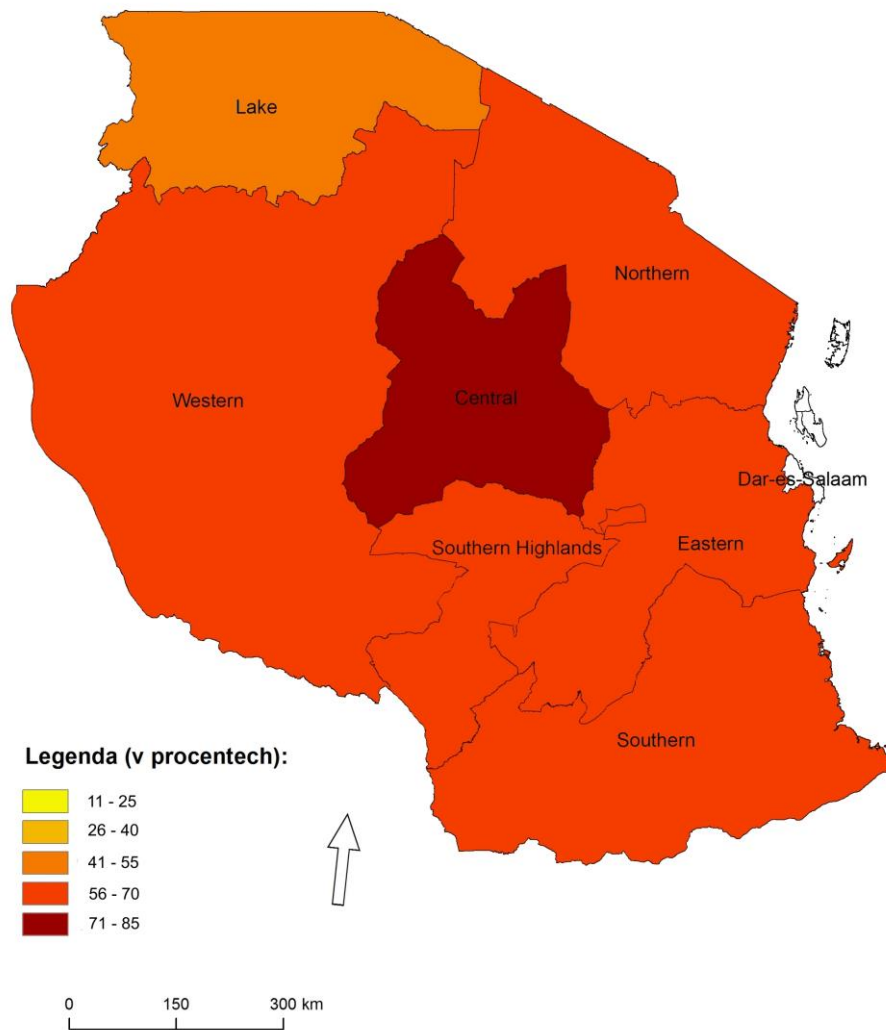
Poměrně vysoké procento žen ví, že se virus přenáší kojením (89%), mužů je 81%. O něco méně obyvatel Tanzanie (75% žen a 67% mužů) ví, že riziko lze zmírnit užíváním léků během těhotenství. Kombinovanou znalost prokázalo 72% žen a 61% mužů. (National Bureau of Statistics, 2011).

Mezi obyvateli města i vesnice je dobře rozšířeno povědomí o přenosu kojením, hodnoty se od sebe neliší o více jak 6%. Ovšem o možnosti chránit se během těhotenství slyšelo o 16% méně obyvatelek venkova (86% město, 70% venkov). Rozdíl v mužské populaci dosahuje 20%. Z toho vyplývá, že kombinovaná znalost prevence přenosu viru HIV z matky na dítě je vysoká pouze v městské populaci. Podobná zjištění lze nalézt i v datech podle vzdělání. O kojení jako riziku přenosu infekce ví 94% žen se středním a vyšším vzděláním, žen bez vzdělání je o 10% méně. Rozdíl v povědomí o lécích je ovšem dvojnásobný (84% žen střední a více, 62% bez vzdělání). Data v mužské populaci se liší o 18% (kojení) a dokonce o 33% (léky). Mezi regiony bodují Eastern (ženy) a Central (muži), naopak region Central u žen propadl, stejně tak Lake u mužů. Podrobnější data lze nalézt na obr. 28 a 29 níže. (National Bureau of Statistics, 2011)

Od výzkumu DHS 2004, který poskytuje nejstarší data v této kategorii, ušla prevence přenosu HIV z matky na dítě kus cesty. Především znalost léčby během těhotenství se v případě žen zdvojnásobila. V roce 2004 uvedlo pouze 31% žen a 36% mužů, že ví o takové možnosti. Od toho se odvíjí i kombinovaná znalost obou preventivních metod (29% ženy, 30% muži). (National Bureau of Statistics, 2004)

Obrázek 28: Procento respondentů, kteří věří, že HIV je přenášeno kojením a riziko přenosu lze snížit pomocí léků (muži 2010), Tanzanie

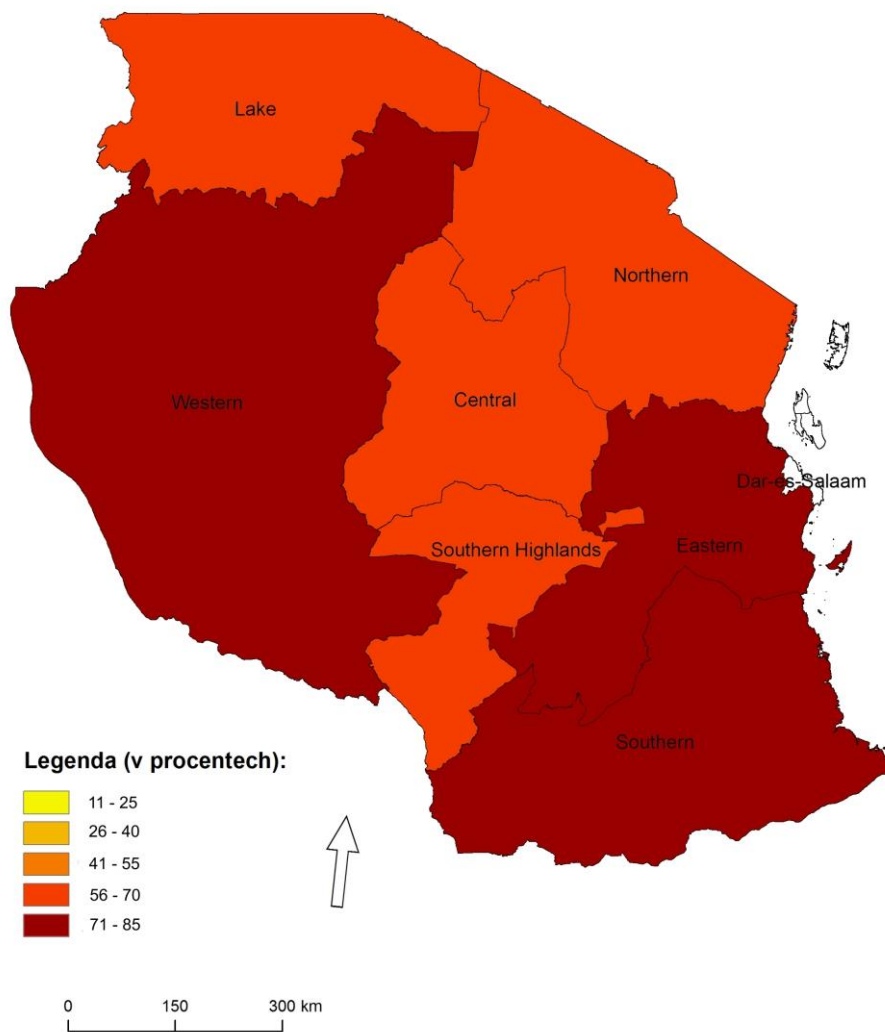
Procento respondentů, kteří věří, že HIV je přenášeno kojením a riziko přenosu lze snížit pomocí léků (muži 2010)



Zdroj: National Bureau of Statistics, 2011

Obrázek 29: Procento respondentů, kteří věří, že HIV je přenášeno kojením a riziko přenosu lze snížit pomocí léků (ženy 2010), Tanzanie

Procento respondentů, kteří věří, že  
HIV je přenášeno kojením a riziko  
přenosu lze snížit pomocí léků (ženy 2010)



Zdroj: National Bureau of Statistics, 2011

### **5.5.5. Postoje obyvatel vůči lidem s HIV/AIDS**

Široce rozšířená diskriminace nakažených HIV/AIDS ovlivňuje ochotu obyvatel Tanzanie nechat se testovat na přítomnost viru i přijímání ARV. Proto je její redukce důležitou součástí preventivních programů.

Studie USAID říká, že pouze polovina HIV pozitivních žijících v Dar-es Salaamu v roce 2005 informovala svoje blízké o svém zdravotním stavu. Vedou je k tomu zejména obavy ze ztráty blízkých, práce nebo z násilí vůči své osobě. V roce 2008 byl v Tanzanii schválen zákon, který jakoukoli diskriminaci z důvodu HIV positivity dané osoby nebo člena její rodiny postavil mimo zákon. (AVERT)

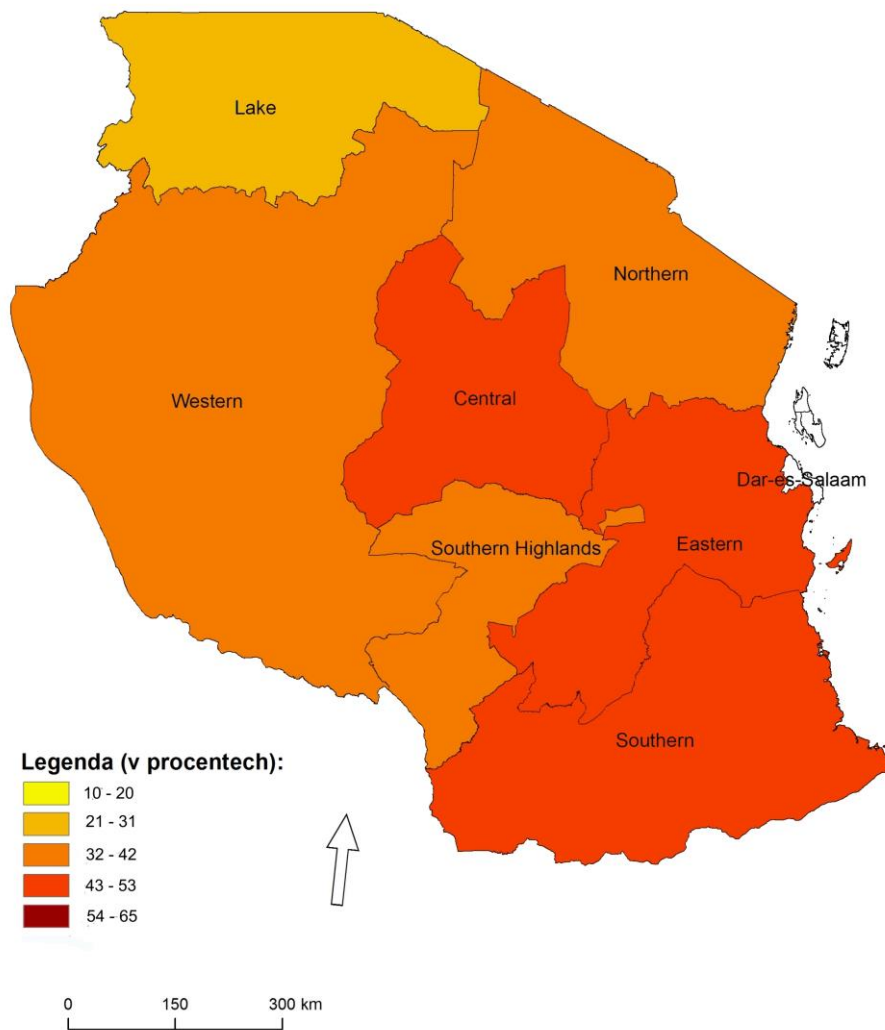
Respondenti odpovídali na otázky: 1) zda by byli ochotni postarat se o nakaženého příbuzného ve vlastním domě, 2) zda by si koupili čerstvou zeleninu od prodavače s HIV/AIDS, 3) zda si myslí, že by HIV pozitivní učitelka měla pokračovat v učitelské praxi a 4) zda by tajili nakaženého člena rodiny.

Většina žen i mužů (93%, 95%) je ochotna se postarat o příbuzného s HIV/AIDS. 86% žen a 83% mužů souhlasilo, aby HIV pozitivní učitelka pokračovala ve výuce, a 71% žen a 76% mužů by si koupilo čerstvou zeleninu. Velmi malé procento (44% žen, 57% mužů) by nezatajilo člena rodiny s HIV/AIDS. Se všemi indikátory souhlasí pouze 30% žen a 41% mužů. Podrobnější data za regiony lze nalézt na obr. 30 a 31 níže. (National Bureau of Statistics, 2011) (Kenya National Bureau of Statistics, 2010)



Obrázek 30: Souhlasí se všemi postoji vůči nakaženým (muži 2010), Tanzanie

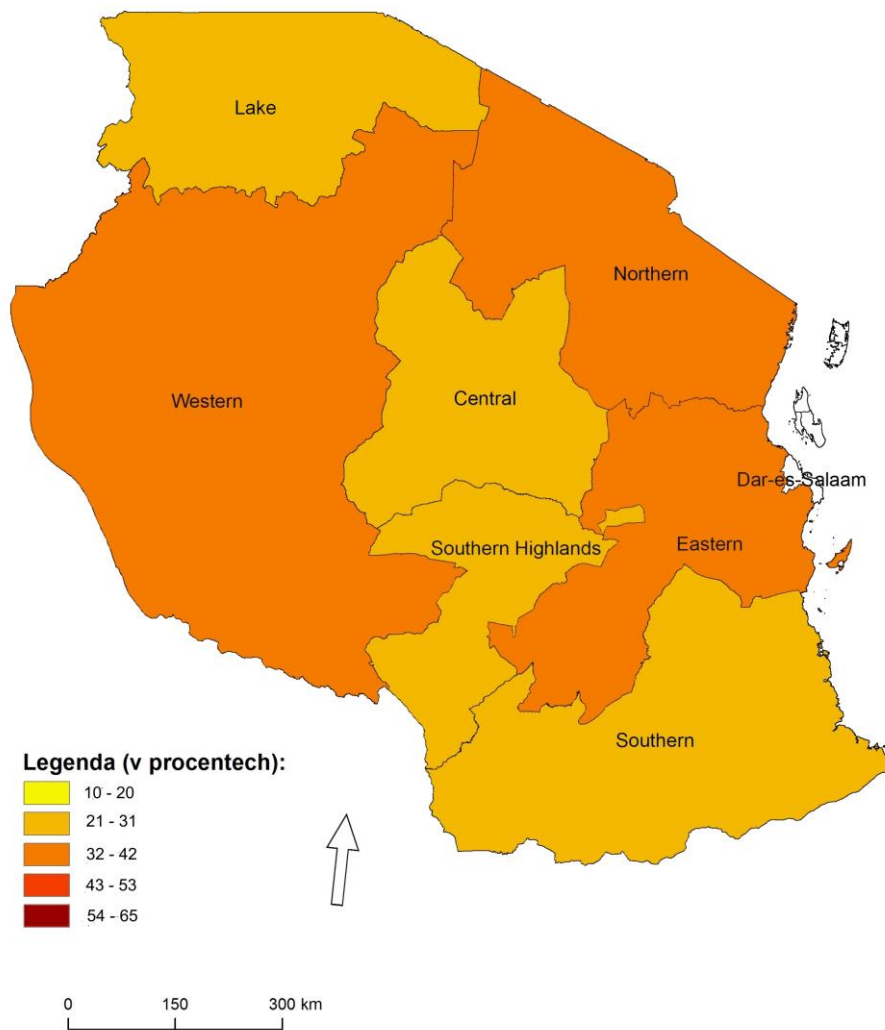
### Souhlasí se všemi postoji vůči nakaženým (muži 2010)



Zdroj: National Bureau of Statistics, 2011

Obrázek 31: Souhlasí se všemi postoji vůči nakaženým (ženy 2010), Tanzanie

### Souhlasí se všemi postoji vůči nakaženým (ženy 2010)



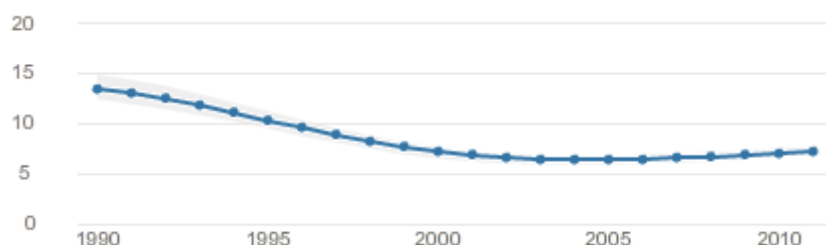
Zdroj: National Bureau of Statistics, 2011

## 5.6. Uganda

Prevalence HIV pozitivních obyvatel Ugandy od svého minima 6,4% v roce 2006 opět velmi mírně narůstá. Momentálně zde žije přibližně 1,4 milionů HIV pozitivních, což je asi 7,2% obyvatel (UNAIDS). Ročně je nově HIV/AIDS diagnostikováno přibližně 150 000 lidí, z toho 20 600 dětí. Přesto, díky lepšímu přístupu k léčbě, se i nadále zvyšuje průměrná naděje na dožití. (AVERT)

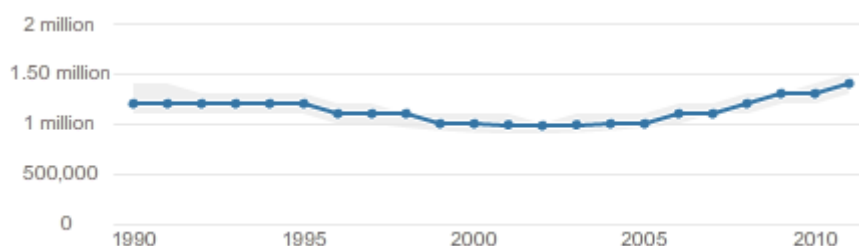
Z historického pohledu vrcholila epidemie HIV/AIDS v první polovině 90. let. Podle UNAIDS prevalence mezi dospělými obyvateli dosahovala 13,4%, ovšem odhady vypočtené na základě počtu HIV pozitivních žen navštěvujících gynekologickou kliniku hovoří až o 29% (AVERT). Hodnota prevalence neustále klesala až v letech 2003-2006 dosáhla svého minima, od té doby, jak již bylo řečeno, mírně stoupá. Obr. 32 a 33 znázorňují vývoj prevalence HIV a počtu obyvatel žijících s HIV/AIDS od roku 1990.

Obrázek 32: Prevalence HIV (15-49) v Ugandě v letech 1990-2011 v %



Převzato: UNAIDS: AIDSinfo, 2012.

Obrázek 33: Počet obyvatel žijících s HIV/ AIDS v Ugandě v letech 1990- 2011



Převzato: UNAIDS: AIDSinfo, 2012.

### 5.6.1. Znalost prevence přenosu viru HIV

HIV je v 80% přenášeno především heterosexuálním stykem (UGANDA COUNTRY STRATEGY PAPER EVALUATION). Preventivní programy se z toho důvodu již od počátku devadesátých let zaměřují hlavně na snižování počtu takových přenosů a propagují tři důležité zásady: sexuální abstinenci nebo vzájemnou věrnost zdravých párů a používání kondomů. Odborná veřejnost se víceméně shoduje, že to bylo především snížení počtu sexuálních partnerů, co stojí za ugandským úspěchem ve snižování prevalence HIV. To je podloženo nejnovějšími průzkumy, které ukázaly, že pouhých 13,7% párů použilo při posledním sexuálním styku kondom. (AVERT)

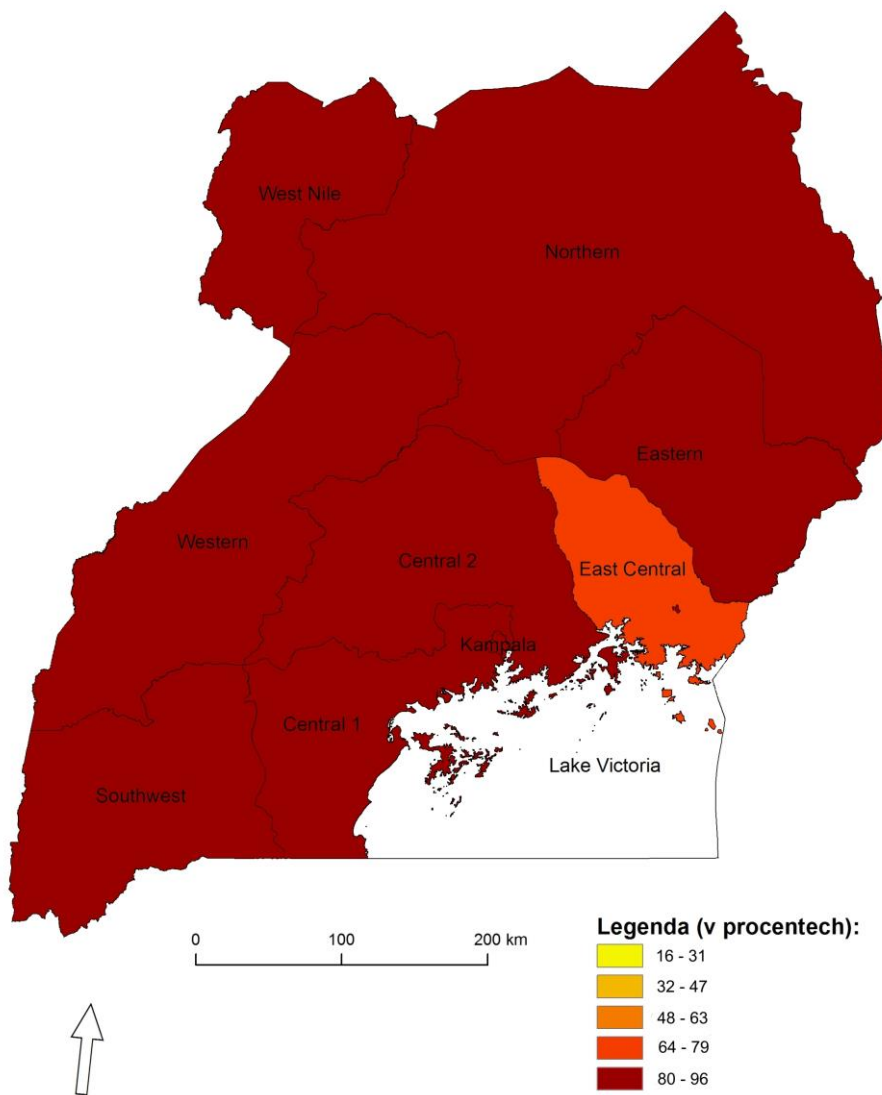
Podle čísel za rok 2006 70% žen a 84% mužů souhlasí, že použití kondomu při každém sexuálním styku výrazně snižuje riziko přenosu HIV/AIDS. Obrovský pokrok byl v tomto směru zaznamenán mezi výzkumy v letech 1995 a 2000-2001, kdy hodnota stoupla z 21% na 69% u žen a z 32% na 83% u mužů. Na konci se v tabulce drží region West Nile se 40% žen v roce 2006 a East Central s 68% mužů. (Uganda Bureau of Statistics, 2007).

Podstatně větší důležitost je přikládána partnerské věrnosti a sexuální abstinenci. Věrnost se, podle vlastních slov mužů, z přibližných 60% v roce 1995 vyšplhala 89% u žen a 95% u mužů a stala se tak nejznámější preventivní metodou v roce 2006 (Uganda Bureau of Statistics, 2007).

Znalost preventivních metod je obecně vyšší mezi městskou populací a mezi obyvatelstvem se středním a vyšším vzděláním. V rámci regionů ční vysoko nad průměrem regiony Central 1 a Central 2. Vysoká znalost je také mezi ženami regionu East Central a muži regionu Kampala. Naopak nejhorších výsledků dosáhnul region West Nile mezi ženami, respektive East Central mezi muži. Data na obr. 34 ukazují, že úroveň znalostí mužů je velmi vysoká i v porovnání s ostatními státy.

Obrázek 34: Znalost preventivních metod- použití kondomů (muži 2006), Uganda

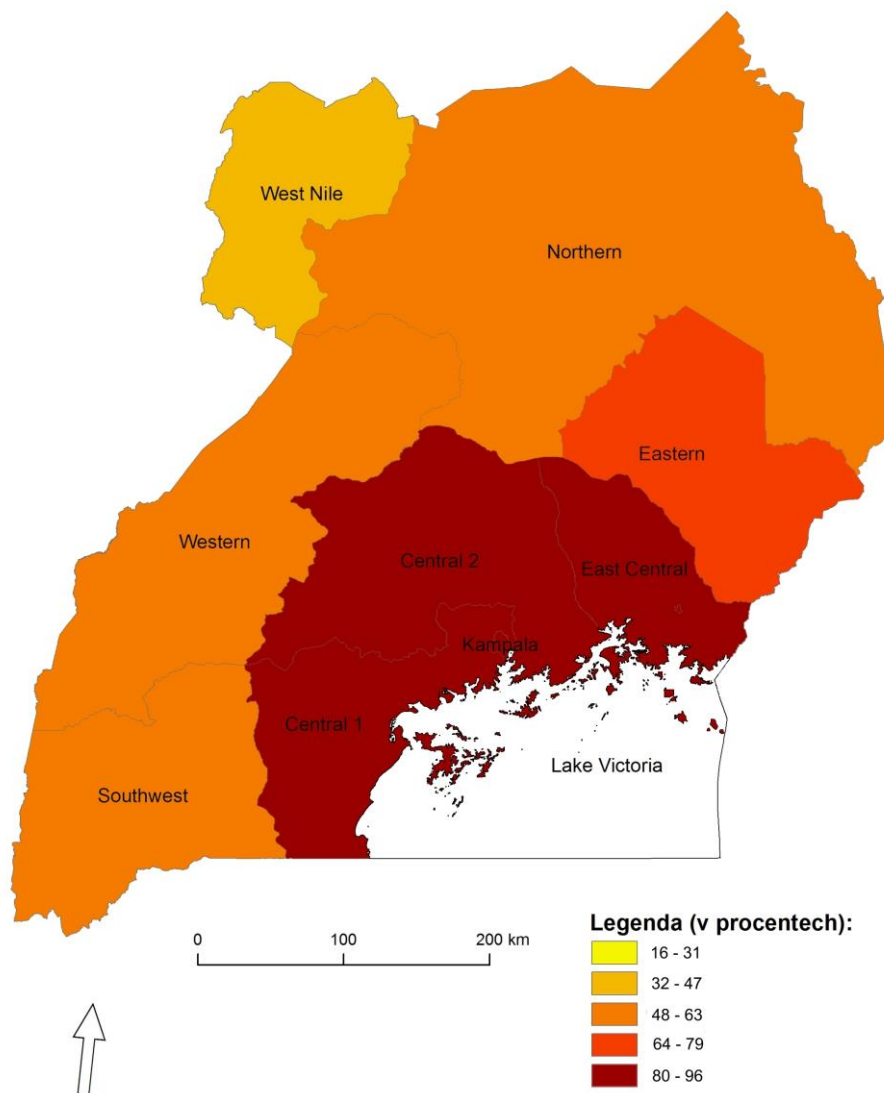
### Znalost preventivních metod - použití kondomů (muži 2006)



Zdroj: Uganda Bureau of Statistics, 2007

Obrázek 35: Znalost preventivních metod- použití kondomů (ženy 2006), Uganda

### Znalost preventivních metod - použití kondomů (ženy 2006)



Zdroj: Uganda Bureau of Statistics, 2007

### 5.6.2. Odmítnutí omylů o HIV/AIDS

Společně se znalostí efektivních způsobů, jak se vyhnout nákaze HIV/AIDS, je také důležité identifikovat a odmítnout mylné představy, pověry. Mezi obecné omyly, na které se výzkumy DHS zaměřují, patří myšlenka, že HIV pozitivní lidé vypadají nemocně. Dále jsou

rozšířeny pověry, že se lze nakazit bodnutím infikovaného hmyzu, sdílením jídla, příborů nebo nádobí s nakaženou osobou, nebo pomocí nadpřirozených sil.

Podle DHS 2006 pouze 85% žen a 90% mužů ví, že zdravě vypadající osoba může být HIV pozitivní. 77% žen a 84% mužů souhlasí s tím, že HIV/AIDS se nepřenáší sdílením jídla. Ještě menší procento obyvatel Ugandy souhlasí, že se nelze infikovat kousnutím komára - 54% ženy, 61% muži (Uganda Bureau of Statistics, 2007).

Jako většina dalších indikátorů jsou i tato čísla vyšší mezi městským obyvatelstvem. Nejlepší znalosti prokázali obyvatelé Kampaly, muži i ženy. Nadprůměrnými regiony jsou i Central 2 a East Central. Naopak za velmi slabé se dají považovat regiony West Nile a North.

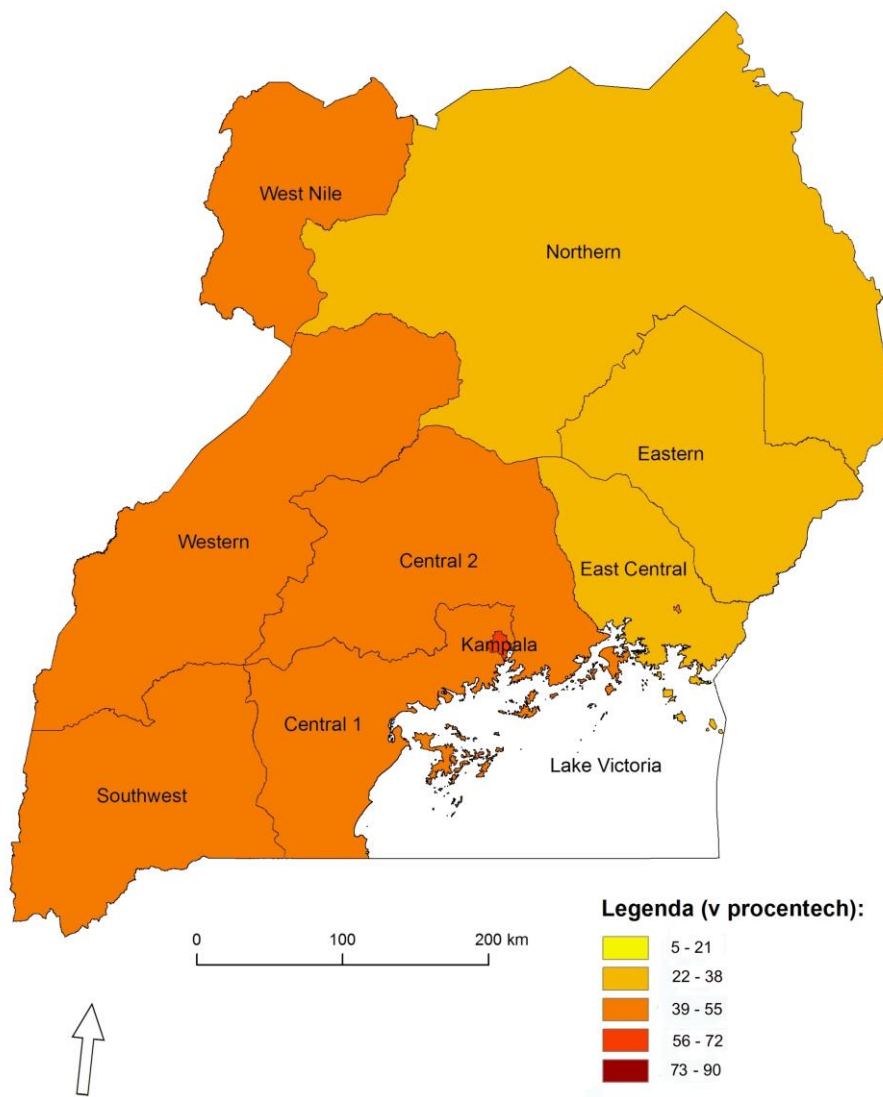
### **5.6.3. Komplexní znalost o způsobech přenosu viru HIV/ AIDS**

Indikátor Komplexní znalost o způsobech přenosu viru HIV/AIDS je kombinací některých samostatných ukazatelů. Jedná se o procento respondentů ve věku 15-49 let, kteří odpověděli, že: 1) lze zabránit přenosu infekce HIV použitím kondomu při každém sexuálním styku, 2) lze zabránit přenosu infekce HIV provozováním sexu pouze s jedním partnerem, který nemá zároveň žádné jiné partnery, 3) nelze být infikován bodnutím komára, 4) nelze se nakazit sdílením jídla s nakaženou osobou, 5) zdravě vypadající osoba může být nakažena.

Takto kombinovaná komplexní znalost není v Ugandě na vysoké úrovni. Pouze 31% žen a 42% mužů dokázalo správně odpovědět na všechny jmenované otázky. Tato čísla jsou nejnižší ve sledovaných státech. Podle výsledků DHS 2006 městské ženy výrazně předhánějí ženy venkovské (47% oproti 28%), v mužské populaci je rozdíl nižší (50 a 40%). Nejvýraznější odchylky se také projevují podle vzdělání obyvatel. Středoškolsky vzdělaní muži mají více než čtyřikrát lepší znalosti než muži bez vzdělání (14% ve srovnání s 63%). Mezi regiony s nejvyšší komplexní znalostí dominuje Kampala a dále region Central 2 v ženské populaci a Western mezi muži. Region West Nile se s komplexní znalostí mezi ženami již tradičně drží na konci tabulky, ovšem překvapením je jeho nadprůměrné umístění mezi mužskou populací. Zde se nejhůře umístil region Eastern. Podrobnější data lze nalézt na obr. 36 a 37 níže. (Uganda Bureau of Statistics, 2007)

Obrázek 36: Procento respondentů s komplexní znalostí (muži 2006), Uganda

### Procento respondentů s komplexní znalostí (muži 2006)

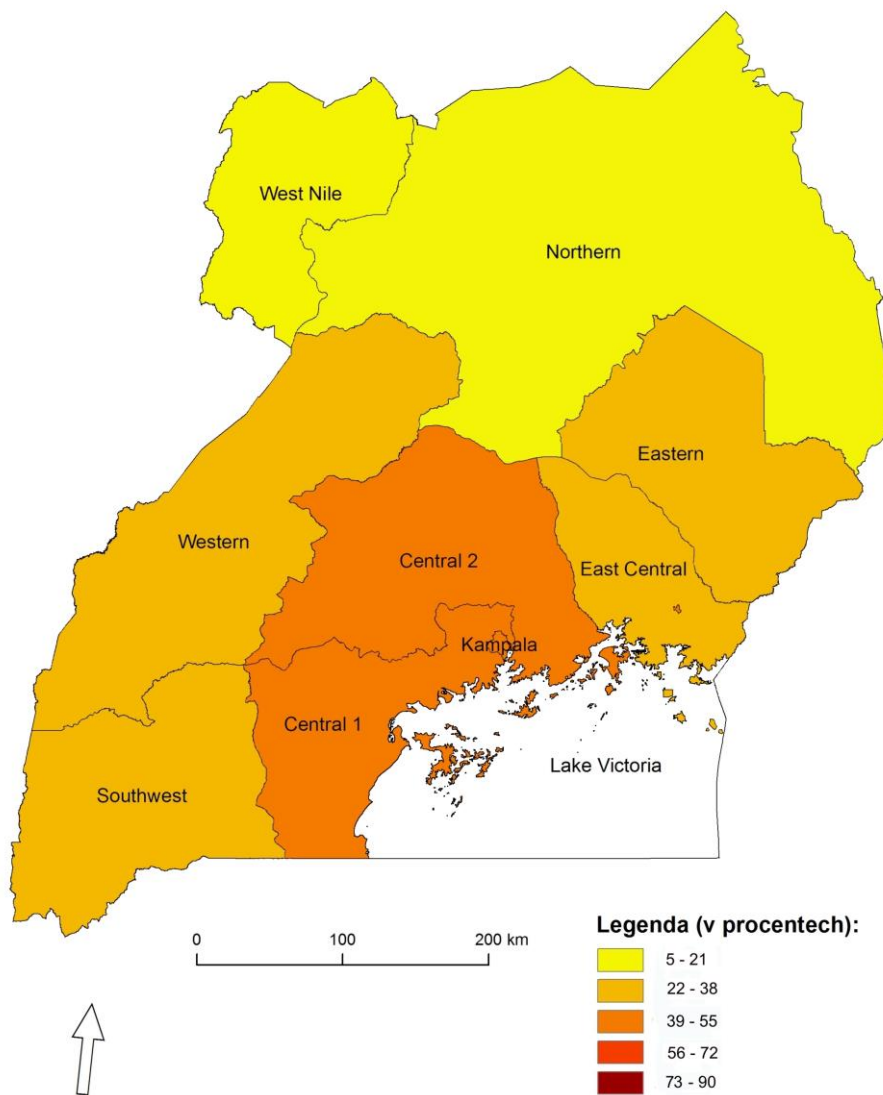


Zdroj: Uganda Bureau of Statistics, 2007



Obrázek 37: Procento respondentů s komplexní znalostí (ženy 2006), Uganda

### Procento respondentů s komplexní znalostí (ženy 2006)



Zdroj: Uganda Bureau of Statistics, 2007

#### **5.6.4. Prevence přenosu viru HIV z matky na dítě**

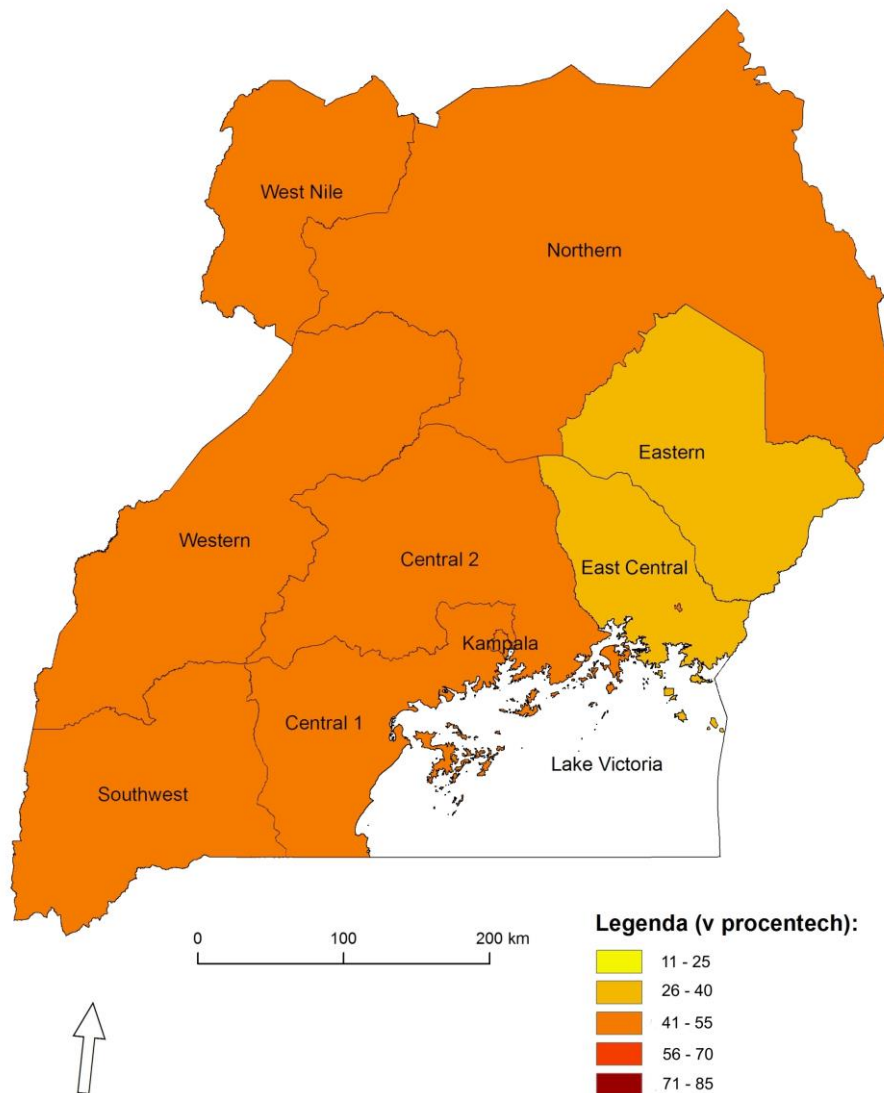
Asi 20% všech přenosů HIV viru připadá právě na přenos z matky na dítě (UGANDA COUNTRY STRATEGY PAPER EVALUATION). Toto číslo však může být i mnohem vyšší a to z toho důvodu, že se stále mnoho porodů uskuteční mimo zdravotnické zařízení. 94% těhotných, které navštívily těhotenskou poradnu, bylo testováno a obdrželo další informace o HIV (AVERT) a 86% HIV pozitivních těhotných žen dostalo ARV (UGANDA COUNTRY STRATEGY PAPER EVALUATION). Oba údaje se týkají roku 2011. Uganda realizuje mnohé preventivní programy, ale základní podmínkou tohoto boje je poskytnout zdravotní péči všem. Uganda odhaduje, že to bude splněno do roku 2015.

Výzkum DHS 2006 se ptal všech zúčastněných, zda je takový přenos možný. Po kladné odpovědi, následovaly další otázky. 73% žen a 63% mužů vědělo, že se přenos může uskutečnit během kojení. 65% žen a 64% mužů vědělo o existenci léků, které snižují riziko přenosu. Ale pouze 52% žen a 43% mužů mělo kombinovanou znalost, tedy věděli o riziku přenosu během kojení i o možnosti chránit dítě léky. (Uganda Bureau of Statistics, 2007)

Úroveň znalosti je opět vyšší mezi městským obyvatelstvem, konkrétně mezi ženami. Nezanedbatelná rozdílná úroveň vědomostí je mezi ženami bez vzdělání a ženami se středním a vyšším vzděláním. U mužů jsou rozdíly patrné méně. Znalost přenosu kojením je téměř vyrovnaná s mírnou převahou venkovských mužů. Nejnižší úroveň znalostí opět prokázaly ženy z regionu West Nile a muži regionu East Central. Podrobná data lze nalézt na obr. 38 a 39.

Obrázek 38: Procento respondentů, kteří věří, že HIV je přenášeno kojením a riziko přenosu lze snížit pomocí léků (muži 2006), Uganda

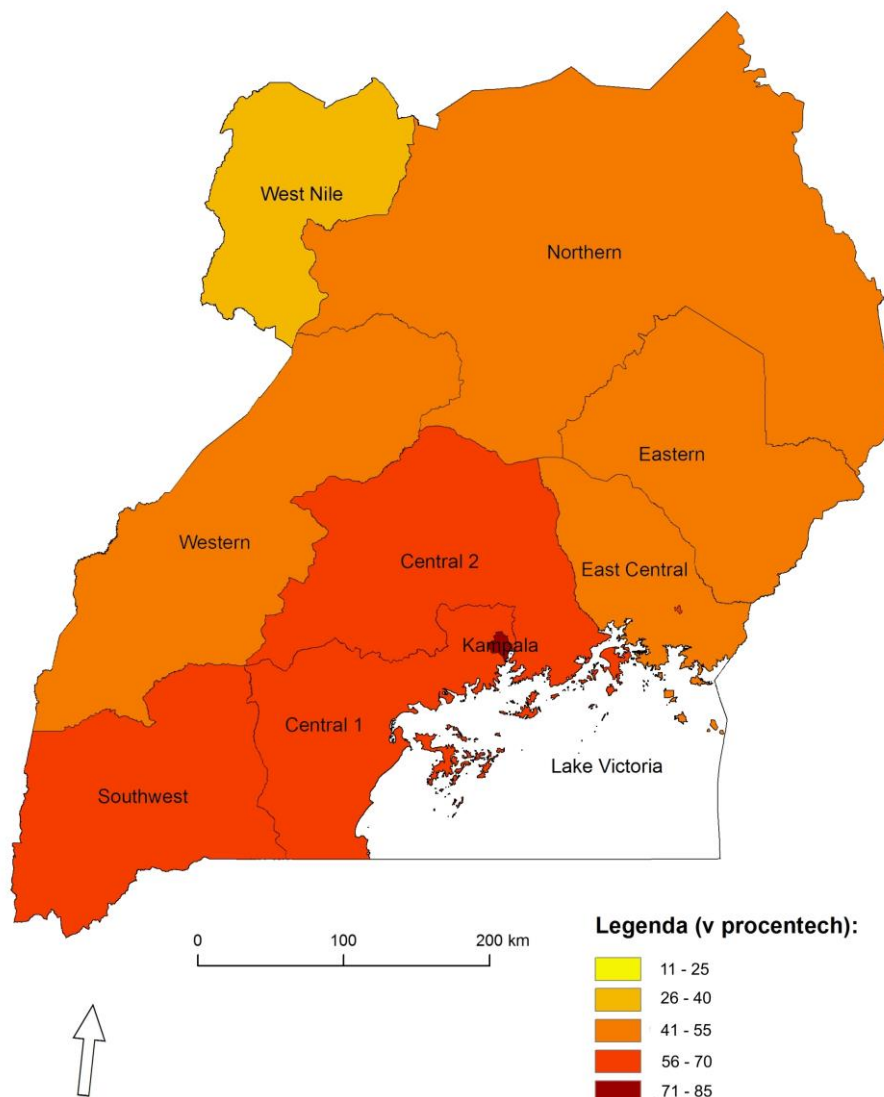
Procento respondentů, kteří věří, že  
HIV je přenášeno kojením a riziko  
přenosu lze snížit pomocí léků (muži 2006)



Zdroj: Uganda Bureau of Statistics, 2007

Obrázek 39: Procento respondentů, kteří věří, že HIV je přenášeno kojením a riziko přenosu lze snížit pomocí léků (ženy 2006), Uganda

Procento respondentů, kteří věří, že  
HIV je přenášeno kojením a riziko  
přenosu lze snížit pomocí léků (ženy 2006)



Zdroj: Uganda Bureau of Statistics, 2007

### 5.6.5. Postoje obyvatel vůči lidem s HIV/AIDS

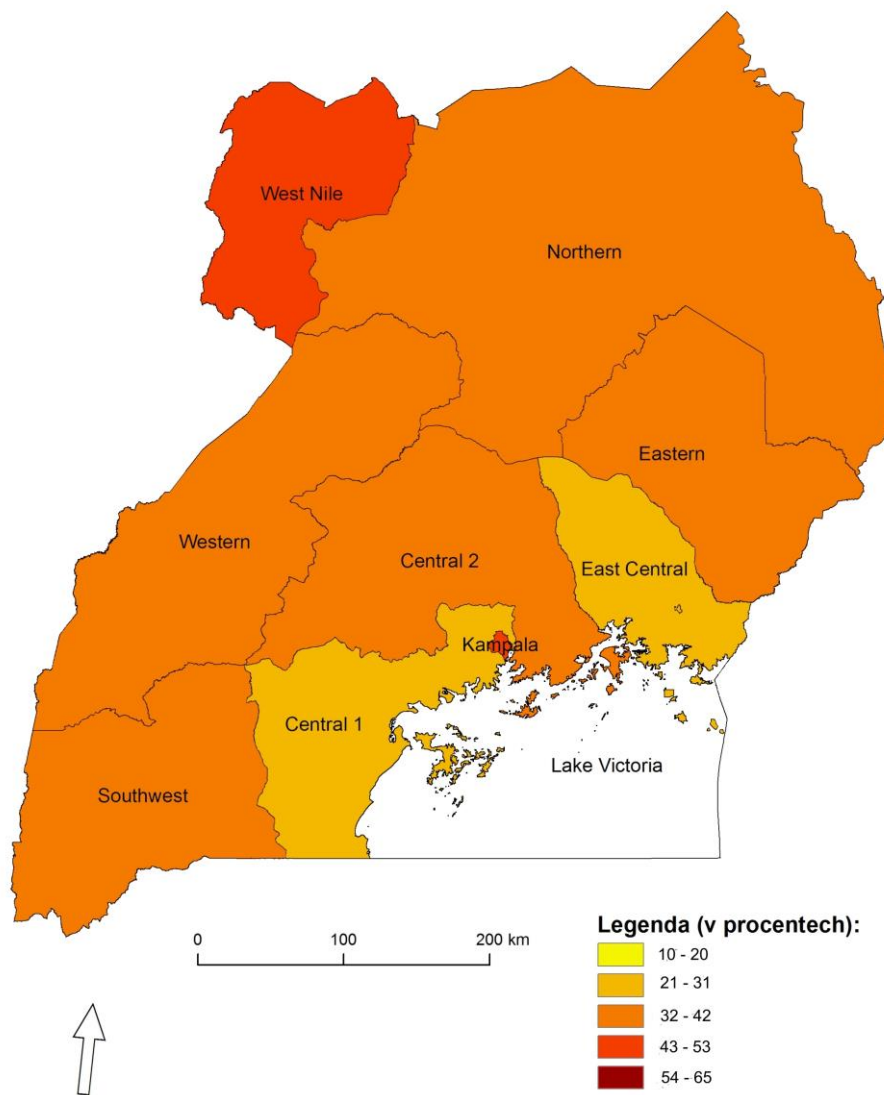
Pro posouzení úrovně stigma byli respondenti, kteří slyšeli o nemoci HIV/AIDS, dotazováni na otázky: 1) zda by byli ochotni pečovat o nemocného příbuzného ve své vlastní domácnosti, 2) zda by byli ochotni nakupovat čerstvou zeleninu od nakaženého prodejce, 3) zdali si myslí, že by učitelka nakažená HIV, která dosud ne onemocněla AIDS, měla pokračovat v učitelské praxi a 4) zda by nechtěli zatajit pozitivitu člena své rodiny.

90% žen a 91% mužů odpovědělo, že by se chtěli postarat o člena své rodiny. Shoda panuje i v otázce HIV pozitivní učitelky. 68% žen a 71% mužů souhlasí, že by měla pokračovat s výukou. Nižších hodnot dosáhly souhlasné odpovědi na otázku spojenou s nakupováním. Čerstvou zeleninu od nakaženého prodejce by si koupilo pouze 58% žen a 75% mužů. Nejméně souhlasných odpovědí se dostalo čtvrté otázce, zda by respondenti netajili HIV pozitivního člena své rodiny. Pouze každá druhá žena a 62% mužů by se takto zachovalo. Jen 26% žen a 36% mužů vyjádřilo pozitivní postoj ke všem těmto otázkám (Uganda Bureau of Statistics, 2007).

Data vykazují rozdíly podle základní proměnné. Městské a více vzdělané obyvatelstvo zaujímá k HIV pozitivním kladnější postoj. Vymyká se pouze otázka utajení HIV pozitivního člena rodiny. Ženy a muži bez vzdělání jsou skupinou, která je nejvíce ochotna nemocného přiznat. Regionům u žen dominuje tradičně Kampala, mužům region West Nile. Nejvíce negativních odpovědí se tazatelům dostalo v regionu East Central -u žen i mužů. Podrobná data lze nalézt na obr. 40 a 41 níže.

Obrázek 40: Souhlasí se všemi postoji vůči nakaženým (muži 2006), Uganda

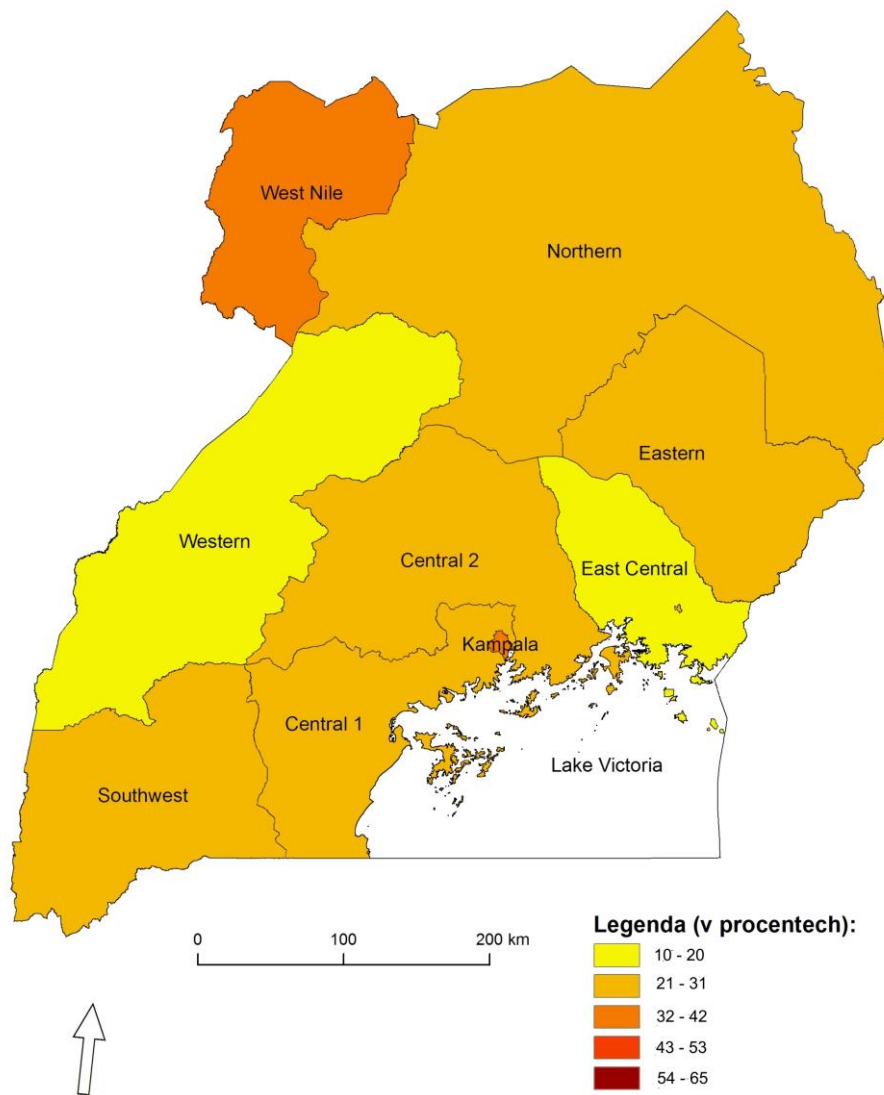
### Souhlasí se všemi postoji vůči nakaženým (muži 2006)



Zdroj: Uganda Bureau of Statistics, 2007

Obrázek 41: Souhlasí se všemi postoji vůči nakaženým (ženy 2006), Uganda

### Souhlasí se všemi postoji vůči nakaženým (ženy 2006)



Zdroj: Uganda Bureau of Statistics, 2007

## 6. Epidemie HIV/AIDS ve výuce na 2. stupni ZŠ

Epidemie HIV/AIDS v České republice neustále nabývá na síle a proto je potřeba šířit osvětu již mezi dětmi na ZŠ. Postoje mnoha lidí k této nemoci jsou často založeny na polopravdách a porozumění této problematice přispěje v boji proti diskriminaci postižených osob, stejně tak jako k prevenci šíření této nemoci. Oblast východní Afriky byla vybrána záměrně jako pozitivní příklad a důkaz toho, že i přes vážný charakter tohoto onemocnění lze za správných podmínek a správným přístupem zvrátit vývoj této epidemie.

### 6.1. Východní Afrika a HIV/AIDS v učebnicích zeměpisu ZŠ

Problematika epidemie HIV/AIDS je v učebnicích zeměpisu nedostatečně řešena. Ze seznamu učebnic schválených MŠMT se vymyká pouze **Voženílek, Demek: Zeměpis oceánů a světadílů (1)**. Jedná se o druhý díl tematické řady zaměřený na geografii Afriky, Austrálie a Oceánie, Arktidy a Antarktidy a Oceánů z roku 2006. Onemocnění HIV/AIDS je zde věnována podkapitola v rámci učebního celku Lidé v Africe, dále je krátce zmíněno v kapitole Problémy současné Afriky: Nedostatečná zdravotnická péče.

Podkapitola Hrozba zvaná AIDS se věnuje biologické stránce epidemie HIV/AIDS, jednoduchým způsobem vysvětluje žákům počáteční fázi nemoci, kdy nakažený nepozoruje žádné příznaky, zmiňuje testování krve a ztrátu imunity. Učebnice uvádí i základní data - odhad počtu nakažených HIV/AIDS z roku 2000, odhad počtu nakažených dětí do 15 let a odhad počtu celosvětově zemřelých od počátku epidemie. Učebnice zároveň nabádá k zamyšlení nad důvody, proč se v Africe nedaří zastavit šíření epidemie HIV/AIDS.

Učebnice **Zeměpis 7** od nakladatelství **Fraus** zmiňuje epidemii HIV/AIDS pouze jednou větou v kapitole Afrika včera, dnes a zítra. Případnou diskuzi ponechává zcela na učiteli, úkol na zamyšlení v oddílu při okraji stránky se váže na problematiku virů a virových onemocnění obecně. Zároveň však pro zájemce udává odkaz na webové stránky Mezinárodní zdravotnické organizace. HIV/AIDS je také zmíněn ve výčtu hospodářských a zdravotních problémů Republiky Jižní Afriky v kapitole Jižní Afrika.

Učebnice **Demek: Mimorevropské světadíly** se podrobněji věnuje problematice HIV/AIDS v kapitole Koloniální minulost Afriky. Biologické podstatě onemocnění není dán prostor.



Nicméně v odstavci je stručně zhodnocena současná situace, jsou uvedeny základní statistické údaje a epidemie je zasazena do širšího kontextu hospodářské situace Subsaharské Afriky.

**Demek, Mališ: Zeměpis světadílů** se zmiňuje epidemii velmi okrajově v kapitole Střední Afrika a žákům zadává samostatný úkol, aby si o nemoci zjistili více informací, například zda se vyskytuje i u nás.

Autoři učebnice **Holeček, Janský, Tlach: Zeměpis světa 1** se věnují epidemii HIV/AIDS v kapitole Černá Afrika. Popisují onemocnění jako ztrátu přirozené imunity, kterou je nejvíce postiženo obyvatelstvo střední Afriky a na níž dosud chybí účinná léčba.

## 6.2. HIV/AIDS v učebnicích sexuální výchovy

**Sexuální výchova - vybraná témata** je příručka pro učitele výchovy ke zdraví, která je primárně určena pro učitele a má doplňovat již vydané materiály a učebnice. Publikace obsahuje kapitolu s názvem **HIV/AIDS (MUDr. Ivo Procházka, CSc.)**, která se velmi podrobně věnuje celé problematice HIV/AIDS, dále je zde kapitola **Didaktické náměty (PaedDr. Pavel Petrnoušek)** a **Návrh učiva k věkovým zvláštnostem žáků (kolektiv autorů)**. Příručka reaguje na společenské změny a nabádá k systematickému přístupu v otázkách sexuální výchovy a reaguje tak i na nárůst počtu HIV pozitivních osob v České republice.

Kapitola HIV/AIDS velmi dopodrobna rozebírá epidemiologii, klinické projevy HIV infekce, testování, prevence přenosu viru a popisuje i společenské aspekty onemocnění. Na závěr kapitoly je zařazeno několik častých dotazů. Krátce zmiňuje region východní Afriky, kde uvádí i nejrozšířenější způsob přenosu. Dále se stručně věnuje situaci v Evropě a podrobně rozvádí epidemii HIV/AIDS v České republice. V kapitole je uvedeno množství statistických dat, obsahuje grafy a mapu.

Kapitola Didaktické náměty klade důraz na interaktivní oživení výuky a problematiku HIV/AIDS uvádí mezi tématy, o které je ze strany žáků největší zájem. Námětem pro výuku tématu je zjišťovací dotazník, na jehož základě, následně po vyplnění, vyučující s žáky diskutuje o hlavních bodech. Na závěr kapitoly je věnován prostor preventivním programům státních institucí nebo organizací. Konkrétně jmenují

„Hrou proti AIDS“ Státního zdravotního ústavu Praha a „Červenou stužku“, kterou organizuje Česká společnost AIDS pomoc, o. s.

Kapitola Návrh učiva k věkovým zvláštěnostem žáků zařazuje výuku HIV/AIDS hned do čtyř ročníků ZŠ. Poprvé by se s nemocí měli žáci seznámit v 5. ročníku v rámci ochrany před přenosnými chorobami (HIV/AIDS, hepatitidy). Následně v 6. třídě je HIV/AIDS zařazen do tématu bezpečné sexuální chování vzhledem k odpovědnosti za sebe a okolí. 8. ročník zmiňuje téma v souvislosti s životním stylem a jeho pozitivním nebo negativním dopadem na zdraví člověka a 9. třída rozebírá onemocnění společně s ostatními sexuálně přenosnými nemocemi.

### **6.3. Epidemie HIV/AIDS ve vzdělávacím projektu**

#### **6.3.1. Vymezení pojmů**

Tradičně je pojem projekt charakterizován jako „vlastní podnik žáků“, je to podnik, za jehož naplnění žák převzal osobní zodpovědnost. Projektem by měl být úkol blízký žákům, který vychází z jejich potřeb. K této myšlence se přiklání řada současných českých pedagogů, včetně Evy Lukavské. (Kratochvílová, J., 2006)

Moderní pojetí projektů v praxi se od těchto myšlenek částečně odklání. Projekty jsou často podníceny učitelem, který tak sleduje své didaktické cíle. Je zde obsaženo téma jako jádro, kolem kterého je koncentrována celá myšlenka projektu. (Kratochvílová, J., 2006)

Maňák a Švec (2003) definují projekt jako „komplexní praktická úloha (problém, téma), spojená s životní realitou, kterou je nutno řešit teoretickou i praktickou činností, která vede k vytvoření adekvátního produktu.“ (Kratochvílová, J., 2006, str. 35)

M. Vybíral napsal: „Projekt je koncentrován kolem určité ideje. Na základě zapojení celé osobnosti žáka má přinášet změny jeho osobnosti. Tato změna osobnosti žáka je umožněna poznáváním, při kterém žák získává a zpracovává nové zkušenosti. Na tvorbě obsahu a případně i formy projektu se žák podílí a přebírá za něj zodpovědnost.“ (Kratochvílová, J., 2006, str. 35)

S projektem je úzce spjata projektová metoda. Žáci by si měli vybrat téma projektu sami, ale nejpodstatnějším aspektem projektu je samostatná práce žáků, samostatné vyhledávání zdrojů a informací a závěrečná prezentace výsledků nebo produktu. Učitel zde přejímá roli poradce. Projektová metoda je tedy komplexní metodou, která sjednocuje řadu dílčích metod a využívá různé formy práce. Dominantní roli mají učební aktivity žáků, za podpory učitele. Smyslem takové výuky je komplexní rozvoj osobnosti žáka. Projekt by neměl zaměstnávat pouze hlavu, ale i ruce. (Kratochvílová, J., 2006)

### **6.3.2. Typologie projektů**

Nejčastěji uváděnými hledisky pro třídění projektů jsou účel projektu, jeho délka, projekty podle navrhovatele, počtu zúčastněných, zapojení předmětů apod.

Podle navrhovatele lze rozlišit projekty, které vycházejí ze zájmu žáků. Jedná se o projekty spontánní. Druhou kategorií jsou uměle připravené projekty, navržené učitelem podle jeho didaktických cílů.

Podobně se dá rozlišit strukturovaný a nestrukturovaný projekt, liší se způsobem volby tématu a zajištěním materiálů a zdrojů k jeho realizaci. Strukturovaný projekt je typ učitelského projektu, kdy student dostane téma a má i určen postup zpracování. Nestrukturovaný projekt je tedy uměle připravený projekt, kdy si student sám zvolí téma, shromažďuje si vlastní materiál a sám si volí postup zpracování. (Kratochvílová, J., 2006)

Z časového hlediska lze projekty rozdělit na krátkodobé (maximálně 1 den), střednědobé (maximálně jeden týden), dlouhodobé (maximálně 1 měsíc) a mimořádně dlouhodobé (několik měsíců). (Kratochvílová, J., 2006)

Podle organizace projektu lze vymezit projekty jednopředmětové, projekty v rámci jedné vzdělávací oblasti (téma zařaditelné např. do zeměpisu, přírodopisu, chemie a fyziky), projekty blízkých předmětů z různých vzdělávacích oblastí (např. český jazyk, dějepis) nebo projekty nadpředmětové. (Kratochvílová, J., 2006)

Vyplývá, že skutečný a správný projekt je pouze ten nestrukturovaný. Ovšem v praxi se vžil pojem projekt i pro učitelem navržená témata a materiály. Mnou navržený učební

celek a materiály lze podle předchozích informací chápat jako strukturovaný učitelství projekt. Sama jsem navrhla téma a připravila materiály, se kterými žáci pracovali a samostatně vyhledávali informace. Výstup ve formě plakátu zpracovávali zcela samostatně ve skupinách na základě jejich nově nabytých znalostí, zkušeností nebo dojmů z celého projektu.

### **6.3.3. Zařazení projektu**

**Typ projektu:** krátkodobý, jednodenní (6 hodin)

Projekt byl realizován jako jednodenní, lze ho však uskutečnit i jako týdenní projekt v rámci několika vyučovacích hodin. Kromě zeměpisu se nabízí i matematika (výpočty dat do tabulek, konstrukce grafů) a výtvarná výchova (tvorba plakátů).

**Podle prostředí:** školní

**Podle počtu zúčastněných:** třídní

**Podle navrhovatele:** připravený uměle

**Podle informačních zdrojů:** vázaný

**Věková skupina:** 6. -9. ročník ZŠ

**Výstup projektu:**

Výstupem jsou informační plakáty, které lze následně prezentovat formou výstavy.

### **6.3.4. Zařazení do průřezových témat a vzdělávacích oblastí dle RVP ZŠ**

Epidemii HIV/AIDS by se výuka podle RVP ZŠ měla věnovat již v 2. období na 1. stupni ZŠ (tzn. 4. a 5. třída). Toto téma je zařazeno ve vzdělávací oblasti Člověk a jeho svět oboru Člověk a jeho zdraví. Konkrétně by se žáci v rámci základů sexuální výchovy měli dozvědět základní informace o cestách přenosu HIV/AIDS. Na druhém stupni je téma zařazeno

v oblasti Člověk a zdraví, oboru Výchova ke zdraví v rámci ochrany před přenosnými i nepřenosiými chorobami, chronickým onemocněním a úrazy. Nicméně je toto téma vhodné zařazovat i do jiných vzdělávacích oblastí jako Člověk a příroda, konkrétně obor Zeměpis a Přírodopis. (MŠMT, 2013)

Významnou součástí vzdělávání jsou průřezová témata, která umožňují spolupráci mezi jednotlivými vzdělávacími obory a zařazují do výuky aktuální témata a problémy současnosti. Zároveň významně pomáhají utvářet osobnost žáka a jeho postoje okolnímu světu. Je povinností školy zařadit v průběhu vzdělávání všechna průřezová témata a jejich okruhy. V rámci RVP ZV jsou zařazena následující průřezová témata:

- Osobnostní a sociální výchova
- Výchova demokratického občana
- Výchova k myšlení v evropských a globálních souvislostech
- Multikulturní výchova
- Environmentální výchova
- Mediální výchova

(MŠMT, 2013)

Průřezové téma Výchova k myšlení v evropských a globálních souvislostech protíná všechny vzdělávací oblasti. Na druhém stupni ZŠ je úzce spjato se vzdělávací oblastí Člověk a společnost (Dějepis, Výchova k občanství), v tomto projektu je však silná návaznost na oblast Člověk a příroda, která v sobě kromě zeměpisu integruje i přírodopis. Toto téma pomáhá žákům překonat stereotypy a předsudky vůči obyvatelům zasaženým HIV/AIDS. Projekt seznamuje žáky se statistickými daty, se kterými žáci dále pracují a prakticky tak používají matematické dovednosti. V zeměpise lze projekt zařadit do regionální geografie Afriky nebo obecné socioekonomické geografie. (MŠMT, 2013)

### **6.3.5. Předpokládané výchovně vzdělávací cíle projektu**

Z hlediska vědomostí žák po absolvování projektu:

- Pochopí pojmy HIV/AIDS, seropozitivita, prevence
- Zná principy přenosu viru HIV
- Zná preventivní metody
- Pochopí příčiny epidemie HIV/AIDS v Africe

Z hlediska dovedností žák po absolvování projektu:

- Orientuje se v mapě a dokáže vytvořit jednoduchý kartogram
- Diskutuje ve skupině o hrozbě HIV/AIDS
- Orientuje se v textu a dokáže vyhledat podstatné informace
- Dokáže vyhledat statistická data
- Rozumí pozadí epidemie HIV/AIDS
- Vytvoří informačně hodnotné plakáty

Z hlediska postojů a hodnot:

- Uvědomuje si potřebu prevence HIV/AIDS
- Respektuje HIV pozitivní i nemocné AIDS
- Vyjadřuje pocity empatie vůči zasaženým
- Vyjadřuje a obhajuje vlastní názory na témata spojená s HIV/AIDS

### **6.3.6. Přínos projektu k rozvoji osobnosti žáka podle RVP**

V oblasti vědomostí, dovedností a schopností projekt:

- rozvíjí schopnosti vnímat problémy otevřeně a kriticky, umožňuje žákům přehodnotit svá stanoviska na základě nových informací a racionálních argumentů
- vede ke spolupráci na přidělených úkolech a ke komunikaci s druhými
- vede ke schopnosti prosazovat dodržování práv svých i práv ostatních

- rozvíjí schopnost racionálně uvažovat, projevovat a korigovat emocionální zaujetí
- vede k poznání a pochopení života lidí žijících v odlišných podmínkách

V oblasti postojů a hodnot projekt:

- rozvíjí schopnosti citlivě posoudit stanoviska, hlediska a pocity jiných lidí, obzvláště těch, kteří náležejí ke skupinám, komunitám, kulturám a národům jiným než jsou jejich vlastní
- vede k uvědomování si hodnot ostatních, zvláště těch, jejichž společenské, kulturní a rodinné prostředí se liší od jejich vlastního
- vede k vnímání širších souvislostí a provázanosti osudů jednotlivců i situací jednotlivých zemí
- učí toleranci, empatii, umět se vžít do role druhého

### **6.3.7. Motivační část projektu**

Motivační část projektu se skládá z několika aktivit, které na sebe logicky navazují. Nejdříve žáci vyplní krátký test (příloha 1), podle kterého se v závěru celého projektu sami dozvědí, kolik nových informací získali. Výsledky testu před projektem a po projektu lze nalézt v příloze 2. Po vybrání testu se žáci vlastními slovy pokusí vysvětlit pojem HIV/AIDS, zamyslí se nad možnými způsoby přenosu a pokusí se určit rizikové skupiny obyvatel. Jejich nápady a postřehy společně zaznamenáváme na interaktivní tabuli formou myšlenkové mapy.

Následuje aktivita „Objev HIV pozitivního“. Jsou prezentovány fotografie lidí různého věku, pohlaví, rasy i sociální vrstvy a žáci odhadují, na které fotografii je vyobrazena HIV pozitivní osoba. Své názory odůvodňují a diskutují nad konkrétními důvody, proč danou osobu zvolili. V souboru fotografií je pouze jeden zástupce HIV negativní. Tímto způsobem je žák konfrontován s obecně zažitými předsudky vůči HIV pozitivním osobám. Tuto aktivitu zpracovanou ve formě cvičení v programu SMART Notebook naleznete v přílohách na CD.

Další aktivitou je představeno onemocnění HIV/AIDS z historického hlediska. Žákům jsou rozdány karty s historickými událostmi, které se týkají objevování a šíření viru HIV

a vývoje léků. Žáci diskutují a přiřazují dané události na časovou osu. Touto aktivitou nenásilně dovedeme žáky k odhalení původu viru na černém kontinentu. V návaznosti na toto zjištění zavedeme diskuzi na téma „Jaké jsou příčiny masového rozšíření HIV/AIDS v Africe?“. Učitel vysvětlí pojem „prevalence“ a využije pracovní list k výrobě jednoduchého kartogramu znázorňujícího nejpostiženější státy Afriky. Materiál k časové ose a pracovní list naleznete v přílohách 3 a 4.

### **6.3.8. Výukové metody**

Projektem se prolíná několik základních metod (děleno dle Maňáka). Především se jedná o metody slovní, jako například diskuze, brainstorming, vysvětlování a práci s textem. Dále se jedná o metodu názorně demonstrační -práce s časovou osou a práce s mapou, respektive zakreslování do mapy. Nakonec jsou použity i metody praktické, konkrétně grafická a výtvarná činnost. (Maňák, J., 2003)

Brainstorming je jednoduchou skupinovou výukovou metodou, která není nijak náročná na přípravu ani organizaci. Tato metoda je zaměřena na kvantitu . To znamená, že je vhodnou motivací do začátku hodiny, kdy potřebujeme žáky aktivizovat. Zjišťují se tak nejen znalosti žáků, ale i jejich postoje vůči danému tématu. Žáci takto mohou i navrhnout řešení problémů, nebo na konci hodiny opakovat probranou látku. Výrazně se prohlubují komunikativní kompetence, je kladen důraz na verbální projev, na jeho přesnost a kultivovanost. Zároveň předpokládá rozvoj aktivního naslouchání. Tuto metodu jsem zařadila na začátek projektu. Žáci se pokusili vlastními slovy vysvětlit, co si představují pod pojmy HIV a AIDS. Jejich odpovědi se dalšími otázkami (Jak se přenáší?, Kdo je virem ohrožen?) rozvíjely a zaznamenávaly na tabuli v podobě myšlenkové mapy.(Sitná, D., 2009)

Na závěr proběhla skupinová prezentace plakátů, které žáci vytvořili na základě příběhů reálných osob zasažených HIV/AIDS a jejich problémů. Žáci vysvětlili, jak se dominantní téma jejich pracovního listu odrazilo ve vytvořených plakátech. Prezentaci plakátu měli v každé skupině na starosti dva z časových důvodů předem určení mluvčí.



### **6.3.9. Organizace projektu**

V hlavní části projektu se uplatňuje skupinová forma vyučování. Žáci byli rozděleni do čtyř skupin po šesti žácích. Dělení proběhlo losem pomocí předem připravených kartiček se jmény hlavních postav pracovních listů. Pro efektivní práci ve skupinách bylo potřeba rozdělit v každé skupině pracovní role. Podle Sitná, D. (2009) byly určeny role vedoucího skupiny, který organizoval práci skupiny, dále pracovníka s informacemi, který především vyhledával informace v doplňkových materiálech, role zapisovatele, časoměřiče a dvou mluvčích, kteří v závěrečné prezentaci projekt představili.

Vzhledem k použití cvičení programu SMART Notebook je projekt vhodný pro práci v učebně s interaktivní tabulí. Nicméně cvičení se dá vytisknout a snadno použít i na obyčejné tabuli.

### **6.3.10. Popis úkolů**

Žáci se rozdělí do čtyř skupin. Každá skupina dostane pracovní list, příběh osoby zasažené HIV/AIDS, text s doplňujícími informacemi a balicí papír. Na základě příběhu, textu, za pomoci internetu a diskuze ve skupině žáci odpovídají na otázky v pracovním listě, pomocí kalkulačky vypočítají chybějící informace v tabulkách. Společně pak vytvoří plakát, ve kterém zachytí hlavní téma svého pracovního listu (cesty přenosu viru HIV, přenos viru z matky na dítě, diskriminace, HIV/AIDS a děti), tak jak jej pochopili sami. Na závěr představí své plakáty ostatním skupinám.

Scénář celého projektu naleznete v příloze.

### **6.3.11. Pomůcky a prostředky k realizaci projektu**

K realizaci projektu jsou použity jednotlivé příběhy osob zasažených HIV/AIDS, texty doplňující příběhy a pracovní listy, dále je třeba výuková prezentace v programu SMART Notebook, připravená a vytištěná data k zavěšení na časovou osu, slovník cizích slov, případně přístup k internetu. Pro tvorbu plakátů je potřeba balicího papíru, psacích a kreslicích potřeb.

### **6.3.12. Kalkulace rozpočtu**

Projekt není finančně náročný. Celkové výdaje na jeden ročník by neměly přesáhnout 100 Kč, pokud učitel nebude trvat na barevném tisku.

### **6.3.13. Hodnocení projektu**

Projekt je hodnocen individuálně (známkou) i skupinově (slovně). Individuální hodnocení žáka je založeno na testu, který žák vyplňuje v úvodu projektu. Stejný test je žákovi předložen i v závěru. Známkou (pouze výbornou) je hodnocen ten žák, který v závěrečném testu prokázal, že si z projektu něco odnesl, a získal více bodů než v úvodu.

Slovní hodnocení probíhá nad výslednou prací žáků -plakáty. Žáci si navzájem prezentují plakáty a diskutují nad jeho konceptem. Samotný plakát a jeho vystavení ve třídě tak může být hodnocením výsledků skupinové práce. Skupina by měla být schopna zhodnotit svoji vlastní práci. Shrnout, která část práce představovala pro skupinu problém, co nového se naučili a co mohou dále využít v jiných předmětech nebo praxi. Přihlízející žáci mohou připojit vlastní dotazy nebo poznámky.

Ukázky vyplněných pracovních listů a plakátů lze nalézt v přílohách na CD.

### **6.3.14. Realizace projektu**

Projekt jsem realizovala v 6. ročníku (6. B) na Základní škole T. G. Masaryka v Rokycanech. Využila jsem k tomu 6 vyučovacích hodin v rozmezí jednoho dne, nerespektovala jsem však délku vyučovací jednotky 45 minut. V průběhu projektu byla jedna 15 minutová pauza na svačinu, ostatní přestávky si žáci dělali podle individuální potřeby. Zeměpisného projektu se zúčastnilo celkem 24 dětí. Celý projekt byl realizován podle předem připraveného scénáře (viz příloha 8).

### **6.3.15. Sebereflexe**

Vzhledem k tomu, že jsem projekt realizovala ve třídě, kde působím jako třídní učitel, byly podmínky k realizaci projektu vynikající. Žáci jsou na projektovou formu výuky zvyklí již od předchozí třídní učitelky a velmi dobře zvládají kooperovat ve skupině. Děti se aktivně zapojovaly do diskuzí a nebály se prezentovat vlastní názory.

Časová dotace byla pro projekt vyhovující. Přesto některé skupiny využily připravenou deskovou hru na téma HIV/AIDS, která byla vytvořena jako doplňkový materiál pro rychle pracující skupiny.

Střídáním vyučovacích metod a postupů činností se podařilo udržet pozornost a zájem o práci. Aktivita na časové ose byla ovšem pro žáky 6. ročníku nad jejich možnosti, přesto jsme společně dosáhli žádaného výsledku. V budoucí realizaci projektu bych tuto aktivitu výrazně zjednodušila.

## **Závěr**

Prvním z cílů bylo shrnout specifika onemocnění HIV/ AIDS, podat přehled o způsobech přenosu viru HIV, příznacích nemoci a její kategorizaci. Tento cíl jsem naplnila v kapitole 4, kde jsem se podrobně věnovala přenosu, příznakům a léčbě onemocnění HIV/AIDS.

Analýza problematiky epidemie HIV/AIDS na příkladu států východní Afriky, respektive shrnutí vývoje onemocnění a změny postojů obyvatel této oblasti je náplní kapitoly 5. Jsou zde sesbírána, utříděna a vizualizována data jednotlivých států a jejich regionů. Statistická data jsou rozdělena podle pohlaví, vzdělání a regionů. Vybraným tématům se podrobněji věnuje množství kartogramů, kterými lze porovnat dané téma i mezi státy.

Třetím hlavním cílem bylo didakticky transformovat téma a vytvořit didaktický projekt pro použití v hodinách zeměpisu, přírodopisu nebo výchovy ke zdraví na ZŠ. Tomu je věnována kapitola 6. Návrh projektu byl zrealizován v 6. ročníku na základní škole v Rokycanech. Za pomoci autentických příběhů a jiných zdrojů se žáci seznámili s problematikou epidemie HIV/AIDS a vytvořili informační plakáty, které byly následně prezentovány ve škole.

## **Resumé**

This work named The problem of HIV/AIDS in regional geography in primary school education (focus on East Africa) deals with HIV/AIDS issue and it would serve as a guide for teachers with subsequent use in an educational project.

AIDS is an abbreviation of the name Acquired Immune Deficiency Syndrome, which expresses the essence of the disease. It is a set of symptoms that lead to the loss of immunity. The causative agent of AIDS was discovered in 1983. It is the HIV - Human Immunodeficiency Virus, which is the virus causing the loss of immunity. The virus attacks white blood cells which proliferate and later is killed, and thus reduces the loss in the body of an infected person. The sharp decline in the number of white blood cells leads to failure of immunity and develops the disease AIDS.

East and southern Africa is the region with the highest prevalence in general population. The majority of newly infected people in this region were infected during unprotected heterosexual intercourse. To reduce unprotected sex with multiple partner is the greatest preventative challenge. Mother-to-child transmission is also significant in this region.

HIV/AIDS epidemic has a great effect on society. It affects people as an illness and as a source of discrimination. There are many misconceptions about HIV/AIDS that lead to rejection and avoidance of people living with HIV/AIDS. It is important to address the issue of HIV/AIDS primary and lower secondary schools where children shape their values and attitudes easily and without prejudices. East Africa is a suitable region for teaching HIV/AIDS issue because it is the region where the epidemic was reversed.

## Seznam příloh:

Příloha 1: Test a jeho správné řešení .....	90
Příloha 2: Výsledky testu před projektem a po projektu.....	91
Příloha 3: Pracovní list .....	92
Příloha 4: Materiály k časové ose .....	94
Příloha 5: Příběhy lidí zasažených HIV/AIDS.....	95
Příloha 6: Doplnkové materiály .....	99
Příloha 7: Pracovní listy pro skupiny.....	103
Příloha 8: Podrobný scénář .....	111

Příloha 1: Test a jeho správné řešení

ODPOVĚZ:		SPRÁVNĚ	ŠPATNĚ
1	AIDS je vyvolán virem		
2	Virem HIV může být infikován kdokoliv		
3	AIDS lze vyléčit		
4	AIDS lze dostat dotykem nemocného		
5	AIDS je možné dostat, budeme-li používat společnou jehlu s nitrožilním toxikomanem		
6	HIV- virus může být přenesen hlubokým ("francouzským") polibkem		
7	AIDS mají jen homosexuálové a nitrožilní toxikomani		
8	Virus HIV může být přenesen kašlem a smrkáním		
9	Pro mladé heterosexuální lidi nepředstavuje AIDS žádné riziko		
10	Těhotné ženy mohou přenést virus na svůj plod		
11	Virus HIV může být přenesen komáry		
12	Virus HIV je možno přenést nechráněným sexuálním stykem		
13	Seropozitivní osoba je někdo, kdo přenáší virus, ale není nemocen		
14	Někomu, kdo je infikován virem HIV, může trvat léta, než onemocní		
15	AIDS je okolnost, kdy tělo nemá vůbec protilátky proti jakýmkoliv nemocem		
16	Při transfúzi je možno se nakazit virem HIV		
17	Používání kondomů může snížit riziko infekce HIV		
18	Virus HIV může být přenesen pitím ze stejného hrnku		
19	Virus HIV může být šířen jen lidmi s AIDS, ne seropozitivními		
20	Ženy se mohou proti HIV infekci chránit používáním antikoncepčních pilulek		
21	Většina lidí infikovaných HIV zemře na AIDS		

ODPOVĚZ:		SPRÁVNĚ	ŠPATNĚ
1	AIDS je vyvolán virem	X	
2	Virem HIV může být infikován kdokoliv	X	
3	AIDS lze vyléčit		X
4	AIDS lze dostat dotykem nemocného		X
5	AIDS je možné dostat, budeme-li používat společnou jehlu s nitrožilním toxikomanem	X	
6	HIV- virus může být přenesen hlubokým ("francouzským") polibkem		X
7	AIDS mají jen homosexuálové a nitrožilní toxikomani		X
8	Virus HIV může být přenesen kašlem a smrkáním		X
9	Pro mladé heterosexuální lidi nepředstavuje AIDS žádné riziko		X
10	Těhotné ženy mohou přenést virus na svůj plod	X	
11	Virus HIV může být přenesen komáry		X
12	Virus HIV je možno přenést nechráněným sexuálním stykem	X	
13	Seropozitivní osoba je někdo, kdo přenáší virus, ale není nemocen	X	
14	Někomu, kdo je infikován virem HIV, může trvat léta, než onemocní	X	
15	AIDS je okolnost, kdy tělo nemá vůbec protilátky proti jakýmkoliv nemocem		X
16	Při transfúzi je možno se nakazit virem HIV	X	
17	Používání kondomů může snížit riziko infekce HIV	X	
18	Virus HIV může být přenesen pitím ze stejného hrnku		X
19	Virus HIV může být šířen jen lidmi s AIDS, ne seropozitivními		X
20	Ženy se mohou proti HIV infekci chránit používáním antikoncepčních pilulek		X
21	Většina lidí infikovaných HIV zemře na AIDS	X	

Podle: Sexuální výchova, vybraná témata. Praha 2009.

Příloha 2: Výsledky testu před projektem a po projektu

VÝSLEDKY TESTU PŘED PROJEKTEM		6. ročník (24 dětí)		
		správně	špatně	bez odpovědi
1	AIDS je vyvolán virem	24	0	0
2	Virem HIV může být infikován kdokoliv	22	2	0
3	AIDS lze vyléčit	16	8	0
4	AIDS lze dostat dotykem nemocného	22	2	0
5	AIDS je možné dostat, budeme-li používat společnou jehlu s nitrožilním toxikomanem	22	2	0
6	HIV- virus může být přenesen hlubokým ("francouzským") polibkem	15	9	0
7	AIDS mají jen homosexuálové a nitrožilní toxikomani	20	4	0
8	Virus HIV může být přenesen kašlem a smrkáním	24	0	0
9	Pro mladé heterosexuální lidi nepředstavuje AIDS žádné riziko	23	1	0
10	Těhotné ženy mohou přenést virus na svůj plod	24	0	0
11	Virus HIV může být přenesen komáry	12	12	0
12	Virus HIV je možno přenést nechráněným sexuálním stykem	24	0	0
13	Seropozitivní osoba je někdo, kdo přenáší virus, ale není nemocen	19	5	0
14	Někomu, kdo je infikován virem HIV, může trvat léta, než onemocní	15	9	0
15	AIDS je okolnost, kdy tělo nemá vůbec protilátky proti jakýmkoliv nemocem	8	16	0
16	Při transfúzi je možno se nakazit virem HIV	18	5	1
17	Používání kondomů může snížit riziko infekce HIV	19	5	0
18	Virus HIV může být přenesen pitím ze stejného hrnku	23	1	0
19	Virus HIV může být šířen jen lidmi s AIDS, ne seropozitivními	19	5	0
20	Ženy se mohou proti HIV infekci chránit používáním antikoncepčních pilulek	16	8	0
21	Většina lidí infikovaných HIV zemře na AIDS	24	0	0



VÝSLEDKY TESTU PŘED PROJEKTEM		6. ročník (24 dětí)		
		správně	špatně	bez odpovědi
1	AIDS je vyvolán virem	24	0	0
2	Virem HIV může být infikován kdokoliv	22	2	0
3	AIDS lze vyléčit	23	1	0
4	AIDS lze dostat dotykem nemocného	22	2	0
5	AIDS je možné dostat, budeme-li používat společnou jehlu s nitrožilním toxikomanem	24	0	0
6	HIV- virus může být přenesen hlubokým ("francouzským") polibkem	23	1	0
7	AIDS mají jen homosexuálové a nitrožilní toxikomani	24	0	0
8	Virus HIV může být přenesen kašlem a smrkáním	24	0	0
9	Pro mladé heterosexuální lidi nepředstavuje AIDS žádné riziko	23	1	0
10	Těhotné ženy mohou přenést virus na svůj plod	24	0	0
11	Virus HIV může být přenesen komáry	22	2	0
12	Virus HIV je možno přenést nechráněným sexuálním stykem	24	0	0
13	Seropozitivní osoba je někdo, kdo přenáší virus, ale není nemocen	19	5	0
14	Někomu, kdo je infikován virem HIV, může trvat léta, než onemocní	21	3	0
15	AIDS je okolnost, kdy tělo nemá vůbec protilátky proti jakýmkoliv nemocem	19	5	0
16	Při transfúzi je možno se nakazit virem HIV	24	0	1
17	Používání kondomů může snížit riziko infekce HIV	24	0	0
18	Virus HIV může být přenesen pitím ze stejného hrnku	24	0	0
19	Virus HIV může být šířen jen lidmi s AIDS, ne seropozitivními	21	2	1
20	Ženy se mohou proti HIV infekci chránit používáním antikoncepčních pilulek	23	1	0
21	Většina lidí infikovaných HIV zemře na AIDS	24	0	0

Podle: Sexuální výchova, vybraná témata. Praha 2009.

Příloha 3: Pracovní list

Stát	Odhad 2011	Stát	Odhad 2011
Alžírsko		Madagaskar	0, 30
Angola	2, 10	Malawi	10, 00
Benin	1, 20	Mali	1, 10
Botswana	23, 40	Maroko	0, 20
Burkina Faso	1, 10	Mauricius	1, 10
Burundi	1, 30	Mauritánie	1, 00
Côte d'Ivoire	3, 00	Mozambik	11, 30
Čad	3, 10	Namibie	13, 40
Demokratická republika Kongo		Niger	0, 80
Džibuti	1, 40	Nigerie	3, 70
Egypt	0, 10	Republika Jižní Afrika	17, 30
Eritrea	0, 60	Rovníková Guinea	4, 70
Etiopie	1, 40	Rwanda	2, 90
Gabon	5, 00	Senegal	0, 70
Gambie	1, 50	Sierra Leone	1, 60
Ghana	1, 50	Somálsko	0, 70
Guinea	1, 40	Středoafriická republika	4, 60
Guinea-Bissau	2, 50	Súdán	0, 40
Kamerun	4, 60	Svazijsko	26, 00
Keňa	6, 20	Tanzanie	5, 80
Komory	0, 10	Togo	3, 40
Kongo	3, 30	Tunis	0, 10
Lesotho	23, 30	Uganda	7, 20
Libérie	1, 00	Zambie	12, 50
		Zimbabwe	14, 90



Zdroj dat: UNAIDS, AIDSinfo, Zdroj mapy: DALET, Daniel. d-maps.com [online]. [cit. 28.2.2013]. Dostupný na WWW: [http://d-maps.com/carte.php?num\\_car=737&lang=en](http://d-maps.com/carte.php?num_car=737&lang=en)

Příloha 4: Materiály k časové ose

HIV SE PŘENESLO NA ČLOVĚKA	VĚDCI A LÉKAŘI VYSPĚLÝCH STÁTŮ IGNORUJÍ NARŮSTAJÍCÍ EPIDEMII	PRVNÍ PŘÍPADY SE OBJEVUJÍ MEZI HOMOSEXUÁLNÍMI MUŽI A INTRAVENÓZNÍMI UŽIVATELI DROG	3 000 PŘÍPADŮ A 1 000 MRTVÝCH NA AIDS V USA
HIV SE ROZŠÍŘILO DO USA	NOVÁ CHOROBA POJMENOVÁNA AIDS	AIDS JE ZAZNAMENÁNO MEZI HEMOFILIKY	V 85 ZEMÍCH ZAZNAMENÁNO VÍCE NEŽ 38 000 PŘÍPADŮ AIDS
AIDS JE ZAZNAMENÁNO V NĚKTERÝCH EVROPSKÝCH STÁTECH	EXPERTI ODHALILI INFEKČNÍ PODSTATU AIDS	AIDS JE ZAZNAMENÁNO MEZI NEFETUJÍCÍMI ŽENAMI A DĚTMI	PODLE POZDĚJŠÍCH ODHADŮ ŽIJE NA ZEMI 8 000 000 LIDÍ NAKAŽENÍCH HIV
VĚDCI SI UVĚDOMILI ŠIROKÉ ROZŠÍŘENÍ AIDS V NĚKTERÝCH ČÁSTECH AFRIKY	VĚDCI OBJEVILI HIV VIRUS JAKO PŮVODCE AIDS		DÍKY NOVÉ LÉČBĚ SE V ROZVINUTÝCH STÁTECH ZAČÍNÁ SNIŽOVAT ÚMRTNOST
AIDS BYL OBJEVEN V ČÍNĚ A TÍM ZASÁHL CELÝ SVĚT	BYL LICENCOVÁN KREVŇÍ TEST NA HIV		PODLE POZDĚJŠÍCH ODHADŮ ŽIJE NA ZEMI 22 000 000 LIDÍ NAKAŽENÍCH HIV
	AZT JE PRVNÍM LÉKEM SCHVÁLENÝM PRO LÉČBU AIDS		28% OBYVATEL ROZVOJOVÉHO SVĚTA S POTŘEBOU LÉKŮ DOSTÁVÁ SVOJI LÉČBU
	AZT SE UKÁZALO JAKO LÉK SNIŽUJÍCÍ RIZIKO PŘENOSU VIRU Z MATKY NA DÍTĚ		PODLE ODHADŮ JE NA ZEMI 33 000 000 HIV POZITIVNÍCH LIDÍ
	KOJENECKÁ PREVALENCE HIV ZAČALA V ROZVINUTÝCH STÁTECH KLESAT		4 000 000 OBYVATEL ROZVOJOVÝCH ZEMÍ DOSTÁVÁ POTŘEBNOU LÉČBU, DALŠÍCH 9 500 000 NA LÉČBU STÁLE ČEKÁ
	KOMBINOVANÁ ANTIRETROVIRÁLNÍ LÉČBA SE UKÁZALA BÝT VELMI EFEKTIVNÍ PROTI HIV		
	LÉKY NA AIDS SE STÁVAJÍ DOSTUPNĚJŠÍMI PRO PACIENTY V ROZVOJOVÉM SVĚTĚ		
	OBŘÍZKA SE UKÁZALA BÝT ÚČINNOU PREVENTIVNÍ METODOU		

## Sankarův příběh

---

Sankara Ntawukuriryayo se narodil ve Rwandě roku 1986 jako první syn ředitele místní základní školy. Když mu bylo devět let, ve Rwandě propukla občanská válka a jeho rodina utekla do uprchlického tábora v Demokratické republice Kongo (DRK). Sankarův otec vyučoval v tamní škole, ale nebyl za svoji práci placen, a tak byla rodina odkázána na příděly kukuřičného chleba. Po čase Sankarova matka otěhotněla a porodila dvojčata chlapce.

Brzy poté jeho otec onemocněl. Byl hospitalizován, ale protože si Sankarova rodina nemohla za pobyt v nemocnici zaplatit, byl otec nucen nemocnici opustit a vrátit se do uprchlického tábora. Nikdo nevěděl jaká nemoc Sankarova otce postihla. Někteří byli toho názoru, že byl otráven. Ovšem brzy onemocněl i Sankarův bratr.

„Nejdříve nás navštěvovali sousedé a nosili nám jídlo, ale pak přestali. Všichni jsme se velmi snažili, abychom přežili. Moje maminka měla hodně práce a přesto, že jsem byl malý, cítil jsem, že musím nějak pomoci se sháněním jídla, zatímco se ona starala o tatínka.“

Sankarův otec i malý bratr brzy zemřeli. Příčinou jejich smrti byl AIDS.

Ne dlouho po smrti otce onemocněla matka. Sankara se začal starat o rodinu sám. Přestože Sankara sám není HIV pozitivní, ostatní děti z uprchlického tábora se mu vyhýbaly se slovy: má tu „nemoc nedotýkej se nás“. Nikdo mu nepomohl starat se o jeho matku, taky měla „tu nevyhlášenou nemoc“.

Matka zemřela a Sankara zůstal sám se svým malým bratrem. Dny trávil hledáním dřeva, nošením vody a vláčením nákladu zboží pro obchodníky na trh. Práce mu vydělala dostatek peněz, aby si koupil kukuřičný chléb.

Jednoho dne byl unesen skupinou rebelujících vojáků. Tři roky byl nucen za povstalce bojovat, než byl u hranic s Ugandou zajat rwandskými vládními vojáky.

Vládou byl převezen do Gitagaty. Gitagata je dětské centrum, kde se bývalí dětské vojáci za podpory UNICEF zotavují z prožitých hrůz genocidy. Mnoho zdejších dětí připravil AIDS o celé rodiny. UNICEF dětem zajišťuje základní životní prostředky, jídlo a poskytuje také psychosociální poradenství. Zároveň spolupracují s Červeným křížem a pátrají po žijících příbuzných dětí. Sankara ví, že své rodiče již nikdy nespátří, ale věří, že najde svého malého bratra. Zatím se však učí žít normálním životem.

(UNICEF, 2012)

# Příběh Charlese Okuruta

---

Třináctiletý HIV pozitivní Charles je předmětem výsměchu ze strany svých spolužáků, proto se rozhodl zanechat studia na základní škole. Stal se terčem pomluv a nikdo si s ním nechce hrát, chodit na oběd nebo vedle něj sedět ve třídě.

„Jsem frustrovaný. Mí bývalí kamarádi ode mě utíkají. Dokonce odmítají sedět v lavici, kde jsem sedával,“ říká Charles. „Často si musím škrábat olupující se kůži, aby přestala svědit. Má kůže je hodně podrážděná. Hodně to svědí.“

Charles je jedním z odhadovaných 1,2 milionu AIDS siroteků v Ugandě. HIV pozitivních je asi 156 000 ugandských dětí a dalších 27 000 se s HIV již narodí, z nich se přibližně polovina nedožije ani 2. narozenin a asi 75% zemře před pátými narozeninami.

Charlesovo trápení začalo, když se u něj rozvinula kožní vyrážka jako reakce na antiretrovirální léky. Mimo to je Charles podvyživený, ve škole často neobědvá, protože si jeho pěstouni nemohou dovolit zaplatit 6 kilogramů kukuřice a 3 000 šilinků (cca 20 Kč) za její semlení, jak škola za každé pololetí vyžaduje.

Charles by se jednou chtěl stát učitelem a pomáhat stejně postiženým dětem.

Charles se virem HIV nakazil zřejmě od svých rodičů, kteří na HIV/AIDS zemřeli počátkem nového tisíciletí. Charlesovi bylo HIV zjištěno v roce 2011, hladina jeho CD4 vyžadovala nasazení ART.

Tento příběh má však (prozatím) dobrý konec. Poté co byly Charlesovy osudy zveřejněny v novinách, mu jedna z nevládních organizací darovala jídlo bohaté na proteiny, které Charlesovi vystačilo na celé tři měsíce. To mu dodalo dostatek síly, aby se mohl vrátit do školy. Charles byl ujistěn, že se šikana ze strany jeho spolužáků již nebude opakovat.

(In2EastAfrica Reporter, 2012)

# Paskazia Shoka

---

Jmenuji se Paskazia Shoka. Je mi 38 let a žiji se svým manželem Johnem a dětmi v Tanzanii.

Měla jsem šest dětí, ale bohužel dvě již zemřely. Dcera Veronika zemřela na malárii, když jí byl pouhý rok, a Betha ve čtrnácti podlehla HIV/ AIDS. Mé zbylé děti, Anna (17), Bonaventure (13), Bahati (3) a Semeni (10 měsíců), jsou zdravé.

Po smrti Bethy v roce 2004, jsem podstoupila HIV test. Bylo to pro mne velmi obtížné rozhodnutí- bála jsem se. Test byl pozitivní.

V té době jsem byla ve třetím měsíci těhotenství. Byla jsem informována, že virus může být přenesen na mé dítě, ale existují způsoby, jak toto riziko snížit. Začala jsem brát léky a lékaři celé mé těhotenství pozorně sledovali. Bezpečně jsem porodila holčičku, Bahati, a začala jsem brát ART. Půl roku jsem kojila, Bahati dostávala léky, aby neonemocněla.

Bahati ve třech měsících onemocněla, bála jsem se, že je také nemocná. Vzala jsem ji na testy a výsledek byl zdrcující. Pozitivní.

Později mi bylo vysvětleno, že kojenecké testy nejsou vždy přesné. Ve dvou letech byla Bahati znovu testována s negativním výsledkem. Test byl opakován třikrát se stejným výsledkem.

Po celou dobu jsem o mé nemoci s manželem nepromluvila. Připojila jsem se k podpůrné skupině pro HIV pozitivní lidi, kde mi poradili, jak si s manželem o mém problému promluvit. Požádala jsem ho, abychom zašli na testy společně. Souhlasil. Jeho test byl negativní.

V roce 2008 jsem neplánovaně znovu otěhotněla. Během těhotenství jsem pokračovala v léčbě a řídila se pokyny lékařů. Holčička Semeni je také negativní.

( Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation, 2009)

# Beldina Atieno

---

Bez varování vstoupili příbuzní jejího manžela do její domácnosti a vzali jí děti v rámci "bezpečnosti". Manžel odešel také. „Když jsem se v roce 2000 dozvěděla, že jsem HIV pozitivní, rodina mého manžela prostě přišla k nám domů a vzala mi děti a všechno ostatní. Brzy poté odešel i můj manžel," říká.

Na otázku, jakým výzvám v současnosti čelí v důsledku jejího postavení HIV pozitivní osoby, Beldina odpovídá, že již přestála ty nejvíce děsivé problémy, jako jsou stigmatizace a diskriminace. „Bojovala jsem se stigma do té míry, že nyní nevidím žádný vážný problém, týkající se mého stavu. Mou jedinou výzvou zůstává, přinutit ostatní učitele, aby se nechali testovat na HIV. A dále těm, kterým test vyšel negativně, pomoci, aby tak zůstali i nadále, a ty HIV pozitivní naučit žít pozitivně.“

Její stav již neovlivňuje výkon ve škole. Své povinnosti plní stejně jako každý jiný učitel. „Nevyužívám svého stavu. Mám stejný úvazek jako ostatní učitelé, tzn. 17 hodin. Od té doby co beru léky, jsem nikdy nebyla nemocná.“

Beldina říká, že zveřejnění svého pozitivního testu na HIV bylo jejím největším přínosem. Nyní navštěvuje školy v Nairobi a vysvětluje ostatním učitelům jak se vyhnout infekci HIV. Také pomáhá ve svém okolí těm, kteří k ní přijdou po testování HIV pro radu, např. kde získat léky. Beldina věří, že se jí podařilo změnit vnímání HIV mezi svými kolegy učiteli. Mnoho učitelů šlo na testování HIV a pochopilo, že HIV pozitivita již není synonymem smrti, jak tomu bylo v minulosti.

Podle Beldiny si učitelé, rodiče a členové komunity jsou problému HIV vědomi, avšak stydí se o HIV mluvit v důsledku stigma, které je s ním stále spojeno.

„Bydlím nedaleko slumu, kde je mnoho případů infekce HIV. Prostřednictvím organizace sdružující ženy s HIV pomáhám snížit výskyt případů nové infekce a těm, kteří jsou pozitivní, pomáhám dostat léky a vést zdravý život. Je zajímavé, že někteří příslušníci střední třídy jsou v šoku, když jim řeknu, že jsem HIV pozitivní. To mi dokazuje, že mnoho lidí stále neumí o této věci otevřeně promluvit.“ Beldina se domnívá, že i když úroveň informovanosti o HIV je výrazně vyšší u všech skupin obyvatelstva, jeho vnímání se liší od jedné ekonomické třídy k druhé. Většina lidí má pocit, že HIV je pro chudé.

Nakonec byly Beldině navráceny i její děti, se kterými nyní žije společně. Nicméně, její manžel, se nevrátil. „Vedu docela normální život. Plně zodpovídám za svůj dům a bez pomoci pečuji o svou rodinu.“

(Courage& Hope, 2008)

## Genocida ve Rwandě

---

Rwanda je malý vnitrozemský stát ve východní Africe, který sousedí s Ugandou na severu, Tanzanií na východě, Burundi na jihu a s Kongem na západě. Žijí zde dvě etnické skupiny - Hutuové a menšina Tutsiů. Mezi těmito dvěma etniky panovalo odedávna silné napětí, jehož vyvrcholením se v devadesátých letech stala občanská válka.

V roce 1994 ve Rwandě proběhla genocida, kdy Hutuové vyvraždili asi 800 tisíc Tutsiů a umírněných Hutuů. Následky genocidy, která trvala „pouhých“ sto dní, pocítuje Rwanda dodnes. Podle UNICEF asi 95 tisíc dětí ztratilo rodiče, některé byly verbovány pro boj. Důležitým problémem je masové rozšíření viru HIV/AIDS a to v přímé návaznosti na zmíněnou genocidu. Mnoho žen bylo znásilněno, OSN tento počet odhaduje na 250 - 500 tisíc. Tato znásilnění byla součástí plánů extrémistů z kmene Hutuů, kteří tím zamýšleli změnit etnické složení země. Vysoké procento těchto žen nyní trpí sexuálně přenosnými nemocemi HIV/AIDS nevyjímaje.

To znamená, že téměř 20 let po genocidě roste nová generace sirotků, jejichž matky umírají na HIV/AIDS.

(afrol News, 2006)



## Děti a HIV/ AIDS v Ugandě

---

Podle odhadů žije v Ugandě 1, 2 milionů HIV pozitivních obyvatel, z tohoto počtu je asi 150 000 dětí.

Asi jen tři z deseti HIV pozitivních dětí (28%) dostává léky, které potřebuje. V Ugandě žije přibližně 76 000 dětí, které potřebují okamžité zahájení léčby antiretrovirální terapií (ART). Častým jevem je, že ti kteří léčbu ART zahájí, v ní později nepokračují, a to znamená, že s největší pravděpodobností na komplikace nemoci AIDS zemřou. Výzkum ukázal, že pouze 60% všech léčených dětí před rokem 2009 je stále naživu a pokračuje v léčbě.

Asi 90% dětí se nakazilo virem HIV od své matky při porodu nebo během kojení. Zbýlých deset procent infekcí bylo způsobeno krevní transfuzí, nesterilními injekčními jehlami nebo sexuálním zneužitím.

(In2EastAfrica Reporter, 2012; AVERT)

## Přenos viru HIV z matky na dítě

---

Objevení způsobu jak zabránit přenosu viru HIV z matky na dítě bylo průlomovým objevem. V Tanzanii otěhotní asi 1,4 milionu žen každý rok. V roce 2007 bylo nakaženo HIV 9,9% žen (Mother to child transmission (PMCT)).

Pokud je prevence správně realizována, je téměř stoprocentní naděje, že se virus HIV na dítě nepřenesou. Naopak bez léčby je 25% šance, že dítě onemocní.

Mezi hlavní preventivní opatření patří:

- informace a poradenství o prevenci přenosu HIV (primární prevence)
- přístup ke službám plánování rodiny pro ženy žijící s HIV a AIDS a jejich partnery (za účelem zabránit nechtěným těhotenstvím)
- použití antiretrovirálních léků (ART), aby se zabránilo přenosu HIV z matky na dítě
- provádění porodu císařským řezem

Přesný způsob přenosu HIV z matky na dítě není dosud zcela objasněn. K většině případů dochází v průběhu porodu, možné je nakazit dítě i při kojení. Ženy z rozvinutých zemí své děti nekojí. Každopádně v rozvojových zemích je kojení často jedinou cestou, jak novorozenci zajistit správnou a přiměřenou výživu.

Za ideálních podmínek porod probíhá císařským řezem pod neustálým přísunem ART, které zajišťují, aby hladina viru v krvi byla co nejnižší. Po narození dostává novorozenec léky v podobě sirupu, dokud se neprokáže, že je HIV negativní.

Tanzanské průzkumy za rok 2007 ukázaly, že:

- celkem 55,6% návštěvnic těhotenských poraden bylo informováno o HIV prevenci
- 91,6% z těchto návštěvnic byl testováno na HIV
- z testovaných bylo 9,9% HIV pozitivních, což je mírně vyšší číslo než z roku 2005
- 60% HIV pozitivních obdrželo ART léčbu

(Mother to child transmission (PMCT))

## Diskriminace

---

Diskriminací se označuje rozdílné zacházení s jednou osobou nebo skupinou osob oproti jiné osobě nebo skupině ve srovnatelných situacích z důvodu, který je právně zakázán. Důvody k diskriminaci, tedy znevýhodňování, jsou různé, ovšem jsou vždy založeny na odlišnosti.

Mezi diskriminační důvody můžeme zařadit například:

- Věk
- Rasa
- Pohlaví
- Zdravotní stav
- Sexuální orientace
- Národnost
- Náboženské vyznání

Diskriminací můžeme označit například situaci, kdy zaměstnavatel nepřijme nového zaměstnance na základě barvy jeho pleti. Nebo pokud je turistovi odepřen vstup do cizí země, protože je HIV pozitivní.

Diskriminací naopak není, pokud se jedná o pozitivní (kladné) opatření, takovému postupu se často říká pozitivní diskriminace.

Společnost se na HIV pozitivní a lidi s AIDS dívá často skrz prsty, protože je tato nemoc spojována především s homosexualitou, prostitucí a drogovou závislostí. Záporné reakce také vyvolává povaha onemocnění HIV/AIDS. Jedná se o dosud nevyléčitelnou nemoc a mnoho lidí trpí předsudky, protože nemá dostatečné nebo správné informace o přenosu viru.

## Sankara Ntawukuriryayo

---

Přečtěte si příběh chlapce. Na základě příběhu zodpovězte následující otázky. Použijte připravený text a slovník cizích slov.

1. Odkud Sankara pochází? \_\_\_\_\_

2. Proč byl nucen opustit domov? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Zjistěte a popište, co se v jeho zemi dělo. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

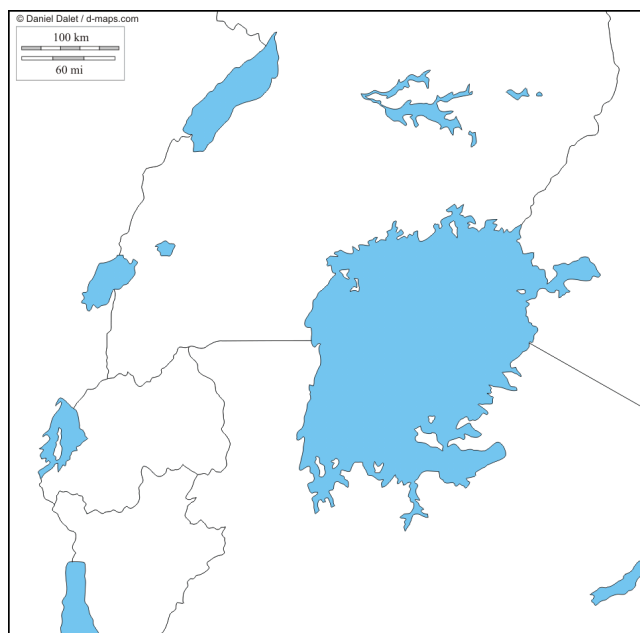
\_\_\_\_\_

4. Jaký je význam slova genocida? \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_

5. Kterými státy Sankara prošel? Vyznačte do mapy.



Zdroj mapy: DALET, Daniel. d-maps.com [online]. [cit. 28.2.2013]. Dostupný na WWW [http://d-maps.com/carte.php?lib=lake\\_victoria\\_area\\_map&num\\_car=4400&lang=en](http://d-maps.com/carte.php?lib=lake_victoria_area_map&num_car=4400&lang=en)

6. Které členy rodiny Sankara ztratil a proč? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



7. Je Sankara HIV pozitivní? Jak je to možné? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. Vyjmenujte způsoby přenosu viru HIV. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. Jak lze zabránit přenosu viru HIV z matky na plod? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. V následující tabulce dopočítejte podíl HIV+ těhotných žen léčených ART. Zeleně zakroužkujte stát s nejlepším a červeně s nejhorším výsledkem.

	Odhadovaný počet HIV+ těhotných žen (2009)	Odhadovaný počet HIV+ těhotných žen, které dostávají ART (2010)	% HIV+ těhotných žen, které dostávají ARV (2010)
Keňa	76 000	32 680	
Rwanda	8 800	5 280	
Tanzanie	73 000	43 070	
Uganda	61 000	25 620	

Zdroj: (UNICEF, 2013)

# Charles Okutur

---

Přečtěte si ve skupině příběh chlapce. Na základě příběhu zodpovězte následující otázky. Použijte připravený text o HIV pozitivních dětech a slovník cizích slov.

1. Odkud Charles pochází? \_\_\_\_\_

2. Proč byl nucen opustit školu? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Jaký je význam slova SEGREGACE? \_\_\_\_\_



4. Proč se u Charlese rozvinula kožní vyrážka? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Jak byste reagovali na HIV pozitivního spolužáka vy? \_\_\_\_\_



6. Jak si myslíte, že by se váš HIV+ spolužák cítil? \_\_\_\_\_





7. Podle článku o situaci dětí v Ugandě vyplňte tabulku. Potřebná data dopočítejte.

	Počet dětí	Počet dětí v procentech
Počet HIV+ dětí		
HIV+ děti, které dostávají ART		
HIV+ děti, které potřebují ART		



8. Jak vy sami můžete Charlesovi a podobně postiženým dětem pomoci?

---



---



---

9. Na internetu zjistěte, které organizace na tomto poli působí a ve kterých afrických státech pomáhají. Tyto státy zakreslete do mapy.




---



---



---



---



---



---



Zdroj mapy: DALET, Daniel. d-maps.com [online]. 28.2.2013]. Dostupný na WWW: [http://d-maps.com/carte.php?num\\_car=737&lang=en](http://d-maps.com/carte.php?num_car=737&lang=en)

[cit.

# Paskazia Shoka

---

Přečtěte si příběh ženy. Na základě příběhu zodpovězte následující otázky. Použijte připravený text a slovník cizích slov.

1. Odkud Paskazia pochází? \_\_\_\_\_

2. Jak zemřely její děti? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Jakou cestou se Betha pravděpodobně nakazila HIV? \_\_\_\_\_



4. Jak lze takovému přenosu zabránit?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Co je to ART? \_\_\_\_\_

6. Co byste doporučili těhotné kamarádce, kdyby zjistila, že je HIV pozitivní?



\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



7. Do tabulky dosad'te čísla (zaokrouhli na celá čísla) a vypočítej.

Dávejte opravdu dobrý pozor na výpočet!

Tanzanie (2007)	Těhotné ženy	HIV+ těhotné ženy	HIV+ těhotné ženy na ARV léčích	HIV+ dětí
Celá čísla				
Procenta				

8. Porovnejte procento HIV pozitivních těhotných žen s ostatními státy.

Stát	Odhadovaný počet HIV+ těhotných žen	Odhadovaný počet HIV+ těhotných na ARV léčích	Procento HIV+ těhotných žen na ARV léčích
Keňa	76 000	32 680	
Rwanda	8 800	5 280	
Uganda	61 000	25 620	

Zdroj: (UNICEF, 2013)

# Beldina Atieno

---

Přečtěte si příběh ženy. Na základě příběhu zodpovězte následující otázky. Použijte připravený text a slovník cizích slov.

1. Odkud Belinda pochází? \_\_\_\_\_

2. Proč byla nucena opustit domov? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



3. Co je diskriminace? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Čím se Belinda živí? Zamyslete se nad možnými problémy, kterým musela čelit, když veřejně oznámila svůj status, a uveďte příklady.



\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



5. Proč je podle vás důležité o HIV/ AIDS otevřeně mluvit?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Prohlédněte si tabulku a zjistěte kolik procent obyvatel Keni tvrdí, že učitelka nakažená HIV/ AIDS by měla pokračovat v práci. Jak si Keňa stojí ve srovnání s ostatními státy v tabulce?

Stát	Ženy				Muži			
	Otázka 1	Otázka 2	Otázka 3	Otázka 4	Otázka 1	Otázka 2	Otázka 3	Otázka 4
	Postarají se o HIV+ člena rodiny ve vlastním domě	Koupí si čerstvou zeleninu od HIV+ prodavače	Tvrdí, že HIV+ učitelka by měla mít možnost pokračovat v práci	Nedrželi by v tajnosti, že je člen rodiny HIV+	Postarají se o HIV+ člena rodiny ve vlastním domě	Koupí si čerstvou zeleninu od HIV+ prodavače	Tvrdí, že HIV+ učitelka by měla mít možnost pokračovat v práci	Nedrželi by v tajnosti, že je člen rodiny HIV+
Keňa (2009)	90,1	67,8	76,2	54,2	94,1	79,6	79,9	68,7
Rwanda (2005)	93,5	68,9	74,4	77,1	95,8	79,8	79,5	73,4
Tanzanie (2010)	92,7	71,2	85,5	43,5	94,8	76,3	83,3	56,9
Uganda (2006)	90,1	57,7	68,2	52,5	91,3	75,1	70,8	62

7. Na základě tabulky zorganizujte ve skupině vlastní minišetření a jeho výsledky zpracujte do podoby grafu.

	Otázka 1	Otázka 2	Otázka 3	Otázka 4
Počet žáků				

Příloha 8: Podrobný scénář

	<b>Téma, metody</b>	<b>Aktivity, očekávané výstupy</b>	<b>Poznámky</b>	<b>Časové rozvržení</b>
<b>MOTIVACE/ÚVOD</b>	Co už vím o HIV/AIDS	Test	Test v příloze č. 1	10 min
	Co je HIV/AIDS? -brainstorming, myšlenková mapa	Žáci se pokusí vysvětlit pojmy HIV a AIDS.  Otázky: Jak se přenáší? Kdo je ohrožen? Jak vypadá HIV pozitivní?  Na tabuli vytvoří myšlenkovou mapu.  Učitel žákům vysvětlí pojmy HIV, AIDS a seropozitivita.		15 min
	Kdo je ohrožen HIV/AIDS? -diskuze	Žáci hledají na fotkách nemocného HIV/AIDS. Svůj výběr zdůvodňují. Diskutují nad fotkami slavných osobností zasažených HIV/AIDS.  <b>Otázka:</b> Hodí se některá fotografie k popisu z myšlenkové mapy?  Učitel touto aktivitou vysvětlí žákům, že HIV/AIDS je reálnou hrozbou pro každého bez ohledu na věk, rasu nebo sexuální orientaci. Žáci si chybným odhadem uvědomí svoje předsudky.	Cvičení v programu Smart Notebook (CD)	15 min
	HIV/AIDS v historickém přehledu - časová osa	Žáci se pokusí na časovou osu zařadit hlavní události ve vývoji nemoci. Diskutují nad časovou osou a zdůvodňují své odhady.	Cvičení v příloze č. 4	15 min
	Jaké jsou příčiny masového rozšíření HIV/AIDS v Africe? -brainstorming	V návaznosti na diskuzi nad časovou osou se žáci pokusí vysvětlit možné příčiny masového rozšíření HIV/AIDS v Africe.		10 min

	Doplňující otázky: Které africké státy jsou epidemií HIV/AIDS nejvíce postižené?	Učitel představí prevalenci HIV pozitivních jako základní statistický ukazatel. Žáci v předložené tabulce vyhledají státy s nejvyšší prevalencí a zaznamenají je do obrysové politické mapy.	Cvičení v příloze č. 3	20 min
ŘEŠENÍ ÚKOLŮ	Instrukce k projektu	Rozdělení žáků do skupin. Je třeba zdůraznit principy skupinové práce a důležitost rozdělení rolí.		10 min
	Příběhy lidí do jejich životů zasáhla epidemie HIV/ AIDS	Žáci pro vyplnění pracovních listů využívají příběhů a doplňkových materiálů, které jim jsou k dispozici. Dále je jim poskytnut přístup na internet, či slovník cizích slov.	Materiály a pracovní listy v přílohách č. 5, 6 a 7	45 min
	Tvorba informačního plakátu - skupinová práce	Žáci zpracovávají téma svého pracovního listu do formy informačního plakátu.	Archy balicího papíru, psací a kreslicí potřeby.	90 min

<b>HODNOCENÍ</b>	<p>Prezentace prací</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diskuze</li> </ul> <p>Doplňující otázky:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Co si myslíš, že je pro tebe konkrétně nejvyšším rizikem přenosu infekce.</li> <li>- Jak bys reagoval na HIV pozitivního spolužáka.</li> <li>- Doporučil bys těhotné HIV pozitivní kamarádce potrat?</li> </ul>	<p>Každá skupina stručně představí svůj příběh, jeho pozadí.</p> <p>Každá skupina obhájí svůj koncept plakátu na základě vyplněného pracovního listu. V rámci této diskuze proběhne kontrola správnosti odpovědí v pracovních listech.</p> <p>Na úplný závěr žáci vyplní stejný test jako na začátku a tím si zhodnotí nově nabyté informace.</p>	45 min
------------------	--	---	--------

## Citovaná literatura

### Pedagogická literatura:

MAŇÁK, Josef a Vlastimil ŠVEC. *Výukové metody*. Brno: Paido, 2003, 219 s. ISBN 80-731-5039-5.

SITNÁ, Dagmar. *Metody aktivního vyučování: spolupráce žáků ve skupinách*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009, 150 s. ISBN 978-807-3672-461.

VALIŠOVÁ, Alena a Hana KASÍKOVÁ. *Pedagogika pro učitele: spolupráce žáků ve skupinách*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 402 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-802-4717-340.

TOMKOVÁ, Anna, Jitka KAŠOVÁ a Markéta DVOŘÁKOVÁ. *Učíme v projektech*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 176 s. ISBN 978-80-7367-527-1.

MŠMT. *Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání*. Praha: VÚP, 2007. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/file/21592>

### Kartografická literatura:

VOŽENÍLEK, Vít. *Aplikovaná kartografie*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, c2001, 187 s. ISBN 80-244-0270-X.

### Odborná literatura s tematikou HIV/AIDS:

I-BASE. *Kurz pro aktivisty v oblasti léčby HIV/AIDS* [online]. 2004 [cit. 2013-01-24]. Dostupné z: <http://i-base.info/wp-content/uploads/2005/09/Czech-manual05.pdf>

Přenos HIV infekce. *Česká společnost AIDS pomoc* [online]. 2012 [cit. 2013-01-24]. Dostupné z: [http://www.aids-pomoc.cz/ca\\_prenos\\_hiv.htm](http://www.aids-pomoc.cz/ca_prenos_hiv.htm)

Příznaky HIV infekce a AIDS. *Česká společnost AIDS pomoc* [online]. 2012 [cit. 2013-01-24]. Dostupné z: [http://www.aids-pomoc.cz/ca\\_prenos\\_hiv.htm](http://www.aids-pomoc.cz/ca_prenos_hiv.htm)

HIV/AIDS in Tanzania. *AVERT* [online]. 2013 [cit. 2013-02-01]. Dostupné z: <http://www.avert.org/hiv-aids-tanzania.htm>

HIV/AIDS in Uganda. *AVERT* [online]. 2013 [cit. 2013-02-03]. Dostupné z: <http://avert.org/aids-uganda.htm>

HIV/AIDS in Kenya. *AVERT* [online]. 2013 [cit. 2013-02-04]. Dostupné z: <http://avert.org/hiv-aids-kenya.htm>

KAYIRANGWA, E., J. HANSON, L. MUNYAKAZI a A. KABEJA. Current trends in Rwanda's HIV/AIDS epidemic. *Sexually Transmitted Infections* [online]. 2006, č. 82 [cit. 2013-01-28]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2593071/>

UNAIDS. *COUNTRY PROGRESS REPORT RWANDA* [online]. 2012 [cit. 2013-01-29]. Dostupné z: [http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/c\\_e\\_RW\\_Narrative\\_Report%5B1%5D.pdf](http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/c_e_RW_Narrative_Report%5B1%5D.pdf)

UNAIDS. *GLOBAL AIDS RESPONSE PROGRESS REPORT: COUNTRY PROGRESS REPORT UGANDA* [online]. 2012 [cit. 2013-01-29]. Dostupné z: [http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/c\\_e\\_UG\\_Narrative\\_Report%5B1%5D.pdf](http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/c_e_UG_Narrative_Report%5B1%5D.pdf)

STAŇKOVÁ, Marie a Venuše SKOKANOVÁ. Historie a perspektivy antiretrovirové terapie infekce HIV/AIDS. *Remedia* [online]. 2007, č. 2 [cit. 2013-01-20]. Dostupné z: <http://www.remédia.cz/Clanky/Farmakoterapie/Historie-a-perspektivy-antiretrovirove-terapie-infekce-HIV-AIDS/6-L-hB.magarticle.aspx>

Preventing mother-to-child transmission (PMTCT) of HIV. UNICEF. *Eastern and Southern Africa* [online]. 2013 [cit. 2013-01-11]. Dostupné z: [http://www.unicef.org/esaro/5482\\_pmtct.html](http://www.unicef.org/esaro/5482_pmtct.html)

### **Statistické ročenky:**

*Kenya Demographic and Health Survey 2008-09* [online]. 2010 [cit. 2012-10-24]. Dostupné z: <http://www.measuredhs.com/publications/publication-FR229-DHS-Final-Reports.cfm>

*Kenya Demographic and Health Survey 2003* [online]. 2004 [cit. 2012-10-24]. Dostupné z: <http://www.measuredhs.com/publications/publication-FR151-DHS-Final-Reports.cfm>

*Kenya Demographic and Health Survey 2003* [online]. 2004 [cit. 2012-10-24]. Dostupné z: <http://www.measuredhs.com/publications/publication-FR151-DHS-Final-Reports.cfm>

*Kenya Demographic and Health Survey 1998* [online]. 1999 [cit. 2012-10-24]. Dostupné z: <http://www.measuredhs.com/publications/publication-FR102-DHS-Final-Reports.cfm>



*Rwanda Demographic and Health Survey 2005* [online]. 2006 [cit. 2012-10-28]. Dostupné z: <http://www.measuredhs.com/publications/publication-FR183-DHS-Final-Reports.cfm>

*Rwanda Demographic and Health Survey 2000* [online]. 2001 [cit. 2012-10-28]. Dostupné z: <http://www.measuredhs.com/publications/publication-FR125-DHS-Final-Reports.cfm>

*Tanzania Demographic and Health Survey 2010* [online]. 2011 [cit. 2012-10-22]. Dostupné z: <http://www.nbs.go.tz/takwimu/references/2010TDHS.pdfons/publication-FR229-DHS-Final-Reports.cfm>

*Tanzania Demographic and Health Survey 2004-05* [online]. 2005 [cit. 2012-10-22]. Dostupné z: <http://www.measuredhs.com/publications/publication-FR173-DHS-Final-Reports.cfm>

*Tanzania Demographic and Health Survey 1999* [online]. 2000 [cit. 2012-10-22]. Dostupné z: <http://www.measuredhs.com/publications/publication-FR112-DHS-Final-Reports.cfm>

*Uganda Demographic and Health Survey 2006* [online]. 2006 [cit. 2012-11-02]. Dostupné z: <http://www.measuredhs.com/publications/publication-FR194-DHS-Final-Reports.cfm>

*Uganda Demographic and Health Survey 2000-01* [online]. 2001 [cit. 2012-11-02]. Dostupné z: <http://www.measuredhs.com/publications/publication-FR128-DHS-Final-Reports.cfm>

### **Zdroje k projektu:**

Kamuli pupil quits school over HIV stigma. *In2EastAfrica* [online]. 2012 [cit. 2013-03-24]. Dostupné z: <http://in2eastfrica.net/kamuli-pupil-quits-school-over-hiv-stigma/>

Stories of Hope: Paskazia Shoka, Tanzania. In: *Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation* [online]. 2009 [cit. 2013-03-02]. Dostupné z: <https://www.facebook.com/notes/elizabeth-glaser-pediatric-aids-foundation/stories-of-hope-paskazia-shoka-tanzania/105550310962>

*Courage& Hope: Stories from teachers living with HIV in sub-Saharan Africa* [online]. 2008 [cit. 2013-02-27]. Dostupné z: [http://www.schoolsandhealth.org/Documents/Courage\\_and\\_Hope%20-%20Stories\\_from\\_teachers\\_living\\_with\\_HIV\\_in\\_sub-Saharan\\_Africa.pdf](http://www.schoolsandhealth.org/Documents/Courage_and_Hope%20-%20Stories_from_teachers_living_with_HIV_in_sub-Saharan_Africa.pdf)

Real lives: Sankara's story of survival. UNICEF. *UNICEF* [online]. 2012 [cit. 2013-03-07]. Dostupné z: [http://www.unicef.org/infobycountry/rwanda\\_1726.html](http://www.unicef.org/infobycountry/rwanda_1726.html)

Rwandan women surviving genocide now face AIDS. In: *Afrol News* [online]. 2006 [cit. 2013-01-06]. Dostupné z: <http://www.afrol.com/articles/12056>