

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta filozofická

Bakalářská práce

Stigmatizace HIV pozitivních osob

Petr Komžík

Plzeň 2012

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta filozofická

Katedra antropologie

Studijní program Antropologie

Studijní obor Sociální a kulturní antropologie

Bakalářská práce

Stigmatizace HIV pozitivních osob

Petr Komžík

Vedoucí práce:

Mgr. Daniel Sosna, Ph.D.

Katedra antropologie

Fakulta filozofická Západočeské univerzity v Plzni

Konzultant:

Mgr. Kateřina Kolářová, Ph.D.

Katedra genderových studií

Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze

Plzeň 2012

Abstrakt:

Tato práce se zabývá problematikou stigmatu, které je do značné míry spojováno s diagnózou HIV/AIDS. Cílem textu je poskytnout základní teoretický rámec k problematice stigmatizace jako takové, jejímu vztahu k onemocnění HIV/AIDS a rizikům, které v sobě tento jev může nést. Dále pak přinést výpovědi konkrétních osob, jichž se tato problematika přímo dotýká, a ty se pokusit dále srovnávat a analyzovat. Soustředí se na přijetí diagnózy, svěřování se okolí, okolnosti léčby a vnímání příslušné legislativy.

Klíčová slova:

HIV/AIDS, stigmatizace, diagnóza, lékařská péče, legislativa, sdílení HIV positivity

Abstract:

This text introduces the theme of stigmatization, especially the one associated with HIV/AIDS diagnosis. The aim of the text is to present a basic introduction to the theory of stigmatization, its connection to the HIV/AIDS illness and the related social risks. Additionally it brings stories from HIV positive persons who are dealing with this stigmatism and tries to compare and analyse them. It focuses on the moment of accepting the diagnosis, disclosure of it, circumstances of health care and reflection of legal issues.

Key words:

HIV/AIDS, stigmatization, diagnosis, health care, legislature, HIV disclosure

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem práci zpracoval samostatně a použil jen uvedeníh pramenů a literatury.

Praha, červen 2012

.....

Poděkování:

Děkuji tímto vedoucímu práce Mgr. Danielu Sosnovi, PhD. za poskytnuté informace stran formálních nároků bakalářské práce, dále externí konzultantce, Mgr. Kateřině Kolářové, PhD. za nasměrování v tématu a v neposlední řadě respondentům průzkumu za jejich odvahu a otevřenost při poskytování výpovědí k této citlivé problematice.

Obsah

ÚVOD	1
1 TEORETICKÁ ČÁST	3
1.1 Historie a aktuální situace epidemie HIV a její léčby.....	3
1.2 HIV a stigma pohledem společenských věd	6
1.2.1 HIV perspektivou české legislativy	9
1.3 Negativní dopady stigmatizace HIV pozitivních	12
2 PRAKTICKÁ ČÁST	13
2.1 Metodologie.....	13
2.1.1 Dílčí témata rozhovorů	14
2.1.2 Představení respondentů	15
2.2 Analýza výpovědí.....	16
2.2.1 Moment zjištění diagnózy	16
2.2.2 Svěřování se s diagnózou	21
2.2.3 Lékařská péče	28
2.2.4 Legislativa.....	30
3 ZÁVĚR	32
4 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ	34
4.1 Literatura:	34
4.2 Internetové zdroje	35
5 PŘÍLOHY.....	36

ÚVOD

Onemocnění virem HIV/AIDS sice může při rostoucích možnostech současné medicíny zdánlivě působit dojmem, že již ztratilo něco ze své apokalyptické hrůznosti, kterou při zrodu epidemie na počátku 80. let minulého století představovalo. Nadále však zůstává závažným problémem a určitě i jednou z nejobávanějších nemocí lidského pokolení vůbec. Pokroky farmaceutického průmyslu umožňují velké části nakažených, kteří žijí v oblastech, kde jsou nejnovější výtobytky vědy k léčbě pacientů dostupné, aby prožili život v délce až několika násobků toho, co by jim z něj zbývalo bez přístupu k těmto medikamentům. Mohou jej prožít i bez toho, aby na nich bylo onemocnění patrné pouhým pohledem. Tyto okolnosti je staví do nových situací v rámci fungování ve společnosti a právě tento fakt je stěžejním tématem mé práce.

Volba tématu byla v mém případě záležitostí poměrně snadného rozhodnutí již před určitým časem. V počátcích studia jsem sice zvažoval řadu jiných oblastí, které by se mohly stát mým budoucím předmětem zájmu. Rozhodl však nakonec jediný okamžik, kdy se mi na přelomu prvního a druhého ročníku jeden z mých nejlepších přátel, nazývejme ho pro účely této práce třeba Adam, svěřil se svou novou diagnózou. Okamžik, kdy jsme se po jeho nezvykle nervózním telefonátu, že by si potřeboval s někým promluvit, na rychlo sešli, z paměti zřejmě nikdy nevymažu. Zpětně jen obtížně nalézám popis pro chaos, který ve mne jeho sdělení vyvolalo. Jakkoliv spadal do skupiny mně nejbližších osob, na mysl mi bezprostředně po této zvěsti vytanuly všechny obavy a předsudky, které máme v sobě vůči nakaženým touto chorobou zřejmě podvědomě zakořeněny. Tato naprosto automatická reakce byla posléze rozhodujícím faktorem, proč jsem se začal o téma HIV positivity a jejího vlivu na identitu a vztah jednotlivce ke společnosti dále zajímat.

Jelikož jsem patřil mezi první osoby, které se o Adamově stavu dozvěděly, procházel jsem jako svým způsobem zúčastněný pozorovatel některé z fází přijetí jeho nové životní situace spolu s ním. Právě na

základě jeho postřehů jsem si posléze vytipoval jednotlivé oblasti, které se mi jevily být z hlediska tohoto tématu hodné vyšší pozornosti. Pouze díky jeho kontaktům, které si postupně v rámci komunity osob se stejným údělem vybuďoval, jsem získal přístup k dalším respondentům mého průzkumu a posléze snad i jejich důvěru.

V předkládané práci se pokouším nejprve v rámci teoretické části poskytnout určitý stručný teoretický výklad k epidemii HIV jako takové, k předmětu stigmatizace, následně vztáhnout tyto poznatky konkrétně na oblast HIV pozitivitu a nastínit možné dopady stigmatizace. Posléze v praktické části pracuji s narativy konkrétních HIV pozitivních. Z nich získané informace se snažím komparovat a dávat do vzájemných souvislostí.

Mezi hlavní otázky, na které se v této práci pokouším nalézt odpověď, patří:

Zda jsou HIV pozitivní osoby žijící u nás stigmatizovány a jak se ony samy jako součást společnosti vnímají?

Jaké strategie managementu informací volí stran své HIV positivity?

Jakých reakcí společnosti se obávají, případně s jakými se již setkali?

Práce si neklade za cíl poskytnout vyčerpávající, komplexní výčet veškerých dimenzí, které s danou problematikou mohou souviset, ale spíše se v ní snažím o rozpracování vybraných témat z této široké škály jevů, o jejich autentický popis a co nejvyšší možnou míru jejich porozumění.

1 TEORETICKÁ ČÁST

V této části rozvádím základní informace o infekci HIV a onemocnění AIDS, popisuji historický vývoj epidemie, mechanismus fungování viru HIV, dosud vyvinutou léčbu a její přínos, dále pak statistická data ohledně současné situace kolem viru HIV u nás i ve světě. Rozebírám pojem stigmatizace jako takové, vztahuji je k chorobám obecně a obzvláště pak k HIV/AIDS. Dále pak naznačuji jednu z oblastí, ve které může stigmatizace nalézt určitou živnou půdu – a tou je právní řád. V poslední části shrnuji nejzásadnější negativní dopady, které jsou důsledkem této stigmatizace.

1.1 Historie a aktuální situace epidemie HIV a její léčby

AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome, česky syndrom získaného imunodeficitu) byl poprvé zaznamenán v USA v roce 1981, od té doby na sebe upoutala epidemie více pozornosti než kterákoliv z předchozích chorob po dobu moderní historie člověka. [Fee & Fox: 1988] K identifikaci jeho původce - viru HIV (human immunodeficiency virus, česky vir lidského imunodeficitu) došlo v roce 1983 – za jeho objevení získali francouzští vědci Francoise Barréová-Sinoussiová a Luc Montagnier v roce 2008 Nobelovu cenu za lékařství.

HIV patří do rodu *Lentivirus* z čeledi *Retroviridae*, rozlišujeme dva typy: HIV-1 a HIV-2, přičemž většinu onemocnění vyvolává HIV-1 a typ HIV-2 je zastoupen pouze marginálně. HIV napadá především buňky imunitního systému T lymfocyty, do jejichž genomu zabuduje svou genetickou informaci ... Replikace HIV vede k postupné destrukci imunitního systému [Rozsypal 1998: 15–16].

Inkubační doba infekce je zpravidla 2–6 týdnů od nákazy. Pak následuje *stadium primární HIV infekce*, které se ve svých projevech

podobá průběhu chřipkového onemocnění a nebývá mu tedy často věnována náležitá pozornost. Toto stádium samo odezní po 1–3 týdnech a následuje *asymptomatické období*, kdy se infekce obejde několik let bez příznaků (udává se 2–15 roků). Po čas této fáze dochází k postupnému poklesu CD4+ lymfocytů pod 500 jednotek/mm³, čímž onemocnění vstupuje do dalšího stadia. Tím je *časné symptomatické stadium*, pro něž se udává rozmezí hodnot CD4+ na úrovni 100–500 jednotek/mm³. Charakteristický je výskyt „malých“ oportunních infekcí a stavů vyvolaných imunopatologickými mechanismy, i toto stádium může trvat několik let. Následuje *pozdní symptomatické stadium*, kdy významně klesají imunitní funkce, objevují se onemocnění definující aids, počet CD4+ lymfocytů se dostává pod 200 jednotek/mm³ a je zde již riziko, že pacient některé z oportunních infekcí či nádorů podlehne. Tato fáze trvá obvykle 1-4 roky. Závěrečnou fází je *rozvité stadium*, kdy se hodnoty CD4+ lymfocytů dostanou pod 50 jednotek/mm³, imunita selhává, organismus se vyčerpá odvracením infekcí a nemocný umírá [Rozsypal 1998: 21].

Ve druhé polovině 80. let byl vyvinut první lék na HIV – AZT (azidothymidin, jinak zidovudin, obchodním názvem též retrovir), který dokázal na čas virus zpomalit, brzy na něj však vznikala rezistence. V průběhu 90. let potom přišel průlom s nástupem kombinované léčby: „*Antiretrovirová terapie (ART) významně změnila klinický průběh infekce hiv – onemocnění dříve jednoznačně fatální se stalo onemocněním chronickým.*“ [Staňková 2008, 498]. Klinické studie prokázaly, že kombinace antiretrovirov je daleko účinnější než monoterapie, aktuálním standardním léčebným postupem je tedy trojkombinační léčba HAART (High Active Antiretroviral Therapy), v určitých případech jsou používány i více-kombinační režimy (MEGAHAART). V současné době se často používá souhrnné označení cART (Combinative Antiretroviral Therapy). Cílem soudobých léčebných postupů je redukovat virovou nálož, zpomalit

progresi onemocnění a oddálit rozvoj rezistence na léky, obnovit imunologický systém pacienta a oddálit tak výskyt oportunních infekcí, které bývají častou příčinou úmrtí HIV/AIDS pacientů, a konečně také snížit riziko dalšího přenosu HIV. *„Základním a nejpodstatnějším úskalím HAART – i přes stálé zařazování nových, stále účinnějších léčebných přípravků – zůstává především nemožnost kompletní eliminace viru z organismu. Kauzální lék na HIV infekci neexistuje, HIV infekci dovedeme sice léčit, ale ne vyléčit.“* [Staňková 2008: 501]

V rámci Mezinárodní konference o AIDS v roce 1996 v kanadském Vancouveru se dramaticky změnila optika nahlížení na onemocnění virem HIV – poprvé bylo díky novým léčebným metodám HAART spatřováno coby druh chronického onemocnění místo nutně smrtelné neléčitelné choroby, jak bylo vnímáno do té doby [Green, Frey a Derlega 2002: 6].

Podle Světové zdravotnické organizace WHO bylo v roce 2010 na světě celkem 34 milionu lidí žijících s virem HIV, 2,7 milionu se jich nově nakazilo a 1,8 milionu zemřelo na AIDS v témže roce. Celkem si toto onemocnění za posledních 30 let vyžádalo přes 25 milionů lidských obětí [www.who.int]. Problémem HIV ve světovém měřítku zůstává dostupnost finančně nákladné léčby v rozvojových zemích. S ohledem na fakt, že takřka 70% nakažených připadá na Subsaharskou Afriku, kde se nakaženým adekvátní léčby zoufale nedostává, zůstává HIV/AIDS zásadní globální hrozbou pro celé lidstvo [tamtéž].

U nás bylo dle statistik Národní referenční laboratoře pro HIV/AIDS při Státním zdravotním ústavu k 31. 5. 2012 dosud evidováno 1761 pozitivních diagnóz na výskyt viru HIV v krvi mezi občany České republiky a cizinci s trvalým pobytem na našem území, z toho dosud žijících osob zůstává 1505, 181 osob u nás dosud zemřelo v souvislosti s následky onemocnění AIDS [www.szu.cz, podrobnější statistiky viz příloha]. Nakažení lidé zde (stejně jako v ostatních vyspělých státech) mají přístup k dostupné léčbě hrazené zdravotní pojišťovnou. Díky tomu mohou žít až

desítky let po diagnóze, dodržují-li léčebný režim, a to v nejlepším možném případě dokonce v asymptomatické fázi onemocnění. Jejich život nemusí po fyzické stránce doznat výrazných změn, po stránce sociální však podléhají HIV pozitivní osoby značné stigmatizaci, která se do jejich způsobu života určitým způsobem promítá a musí se naučit se s ní vyrovnávat.

1.2 HIV a stigma pohledem společenských věd

Základní sociologickou prací zabývající se tématem stigmatizace je kniha Ervinga Goffmana: *Stigma, Poznámky o způsobech zvládnutí narušené identity*. Ačkoliv je tato kniha částečně poplatná době svého vzniku (v originále poprvé vyšlo v roce 1963) a autor dává tušit své postoje k některým marginalizovaným skupinám (homosexuálové jsou řazeni na okraj společnosti vedle prostitutek, narkomanů, alkoholiků a dalších hanbou stíhaných skupin [Goffman 2003: 33]; hledisko stigmatizace skrze rasový původ a diskriminace je naopak zohledněno minimálně), odvozují právě od ní svá studia další sociálně vědeckí badatelé.

Goffman zde definuje stigma coby silně diskreditující status, který může mít podobu tělesné ošklivosti, vady charakteru, kmenových stigmat rasy, národa, náboženství [tamtéž: 11-12]. Doslova uvádí: *„jedinec, který by byl mohl být v běžném společenském styku přijat zcela snadno, je nositelem charakteristického rysu, jenž se může vnutit do naší pozornosti a způsobit, že ti z nás, kteří se s ním setkají, se od něj odvrátí a že bude pomínut nárok jiných jeho atributů na nás. Je nositelem stigmatu, nežádoucí odlišnosti od toho, co jsme očekávali,“* [tamtéž: 12-13]. Tato situace se, jak autor dále uvádí, neobejde bez zpětné reakce osoby stigmatem zatížené. Jak se dále dozvídáme: *„...měřítko, jež přijal ze širší společnosti, jej*

(stigmatizovaného) *navíc vyzbrojila tak, že si je dokonale vědom toho, v čem druzí spatřují jeho vadu, následkem čehož nevyhnutelně, byť i třeba jen chvilkově, souhlasí s tím, že vskutku nespĺňuje požadavky na to, čím by měl opravdu být. Rozhodující situací se stává hanba, vyvěrající z toho, že vnímá jeden ze svých vlastních atributů jako něco poskvřujícího, jako něco poskvřujícího, bez čeho by se dokázal bez váhání obejít,*“ [tamtéž: 16].

Nevyléčitelné choroby jsou se stigmatem spjaty od nepaměti. Před epidemií HIV postihovaly sociální důsledky nemoci například nemocné tuberkulózou, leprou, syfilis, či rakovinou. Obzvláště účinné je stran stigmatizace spojení se smrtelným onemocněním. Vyspělá průmyslová společnost se se smrtí obtížně vyrovnává. Smrt je pro ni něčím urážlivým a hanebným a proto jsou choroby, kterou jsou synonymem smrti, spojeny se studem a hanbou a je potřeba je skrývat [Sontagová 1997].

HIV/AIDS je navíc vnímáno jako bezprostřední přímý důsledek nevhodného chování: *“Nerozumné chování, které vede k AIDS, se považuje za cosi horšího než jenom slabá vůle. Je to požívačnost, zločinnost, závislost na nelegálních drogách a pěstování úchylného sexu,*“ [Sontagová 1997: 105]

„Infekční choroby, které se nějak spojují se sexuálními nepravostmi, vždycky vyvolají strach ze snadného nakažení a podivuhodné fantazie o přenosu negenerickými způsoby na veřejných místech... AIDS oživil podobné fobie a obavy z nákazy touto chorobou ve verzi „široké veřejnosti“ příslušející této nemoci, tedy mezi bílými heterosexuály, kteří si nepíchají drogy ani nemají sexuální styky s narkomany. Tak jako byla syfilis nemocí oněch nebezpečných druhých, od nichž se mohla dostat, AIDS se chápe mnohem více než předtím syfilis jako choroba postihující ty, kteří už jsou stigmatizováni,“

[Sontagová 1997: 106-107]. Vzniká tak tzv. dvojí stigma jako důsledek spojení HIV/AIDS s deviantním chováním [tamtéž].

Vrátíme-li se k definicím vytvořeným E. Goffmanem, můžeme konstatovat, že „...*termín stigma a jeho synonyma skrývají dvojí hledisko: Předpokládá stigmatizovaný, že jeho jinakost je již známá nebo že je jasná na první pohled, anebo předpokládá, že přítomným není ani známá, ani ji nemohou okamžitě zaregistrovat? V prvním případě máme před sebou trudnou situaci diskreditovaného, v druhém případě diskreditovatelného.*“ [Goffman 2003: 12] Z tohoto úhlu pohledu spadá u léčených pacientů v asymptomatické fázi onemocnění virem HIV jejich stigmatizace do druhé kategorie. Jsou diskreditovatelní informací o své seropozitivitě, ta však na nich není na první pohled patrná a je tedy značnou měrou (ne však zcela) v jejich rukou, jakým způsobem bude s touto informací dále nakládáno. V případě pokročilé fáze onemocnění, kdy dojde k rozvoji AIDS a s ním souvisejících symptomů, již tomu tak pochopitelně není, ale na tuto situaci neberu v rámci této práce větší zřetel.

Infikovaní se tedy obvykle snaží před společností svou diagnózu ze strachu před předsudky, diskriminací a sociálním vyloučením tajit. „*Podobně, jako jiné nemoci, které vyvolávají pocit studu, bývá AIDS často tajemstvím, ne však pro pacienta. Diagnózu rakoviny běžně tajila před pacientem rodina. Diagnózu AIDS přinejmenším stejně často tají před rodinou pacientů.*“ [Sontagová 1997: 113]

Kurzban a Leary formulují teorii, že stigmatizace jako forma sociální exkluze z určitých typů sociálních interakcí funguje coby nástroj přirozeného výběru v rámci evoluční teorie a zamezuje tak šíření nežádoucích vlastností / vad. Za stigmatizací lidí s AIDS pak vidí důsledek adaptačních mechanismů stvořených k vyvarování se nemocem a parazitům [Kurzban a Leary 2001].

1.2.1 HIV perspektivou české legislativy

Významnou oblastí, která do určité míry determinuje vnímání stigmatu jedincem, kterého se osobně dotýká, je bezesporu způsob, jakým je tematika HIV ukotvena v právním řádu. To poskytuje HIV pozitivním určitý rámec, s kterým jsou bezprostředně po diagnóze seznámeni a v rámci kterého hledají své další místo ve společnosti. Reflexe HIV positivity naším právním řádem může vykazovat určité náznaky zatížení stigmatem této choroby, přesto žijeme naštěstí v právním státě, kde jsou HIV pozitivním alespoň oficiálně přiznávána stejná práva jako zbytku populace.

HIV pozitivní má ze zákona povinnost podrobit se léčení, lékařskému dohledu, potřebnému laboratornímu vyšetření a dalším protiepidemiologickým opatřením, dále dodržovat poučení lékaře, upozorňovat lékaře před vyšetřováním nebo léčebným výkonem (a to zcela bez ohledu na charakter a účel vyšetření), nevykonávat činnosti, přinichž by vzhledem ke svému nosičství ohrožoval zdraví jiných osob, aj. [paragraf 53 zákona číslo 258/2000 Sbírky]

K ochraně soukromí a osobních údajů by měl sloužit paragraf 180 zákona číslo 40/2009 Sbírky, kde stojí: *„Kdo, byť i z nedbalosti, neoprávněně zveřejní, sdělí, zpřístupní, jinak zpracovává nebo si přisvojí osobní údaje, které byly o jiném shromážděné v souvislosti s výkonem veřejné moci, a způsobí tím vážnou újmu na právech nebo oprávněných zájmech osoby, jíž se osobní údaje týkají, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta nebo zákazem činnosti... Stejně bude potrestán, kdo, byť i z nedbalosti, poruší státem uloženou nebo uznanou povinnost mlčenlivosti tím, že neoprávněně zveřejní, sdělí nebo zpřístupní třetí osobě osobní údaje získané v souvislosti s výkonem svého povolání, zaměstnání nebo funkce, a způsobí tím vážnou újmu na právech nebo oprávněných zájmech osoby, jíž se osobní údaje týkají.“*

Proti diskriminaci slouží zákon č. 198/2009 Sb., který ji definuje následovně: „*se rozumí takové jednání, včetně opomenutí, kdy se s jednou osobou zachází méně příznivě, než se zachází nebo zacházelo nebo by se zacházelo s jinou osobou ve srovnatelné situaci, a to z důvodu rasy, etnického původu, národnosti, pohlaví, sexuální orientace, věku, zdravotního postižení, náboženského vyznání, víry či světového názoru.*“

Trestní právo po rekodifikaci s účinností od 1. 1 2010 rozeznává v případě HIV/AIDS trestný čin šíření *nakažlivé lidské nemoci* (úmyslné či nedbalostní), případně těžké ublížení na zdraví či těžkou újmu na zdraví, přičemž za tyto přečiny stanovuje tresty odnětí svobody v délce trvání od šesti měsíců až po deset let dle jejich závažnosti a vzájemných kombinací. Jako poněkud problematickou v souvislosti se stigmatizací HIV pozitivních se zde může jevit jejich kriminalizace v případě nepřiznání HIV statutu sexuálnímu partnerovi, které ze sexuálního styku může rázem učinit těžké ublížení na zdraví ve stádiu pokusu. [zákon číslo 40/2009 Sbírky]

Pacient je o svých právech a povinnostech povšechně poučen v okamžiku prvního přijetí do péče konkrétního AIDS centra, kam bývá často vyslán ještě v den sdělení diagnózy HIV positivity. Po tomto poučení, u kterého lze v rámci psychické náročnosti životní situace, ve které se v daný okamžik zrovna nachází, úspěšně pochybovat, nakolik je schopen jej vůbec racionálně vnímat, potvrzuje seznámení a souhlas s jeho zněním svým podpisem. Následně si jej odnáší sebou. Samotné poučení však v některých bodech nepůsobí dojmem, že by vycházelo z aktuálního povědomí, které o HIV infekci v současnosti máme. Zarážející je například doporučení likvidovat veškeré předměty a textilie potřísněné infikovanou krví (dle formulace v poučení je uváděna například varianta jejich spálení), přičemž je prokázáno, že virus HIV na vzduchu během několika vteřin hyne. [poučení v plném znění v příloze]

Z výše uvedených příkladů z naší současné legislativy je patrné, že u nás sice v žádném případě nelze hovořit například o omezování svobod jednotlivce - třeba formou nucené karantény, jakkoliv i podobné úvahy se při zkoumání HIV positivity v minulosti vyskytly a historie je zná z praxe například z případu jiných epidemií nakažlivých chorob v minulosti – lepry, žluté horečky, lepry, tuberkulózy [Fee & Fox 1988: 67 - 85].

Situace přesto zdaleka není ideální. Tomu nasvědčují i aktivity, které se v poslední době začínají formovat. Koncem června 2011 se v Budapešti uskutečnilo setkání HIV aktivistů, aby založili Sdružení zemí střední a jihovýchodní Evropy s nízkým výskytem HIV - *NeLP - Network of Low HIV Prevalence Countries in Central and South East Europe*. V rámci tohoto setkání přijali společné usnesení, ve kterém se dožadují zlepšení mezinárodní spolupráce, vzniku koordinovaných společných programů pro podporu léčby i prevence, zasazení se o modernizaci nevyhovující legislativy, zlepšení služeb poskytovaných osobám žijícím s HIV a snahy o snížení míry stigmatizace, které jsou tyto osoby vystavovány. Citují: „*Právní instituce ve většině našich zemí potřebují modernizaci. V atmosféře, kdy neexistuje veřejná debata o HIV a kdy základní právní struktury ignorují HIV stigmatizaci a diskriminaci, je málo pravděpodobné, že se ti nejzranitelnější nechají testovat a že lidé žijící s HIV vyhledají lékařskou pomoc.*“ [Budapešťská deklarace, převzato z www.aids-pomoc.cz, v plném znění v příloze]

V únoru 2012 vydala mezinárodní občanská společnost v Oslu Deklaraci o kriminalizaci HIV. V té mimo jiné žádá, aby byla zastavena „*kriminalizace neodkrytí HIV stavu, potenciálního vystavení riziku a neúmyslného přenosu HIV.*“ Poukazuje na to, že „*HIV epidemie se šíří především nediodagnostikovanými případy HIV infekce, méně již lidmi, kteří vědí, že jsou HIV pozitivní. Nechráněný pohlavní styk přináší mnohá rizika, mezi něž patří i nákaza sexuálně přenosnými chorobami jako je HIV. Vzhledem k vysokému počtu nediodagnostikovaných případů, fakt, že*

budeme spoléhat jen na přiznání HIV pozitivních ke své pozitivitě či na persekuci HIV pozitivních, kteří svůj zdravotní stav nepřiznali, může vytvářet v ostatních falešný pocit bezpečí.“ A konstatuje, že „HIV je jen jedna z mnoha pohlavně přenosných nebo přenosných nemocí, které přinášejí nakaženému dlouhodobou újmu. Vyčlenění HIV z těchto nemocí použitím specifických trestních zákonů vede jen k další stigmatizaci lidí žijících s HIV nebo nákazou ohrožených. Tato stigmatizace je jednou z hlavních překážek v testování, zlepšování léčby a úspěchu kampaně „getting to zero“ [Deklarace o kriminalizaci HIV, převzato z www.aids-pomoc.cz, v plném znění v příloze] („getting to zero“ se stalo heslem Světového dne boje proti AIDS v roce 2011 a je tím míněna snaha „dostat se na nulu“ v počtu nově infikovaných HIV, v počtech případů diskriminace HIV pozitivních a v počtu úmrtí způsobených AIDS)

1.3 Negativní dopady stigmatizace HIV pozitivních

Pomineme-li samotný dopad, který má stigmatizace na sociální život a psychický stav stigmatizovaného, vyvstanou zde ještě závažné otázky jeho důsledků pro společnost jako celek. Stigma, které sebou nakažka virem HIV nese, se jeví být problémem především z hlediska rizika dalšího šíření nákazy. Bývá totiž považováno za jeden z klíčových faktorů vedoucích k tomu, že jedinec, který má podezření, zda se nemohl virem HIV infikovat, z obav důsledků takového zjištění oddaluje přistoupení k HIV testu [Chesney & Smith 1999, Burris 1999] Mezi tyto důsledky řadí strach z toho, že budou pozitivní výsledky zneužity vůči jeho osobě, nebo z negativních důsledků na jeho partnerský vztah. [Chesney & Smith 1999] Navíc má stigmatizace vliv i na přistoupení k léčbě HIV positivity v případě, že se podezření potvrdí, a to především z obav z odhalení tohoto stavu nepovolaným osobám. [tamtéž]

A konečně dalším velmi významným negativním dopadem stigmatizace a sociální ostrakizace HIV pozitivních osob je fakt, že se často jen obtížně se svou pozitivitou svěřují dalším osobám včetně případných

sexuálních partnerů, přičemž tento krok je naprosto klíčový pro eliminaci rizika dalšího šíření infekce [Kalichman, Rompa & Cage 2005, Rutledge 2007]

2 PRAKTICKÁ ČÁST

2.1 Metodologie

Podstatou této práce je snaha o emický přístup – získání pohledu z perspektivy aktéra – jedince stigmatizovaného diagnózou HIV pozitivní. Za tím účelem jsem se soustředil na shromáždění konkrétních narativů takových osob.

Samotný proces shánění respondentů byl jedním z nejobtížnějších úkolů v rámci této práce. V nashromážděných studiích většinou zahraničního původu jsou za respondenty často využíváni klienti konkrétních léčebných a sociálních zařízení. Tato cesta se však v českých podmínkách zdála být stěžejí realizovatelná, zvolil jsem tedy cestu přímého kontaktu. Jako jedno z východisek mi posloužilo kontaktování prostřednictvím emailových adres, které HIV pozitivní zanechávají na komunitním fóru a komunitní seznamce fungujících v rámci webových stránek www.aids-pomoc.cz. Reakce na obdobná oslovení s prosbou o spolupráci na průzkumu však byly minimální, a pokud přece jen k nějakým došlo, nikdy se nepodařilo proces dotáhnout až do zdárného konce v podobě setkání za účelem rozhovoru k tématu.

Nakonec se tedy ukázalo být jedinou schůdnou cestou navázání kontaktu prostřednictvím HIV pozitivní osoby, kterou jsem již ve svém okolí měl a důvěrně ji znal, mého kamaráda Adama. To však sebou nese jedno úskalí – skupina respondentů není příliš různorodá. Celkem jsem takto navázal kontakt se čtyřmi respondenty (včetně Adama). Všichni jsou to muži homosexuální orientace, žijící v Praze a ve věkovém rozpětí 26 až 35 let. Na druhou stranu dlužno podotknout, že z hlediska zastoupení

HIV pozitivních v české populaci jsou právě tyto skupiny suverénně nejsilnější. (viz statistiky v přílohách)

Co lze naopak hodnotit jako přínos této formy navázání kontaktu je určitá forma důvěry respondentů, kterou jsem si získal. Ta má velmi velký význam především z hlediska otevřenosti a upřímnosti jejich výpovědí. Ačkoliv jsem všechny v počátcích našich rozhovorů upozornil, že je pro mne upřímnost zcela zásadní a pakliže by jim otázka na citlivé téma nebyla příjemná, ocením spíš, když na ni odmítnou odpovědět, než aby odpověď nebyla pravdivá, nikdo z nich této možnosti nevyužil a z nashromážděných odpovědí nemám důvod usuzovat ani to, že by odpovídali jakkoliv neupřímně.

S každým z respondentů jsem se sešel za účelem absolvování polostrukturovaného rozhovoru, s jedním z nich jsem se sešel opakovaně, ostatní jsem požádal o případné upřesnění či doplnění výpovědi emailem. Rozhovory trvaly mezi 35 a 75 minutami. Odehrávaly se na místech, která zvolili přímo dotazovaní, případně jsme se na nich domluvili společně. V jednom případě to bylo u respondenta doma, jednou v parku, dvakrát padla volba na restauraci, přičemž ale v jednom z těchto případů nebyla nakonec tato lokalita shledána jako poskytující dostatek soukromí pro rozhovor na obdobně citlivé téma a tak stěžejní část rozhovoru proběhla nakonec v autě.

2.1.1 Dílčí témata rozhovorů

Jakýsi pilotní rozhovor proběhl s Adamem, s kterým jsme téma s ohledem na již popsané okolnosti diskutovali opakovaně. To mi poskytlo vodítko pro stanovení tematických oblastí, na které jsem se soustředil při rozhovorech s ostatními respondenty.

Těmito tematickými oblastmi jsou:

1. Moment zjištění diagnózy:

- Způsob zjištění diagnózy
- Povědomí o původu infekce
- Změny ve vnímání sebe sama
- Změny vnímání svého postavení/role ve společnosti

2. Svěřování se s diagnózou:

- kategorie osob, kterým jsou ochotni diagnózu sdělit (rodina, partner, přátelé, minulé / budoucí nahodilé sexuální kontakty)
- Očekávání, která taková sdělení provází
- Reakce, které po něm následují

- Lékařská péče:

- Dojmy z prostředí, kde je péče o HIV pozitivní centralizována
- Pocity ohledně ochrany jejich soukromí
- Konfrontace s dalšími osobami mimo lékařský personál na tomto místě – s pacienty / s nepacienty

- Legislativa:

- Povědomí o právních normách, které s problematikou HIV souvisí a jejich reflexe ze strany pozitivních osob

2.1.2 Představení respondentů

Adam: 29 let, homosexuál, žije v Praze, diagnostikován před třemi lety, v současnosti na antiretrovirální léčbě. Pracuje v obchodní sféře, student vysoké školy, nemá stálého partnera.

Jakub: 26 let, homosexuál, žije v Praze, diagnostikován před jedním rokem, v současnosti bez antiretrovirální léčby. Pracuje ve výrobě, vysokoškolsky vzdělaný, nemá stálého partnera.

Martin: 26 let, homosexuál, žije v Praze, diagnostikován před půl rokem, v současnosti na antiretrovirální léčbě. Pracuje v administrativě, studuje vysokou školu, nemá stálého partnera.

Jan: 35 let, homosexuál, žije v Praze, diagnostikován před pěti lety, v současnosti na antiretrovirální léčbě. Pracuje v mediální sféře, je vysokoškolsky vzdělaný, angažuje se jako aktivista ve věcech GLBT komunity a v problematice HIV, v současnosti je ve vztahu.

2.2 Analýza výpovědí

2.2.1 Moment zjištění diagnózy

U dotazovaných se nevyskytla žádná vyloženě extrémní reakce na diagnózu. Prvotní šok dle jejich výpovědí pramenil především z celkové neinformovanosti, představ a předsudků, které měli s touto nákazou spjatý.

Martin si udělal domácí test, který si následně zašel potvrdit do soukromého dermatovenerologického zařízení na Praze 5 (zajímavým zjištěním je skutečnost, že služeb stejného zařízení využili 3 ze 4 respondentů, tedy všichni, kdo byli diagnostikováni v Praze). S diagnózou dle svých slov nepočítal, neměl „žádný důvod předpokládat, že by mohl mít obdobný problém.“ Celý průběh od domácího testu, přes potvrzení na zdravotnickém zařízení, až po registraci do péče AIDS centra netrval déle než týden. V minulosti již jednou zažil situaci, kdy byl přesvědčený, že HIV pozitivní je, a to když se mu po nechráněném sexu s odstupem času tehdejší sexuální partner ozval a svěčil se, že je pozitivní. Tehdy se na

tuto situaci, jak říká, trochu připravil, což mu následně pomohlo, když k tomu skutečně došlo.

Bezprostředně po diagnóze „*prožíval velmi intenzivní stres*“, který ale dle svých slov byl „*schopen ovládnout a rychle překonat*“. Pomohlo mu, že si „*měl o situaci s kým pohovořit a že měl přístup k dostatku informací*“, zmiňuje také přínos rozhovoru se svým knězem. V průběhu celého procesu vyrovnávání se s nově nabitou HIV pozitivitou dle svých vlastních slov „*nezaznamenal moment, kdy by odmítal realitu, pociťoval sebelítost, rezignaci, atd.*“ Za nepříjemné označuje, že nevěděl, kdy a jak k nákaze přišel, ale dnes už je mu to jedno. Dobu, než se jeho psychický stav zcela stabilizoval, odhaduje maximálně na měsíc, nejtěžší nápor stresu překonal zhruba za týden. Svůj stav se „*snažil rozumově uchopit a přijmout*“, přistupuje k němu tak, že „*všechno zlé pro je pro něco dobré*“. Věřící tomu, že pokud ho bude mít někdo rád za těchto okolností, svědčí to už o opravdovém citu.

Jakub dnes ví, jak k přenosu došlo a od koho se nakazil, ale neřeší to, „*dnes s tím už nic stejně neudělá*“. S diagnózou se vyrovnal dle svých slov lehce, protože byl dobře informovaný, zabýval se totiž prevencí: „*Přijal jsem to poměrně poklidně. V minulosti jsem se pohyboval v oblasti positivity, takže jsem věděl, co mne čeká a v podstatě nemine. Člověk to musí nějak přijmout a jde asi taky o to rozumět si s lékařem. Jinak ujasnit si ty základní body, jak to dál vést, tu léčbu nebo celou tu anabázi.*“

Zásadní proměny ve svém životě nepociťuje, pouze musí „*dávat pozor na to, s kým a jak se stýká*“. Co se týká psychického stavu, připouští „*občas nějaké splíny, člověku je to rozhodně líto a chvíli trvá, než se s tím srovná*“. Nemůže říct, že by byl se situací stoprocentně sžitý, ale rozhodně prý dost na to, aby sám sebe označil za vyrovnaného, v žádném případě u něj nehrozí „*psychické zkraty nebo sebevražedné tendence*“.

Podobně jako Martin zmiňuje, že se již jednou v minulosti do situace, kdy měl obavy o svůj HIV status, dostal. Tehdy to ale ještě dobře dopadlo.

Jan byl diagnostikován díky podezření po prodělání primoinfekce. V komunitním centru v západoevropské metropoli, kde byl tou dobou na delší po-studijní stáži, mu vyšel pozitivní rychlotest, který mu následně potvrdili v nemocnici (včetně sdělení podrobné diagnostiky - výše virové nálože a stavu imunitního systému – v našem zdravotnickém systému jsou tyto informace získávány až s delší prodlevou a vyžadují další návštěvy lékařského zařízení). Nakazil se od svého tehdejšího stálého partnera při orálním sexu, když prodělával zánět dásní. Jeho partner o své HIV pozitivitě sice věděl a Honzu informoval, neuvědomil si ale, že jeho virová nálož může být po delší zahraniční cestě z důvodu vysazení léčby nebezpečně vysoká.

Jan se o prvotních obavách a nepříjemných pocitech rozpovídal více: *„Na začátku, když jsem to zjistil, tak samozřejmě první noc byla jako probdělá... druhá noc byla taková, že jsem se po usnutí vzbudil leknutím, protože mi to v tom spánku vždycky jako došlo, nebo v rámci nějakých snů se mi to tam znovu jako projektovalo. První, co mě vždycky napadalo, byla ta reklamní kampaň z osmdesátých let, kde na tom plakátu je aids rovná se smrt a je na tom lebka... tyhle vize mě budily ze sna těch prvních pár dnů po zjištění...“* I on pak popisuje, jak dospěl do stavu srovnání se s diagnózou. Racionálně k ní přistoupit mu umožnila především rozmluva s jeho tehdejším přítelem, který byl pozitivní již zhruba deset let: *„Třetí den jsem se konečně vyspal a probral jsem to s tím přítelem, kterej chtěl, abych řekl všechno, co se ve mně odehrává. Tak jsem se mu svěřil se všema těma svejma obavama a on říkal: „a co si jako myslíš, že se změní? Třeba v mym životě se toho tak moc nezměnilo“ ... a já jsem se těma odpověďma vlastně dostával k tomu, že jsem se uklidňoval, protože jsem zjišťoval, že se toho opravdu tak moc nezměnilo.“*

Adam se dostal na testy za poněkud odlišných okolností. U jeho nového přítele se objevilo podezření na přítomnost kapavky. Ačkoliv byl přítel přesvědčený, že toto onemocnění si přinesl ještě z předchozí známosti, přesvědčil Adama, ať jde pro jistotu na testy, aby se vyloučila možnost, že již došlo k přenosu i na něj. *„To se nakonec potvrdilo, ale když mi volali výsledky s touhle novinkou, doktor se do telefonu vyjadřoval hrozně vyhýbavě. Že prej tam je ještě něco, co si musej prověřit. Samozřejmě jsem chtěl hned vědět, o co by jako mělo jít, což se mi hrozně vykrucoval sdělit. Že to třeba ještě nic neznamená, že se to takhle na telefonu vůbec nehodí, že se to musí potvrdit. Pak mi ale naznačil, že „pokud by se to potvrdilo, šlo by o to nejhorší, jestli mi rozumíte“... pochopil jsem.“*

Situace, kdy by byl byť nekonfirmovaný výsledek testu sdělený pacientovi do telefonu, je krajně neobvyklá. Adam byl požádán, aby se dostavil ještě téhož dne pro antibiotika na léčbu kapavky. Ty mu předávala pouze sestra, snažila se jej však povzbudit vyprávěním o pacientovi s HIV, kterého mají u nich v evidenci již téměř dvacet let. *„Tehdy jsem se samozřejmě cítil mizerně a byl jsem docela mimo, tak mi to ani nepřišlo... až zpětně mi došlo, že tohle pracoviště funguje teprve asi 2,5 roku.“* Podobnou historku popisoval ve svém vyprávění i Jakub.

Adam na potvrzení svého testu musel čekat od čtvrtka do úterý, vzal si s ohledem na psychicky obtížně snesitelnou situaci volno v práci. I u něj se po bližším prozkoumání situace uklidnila: *„Já jsem strávil následující čtyři dny paralyzovanéj strachem, nejistotou a spoustou děsivejch představ. Během tý doby jsem se začal zajímat o víc informací. A když se potvrdilo to nejhorší, vnímal jsem to vlastně jako svého druhu úlevu, protože pominula ta nejistota, co mě sžírala několik dní... a na smrt jsem po tom svym samostudiu taky ještě nepomejšlel, věřil jsem, že to nějak pude.“*

Zajímavý je fakt, že Jan a Adam, kteří jsou diagnostikováni déle než další dva respondenti, shodně popisují ještě další rozměr situace s akceptováním diagnózy. Jan: *„(...a vlastně jediný dvě věci, který mě trápily... a teda trápěj do dneška... jednak že člověk musí potom nadosmrti používat kondom... což jsem jako vždycky dělal, ale vadilo mi hodně, že už nemůžu nikdy jinak ... ani když mám vážnej vztah a slíbíme si lásku a věrnost a tak dál, tak to už nejde.) ... a druhá, zásadní věc bylo to, že jsem zjistil, že nebyla dosud v mym životě žádná situace, která by znamenala, že to, co se stalo, je na celej život... vším jsem proplouval bez jakéchkoliv následků. A tohle byla první věc v mym životě, kdy jsem si uvědomoval, že to je na celej život. A to byl pro mě největší šok a dlouho jsem se toho neuměl zbavit.“* Honza k těmto pocitům dospěl zhruba třetí den po diagnóze.

Adam si k tomuto zjištění dospěl až po čase: *„Já jsem zhruba rok po diagnóze už takhle jedný studentce něco vyprávěl. A přišel jsem si tou dobou děsně vyrovnaněj, smířenej se svým stavem. No jo, ale pak uběhl další rok. A teď už to sou roky skoro tři. A já jsem furt pozitivní a už budu. Nelepší se to, a jestli nepřijde nějakěj farmaceutickej zázrak, na což se fakt nechci upínat, tak se to třeba ani nezlepší nikdy.“*

Martin a Jan pak oba shodně formulují určitý vděk vůči společnosti za to, že jim je umožněna bezplatná léčba, poněvadž si dobře uvědomují její finanční nákladnost (měsíční náklady na jednoho pacienta se pohybují od 100 000 až do 500 000). Podle Jana by se toto téma mělo stát i součástí preventivní kampaně, nikdo totiž nedokáže HIV pozitivním garantovat, že se na drahé léčbě nebudou jednou muset finančně podílet.

Adam a Jan nevnímají všechny nové okolnosti spjaté s diagnózou pouze negativně. Oba podobně podotýkají, že jim jejich nová situace pomohla srovnat si životní hodnoty. Lépe pak mohou posoudit, co je pro ně v životě opravdu důležité, a co jsou vlastně spíš jen nároky společnosti, jejichž naplňování už jim tak podstatné třeba nepřijde...

Jan je jediný z respondentů, kdo zmiňuje, že v souvislosti s diagnózou časem potřeboval vyhledat pomoc psychologa, posléze psychiatra a nějaký čas užíval antidepresiva, aby se jeho psychický stav zlepšil.

2.2.2 Svěřování se s diagnózou

Všichni respondenti vyjádřili potřebu o diagnóze po jejím zjištění s někým hovořit. Nejopatrnější byl v tomto ohledu Jakub, který se v první fázi svěřil pouze své sestře: *„Člověk to rozhodně potřebuje někomu říct, s tím že já jsem zvolil sestru, s kterou jsme si velice blízcí. A uvažoval jsem potom o nejbližším kamarádovi a také kamarádce, ale nevyšlo to, takže to ví jenom sestra a potom lidé, s kterými jsem se v minulosti scházel.“*

Na dotaz, co bránilo sdělení informace i zmíněným přátelům doplnil: *„Měl jsem strach, jak by to přijali, nebo jak by se zachovali. Musím říct, že lidé, se kterými se stýkám, jsou převážně vzdělaní, ale kamarád je gay a nevím, jak by se zachoval. Již jednou jsem se do podobné situace dostal, tehdy to dobře dopadlo, ale on mi posléze řekl, že neví, jak by se se mnou dokázal dále bavit... Obával jsem se odmítnutí, lítosti, pláče, zapření... Kamarádka je toho názoru, že všechny HIV pozitivní by měli pozavírat do jednoho lágru a postřílet, takže asi tak.“* V jeho případě tedy vedly obavy z nepřijetí diagnózy k tomu, že před svými nejbližšími přáteli svůj stav tají.

V jiných případech může hrát svou roli snaha blízké chránit. Ta se objevila u všech zbývajících respondentů především ve vztahu k nejbližším rodinným příslušníkům. Adam: *„Řekl jsem to docela brzy hned několika svým dobrým přátelům, někteří byli v šoku, hodně je to mrzelo, ale nikdo mě nezavrhli. Rodině jsem to neřekl a neřeknu. Dost jsem to řešil... ale s tátou my si toho až tak moc nesdělujem. A máma je*

takovej ten děsně úzkostlivej typ, když mě ještě dnes v mým věku vidí na podzim nalahko, hned má strach, abych neprochladl... Navíc o tom nic neví, viděla by mě už pomalu na smrtelný posteli... ta by se úplně utrápila.“

Jan vypráví, že to sdělil pěti dobrým přátelům, kteří byli sice zdrčení, ale jsou to vzdělaní lidé a již měli nějaké společné pozitivní známé, takže se přes tuto situaci dokázali přenést. Myšlenku svěřit se rodině ovšem také zavrhnul. Svou roli v tom sehrál fakt, že jeho otec přibližně ve stejnou dobu onemocněl rakovinou, které posléze podlehnul. U jeho bratra se pro změnu projevilo jiné chronické onemocnění – porucha funkce štítné žlázy – což bratr obtížně nesl, především s ohledem potřeby podstupovat permanentní léčbu. Za těchto okolností se Jan možnosti sdílení informace o diagnóze s rodinou zcela vzdal, aby nikomu nepřitěžoval.

Martin popisuje, že se s HIV pozitivitou svěřoval především na počátku - hned druhý den se svěřil svému nejlepšímu příteli, kterému připisuje velký podíl na tom, že dokázal svůj nový stav bez větších komplikací absorbovat, jelikož s ním absolvoval velmi intenzivně celý první týden. Po té následovali další vybraní jedinci z okruhu přátel, hovoří celkem o čtyřech. U některých z nich pociťoval předem obavy, jak jeho diagnózu přijmou. Očekával šok, možná odstup, strach, nicméně všechny reakce dopadly nad jeho očekávání. Svěření se rodině rovněž kategoricky odmítá: *„Ne a nikdy to neudělám, pokud mne k tomu okolnosti nedonutí.“*

Všichni respondenti se shodují, že sdílet informaci o své pozitivitě pro ně bylo přínosné. Jejich blízcí, kteří byli informovaní, jim po té pomohli situaci překonat, dávali na ně pozor, brali je do společnosti, udržovali s nimi úzký kontakt a zajímali se o jejich psychický stav.

V případě Jana to byla právě jedna jeho kamarádka, kdo ho donutil vyhledat pomoc odborníka kvůli špatné psychické kondici.

Zvláštní kategorii osob tvoří ti, s nimiž měli respondenti intimní poměr před diagnózou, obzvláště pokud mezi nimi došlo k nechráněnému sexu v mezidobí od posledního předchozího HIV testu s negativním výsledkem až po test, skrz který byla odhalena HIV pozitivita dotazovaných.

Jakub k tomu uvádí: *„Je slušnost někomu říct, s kým jsem měl nějaký sexuální poměr, že tam nějaké riziko bylo. Sexuálním partnerům jsem doporučil, aby šli na testy, s tím, že jsem konkrétně neuváděl, o co se jedná. Testy byly negativní, což mi asi i pomohlo se lépe přenést přes tu diagnózu, to vědomí, že jsem nikoho nenakazil.“*

Obdobně hovoří i Martin, že ty, kdo byli potenciálně rovněž v nebezpečí nákazy, varoval. Jako výjimku však udává partnera, o němž se domnívá, že právě on je původcem jeho vlastní nákazy – toho nekontaktoval. Rovněž Martin pocítil úlevu, když zjistil, že ti, koho varoval, nakaženi nebyli. Dále uvádí, že se při sdělování potenciálního rizika nákazy setkal s dost odlišnými reakcemi. Člověk, s nímž byl v minulosti v hlubším svazku, se zachoval racionálně a informaci přijal klidně. Pokud se však jednalo o nezávazné sexuální partnery z jeho minulosti, tak o těch hovoří Martin s despektem. Přiznává, že si je vybíral pouze na základě tělesné přitažlivosti, přičemž zpochybňuje jejich intelekt a vzdělání. Tomu rovněž přisuzuje jejich reakci, kterou považuje za neadekvátní - v jednom extrémním případě byla zcela lhostejná, v druhém pro změnu až hysterická, ačkoliv zrovna v tomto případě šlo o chráněný styk a riziko bylo minimální, dotyčný však reagoval velmi úzkostně a projevovaly se u něj takřka sebevražedné sklony.

Jan říká, že se tento problém mohl týkat pouze jediného dalšího partnera z jeho minulosti, i jej však po svém návratu do Čech varoval.

Adam v souvislosti s tímto tématem řešil určité dilema. Poslední rok před diagnózou se, jak uvádí, nechoval úplně zodpovědně. *„Byl jsem zklamaný po posledním rozchodu, stáhnul jsem se do sebe, popadla mě nějaká apatie. Když jsem se pak s někým vyspal, ne vždy to bylo s ochranou. Nebyl jsem si teda úplně jistý, od koho to mám.“* Při přijetí v AIDS centru mu ošetřující lékařka nabídla, že potenciálně ohrožené partnery nemusí kontaktovat on osobně, ale že to za něj zařídí. Dala mu i prostor se rozmyslet. *„Řešil jsem to s kamarádem, kterej měl v minulosti zkušenost se žlutenkou. Varoval mě, že ta hygiena, nebo kdo to pak zalarmuje, se v jeho případně chovala hodně netaktně a naprosto nerespektovala jakoukoliv ochranu soukromí jeho, ani těch zúčastněných. Tak jsem se rozhodl a všem jsem se radši ozval sám.“* O správnosti svého rozhodnutí pak časem ale pochyboval. *„Týkalo se to ve výsledku čtyř lidí, dva mi celkem brzy dali vědět, že jsou OK. Jeden naprosto přestal komunikovat, tak jsem ho měl jako favorita na původce mého onemocnění. No a jeden byl děsně vyplašený a na test se bál... dost jsem na něj tlačil, ať neblbne, že ho kdyžtak i doprovodím. Asi po půl roce se mi ozval, chtěl se mnou děsně mluvit. Samozřejmě to nakonec měl a já to asi taky chytnul od něj. Co pro mě byl ale šok, bylo, jak to nakonec zjistil. Pozitivní test totiž vyšel jeho příteli. Já do té doby ani netušil, že nějakýho vůbec má! A jak jsem pak zjistil, ten chudák přítel si dělal domácí testy pravidelně a poslední negativní mu vyšel v mezičase, kdy já už dávno hučel do toho jeho, ať kouká jít na ty testy! Byl jsem z toho pak takovej špatnej... říkal jsem si, že jsem měl bejt ráznější. Třeba to nechat k tomu řešení oficiální cestou... Třeba by to ten jeho vůbec nemusel chytnout. Ale to jsou takový kdyby...“*

Co považuji za naprosto klíčové pro pochopení role stigmatu v životě HIV pozitivních je jejich přístup k tomu, jak tuto informaci sdělovat svým dalším potenciálním sexuálním partnerům v situaci, kdy si ji jsou již vědomi. Zde se strategie, kteří jednotliví respondenti volí, liší.

Pro Martina je představa, že by měl mít být chráněný sex s někým, koho by o svém stavu neinformoval, takřka nepřijatelná, považuje ji za neuctivé a nefér jednání a s ohledem na svou víru hovoří dokonce o smrtelném hříchu. Uvedl pouze jednu hypotetickou výjimku, ke které se dostaneme později.

Jan uvádí, že v drtivé většině případů se snaží jednat otevřeně a potenciální partnery o své seropozitivě informuje, i když jedním dechem dodává, že to také v podstatě vždy znamená konec vzájemné interakce. *„...jsem se rozhodl, že budu informovat vlastně všechny svoje sexuální partnery. Já jsem do té doby vždycky měl zájem mít někoho nastálo a ten zájem pořád je... ale než se člověk někam dostane, tak musí navázat kontakt, začít s ním chodit, rozvinout ten vztah a dejme tomu navázat nějaký intimní vztah... na tom to vždycky krachlo, že jsem se dostal s tím člověkem do postele a v momentě, kdy jsem mu řekl, že mám prostě takovouhle diagnózu, nicméně s tím dokážu jako pracovat, že se léčím, že mám virovou nálož nula... tak každá ta situace vedla k tomu, že ten člověk se ode mě jako odtáhl... přestal mít zájem... byl jsem pro něj v tu chvíli nebezpečnej. V tom jsem jako docela zahořkl, že ta společnost, teda asi hlavně gay společnost, je taková nepoučená.“*

Dodává však, že se setkává pravidelně s tím, že dotyční svoje z počátku rezolutně odmítavé stanovisko mohou přehodnotit. *„Vždycky to trvá tak zhruba půl roku, že ten člověk se úplně odstříhne od tebe, nechce s tebou nikam chodit, nechce se vídat, neodpovídá na vzkazy... a po půl roce se sám ozve. Buďto s tím, že už si to v sobě nějak prožil, dejme tomu si i načel nějaký informace. Nebo s tím, že přemejšlel dostatečně dlouho a že mu došlo, že i tyhle věci existují a že se mu budou prostě stávat, protože žije v komunitě, kde ta promořenost v uvozovkách je dost vysoká... A většinou se ty lidi jako ozvali zase zpátky. Už né jako že by měli zájem o vztah, i když i to se stalo, ale tam zase jsem ten zájem neměl já, protože ten šok z toho odmítnutí byl ve mně natolik zakořeněnej, že jsem ten zájem neměl... a nebo to prostě bylo proto, že*

ty lidi se chtěli zkontaktovat už z úplně jiných důvodů, než že by chtěli navázat intimní vztah... že jsme si třeba rozuměli v jiných oblastech.“

Jan však zajímavým způsobem vztahuje míru své upřímnosti k prostředí. Výše popsaná situace ho přivedla do stádia, kdy už neměl moc chuť kohokoliv „balit“, a pak si třeba vybíral podniky, které navštěvoval za účelem sexu: „... že jsem šel třeba do sauny nebo do Drakesu a tam jsem.. když už k tomu došlo, opět řekl, že použijeme kondom. A když ten člověk řekl „já nechci“, tak já jsem řekl „já musím“, ale když už bylo jakoby u toho sexu, tak to ty protějšky jako většinou neřešej, že se jakoby nezaleknou... prostě jako když už jsou vzrušený, tak neodejdou pryč.“ V těchto situacích však dle svých slov svou diagnózu nikdy explicitně nepojmenoval, protože to je „jasnej sexkiller“.

Jinak je ale Jan s otevřeností ohledně své positivity nejdále. Sám uvádí, že pokud by neměl obavy, že ta informace zasáhne i ty, které se snaží chránit, učinil by z toho již věc zcela veřejnou. V současnosti informuje všechny, s kým si rozumí, poněvadž mu vadí představa, že mezi nimi je bariéra v podobě tajemství.

Jakub uvádí, že to, zda dotyčného při nezávazném sexu informuje o svém stavu, se odvíjí zpravidla od sexuálních praktik, které s ním zamýšlí provozovat. V případě, že nemá dojít k análnímu sexu, nepovažuje předání této informace za bezpodmínečně nutné. Rozhoduje se na základě konkrétní situace. Tyto sexuální kontakty si domlouvá předem pomocí internetu, tudíž i případné informování o svém stavu provádí na dálku. Reakce se různí, někdy se setkává s odmítnutím, někdy je jeho diagnóza přijata bez negativní odezvy a někdy se dokonce, jak uvádí, setkává s fascinací tímto stavem a s touhou protějšku s ním praktikovat bez ohledu na jeho diagnózu nechráněný sex: „já si myslím, že pro ně je to určitým způsobem adrenalin a nebo možná už dávno vědí, že jsou pozitivní, a prostě to jenom nepřiznají. Takže ve svém důsledku je nakonec mnohdy já poučuju o tom, jak by se měli vlastně chovat...“

S těmito případy se setkal i Adam, který rovněž rozlišuje, v kterých situacích by to měl nahodilému sexuálnímu partnerovi říct: *„stalo se mi, že jsem třeba hledal někoho na netu a k tomu, že sem plusovej, se hlásil... a někdo to po mě chtěl bez gummy. Tak jsem se ptal, jestli je snad pozitivní taky, i když ani to by nebylo samo o sobě dostatečným důvodem... a on, že třeba ne. Jednou se mi tam nějaký chudák pomalu sesypal, jak je jeho život na nic a jak by to nejradši chytl a měl pokoj. No to sem měl rudo před očima! Měl snad za to, že ho nakazím, on za chvíli umře a bude mít klid!“*

Jinak si dokázal případné tajemství statutu ospravedlňovat. Mezi jeden z hlavních motivů patří strach z prozrazení: *„Hele to je těžký, já mám s tímhle tajemstvím ze své povahy celkem problém. Na druhou stranu se bojím prozrazení. Na to se scházet za účelem sexu s někým naslepo nemám žaludek. A když na sebe přiznáš, že seš pozitivní, pošleš někomu naivně fotku jako první a on se třeba vzápětí odpojí, tak tě to docela rozseká. Začneš přemítat, jestli tě třeba zná... komu si to právě nechtěně řekl. A příště si to prostě rozmyslíš.“*

Další omluvou je posuzování míry rizika: *„...jsem na léčích, mám nulovou virovou nálož, takže v podstatě ani nejsem infekční. V análním sexu jsem teď už jen pasivní, což je pozice, v který je ohrožení toho druhýho výrazně nižší. A navíc použiju ochranu... no tak jakápak jsem vlastně hrozba?“*

Navzdory popsanému stanovisku ale prošel Adam nedávno zkušeností, která ho v jeho postoji zviklala: *„... hele já jsem s někým flirtoval na jednom webu. Padly tam nějaký oboustranný návrhy, bylo to pod mým nickem, ktorej nepovažuju za tak docela anonymní, protože ho mám roky a ne kvůli sexu. No a dotyčnej se do mě najednou na férovku obul, že slyšel, že jsem pozitivní, a jestli je to jako fakt. Já jsem úplně ztuhnul. Ani jsem nevěděl, s kým se bavím, a on o mě věděl něco, co považuju za svoje největší tajemství! Mě se přičí lhát, tak jsem spíš tak*

mlžil... jako kdo to roznáší? ...a že se mi ani nechce na něco takového vůbec reagovat. Ale to sem byl hned ten špatnej. Že prej kdyby to nebyla pravda, tak to rovnou popřu.. takže to teda pravda musí bejt! Takže já nezařžu, že nejsem plusovej, ale jsem ta svině? Že prej ohrožuju ostatní a že je to nelegální. A že mě teda jako milostivě neudá, ale svejm kamarádům že dá vědět, ať si daj bacha.“

Tuhle ztrátu kontroly nad informací o svém HIV statutu a hrozbu neregulovatelné další stigmatizace Adam velmi těžko nesl. „...hele já ted' na všechno kašlu. Stáhnou se do sebe, smažou si profil. Já už takhle skoro nikoho nehledal, tak si dám pokoj úplně. A pokud mě to časem přejde, budu prostě opatrnější.“

Všichni respondenti se shodují na tom, že pokud to chtějí s někým myslet vážně, musí mu to sdělit včas. Jakub v tomto kontextu také zmiňuje kontrolu informací: „Rozhodně by o tom měl vědět můj budoucí životní partner, pokud někdo takový přijde, ale jinak čím méně lidí to ví, tak je to pro mě rozhodně lepší. Čím více lidí to ví, tím menší mám nad tou informací kontrolu.“

2.2.3 Lékařská péče

Lékařské kontrole se musí HIV pozitivní podrobit ze zákona povinně. Za tímto účelem jsou přijati do jednoho ze sedmi republikových AIDS center, kde je péče o HIV pozitivní centralizována. Všichni respondenti s ohledem na své místo bydliště dochází do toho pražského, které je součástí Infekční kliniky nemocnice Na Bulovce.

Nejostřeji se na adresu AIDS centra vyjádřil Jan, který má zažitou zkušenost s péčí v západní Evropě. Na tu pěl chválu: „...ten šok byl docela výraznej. Tam je to tak, že celý infekční oddělení má jednu čekárnu, ty v podstatě nevíš, jestli ten vedle tebe tam je s HIV nebo s klíšťovou encefalitidou třeba... z té čekárny si tě zavolaj jménem, ale křestním! ...pak tě berou do ordinace, kde je teda tím, jak je tam větší

promoření, ošetřováno třeba víc lidí naráz, ale zas je to tam všechno oddělený... je tam několik stanovisek a lékařů, ty kolem vás zatáhnou závěs, takže ty vnímáš, že vedle taky někdo je, třebaš ho i slyšíš, ale netušíš, kdo to je, pak jen můžeš zahlídnout záda, až půjde pryč. Úplně minimalizují ty rizika, že se tam s někým potkáš a že tě pozná, což je samozřejmě dokonalý. Navíc je to tam krásný, příjemný, jsou tam pěkný plakáty se spoustou informací...“

O podmínkách u nás se již takto pozitivně vyjádřit nemohl: „... poté, co jsem přijel do Prahy, tak první bylo, že sem musel zazvonit na dveře, prostě, části toho oddělení infekčního, kde bylo napsáno AIDS, aby mě tam milostivě pustili. A přijdeš tam do čekárny plný lidí, sedíte tam vedle sebe a prostě hlásej celým jménem, kdo jde na řadu. To byl pro mě velkej šok... Navíc ta sestra tam prochází několikrát denně, takže prostě nebude zavírat dveře, a když máš plnou čekárnu tak stojíš před tou sesternou, kde ona má ty otevřené dveře a ty na stole vidíš nechaný ty nadepsaný desky se jménama těch pacientů, protože ona je prostě nevrací do té kartotéky. To je pro mě nepřijatelný.“

Adam vnímá situaci narušení soukromí podobně: „Já jsem z toho vždycky úplně zkroušenej. Tvářím se, že tam snad ani nejsem. Některá sestra se snaží a přijde se nenápadně zeptat na jméno blízko tebe stylem „to je pan...?“ ...to pak jen hlesnu, ona se chytne a fajn. Ale jiná ti to tam vyřvává... a kdyby jen sestra, někteří z doktorů se s tím taky nepárou a zvou si to příjmením hulákaným přes celou chodbu.“

Navíc obtížně snáší i přítomnost dalších osob, než jsou pouze zaměstnanci nemocnice nebo ostatní pacienti: „hele jako ještě třeba tak ty medicí, budíž, i když i to je mi nepříjemný. Vždyť je to skoro moje věková skupina, kolik mediků já znám... taky tam tak můžu někoho potkat. Nebo obchodáci nějakých farmaceutických firem, i to jsem tam zažil. No ale co mě celkem sejme je, když na odběrech natrefím na vězeňskou službu s nějakým trestancem. Hele já si nedělám iluze, že

bych tuhle diagnózu musel sdílet vždy jen s vybranou společností, ale to si pak přijdeš fakt jak nějaká spodina. To by se podle mě oddělit mělo.“

Přítomnost mediků zažil na vlastní kůži i Martin, který s ohledem na důvěrnost, jaké by podle něj měla jeho diagnóza požívat, tuto situaci přítomnosti zhruba osmi dalších cizích lidí nesl špatně. Oproti tomu Jan má pro tento druh situace pochopení a respektuje ho.

Všichni respondenti zmiňovali skutečnost, že se nelze v rámci prostor AIDS centra vyhnout možnosti potkávat někoho ze své minulosti. Někteří z nich vyjádřili obavy, aby je dotyční nepodezírali, že by mohli mít s jejich infekcí něco společného, i když oni sami jsou si třeba díky testování s odstupem po sexuálním kontaktu s těmito osobami zcela jisti, že tam žádná souvislost být nemůže.

Se samotnou péčí jsou dotazovaní naopak spokojeni. Jsou si vědomi toho, že jim je poskytnuta léčba nejnovějšími medikamenty a vyjadřují přesvědčení, že by se za její pomoci mohli dožít pokročilého věku.

2.2.4 Legislativa

Povědomí o právních normách, které se problematiky HIV dotýkají, se mezi respondenty různí. Všichni vědí, že musí svůj stav hlásit lékaři a to ať už jejich návštěva lékaře s HIV souvisí, či nikoliv. Pochopení pro to v některých případech nemají.

Martin zmiňuje situaci, kdy obvodního zubaře informoval, nad informováním zubaře však váhá, jelikož se bojí odmítnutí péče. Adam pro změnu zubaře změnil z obavy, že by předchozí zubařka, u které se léčí dlouhá léta i další jeho rodinní příslušníci, nemusela zachovat mlčenlivost. Oční lékařku, kde jsou vazby na rodinu rovněž značné, sice nezměnil, nicméně o svém stavu ji neinformoval, „*protože to v tomto případě nepovažuje za důležité.*“ Vyloženě zatajovat pak musel u vstupní kontroly při nástupu do zaměstnání, jelikož zde se v dotazníku

vyskytovaly i otázky s diagnózou přímo související. Z obavy o diskriminaci v zaměstnání, respektive o jeho ztrátu ještě během zkušební lhůty na ně odpověděl nepravdivě.

Jan zažil u zubaře narážky, zda mu požadovaný zákrok odstranění zubního kamene „*za to vůbec stojí?*“ Tímto přístupem a jeho pravděpodobným významem byl poměrně otřesen. Oproti tomu Jakub od své diagnózy ještě služby žádného lékaře krom těch v AIDS centru nepotřeboval.

Informovanost ohledně vztahu HIV positivity a trestního práva se také lišila. Jan nebyl detailně informován, nicméně právní úpravy považuje v tomto ohledu za adekvátní, riziko kriminalizace nevnímá, spoléhá na kompetentnost soudce při eventuální kauze.

Jakub byl tvrdostí některých právních norem a jejich posuzování potenciálních prohřešků docela nepříjemně překvapen, nicméně je po seznámení se s nimi bere na vědomí.

Martin je s trestním právem v tomto ohledu velmi dobře seznámen. V této spojitosti padlo z jeho strany při rozebírání případného zatajení HIV positivity při nahodilém chráněném sexuálním styku vyjádření, že si takovou situaci dokáže představit pouze v opilosti někde na diskotéce v zahraničí, mimo dosah našich právních norem.

Adam o přístupu trestního práva k HIV pozitivním ví a respektuje jej, ale nesouhlasí s ním. Nelíbí se mu jejich kriminalizace ve formě potenciálního posouzení sexuálního styku se zatajením informace o HIV pozitivě coby pokusu o ublížení na zdraví ve stádiu pokusu. S takovým hodnocením nesouhlasí s ohledem na vlastní názor na nebezpečnost tohoto jednání, který již byl prezentován výše.

3 ZÁVĚR

Na předchozích stránkách jsem se pokusil zprostředkovat prožívané zkušenosti několika konkrétních jednotlivců se stigmatizací související s jejich HIV pozitivitou, obavami z ní, strategiemi, jak se jí pokoušejí zamezit způsoby, jak se s ní případně vypořádávají. Výpovědi, které jsem shromáždil, poskytují alespoň částečnou představu, jakým směrem se jejich úvahy mnohdy ubírají. Považuji za nesmírně důležité tyto jejich pocity sledovat a pracovat s nimi. V zahraničí je běžnou praxí, že se formuje určitá platforma aktivistů, kteří společně prosazují zájmy infikovaných. Na této bázi došlo v minulosti ve vyspělejších zemích k legitimizaci gay hnutí [Fee & Fox 1988: 301 – 315, Warner 2000]. U nás je podíl infikovaných v populaci tak mizivý, že je celá otázka HIV positivity stále do určité míry tabu.

Najde se velmi málo HIV pozitivních, kteří seberou odvahu se ke své seropozitivě veřejně přihlásit. Přičemž dokud se tomu tak nebude dít, veřejnost se těžko naučí tyto jedince akceptovat a nadále budou převládat předsudky, neinformovanost a ignorace, která má za důsledek stigmatizaci.

Tato situace však nemusí mít negativní dopady pouze na ty, kdo s nemocí žijí. Ti, kdo svou pozitivitu potvrzenou HIV testem dosud ni nemají, mohou absolvování tohoto vyšetření ze strachu před tím, že se stanou příslušníky stigmatizované skupiny, oddalovat a být tak v případě nákazy hrozbou pro zdravou populaci. Ostrakizace HIV pozitivních může vést k jejich uzavírání se do sebe, rezignaci na normy zastávané většinovou společností, které požadavky a očekávání stejně nejsou schopni plnit, a v důsledku toho případné asociální chování a nerespektování zásad ochrany zdraví ostatních.

Domnívám se, že je potřeba tak, jak se o to zasazuje již citovaná Deklarace o dekriminlizaci HIV pozitivních, prosadit nerepresivní, nekriminlizující a tolerantní přístup k HIV prevenci v celých komunitách a

nastolit opatření vytvářející prostředí, které lidem umožňuje vyhledat testování, podporu, léčbu, a bezpečně sdílet s ostatními HIV pozitivitu.

4 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ

4.1 Literatura:

BURRIS, Scott. Studying the legal management of HIV-related stigma. *American Behavioral Scientist*. 1999; 42(7):1229-43 DOI: 10.1177/0002764299042007012

FEE, Elizabeth a Daniel M FOX. *AIDS: the burdens of history*. Berkeley: University of California Press, c1988. ix, 362 p. ISBN 05-200-6396-1.

GOFFMAN, Erving. *Stigma: poznámky k problému zvládní narušené identity*. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003. 167 s. Most (Sociologické nakladatelství), sv. 3. ISBN 80-86429-21-0.

GREEN, Kathryn, FREY, Lawrence R. & DERLEGA, Valerian J. Interpersonalizing Aids: Attending to the Personal and Social Relationships of Individuals Living with Hiv and/or Aids. *Journal of Social and Personal Relationships* February 2002 19: 5-17 DOI: 10.1177/0265407502191001

CHESNEY, Marget A. & SMITH, Ashley W. Critical Delays in HIV Testing and Care: The Potential Role of Stigma. *American Behavioral Scientist* April 1999 42:1162-1174, DOI: 10.1177/00027649921954822

KALICHMAN, Seth C., ROMPA, David & CAGE, Marjorie: Group Intervention to Reduce HIV Transmission Risk Behavior Among Persons Living With HIV/AIDS, *Behav Modif* March 2005 vol. 29 no. 2256-285, DOI: 10.1177/0145445504272603

KURZBAN, Robert & LEARY, Mark R. Evolutionary origins of stigmatization: The functions of social exclusion. *Psychological Bulletin*, 127(2), 187-208, 2001 DOI: 10.1037/0033-2909.127.2.187

ROZSYPAL, Hanuš. *AIDS: klinický obraz a léčba*. [1. vyd.]. Praha: MAXDORF-JESSENIUS, 1998. 236 s., barevná příloha. ISBN 9788085800920.

RUTLEDGE, Scott E. Enacting personal HIV disclosure policies for sexual situations: HIV-positive gay men's experiences. *Qualitative Health Research*, 17, 1040-1059. 2007. DOI: 10.1177/1049732307306931

SONTAG, Susan. *Nemoc jako metafora: AIDS a jeho metafory*. Vyd. 1. Praha: Mladá fronta, 1997. 171 s. ISBN 80-204-0587-9.

STAŇKOVÁ, Marie. Novinky v antiretrovirové terapii hiv/aids infekce; In: *Interní medicína pro praxi* 10 (11), Olomouc 2008, str. 498 – 501

WARNER, Michael. *The trouble with normal: sex, politics, and the ethics of queer life*. 1st ed. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 2000. ix, 227 s. ISBN 06-740-0441-8.

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

Zákon č. 40/2009 Sb., Trestní zákoník

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

4.2 Internetové zdroje

<http://www.aids-pomoc.cz>

<http://www.szu.cz>

<http://www.who.int>

5 PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Celkový počet diagnostikovaných HIV pozitivních osob a osob s rozvinutým AIDS na území ČR k 31. 5. 2012 (graf)

Příloha č. 2: Celkový počet osob s rozvinutým AIDS a osob, které onemocněly AIDS podlehy na území ČR k 31. 5. 2012 (graf)

Příloha č. 3: Křivka nárůstu počtu diagnostikovaných HIV pozitivních osob a osob s rozvinutým AIDS na území ČR za období 1986 až 2012 (graf)

Příloha č. 4: Počet infikovaných v ČR dle krajů, absolutní čísla (obrázek)

Příloha č. 5: Počet infikovaných v ČR dle krajů, žijící osoby (obrázek)

Příloha č. 6: Rozdělení HIV pozitivních případů v ČR podle způsobu přenosu (graf)

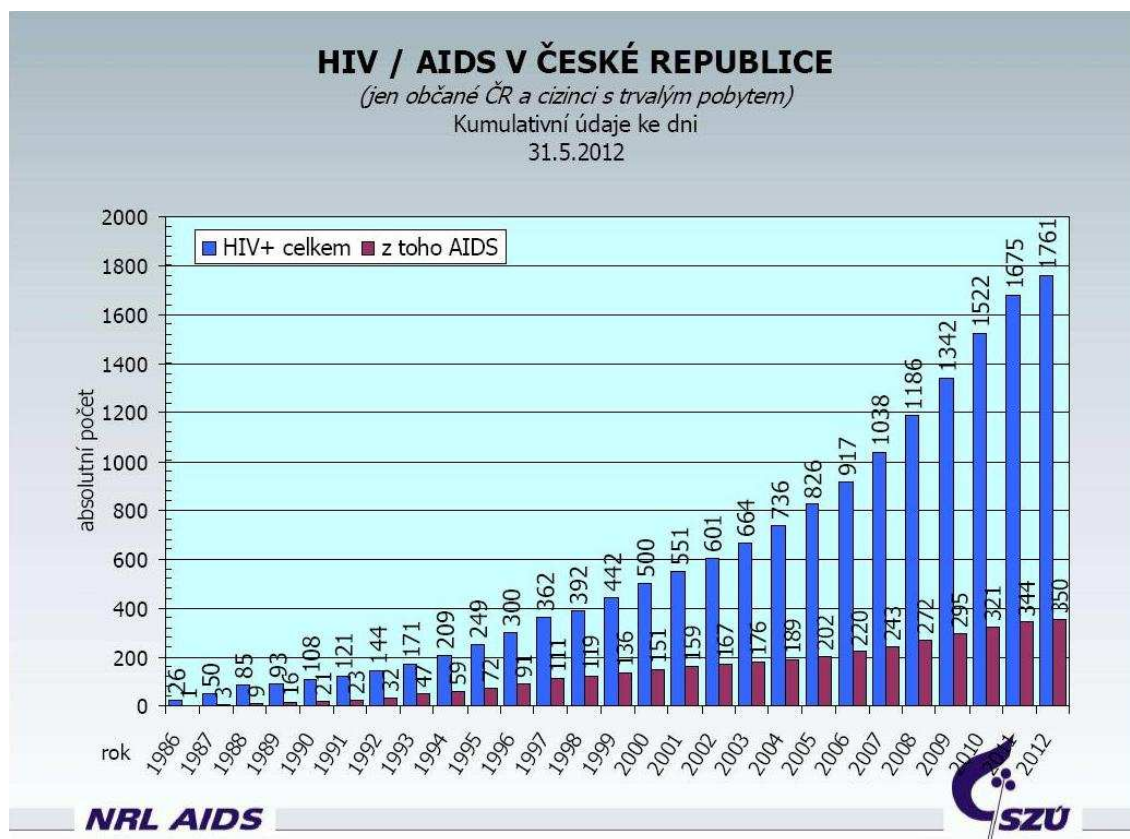
Příloha č. 7: Rozdělení HIV pozitivních podle pohlaví a věku (graf)

Příloha č. 8: Informace pro člověka infikovaného virem lidského imunodeficitu (text)

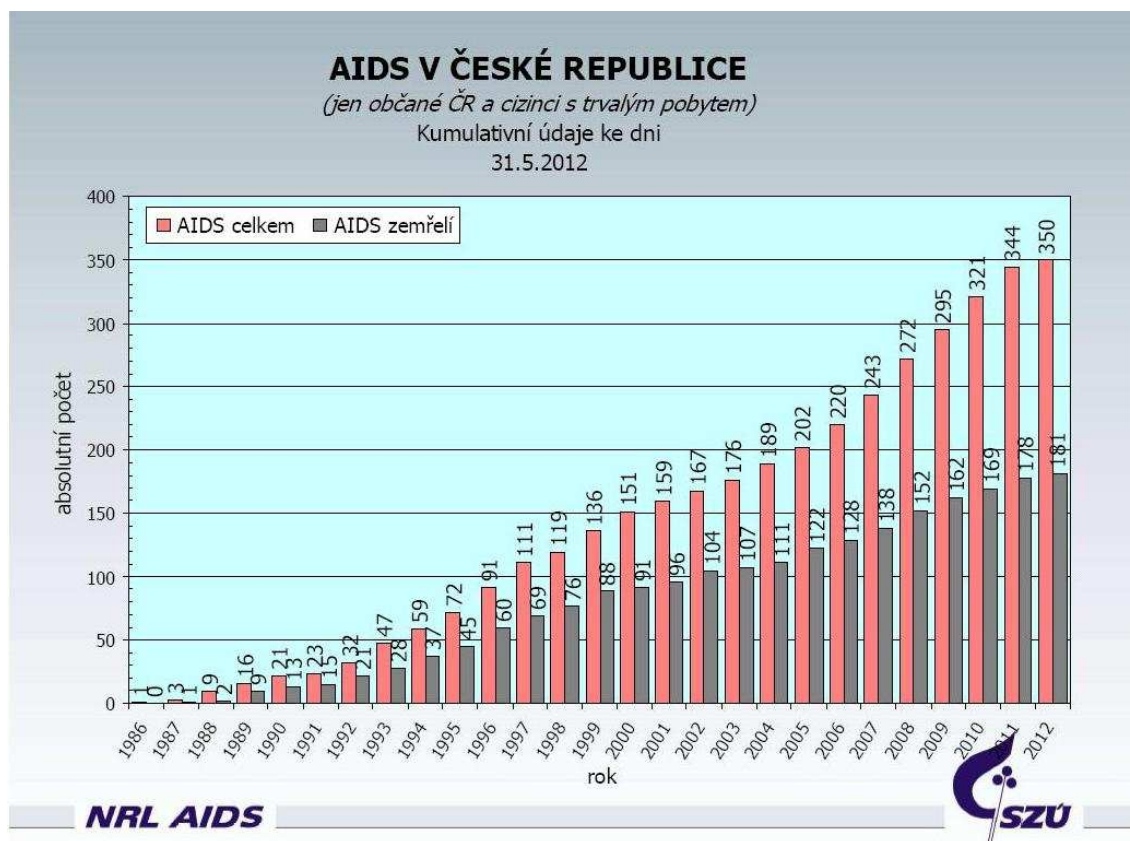
Příloha č. 9: Budapešťská deklarace (text)

Příloha č. 10: Deklarace o kriminalizaci HIV (text)

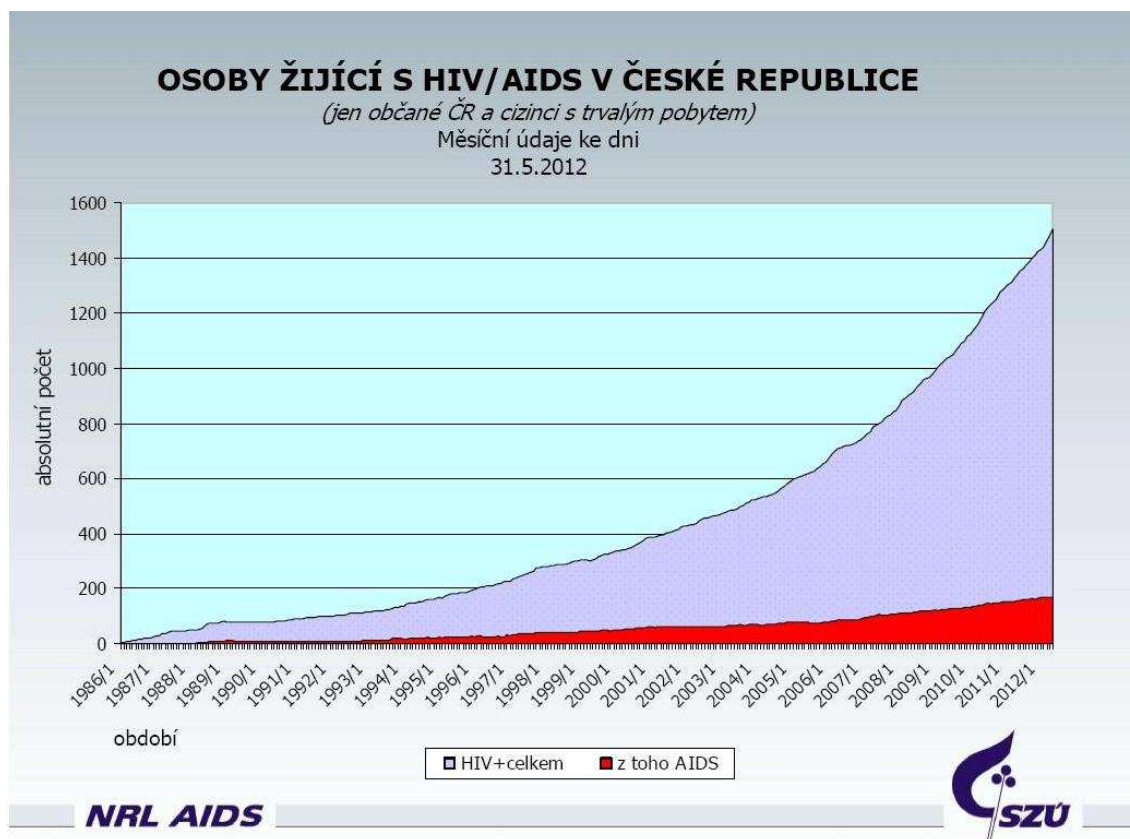
Příloha č. 1: Celkový počet diagnostikovaných HIV pozitivních osob a osob s rozvinutým AIDS na území ČR k 31. 5. 2012 (graf)



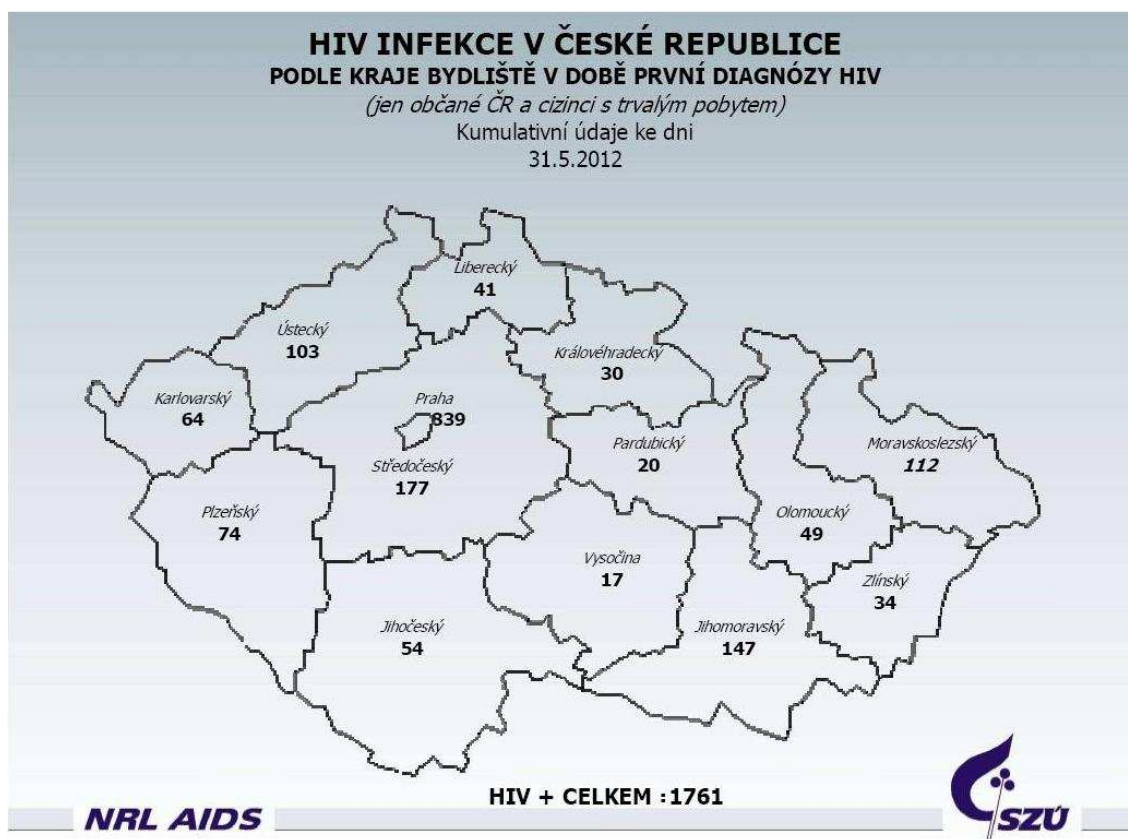
Příloha č. 2: Celkový počet osob s rozvinutým AIDS a osob, které onemocněly AIDS podlehy na území ČR k 31. 5. 2012 (graf)



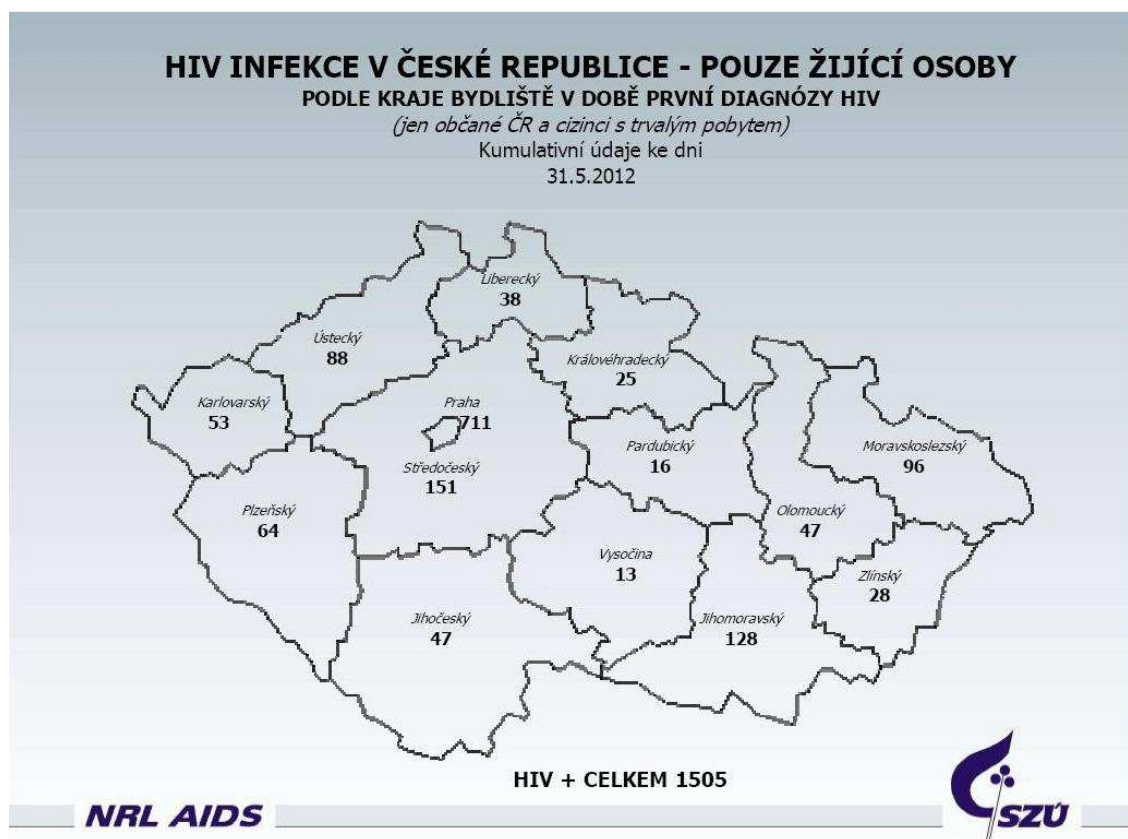
Příloha č. 3: Křivka nárůstu počtu diagnostikovaných HIV pozitivních osob a osob s rozvinutým AIDS na území ČR za období 1986 až 2012 (graf)



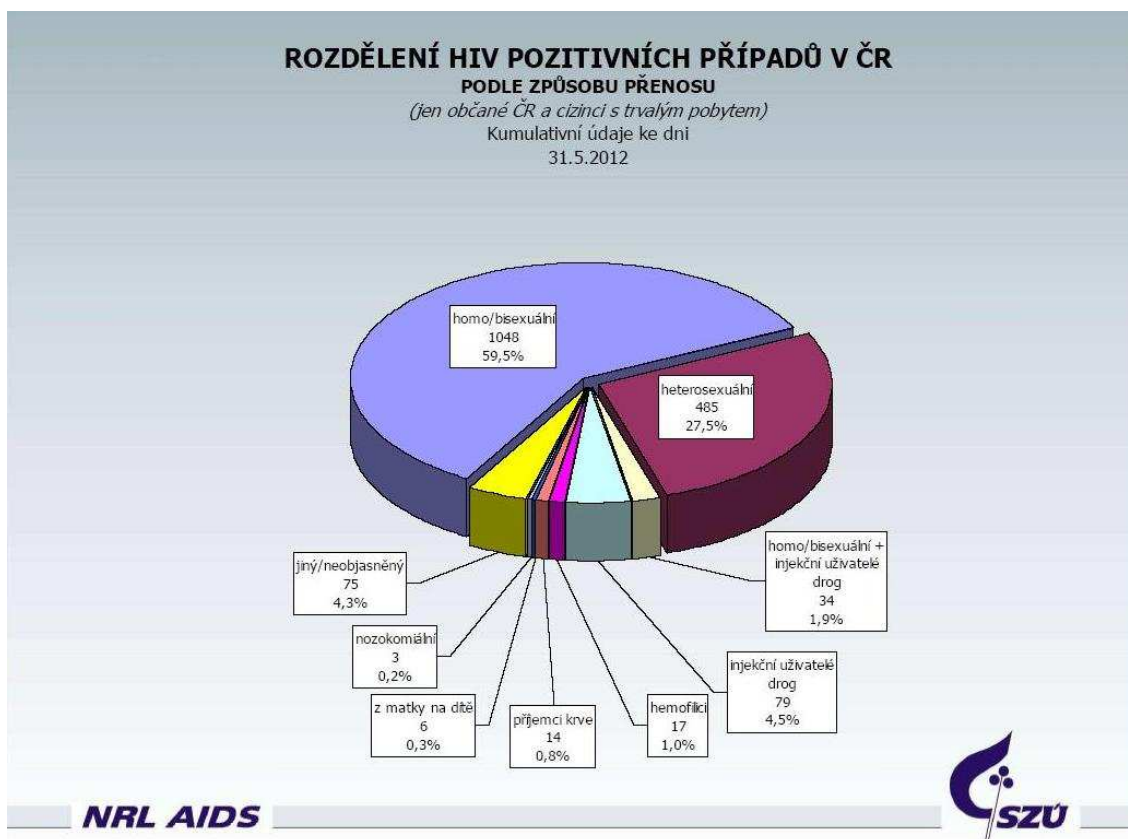
Příloha č. 4: Počet infikovaných v ČR dle krajů, absolutní čísla (obrázek)



Příloha č. 5: Počet infikovaných v ČR dle krajů, žijící osoby (obrázek)



Příloha č. 6: Rozdělení HIV pozitivních případů v ČR podle způsobu přenosu (graf)



Příloha č. 7: Rozdělení HIV pozitivních podle pohlaví a věku (graf)

HIV POZITIVNÍ PŘÍPADY V ČR PODLE POHLAVÍ, VĚKU A KLINICKÉHO STADIA V DOBĚ PRVNÍ DIAGNÓZY A POČTU ÚMRTÍ

(jen občané ČR a cizinci s trvalým pobytem)

Kumulativní údaje ke dni

31.5. 2012

Věková skupina	Věk při první diagnóze HIV+			Věk při první diagnóze HIV+ u asympt. osob			Věk při první diagnóze sympt. non AIDS			Věk při první diagnóze AIDS		
	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem
0-4	3	3	6	2	3	5	0	0	0	0	0	0
5-9	3	1	4	2	1	3	0	0	0	0	0	0
10-14	6	0	6	0	0	0	1	0	1	0	0	0
15-19	42	28	70	28	21	49	7	0	7	3	1	4
20-24	213	86	299	158	75	233	19	5	24	14	3	17
25-29	302	73	375	214	51	265	30	7	37	43	13	56
30-34	311	62	373	222	38	260	41	9	50	59	18	77
35-39	224	25	249	151	19	170	37	3	40	51	6	57
40-49	241	26	267	147	9	156	36	8	44	70	14	84
50-59	81	12	93	38	2	40	16	2	18	34	5	39
60-	16	3	19	7	0	7	1	1	2	11	5	16
Celkem	1442	319	1761	969	219	1188	188	35	223	285	65	350
Úmrtí	210	46	256	30	4	34	35	6	41	145	36	181

Příloha č. 8: Informace pro člověka infikovaného virem lidského imunodeficitu (text)

Informace pro člověka infikovaného virem lidského imunodeficitu

Bylo zjištěno, že jste infikován/a virem, který může za určitých okolností vyvolat závažnou poruchu Vaší obranyschopnosti zvanou AIDS. Přítomnost viru v organismu však v žádném případě ještě onemocnění neznamená, protože víme, že se toto onemocnění vyvíjí v průměru asi u 70% nakažených lidí do 10 let od infekce. Nakažený člověk může žít mnoho let bez jakýchkoliv projevů nemoci, to znamená může být zcela zdravý, ale přitom může při pohlavním styku nakazit svého partnera, může svou krví virus přenést na druhého člověka, je-li jeho krev ve styku s otevřeným poraněním druhého člověka, daruje-li krev nebo jde-li o matku, může v průběhu těhotenství nebo porodu nakazit své dítě.

Ve vlastním zájmu, abyste současně nezhoršil/a průběh onemocnění sám/sama u sebe, nebo nenakazil/a někoho dalšího, měl/a byste dodržovat níže uvedené zásady:

1. **Při jakýchkoliv zdravotních obtížích**, i když zdánlivě bezvýznamných, jako jsou např. opakovaná onemocnění dýchacích cest, především déle trvající kašel, dále při hubnutí, při zduření mízních uzlin, jakékoliv vyrážce apod. se ihned obraťte na mne nebo jiného odborníka v problematice AIDS, kterého si vyberete: budete zván na pravidelné kontroly Vašeho zdravotního stavu, které umožní, aby Vám byla případně včas nasazena potřebná léčba, kterou často zahajujeme již v době, kdy dojde k určitým změnám při imunologickém vyšetření, které se ještě nemusí ani projevit zdravotními potížemi. Základní zdravotní péči Vám může poskytovat Váš ošetřující lékař nebo pediatr. V současné době tuto infekci ještě neumíme vyléčit, ale umíme ji léčit, zabránit různým komplikacím a tak Vám umožnit kvalitní plnohodnotný život, jaký vedou ostatní lidé. Od chvíle stanovení diagnózy nesete pouze větší odpovědnost vůči sobě i vůči druhým lidem.
2. **Nemůžete se stát dárce** krve, spermatu, mateřského mléka, orgánů a tkání.
3. Doma, na pracovišti i kdekoliv jinde je třeba, abyste přísně dodržoval **pravidla osobní hygieny**, měl vlastní kartáček na zuby, holicí strojek, ručník atd., které nesmíte nikomu půjčovat. V případě, že dojde k potřísnění předmětů Vaší krví, např. při poranění, musíte zajistit buď likvidaci těchto předmětů, např. spálením, nebo jejich vyvaření či dezinfekci /nejlépe 2% roztokem Chloraminu/.
4. Měl byste se snažit vybudovat si **trvalý partnerský vztah** a nestřídat sexuální partnery. Při všech formách pohlavního styku, tj. při styku do pochvy, do konečníku i do dutiny ústní, musíte používat **prezervativ**, přičemž ke zvýšení jeho kluzkosti nelze používat látky na tukovém základu /vazelíny../, ale látky na vodním

základu /gely/. Je třeba se vyvarovat všech krvavých sexuálních praktik. Líbání není riskantní, není-li spojeno s pokousáním nebo s intenzivním sáním. Je třeba si uvědomit, že prezervativ musíte používat i tehdy, je-li Váš partner /partnerka/ rovněž HIV pozitivní, protože každá další infekční dávka viru zhoršuje průběh onemocnění. Při náhodném pohlavním styku s neznámou osobou nikdy nemůžete vyloučit, že i ona, i když to sama třeba neví, může být infikována tímto virem.

5. Měl byste přesvědčit svého sexuálního partnera, partnerku /partnery/, aby se rovněž podrobili vyšetření na přítomnost viru působícího AIDS. Umožní jim to nejen chránit sebe, ale i druhé, dáte jim i šanci na včasné zahájení léčby, která průběh onemocnění podstatně zpomalí a umožní jim dožít se v dobrém zdravotním stavu takové účinné léčby, která Vás i je v budoucnu infekce zbaví. Současné vědecké výsledky svědčí pro to, že to je otázkou brzké budoucnosti. Nechcete-li informovat o své HIV pozitivitě svého partnera sám/sama, můžete požádat lékaře svého AIDS centra, aby to učinil za Vás.
6. **Je Vaší morální povinností** informovat svého sexuálního partnera /partnery/ o svém postižení a dodržovat při styku s nimi zásady bezpečnějšího sexu tak, aby nedošlo k jeho/jejich nákaze. Stále platí, že „jedinou vakcínou proti AIDS“ při pohlavním styku je prezervativ. Všechny ostatní praktiky /např. přerušovaná soulož aj./ jsou nebezpečné.
7. **Jste-li závislý/á na drogách** aplikovaných do žíly, musíte zásadně používat jehly i stříkačky /!/ na jedno použití a vlastní roztok drogy. Jednou použitou jehlu nebo stříkačku nesmíte dát k použití nikomu dalšímu. Jsou popsány infekce i tehdy, byla-li vyměněna jehla, ale použita stejná stříkačka. Použité injekční stříkačky a jehly můžete bezplatně vyměnit za nové v kontaktních centrech.
8. Ženy, u kterých byla zjištěna HIV pozitivita na začátku gravidity nebo HIV pozitivní ženy, které otěhotněly, i když jim byl znám jejich HIV status, se mohou rozhodnout buď pro umělé ukončení těhotenství nebo – v případě zachování těhotenství – jsou zařazeny do speciálního léčebného programu se zvýšeným dohledem lékaře příslušného AIDS centra i porodníka. Tím se výrazně sníží pravděpodobnost přenosu HIV infekce z matky na novorozence (riziko 8-10%).
9. **Velmi mnoho můžete udělat sám** i pro to, aby se Váš zdravotní stav nezhoršil a abyste zůstal co nejdéle, případně i trvale, bez jakýchkoliv příznaků nemoci způsobených tímto virem. Především tedy musíte docházet na **pravidelné kontroly** ke svému lékaři, a to i tehdy, cítíte-li se zdrav. Dále byste měl dodržovat **zásady správné výživy**, zejména pokud jde o biologicky hodnotnou stravu, obsahující především mléčné produkty, libové maso a dostatečné množství ovoce a zeleniny. Doporučuje se vyloučit ze stravy syrové nebo špatně propečené

maso /zdroj různých mikroorganismů, které mohou vést k vážným komplikacím u lidí infikovaných virem AIDS/, dále používání nadměrného množství návykových léků, zejména drog. Neměl byste se fyzicky přetěžovat, např. při vrcholovém sportu, naopak pravidelné cvičení a udržování dobré fyzické kondice a dostatek spánku jsou velmi prospěšné /dostatečný spánek zlepšuje funkci imunitního systému u každého člověka/. Měl byste se vyhýbat prudkému slunění a pobytu v prostředí s vysokou teplotou a vlhkostí, stejně tak jako ostatním velkým stresovým situacím, a to i duševním. Protože jste ohrožen následky jakékoliv infekce, měl byste se sám aktivně chránit před úzkým stykem s lidmi s takovou infekcí. Prostě je třeba se naučit s infekcí virem HIV žít a nepodléhat smutným náladám a depresím, které zhoršují průběh onemocnění.

Pokud budete shora zmíněné zásady dodržovat, je riziko přenosu nákazy na další osoby jak ve Vaší domácnosti, tak i na Vašem pracovišti a i ve společnosti vyloučené. Proto můžete vykonávat prakticky jakékoliv zaměstnání, samozřejmě pokud to dovoluje Váš zdravotní stav. Zdravotničtí pracovníci jsou pochopitelně povinni zachovávat o Vašem zdravotním stavu povinnou mlčenlivost a jsou samozřejmě povinni Vám poskytnout kdykoliv zdravotní péči.

Vaše právní povinnosti stanovuje zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů

podle § 53 je nosič viru HIV povinen (*citace*):

- a) podrobit se lékařskému dohledu, potřebnému laboratornímu vyšetření, léčbě a dalším epidemiologickým opatřením,
- b) dodržovat poučení lékaře o ochraně jiných fyzických osob před přenosem infekčního onemocnění, jehož jsou nosiči,
- c) nevykonávat činnosti, při nichž by vzhledem ke svému nosičství ohrožovaly zdraví jiných fyzických osob,

- d) informovat lékaře před vyšetřovacím nebo léčebným výkonem a při přijetí do ústavní péče o svém nosičství; pokud má nosič poruchu vědomí, učiní tak ihned, jakmile mu to jeho zdravotní stav umožňuje,
- e) sdělit své nosičství při přijetí do zařízení sociální péče,
- f) oznamovat praktickému lékaři, který jej registruje osobní údaje (jméno, příjmení, datum narození, místo trvalého a přechodného pobytu), údaje o zaměstnání a změny v těchto údajích.

Ten kdo byť z nedbalosti způsobí či zvýší nebezpečí rozšíření nakažlivé choroby, v tomto případě HIV/AIDS, může naplnit skutkovou podstatu trestného činu a v souvislosti s tím může být potrestán.

Vzal jsem poučení na vědomí a zavazuji se jím řídit.

Rozhodl jsem se pro dispenzarizaci a péči v AIDS centru
(doplňte)

Jméno a příjmení klienta, datum narození

.....

Podpis klienta

.....

Datum

V případě, že se na plánovanou prohlídku (do 6 měs. od poslední návštěvy) nedostavíte, může být podán orgánu ochrany veřejného zdraví podnět na další postup podle zákona.

V případě potřeby se můžete obrátit i na lékaře ostatních AIDS center uvedených níže:

1. AIDS Centrum FN Bulovka, Infekční klinika, Budínova 2, Praha 8, tel.: 26608 2628 – 9 nebo 26608 2715.
2. AIDS Centrum České Budějovice, Nemocnice, B.Němcové 54, České Budějovice, tel.:
38787 4600 nebo 38787 4465.
3. AIDS Centrum Plzeň, Infekční klinika FN, Dr. Beneše 13, Plzeň, tel.:377 402 264.
4. AIDS Centrum Ústí n.L., Masarykova nemocnice, Ústí n.L., tel.: 475 682 600 nebo 475 682 603.
5. AIDS Centrum Hradec Králové, Infekční klinika FN, Hradec Králové, tel.: 495 832 220 nebo 495 833 773.
6. AIDS Centrum, Brno, FN Bohunice, Jihlavská 20, Brno, tel.: 547 192 276 nebo 547 192 265.
7. AIDS Centrum Ostrava, FN sP Ostrava, 17 listopadu 1790, Ostrava-Poruba, tel.: 596 984 252 nebo 596 983 480.

Příloha č. 9: Budapešťská deklaráce (text)

Budapešťská deklaráce

Střední a jihovýchodní Evropa potřebují více pozitivní pozornosti!

24. až 27. června 2011 se v Budapešti setkali HIV aktivisté, aby založili Sdružení (network) zemí střední a jihovýchodní Evropy s nízkým výskytem HIV (*NeLP - Network of Low HIV Prevalence Countries in Central and South East Europe*) a přijali následující usnesení:

Žádáme o zvýšení mezinárodní pozornosti k závažným problémům, kterým čelíme v důsledku výskytu HIV ve střední a jihovýchodní Evropě. Následující roky budou klíčové pro Albánii, Bosnu a

Hercegovinu, Bulharsko, Kypr, Českou republiku, Černou Horu, Řecko, Chorvatsko, Maďarsko, Kosovo, Makedonii, Rumunsko, Slovensko, Slovinsko, Srbsko a Turecko. Zvýšená pozornost věnovaná těmto problémům podpoří naše snahy vyhnout se nebezpečným situacím.

I když je nyní výskyt HIV v našich zemích nízký (v porovnání s epidemií HIV v západní Evropě), tento stav se může v budoucnu dramaticky zhoršit.

Vzhledem k tomu, že v našich zemích žije méně lidí s HIV, existuje i méně podporovatelů a zdravotnického personálu a reakce společnosti na HIV je tak pomalejší. V důsledku malého dopadu na většinou společnost je i zájem řešit problémy lidí s HIV malý.

Přestože naše národní vlády a veřejnost nevnímají HIV jako velký problém, narážíme na stejné překážky jako v zemích s vysokým výskytem HIV: zneužívání lidských práv, problematický přístup k léčbě či psychosociální zátěž, které ovlivňují veškeré aspekty našich životů.

Co ale považujeme v současné době za nejzávažnější je nárazový nepředvídatelný nedostatek léků a diagnostických testů. Je proto nutné zavést koordinované národní, regionální a mezinárodní opatření, která by zabránila těmto výpadkům, které způsobují nebezpečné přerušování léčby, a podkopávají důvěru mezi lidmi žijícími s HIV a poskytovateli zdravotní péče.

Ačkoliv mnoho našich zemí získalo podporu z Globálního fondu na boj s HIV/AIDS, tuberkulózou a malárií (GFATM), jen málo z nich zavedlo koordinované a efektivní národní strategie. Železná opona a nedávné války v jihovýchodní Evropě zanechaly naše země v chudobě a izolaci. Stav ještě zhoršila současná ekonomická krize.

Pokud nebudeme reagovat, riskujeme rozšíření epidemie, která bude mít za následek velké výdaje v rámci škod na straně jednotlivců, tak i na straně zvýšené zátěže národních systémů zdravotnické péče.

V každé zemi s vysokým výskytem HIV byl kdysi výskyt viru nízký. Díky mezinárodní spolupráci a za použití ověřených preventivních a léčebných metod se můžeme vyhnout závažnému rozšíření HIV jako tomu je v ostatních částech světa.

Věříme, že společnými silami můžeme lépe upozornit na závažné problémy spojené s virem HIV v našem regionu. Doufáme, že prostřednictvím vzájemné podpory, sdělováním informací, budováním kapacit a koordinovaných aktivit dokážeme překonat překážky v kvalitě léčby a péče, komplexních a ověřených preventivních programů a úspěšných legislativních reforem, které trápily náš region tak dlouhou dobu. S vaší podporou může Sdružení zemí střední a jihovýchodní Evropy s nízkým výskytem HIV uskutečnit důležité změny pro lidi, kteří jsou konfrontováni s HIV v tomto regionu.

Toto jsou hlavní oblasti našeho zájmu:

Ačkoli svět zná virus HIV už 30 let, v našich zemích máme pocit, jakoby to bylo jen pár dní. Stále je nutné udělat mnoho nejen pro přístup k život zachraňující léčbě, ale i pro zlepšení celých národních programů, které se zabývají aspekty výskytu HIV.

Ve většině našich zemí, v porovnání se zbytkem Evropy, jsou služby pro lidi žijící s HIV a pro lidi z ohrožených skupin zastaralé. Národní koordinace aktivit je vzácná a povědomí o HIV stále nebezpečně nízké.

Naše občanské společnosti, zpomalené ve vývoji autoritativními režimy, potřebují podporu, posilu a hlavně finanční prostředky. Špatné podmínky jsou projevem hlubokých systematických problémů většiny našich systémů zdravotní péče.

Proto vyzýváme vlády a klíčové představitele v oblasti HIV v každé z našich zemí, mezinárodní orgány, které se věnují prevenci HIV, farmaceutický průmysl a lidi na celém světě, kteří bojují s HIV, aby upřeli svou pozornost na problematiku HIV ve střední a jihovýchodní Evropě. Žádáme vás o spolupráci, abychom předešli společným problémům.

Léčba a péče

Život ohrožující nedostatek léčiv a diagnostik je ve střední a jihovýchodní Evropě čím dál častějším jevem.

Lidé žijící s HIV často začínají léčbu bez důkladného monitoringu. Mnoho zemí neposkytuje důležitou kombinovanou léčbu druhé generace pro déle léčené pacienty s HIV. Registrace léčiv je v důsledku velkého počtu zemí v poměru k malému množství lidí žijících s HIV těžkopádná a nákladná.

Každá ze zemí střední a jihovýchodní Evropy se zavázala dodržovat minimální standardy léčby a péče o lidi, kteří žijí s HIV. Společnými silami budeme působit na naše vlády a důležité představitele aby věnovali dostatečnou pozornost a snahu zvyšování kvality zdravotní a sociální péče pro lidi žijící s HIV. Podle našeho názoru kvalitní léky a diagnostika zaručují nejlepší péči pro lidi žijící s HIV.

Standardy kvalitní péče zahrnují i kontinuální zdravotní a sociální služby dostupné pro všechny lidi s HIV a pro ty, kteří o ně pečují.

Požadujeme:

- *Koordinaci národních, regionálních a mezinárodních opatření, která zabrání nedostatku léčiv*
- *Aby se vlády bez ohledu na systém placení a národní legislativu snažily co nejlépe zabezpečit udržitelné a nepřetržité dodávky léčiv a diagnostik včetně léků první a druhé generace, léků pro novorozence, léčby oportunních infekcí, infekcí přímo nesouvisejících s HIV, i základních diagnostických testů (včetně CD4, virové zátěže a testů resistance). Toto opatření vidíme jako jedno z nejdůležitějších pro zajištění dobré péče o HIV pozitivní občany a pro omezení sexuálního přenosu viru HIV.*
- *Aby byly přijaté a univerzálně aplikované národní směrnice o léčbě zahrnující prevenci přenosu HIV z matky na dítě (PMTCT) a léčbu dětí.*
- *Aby byla léčba dostupná pro každého, kdo ji potřebuje, se speciálním ohledem na lidi ve vězení.*

- *Aby bylo všem poskytovatelům zdravotní péče pro lidi žijící s HIV poskytované kvalitní vzdělávání včetně vzdělávání v oblasti lékařské etiky a komunikace.*
- *Aby měli lidé žijící s HIV možnost seznámit se s léčbou, včetně možnosti konzultovat její vedlejší efekty, výživu atd.*
- *Aby se rozvíjela podpora služeb pro lidi žijící s HIV včetně podpůrných skupin, psychosociální podpory, sociální a právní pomoci, hospiců. Je důležité, aby tyto služby byly všeobecně dostupné a trvalé.*
- *Aby farmaceutické společnosti spolupracovaly s aktivisty(kami), vládami a kontrolními úřady s cílem umožnit optimální přístup k lékům a diagnostikám; což zahrnuje i možnost regionální registrace léků v zemích mimo EU.*

Politika a legislativa

Právní instituce ve většině našich zemí potřebují modernizaci. V atmosféře, kdy neexistuje veřejná debata o HIV a kdy základní právní struktury ignorují HIV stigmatizaci a diskriminaci, je málo pravděpodobné, že se ti nejzranitelnější nechají testovat a že lidé žijící s HIV vyhledají lékařskou pomoc.

Naše země jsou zavázané dodržovat nejvyšší evropské standardy v oblasti lidských práv a veškeré mezinárodní deklarace týkající se HIV. Budeme se snažit podpořit nejohroženější skupiny, identifikovat nedostatky v legislativě a shromažďovat důkazy a podpůrná fakta, a své poznatky předávat zákonodárcům tvořícím legislativu.. Společně budeme usilovat o vytvoření takových národních a regionálních opatření a zákonů, které budou nejefektivněji reagovat na HIV a zároveň respektovat postavení a důstojnost lidí žijících s HIV.

Požadujeme:

- *Aby byla všechna národní opatření týkající se HIV koordinována s vládami za aktivního a smysluplného přispění veřejností, komunit a lidí s HIV na všech úrovních procesu rozhodování a politiky.*
- *Zavedení efektivní antidiskriminační legislativy, která bude zahrnovat i ochranu před diskriminací na základě statusu HIV*
- *Aby nejrizikovějším skupinám nehrozila penalizace a kriminalizace*
- *Právní ochranu pro všechny nezbytné preventivní programy*
- *Ochranu práv lidí s HIV ve všech oblastech prevence, léčby i péče.*

Prevence a testování

Míra testování na HIV ve střední a jihovýchodní Evropě je jednou z nejnižších v Evropě. Některé naše vlády odrazují od testování a nefinancují testovací programy s cílem vytvořit mylnou představu o nízkém rozšíření HIV. Díky takové politice jsou lidé žijící s HIV často diagnostikováni pozdě, ve chvíli, kdy se u nich projevují již první oportunní infekce a mají oslabený imunitní systém.

Na preventivní programy proti HIV jsou vynaložené jen minimální vládní zdroje a propagované myšlenky jsou často neefektivní, zastaralé a příliš obecné na to, aby se dotkly těch nejohroženějších. Většinová populace v našich zemích stále vnímá HIV tak, jak tomu bylo jinde na začátku éry HIV; to znamená jako smrtelné, nezvládnutelné, nezastavitelné a cizí onemocnění.

Velmi malá pozornost je v rámci vzdělávání věnovaná ostatním sexuálně přenosným onemocněním a jejich příznakům.

Jsme zavázáni k tomu, aby cílené preventivní programy obsahovaly problematiku HIV a chránily ty nejohroženější. Společným úsilím se budeme snažit zprostředkovat účinné informace, které povedou ke zlepšení výsledků v oblasti veřejného zdraví. Budeme propagovat přístupnější, nízkoprahové testovací programy, s cílem zachytit lidi s HIV v počátečních stádiích infekce.

Požadujeme:

- *Aby se lidé žijící s HIV mohli aktivně podílet na vytváření veškerých preventivních programů*
- *Přístup k informacím pro všechny, včetně vzdělávání o zdraví a sexu bez předsudků s pomocí mediálních kampaní zaměřených na prevenci HIV. Žádáme též, aby se k veřejnosti dostala důležitá informace, že neléčené pohlavně přenosné choroby zvyšují riziko přenosu HIV.*

Zaměřit se na vzdělávání, prevenci a testování nejohroženějších skupin

- *Podporovat občanskou společnost v zavádění preventivních programů*
- *Zabezpečit anonymní dobrovolné a důvěrné poradenství a testování pro jednotlivce a to zdarma*
- *Zajistit co nejširší snadno dostupnou léčbu pohlavně přenosných onemocnění*
- *Umožnit přístup k preventivním nástrojům, jako jsou kondomy pro muže a ženy, lubrikanty a mikrobicidy, pro ty nejohroženější, včetně vězňů*

Klíčová populace: Muži – homosexuálové a ostatní muži, kteří mají sex s muži; ženy; injekční uživatelé drog; lidé pracující v sexuálních službách a jejich partneri; vězni; migranti a národnostní menšiny

Ti, kteří jsou nejvíce ohroženi HIV, se obvykle nejvíce angažují v HIV aktivismu. V našem regionu představují nízké počty lidí žijících s HIV, vysoká stigmatizace a nezáměr místních institucí hlavní překážku v zapojení se lidí s HIV a lidí z rizikových skupin do aktivní činnosti. Pro řešení problematiky HIV a rozvoj HIV aktivismu ve střední a jihovýchodní Evropě je nutné umožnit rizikovým skupinám se zviditelnit a hrát aktivní roli v regionu

Požadujeme:

- *Podporu lidí žijících s HIV k sebevzdělávání a k větší zodpovědnosti za svůj život*
- *Podporu komunikace, vzdělávání a budování kapacit mezi lidmi žijícími s HIV a těmi, kteří jsou nejvíce ohroženi rizikem přenosu HIV infekce v našem regionu*
- *Povzbuzování lidí žijících s HIV k smysluplnému a viditelnému vedení v rámci veškerých HIV aktivit v našem regionu*
- *Podporu partnerství mezi klíčovými populacemi a jinými významnými zainteresovanými osobami v oblasti HIV v našich komunitách a v našem regionu*

Muži – homosexuálové a ostatní muži, kteří mají sex s muži

Ve většině našich zemí tvoří muži – homosexuálové a ostatní muži, kteří mají sex s muži, největší část infikované populace. Ačkoli oficiální údaje ukazují na nízký výskyt, pilotní testovací projekty naznačují koncentrovanou epidemii.

Diskriminace a netolerance k lesbám, gayům, bisexuálním a transgender lidem je v našem regionu velmi vysoká. Naše duhové pochody jsou zakazovány anebo ohrožovány a někdy dokonce atakovány extrémními pravicovými skupinami.

Požadujeme:

- *Aby naše vlády financovaly a podpořily zavádění komunitního testování a poradenství pro muže, kteří mají sex s muži, s cílem zjistit skutečné rozšíření HIV v této klíčové populaci.*
- *Aby LGBT organizace zavedly HIV do své agendy anebo upravily své existující preventivní programy podle nejnovějších dostupných vědeckých důkazů.*

Ženy

Ženám musí být kvůli jejich větší zranitelnosti a potřebě speciálních služeb (jako jsou např. programy prevence přenosu HIV z matky na dítě) věnována speciální pozornost při tvorbě preventivních programů.

Požadujeme:

- *Aby naše vlády řešily problémy týkající se ohroženosti virem HIV související s nerovností mužů a žen, a násilím páchaného na ženách a dívkách*
- *Aby bylo právo na sexuální a reprodukční zdraví stanoveno zákonem*
- *Aby těhotné ženy měly možnost se samy rozhodnout, zda půjdou na test HIV a v případě pozitivního výsledku se mohly svobodně rozhodnout, zda si dítě ponechají či ne*
- *Aby umělé přerušování těhotenství bylo otázkou volby*
- *Aby účinné programy prevence přenosu HIV z matky na dítě byly všeobecně dostupné*
- *Aby se vlády aktivněji zapojovaly do boje s násilím páchaného na ženách a sexuálním obchodováním lidí*

Injekční uživatelé drog

Ačkoli je rozšíření HIV mezi injekčními uživateli drog v našem regionu daleko nižší než v severovýchodní Evropě, užívání drog je trestně stíháno a uživatelé jsou silně opomíjeni společností i poskytovateli zdravotní péče.

Požadujeme:

- *Dekriminalizaci užívání drog. Represivní protidrogové zákony jsou největší překážkou efektivní prevence*
- *Vytvoření speciálních služeb pro ženy – uživatelky drog v programech harm reduction*
- *Aby naše vlády podporovaly přístup k účinným programům harm reduction jako jsou substituční léčba či výměna jehel a kde jsou již dostupné, tam rozšířily jejich pokrytí, zejména ve věznicích a jiných ústavech*
- *Aby naše vlády minimalizovali diskriminaci injekčních uživatelů drog v dostupnosti k léčbě HIV a hepatitidy C*

Migranti a národnostní menšiny

Migranti a národnostní menšiny včetně Romů dlouhodobě trpí v našem regionu diskriminací.

Některé z našich zemí mají stále specifikovaná pravidla vstupu, pobytu a vyhoštění ze svého území na základě statusu HIV.

Požadujeme:

- *Aby naše vlády věnovaly prostředky na poskytování informací a služeb migrantům a národnostním menšinám a zároveň na jejich ochranu před diskriminací a to především vzděláváním veřejnosti a zavedením a dodržováním antidiskriminačního zákona*
- *Aby naše vlády změnily diskriminační legislativu, která umožňuje ze žádostí o víza a pobyt vyloučit lidi žijící s HIV*
- *Aby naše vlády poskytovaly testování, léčbu a péči i pro lidi bez trvalého pobytu v jednotlivých zemích*

Lidé pracující v sexuálních službách

Lidé pracující v sexuálních službách nejsou jen oběťmi stigmatizace a diskriminace. V některých zemích našeho regionu jsou považováni za pachatele trestných činů a často jsou oběťmi zločinů z nenávisti.

Požadujeme:

- *Aby naše vlády dekriminalizovaly práci v sexuálních službách a poskytly takto pracujícím lidem a jejich klientům přístup k informacím, službám a preventivním programům*

Jsme lidé nejvíce ohroženi virem HIV v tomto regionu. Žádáme vás o vaši podporu při formování NeLP – Společnosti zemí střední a jihovýchodní Evropy s nízkým výskytem HIV.

Podepište se pod tuto deklaráci a rozšiřujte ji mezi své známé a kolegy at již v regionu střední a jihovýchodní Evropy i mimo něj. Vaše aktivita nám pomůže přitáhnout pozornost ke kritické situaci týkající se problematiky HIV v našem regionu.

Podnět na vznik NeLP přišel z HIV/AIDS programu organizace Hungarian Civil Liberties Union (TASZ). Finance na setkání v Budapešti a webovou stránku NeLP (www.nelp-hiv.org) poskytl program Nadace otevřené společnosti (OSF) East East: Partnership Beyond Borders s další podporou od Evropské skupiny pro léčbu AIDS (EATG) a Mezinárodního společenství pro HIV.

Další kroky sítě NeLP

EATG bude hostit následující setkání NeLP 10. a 11. října 2011 v Bělehradě, před konferencí Evropské klinické společnosti AIDS (EACS). Setkání NeLP bude zaměřené na nedostatky léčiv a

diagnostik, rozvoj interní sítě a externí podpory. Síť NeLP bude aktivní i na konferenci EACS, kde se zúčastní tiskové konference.

Pokud byste se k nám rádi přidali anebo chtěli podpořit NeLP, pošlete nám e-mail na: info@nelponline.com.

Příloha č. 10: Deklarace o kriminalizaci HIV (text)

Oslo: Deklarace o kriminalizaci HIV

Publikována mezinárodní občanskou společností v Oslo, Norsko
13. února 2012

Deklaraci je možné si přečíst na <http://www.hivjustice.net/oslo/oslo-declaration/>

a podepsat na <http://www.hivjustice.net/oslo/oslo-supporters/>

1. Stále více důkazů naznačuje, že kriminalizace neodkrytí HIV stavu, potenciálního vystavení riziku a neúmyslného přenosu HIV dělá víc škody než užítku, pokud jde o její dopad na veřejné zdraví a lidská práva.[1]
2. Lepší alternativou jsou opatření vytvářející prostředí, které lidem umožňuje vyhledat testování, podporu, léčbu, a bezpečně sdílet s ostatními HIV pozitivitu.[2]
3. I když existují vzácné případy, kdy lidé HIV přenášejí úmyslně, a tudíž by mohlo být trestní právo použito, myslíme, že podpora lidí s HIV od samého počátku jejich diagnózy by i takto vzácným případům mohla předejít. K tomu je ale zapotřebí prosadit nerepresivní, nekriminalizující a tolerantní přístup k HIV prevenci v celých komunitách.[3]
4. Existující trestní zákony týkající se HIV by měly být zrušeny, jak to doporučuje UNAIDS.[4] Pokud se i po důkladném prozkoumání ukáže, že uplatňování těchto zákonných prostředků vůči HIV pozitivním je nezbytné, mělo by tak být činěno na základě zásad proporcionality, předvídatelnosti, účinnosti a nediskriminace, s přihlédnutím k nejnovějším vědeckým a lékařským poznatkům o HIV. Podkladem by mělo být skutečné ublížení na zdraví spíše než pouhé vystavení riziku. Toto konání by mělo být v souladu jak s cíli

ochrany veřejného zdraví, tak se závazky v mezinárodních úmluvách o lidských právech.[5]

5. V případě, že je právo žalob souvisejících s šířením HIV uplatňováno, práva a povinnosti HIV pozitivních lidí by měla být jasně definována a prokonzultována se všemi zúčastněnými stranami. Jedině tak je možné HIV pozitivním lidem zajistit kompetentní policejní vyšetřování a přiměřený přístup ke spravedlivému procesu. Rádi bychom požádali ministerstva zdravotnictví, spravedlnosti a další relevantní orgány činné v trestním řízení, aby při rozhodování o kriminalizaci HIV brali v úvahu následující fakta:
6. HIV epidemie se šíří především nediodagnostikovanými případy HIV infekce, méně již lidmi, kteří vědí, že jsou HIV pozitivní.[6] Nechráněný pohlavní styk přináší mnohá rizika, mezi něž patří i nákaza sexuálně přenosnými chorobami jako je HIV. Vzhledem k vysokému počtu nediodagnostikovaných případů, fakt, že budeme spoléhat jen na přiznání HIV pozitivních ke své pozitivitě či na persekuci HIV pozitivních, kteří svůj zdravotní stav nepřiznali, může vytvářet v ostatních falešný pocit bezpečí.
7. HIV je jen jedna z mnoha pohlavně přenosných nebo přenosných nemocí, které přinášejí nakaženému dlouhodobou újmu.[7] Vyčlenění HIV z těchto nemocí použitím specifických trestních zákonů vede jen k další stigmatizaci lidí žijících s HIV nebo nákazou ohrožených. Tato stigmatizace je jednou z hlavních překážek v testování, zlepšování léčby a úspěchu kampaně "getting to zero".[8]
8. Trestní zákony nezmění chování, které je pevně zakotvené ve složitých sociálních vazbách.[9] Takové chování je možné ale změnit poradenstvím a podporou lidí s HIV.[10]
9. Ani trestní soudnictví ani média nejsou momentálně schopna se řádně vypořádat s trestními případy šíření HIV.[11] Příslušné orgány by proto měly zajistit odpovídající vzdělávací programy pro policisty, vyšetřovatele, obhájce, soudce, porotce i média.

10. Jestliže je jednou HIV status infikovaného člověka v médiích nedobrovolně odhalen, vždy je pak možné ho zpětně dohledat pomocí internetu. Lidé, kteří jsou obvinění ze zločinů šíření HIV, aniž jsou (nebo nebyli shledáni) vinni, mají právo na ochranu soukromí. Z odhalení takového člověka v médiích neplynou pro ochranu veřejného zdraví žádné výhody. Pokud by předchozí partneri měli být informováni z důvodu ochrany veřejného zdraví, pak je k tomu zapotřebí volit etický a důvěrný přístup.[12]

References

- [1] UNAIDS. *Report of the Expert Meeting on the Scientific, Medical, Legal and Human Rights Aspects of Criminalisation of HIV Non-disclosure, Exposure and Transmission, 31 August- 2 September 2011*. Geneva, February 2012.
- [2] UNAIDS/UNDP. *Policy Brief: Criminalization of HIV Transmission*. Geneva, July 2008; Open Society Institute. *Ten Reasons to Oppose the Criminalization of HIV Exposure or Transmission*. 2008; IPPF,GNP+ and ICW. *Verdict on a Virus*. 2008. See also: IPPF. *Verdict on a Virus* (documentary) 2011.
- [3] GNP+/UNAIDS. *Positive Health Dignity and Prevention: A Policy Framework*. Amsterdam/Geneva, January 2011.
- [4] UNAIDS/UNDP. *Policy Brief: Criminalization of HIV Transmission*. Geneva, July 2008.
- [5] UNAIDS. (2012) *Op. cit.*
- [6] Marks G *et al.* Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA. *AIDS* 20(10):1447-50, 2006; Hall HI *et al.* HIV transmissions from persons with HIV who are aware and unaware of their infection, United States. *AIDS* 26, online edition. DOI: 10.1097/QAD013e328351f73f, 2012.
- [7] Bernard EJ, Hanssens C *et al.* *Criminalisation of HIV Non-disclosure, Exposure and Transmission: Scientific, Medical, Legal and Human Rights Issues*. UNAIDS, Geneva, February 2012; Carter M. *Hepatitis C surpasses HIV as a cause of death in the US*. Aidsmap.com, 21 February 2012.
- [8] UNAIDS. *Getting to Zero: 2011-2015 Strategy*. Geneva, December 2010.
- [9] Bernard EJ and Bennett-Carlson R. *Criminalisation of HIV Non-disclosure, Exposure and Transmission: Background and Current Landscape*. UNAIDS, Geneva, February 2012.
- [10] GNP+/UNAIDS (2011) *Op. cit.*
- [11] Bernard EJ and Bennett-Carlson R (2012) *Op. cit.*
- [12] UNAIDS. *Opening up the HIV/AIDS epidemic: Guidance on encouraging beneficial disclosure, ethical partner counselling & appropriate use of HIV case-reporting*. Geneva, 2000.