

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

PROBLEMATIKA TUBERKULÓZY V AFGHÁNISTÁNU

Bakalářská práce

Mirwais Bakhshi

Vedoucí bakalářské práce

MUDr. Květoslava Kotrbová, Ph.D.

České Budějovice

2011

UNIVERSITY OF SOUTH BOHEMIA ČESKÉ BUDĚJOVICE
FACULTY OF HEALTH AND SOCIAL STUDIES

PROBLEM OF TUBERCULOSIS IN AFGHANISTAN

Bachelor work

Mirwais Bakhshi

Bachelor advisor

MUDr. Květoslava Kotrbová, Ph.D.

České Budějovice

2011

Anotace

Tato práce je zaměřena na problém tuberkulózy v Afghánistánu, který má každý rok na svědomí tisíce životů a je jedním z hlavních a nejzávažnějších otázek veřejného zdraví. Úvodní část práce nás informuje o stavu systému zdravotnictví v Afghánistánu, o stavu tuberkulózy v Afghánistánu, historii TB v Afghánistánu, faktech o tuberkulóze v Afghánistánu, znalostech lidí o TBC v Afghánistánu a v neposlední řadě prevenci a léčbě tuberkulózy. Pomocí metody kvalitativního výzkumu jsem uskutečnil rozhovor s profesionálním lékařem z oboru. V kvantitativním výzkumu jsem se dotazoval pomocí dotazníků, jež obsahovaly 20 otázek, respondenti byli ze 120 mužů a žen, kteří žijí na venkově (60 osob) severně od Kábulu a v hlavním městě Kábul (60 osob), abych mohl objektivně posoudit znalostí afghánských lidí pocházejících z těchto dvou oblastí.

Klíčová slova: Tuberkulóza, Afghánistán, prevence, znalosti.

Abstract

This thesis is focused on problem of tuberculosis in Afghanistan, which takes thousands of lives every year and constitute one of the major and the most serious public health issues. The thesis introductory part informs us about condition of health system in Afghanistan, status of tuberculosis in Afghanistan, history of TB in Afghanistan, facts about tuberculosis in Afghanistan, knowledge of the people about TBC in Afghanistan last but not the least, Prevention and treatment of tuberculosis. Using a qualitative research I interviewed a medical specialist. In quantitative research I used questioners containing 20 questions to inquire of 120 men and women living in the rural areas north of Kábul (60 persons) and in the capital of Kábul urban (60 persons) in order to be able to objectively assess the knowledge of Afghanistan people these areas.

Key words: Tuberculosis, Afghanistan, prevention, knowledge

Prohlášení

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

V Českých Budějovicích 26. 4. 2011

.....

Podpis studenta

Poděkování

Rád bych poděkoval své vedoucí bakalářské práce MUDr. Květoslavě Kotrbové, Ph.D. za pomoc, metodické vedení, skvělý přístup, cenné rady, a věnovaný čas. Dále bych chtěl poděkovat panu MUDr. Vladimírovi Příkazskému, CSc. za odborný dohled nad průběhem mé bakalářské práce. Za pomoc při sběru dat děkuji Dr. Omarzamannovi Sayedi MD.MPH Advisor. Za podporu a pomoc při zpracovávání celé mé bakalářské práce do českého jazyka mnohokrát děkuji Michaele Řehořovské. Na závěr bych chtěl poděkovat Bc. Edreesovi Fayezevi za poskytnuté rady a věnovaný čas.

Obsah

Úvod.....	10
I. Současný stav.....	10
1.1 Tuberkulóza ve světě.....	10
1.1.1 Tuberkulóza v ČR	11
1.2 Afghánistán	11
1.2.1 Stručný úvod o afghánské historii.....	12
1.2.2 Lidé v Afghánistánu	13
1.2.3 Politický systém	14
1.2.4 Životní poměry	15
1.3 Stav zdravotního systému v Afghánistánu	16
1.4 Historie Tuberkulózy v Afghánistánu	19
1.5 Národní kontrolní program proti TBC	22
1.5.1 NTP Mise a Vize	22
1.5.2 NTP Cíle.....	23
1.5.3 NTP strategie.....	23
1.5.4 Role NTP.....	24
1.5.5 Národní TBC politika.....	24
1.5.6 Centrální jednotka	24
1.5.7 Hodnota NTP	25
1.6 Partnerství	25
1.6.1 Spolupráce společnosti.....	25
1.6.2 Angažovanost společnosti.....	26
1.6.3 BCG vakcinace.....	26
1.7 Údaje o situaci v Afghánistánu podle MoPH (Ministerstva veřejného zdravotnictví)	27
1.7.1 Tuberkulóza (dále už jen TBC) a HIV	28
1.8 Povědomí lidí v Afghánistánu o TBC	29
1.8.1 Zdravotnické vzdělávání pro zvýšení vědomostí společnosti	30
1.9 Prevence TBC	30
1.9.1 Včasná diagnóza a léčba	30
1.9.2 BCG Očkování	31

1.9.3	Povědomí o zdravotnickém vzdělávání.....	31
1.9.4	Všeobecný koncept a strategie	32
1.9.5	Zvláštní okolnosti.....	32
1.9.5.1	Dítě v přímém kontaktu s osobou nakaženou virem HIV	32
1.9.5.2	Další TBC případy: Dítě, které je v kontaktu s infekční MDR (Multi drug-resistance).....	33
1.9.5.3	Postup v případě novorozence s matkou s nakažlivou plicní TBC	33
1.10	Testování a diagnóza.....	33
1.10.1	Kožní test	33
1.10.2	Krevní test	33
1.10.3	Rentgen hrudníku	33
1.10.4	Sputum test (hlenový test).....	34
1.11	Léčba TBC	34
1.11.1	Cíle léčby	34
1.11.2	Nezbytné léky proti TBC	34
1.11.3	Přímý monitoring TBC (DOTS)	35
II.	CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	37
2.1	Cílem a záměrem této práce je:	37
2.2	Hypotézy	37
III.	METODIKA	37
3.1	Použité metody a techniky sběru dat.....	37
3.2	Charakteristika výzkumného celku	38
IV.	VÝSLEDKY	38
4.1	Rozhovor	38
4.2	Dotazník	41
V.	Diskuse.....	75
VI.	Závěr	83
VII.	Seznam použité literatury	85
7.1	Internetové zdroje.....	85
7.2	Knihy.....	88
VIII.	Klíčová slova.....	90
IX.	Přílohy.....	90
	Příloha č. 1	91

Příloha č. 2	92
Příloha č. 3	93
Příloha č. 4	94

Úvod

Afghánistán je zemí, která musí bojovat s mnoha závažnými problémy: jeden z těchto problémů je určitě tuberkulóza. Na následky tuberkulózy zemře ročně v Afghánistánu tisíce lidí. Jako téma své bakalářské práce jsem zvolil právě tuberkulózu, protože je to jedna z nejzávažnějších a neproblematictějších nemocí v zemi.

Tuberkulóza je infekční bakteriální nemoc. Hlavním zdrojem nákazy jsou nemocní lidé s otevřenou plicní formou tuberkulózy. Takto nemocný člověk vylučuje bacil *Mycobacterium tuberculosis* kašlem do vzduchu, to znamená, že k přenosu dochází formou kapénkové infekce. Bacil způsobující tuto nemoc byl objeven v roce 1882 Robertem Kochem. V této době byla jedna ze sedmi úmrtí v Evropě způsobena právě tuberkulózou. Tento bacil napadá nejčastěji plíce.

Svou práci jsem rozdělil na dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části se věnuji podmínkám zdravotnictví v Afghánistánu, současné situaci tuberkulózy, Národní kontrolní TBC program – NTP, situaci tuberkulózy z hlediska ministerstva zdravotnictví a přikládám také rozhovor s odborným lékařem.

Pro účel bakalářské práce jsem podnikl cestu do Afghánistánu 6. srpna 2010, abych se zabýval problematikou TBC tamtéž. Zamířil jsem do hlavního města Kábulu a pak dále severně od této afghánské metropole. Dostalo se mi hodně informací, které pocházely z primárních, ale i sekundárních zdrojů stejně jako z přímého (řízeného) interview s doktorem jménem Shah Hussain Hussainim (jeden z vedoucích pracovníků ministerstva veřejného zdravotnictví) a s jinými lidmi, kteří mají v tomto oboru hluboké znalosti.

I. Současný stav

1.1 Tuberkulóza ve světě

Tuberkulóza je celosvětově rozšířena, podle odhadů je infikována cca třetina lidstva, tj. 2,1 miliardy lidí. Každoročně přibývá přibližně 8-9 milionů nových případů, 95% z nich v rozvojových zemích, nejvíce v oblastech Indie, jihovýchodní Asie a subsaharské Afriky. Ročně příčinou tohoto onemocnění zemře 2-3 miliony lidí. Hlavními příčinami nového

rozšiřování infekce TBC ve světě je globální cestování, vysoká migrace, narůstající počet multi rezistentních kmenů a omezování či likvidace systémů kontroly a dohledu nad TBC.[31]

1.1.1 Tuberkulóza v ČR

Podle D. Göpfertové a spol. byl v ČR trend výskytu do r. 1990 velmi příznivý, následovně do roku 1997 docházelo ke stagnaci, v posledních letech znovu nastal pokles počtu onemocnění TBC všech forem a lokalizací. Nejvyšší výskyt je dlouhodobě v Karlovarském, Ústeckém kraji a v Praze. Nejvyšší specifická nemocnost je ve vyšších věkových skupinách (nad 70 let). V roce 2005 zemřelo na TBC 56 osob. Podobně jako v jiných vyspělých zemích i v ČR mezi nemocnými narůstá počet osob narozených mimo ČR (Ukrajina, Rumunsko, Vietnam, apod.) Problémem zůstávají profesionální infekce, zejména u zdravotníků. [31]

1.2 Afghánistán

Afghánistán je vnitrozemskou zemí s hornatým reliéfem od západu k východu, který zemi spojuje s vrchní částí Asie. Směrem na západ a jih se nacházejí dlouhá pásma, která ohraničují obchodní stezky, a odedávna ztěžuje útoky nepřátel. Suché kotliny na jihu a západě oddělují zemi od jejich sousedů právě tímto drsným pouštím charakterem. [34]

Je to země plná kontrastů. Přírodní složka se skládá z pohoří, hlubokých údolí, naplavených širokých plání. [32]

Afghánistán je situovaný přibližně ve střední Asii a jeho hlavním městem je Kábul. Rozloha země je 652 230 km² a je považován za 41. největší zemi světa. Sousedí s Tádžikistánem, Uzbekistánem a Turkmenistánem na severu, Islámskou republikou Irán na západě, Islámskou republikou Pákistán na východě a jihu a Čínou na severovýchodě. Podnebí v Afghánistánu podléhá mírnému pásu, čtyřem ročním obdobím, setkáme se zde s chladnou zimou a horkým létem.

Provincie na západě, severu a ve středu země mají čtyři roční období, nejvýchodnější a nejjižnější pak nemají zimu a místní klima je závislé na dešti. [3]

Afghánistán je hornatá země, vrcholy hor ve východní části země dosahují nadmořské výšky více než 7 tisíc metrů. Nejvyšší v této oblasti je Nowšak, který měří 7 485 m n. m. Mount Everest v Nepálu (nejvyšší hora světa) dosahuje výšky 8 796 m n. m. Pohoří Pamír, které je mezi Afghánci známé jako "střecha světa" se rozkládá na území Tádžikistánu, Číny a

Kašmíru. Zbytek systému se skládá z několika hornatých celků, které zahrnují Koh-e Baba; Spin Ghar (zvaný též jako východní Safid Koh); Suleiman; Siah Koh a další. [11]

Kromě hor, má země několik vodních toků, jezer a pouštních oblastí. Čtvrtý největší říční systém je Amu Darya (hranice se střední Asii; 1 100 km v Afghánistánu), Hilmand (1 300 km), Harirud

(650 km v Afghánistánu) a Kábul (460 km). Jen řeka Kábul se pojí s řekou Indus v Pákistánu, která ústí do moře. Mnoho řek a proudů se jednoduše vyprazdňuje do vysušených částí země a nemá napojení na říční systémy; ostatní toky jsou pouze sezónní. [12]

Kromě hor a řek, které Afghánistán má, je extrémně bohatý na přírodní zdroje. Uznávaný deník New York Times informoval 13. června 2010, že tým pracovníků amerického ministerstva obrany a geologů objevil asi 1 trilion nevyužitého železa, mědi, kobaltu, zlata, lithia a dalších minerálů rozptýlených napříč celou zemí). [7]

1.2.1 Stručný úvod o afghánské historii

Afghánská historie není starší než 300 let, ale země hrála vždy klíčovou roli v regionu po více než

2 tisíce let. Mapa ukazuje tuto skutečnost: Afghánistán je situován na rozcestí Asie, mezi perskou centrální Asií a Indií. Tyto tři odstředivé síly se vzájemně v čase ovlivňovaly a v afghánské historii často rozdělovaly zemi proti sobě. V jiných dobách, se Afghánistán spojil v boji proti okupanty a dokázal projít krvavou zkouškou na půdě určené cizím impériím, stejně jako příležitostně sledovat mimo vlastní hranice, jak se formuje vlastní afgánské impérium.

Afghánistán byl opakovaně napaden a poražen cizí vládou. Ovšem ještě žádnému z útočníků se nepodařilo úspěšně udržet dlouhotrvající oporu v zemi a tak se získání kontroly ve vyprahlém a náročném terénu Afghánistánu stalo nepřekonatelnou překážkou. Jak dokazuje historie, triumfální vítězství v Afghánistánu by nikdy nemělo být považováno za konečné vítězství. [29]

V roce 2001 americká armáda eliminovala režim Al-Káidy a osvobodila moderní Afghánistán z rukou Talibanu. Pro mnoho Afghánců byla upevněna demokratická naděje, když země pořádala volby v říjnu 2004, které umožnily Afghánistánu stát se islámskou republikou. Tato nově demokraticky zvolená vláda má v záměru se spojit a obnovit Afghánistán, ale není to vůbec jednoduché, protože dnes je Taliban silnější než před 9 lety a jeho členové jsou dnes rozptýleni téměř po všech částech země a usilují o to bojovat proti cizím a afghánským silám. Taliban ovládal Afghánistán od roku 1996 do roku 2001 a podařilo se mu držet skoro 90 % afghánského území, jejich taktiky – včetně jejich zacházení s ženami a podpory terorismu – je vyloučily ze světové komunity. [6]

Nejvíce šokující pro Západ bylo zacházení Talibanu se ženami. Když Taliban ovládl Kábul, okamžitě zakázali dívkám chodit do školy. Navíc, ženám bylo znemožněno jít z práce kamkoli mimo domov, krize ve zdravotní péči a vzdělání se urychlovala. Ženám bylo stejně tak zakázáno odejít z domu bez doprovodu příbuzného mužského pohlaví – ti, kteří to neposlechli, riskovali výprask nebo dokonce zastřelení zástupcem “ministerstva pro ochranu počestnosti a prevence nečestností”. Většina Talibanských vůdců bylo vychováno v Pákistánu, v uprchlickém táboře, kam utekli s miliony dalších Afghánců po sovětské invazi. Pákistánská politická strana Jami'at-e 'Ulema-e Islam (JUI) poskytla systém sociálního zabezpečení, vzdělání, a vojenský výcvik pro uprchlíky v mnoha z těchto táborů.

Nejsilnější opozice Talibanu pocházela ze Severní Aliance, která držela Severovýchodní roh země (asi 10 % afghánského území). Čelní představitel Severní Aliance, Commander Ahmad Shah Massoud, národní hrdina Afghánistánu, zemřel na zranění, které utrpěl při sebevražedném útoku, za kterým údajně stojí Al-Káida, teroristická organizace úzce napojena na Taliban. [13] Velitel Massoud byl také nominován na Nobelovu cenu za mír v roce 2002.

1.2.2 Lidé v Afghánistánu

Je známo, že populace se měří podle porodnosti, úmrtnosti a imigrace. V Afghánistánu žije asi 30 milionů lidí, skoro 3 miliony jsou uprchlíci z jiných zemí. Afghánistán je zemí etnických menšin, které se dělí do několika základních skupin:

Pashton, Tajik, Hazara, Uzbekistánce a Turkmenistánce;

A menší skupiny: Aimaq, Nuristánce, Pashai, Qizilbash, Baluch, Araby, Pamiris, Jugis, jats a anti-muslimy (populace skoro 10-20 000). [28]

Rozdílnými jazyky se mluví mezi těmito etnickými skupinami, ale jsou zde pak oficiální jazyky, a to perština a pashtu. Perština, kterou se hovoří i v Kábulu, je základním jazykem kulturní oblasti, vlády a obchodu. Existuje tady 30 minoritních jazyků, hlavně Balochi a Pashai, kterými mluví asi 4 % populace. Podle aktualizovaných údajů CIA vypadá jazyková skladba v Afghánistánu následovně:

50 % perština; 35 % Pashto, 8 % uzbekistánský jazyk; 3 % turkménský jazyk; 2 % Balochi, 2 % ostatní (Nuristani, Pashai, Brahui, Pamírské jazyky, Hindko, Urdu, Hindi atd.)

Encyklopedie Iranica na základě odborných zdrojů a oficiálního sčítání lidu od 60. do 80. let minulého století předkládá následující statistiku:

36.4% Pashtun, 33.6% perština (Tajiks), 8.0% Hazara, 8.0% Uzbek, 3.2% Aimak, 1.6% Baloch a 9.2% ostatní. [4]

Nomand (Kochi) se nazývá skupina rozených Afgánců, kteří „migrují“, přesouvají se podle ročních období a jejich přístřeším většinou tvoří stany. Afgánský statistický úřad odhad jejich počet přibližně na 1,5 milionu. [28]

1.2.3 Politický systém

Politický systém v Afghánistánu zažil postupnou transformaci v několika fázích. Území bylo místem četných historických událostí a po dlouhou dobu bylo sužováno válkami, které skutečně změnily převládající politické poměry v zemi. V posledních letech byl politický scénář Afghánistánu dlouho takový, že zde převažovalo násilí americké a britské invaze a založila se stabilní vláda.

Afghánistán je islámskou republikou skládající se ze tří složek: výkonná moc, zákonodárna moc a soudní moc. Prezident a jeho dva zástupci jsou voleni přímou volbou na pětileté období. Afgánský vládní kabinet zahrnuje 25 ministrů. Jsou jmenováni prezidentem a

schvalování Národním shromážděním. Afghánistán je rozdělen na 34 provincií. A v každé z nich existuje správní centrum. Každá provincie je pak dělena na několik provinčních oblastí. Každá oblast zaujímá metropoli nebo mnoho obcí.

Ministerstvo vnitra jmenuje guvernéra každé provincie a prefekti pro každou provinční oblast jsou jmenováni provinčním guvernérem. Guvernér má odpovědnost za celý úřad a jeho chod v provinčních a formálních záležitostech. Provinční policejní šéf je jmenován Ministerstvem vnitra se souhlasem prezidenta, který spolupracuje společně s guvernérem na vynucení práv pro všechna města nebo jejich oblasti. Je zde výjimka v hlavním městě Kábulu, kde je primátor vybrán afghánským prezidentem, a kompletně samořízený prefekturou kábulské provincie. [3]

1.2.4 Životní poměry

Život se změnil pro většinu afghánských lidí od té doby, co byl Taliban vyhnán silou do Kábulu

v roce 2001. Osobní bezpečnost je obecně hodnocena jako dobrá, jak afghánskými obchodníky, tak ostatními krajany. Školy, zdravotní péče a zábava získávají nízké hodnocení, hlavně mezi místními. Náklady na živobytí jsou vysoké: nedostatek pohodlného ubytování v Kábulu vytlačuje horentní nájemné, což znamená, že například starší bydlení stojí přibližně od 1 000 \$/měsíc za malý tradiční domek, a okolo 5 000\$/měsíc za dům s veškerým mezinárodním standardem. Mnoho ze státní kulturní infrastruktury jako muzea, parky, zoo, zahrady a veřejně přístupné zámky a památky byly poškozeny během válečných let.

I když přicestujete do země, stále není možné navštívit a dostat se na všechna místa. Ovšem je zde stále pár míst, které stojí za zhlédnutí. Na příklad jeden z největších afghánských pokladů: buddhistický komplex (na seznamu světového kulturního a přírodního dědictví UNESCO) s Buddhovými reliéfy, které byly zdemolovány Talibanským režimem v roce 2001 a momentálně jsou v rukách archeologů, kteří zkoumají možnosti náprav a rozsah škod. V nádherném bamijském údolí je několik jeskyní s jeskynnými nástěnnými malbami, které jen čekají na své objevení. Kulturní život v Afghánistánu se uzdravuje, zatímco úroveň života je stále zasažena všeobecně chudou ekonomickou situací a politickým oslabením. [1]

1.3 Stav zdravotního systému v Afghánistánu

V Afghánistánu patřila situace ve zdravotnictví před začátkem války mezi jednu z nejhorších na světě, hlavně protože zdravotní infrastruktura byla skutečně nedostatečná a často omezena pouze na městská centra. Rozšířený konflikt od roku 1978 vedl k rozpadu rozdělení hlavní zdravotní složky a služeb. Odhadovaná úmrtnost kojenců byla 163 na 1000 narození (1993); úmrtnost dětí do 5 let byla 257 na každých 1000 narození (1994), úmrtnost matek se vyšplhala na 1 700 na 100 000 narození (1993); a předpokládaná délka života při narození byla 43,7 let. Většina dětí zemřelo na různé druhy infekcí a cizopasných chorob, včetně akutního průjmu, dýchacích potíží, tuberkulózu, záškrť, dětskou obrnu, malárii, spalničky, podvýživu, navíc zde byly ve velké míře i problémy s těhotenstvím a porodem. Na konci roku 1996 bylo odhadem 1,5 milionů žen, mužů a dětí fyzicky invalidních důsledkem válečných úrazů, včetně amputace, slepoty a ochrnutí, ale také důsledkem oslabení infekčními chorobami, jako je dětská obrna a lepra. Komplikace při porodu způsobující oslabení, například mozkové mrtvice a mentální retardaci se také zvýšila.

V tuto kritickou chvíli ovšem došlo k určitému „sjednocení lidu“ a 10 % veškeré populace se, jménem postižených rodin a jedinců, cítila přímo dotčena těmito událostmi. Lide, začali požadovat informace a instrukce týkající se nejen fyzické péče, ale také snahu o nalezení způsobu jak handicapované zapojit do společnosti jako plnohodnotné členy.

Byla nezbytné vyřešit některé základní problémy, jako pomoci k zlepšení kapacity a zvýšení přístupnosti zdravotních služeb, zdůrazňující základní preventivní a léčebné klíčové zdravotní služby, se speciálním zřetelem na zdraví dětí a matek a zdravotní rozvoj na všech úrovních, včetně tradičních porodnic a skupin zdravotních pracovníků. Dále pak poskytování bezpečného zdroje pitné vody a hygienická zařízení se také stala velkou prioritou, jelikož kontaminované zdroje vody zde byly hlavní příčinou velké chorobnosti a úmrtnosti.

Více než 60 nevládních organizací, včetně Mezinárodní komise Červeného kříže a její mezinárodní federace a Komunity červeného pŕlmesíce, Světové zdravotnické organizace (WHO) a UNICEF bylo aktivních v sektoru zdravotnictví celé roky, pomáhající při čemkoli od oblastních, provinčních nemocnic až po základní zdravotnické kliniky, stejně tak se to týkalo specializovaných služeb ve fyzioterapii, detoxikace drog, tuberkulózy a kontroly nad

malárií. Masivní kampaně podporované WHO a UNICEF, ve spolupráci s Ministerstvem veřejného zdravotnictví, využívajíc více než 15 000 zdravotníků a dobrovolníků z celé země s vakcínou, schopných se spojit a společně se postavit problému na všech úrovních. V roce 1995 bylo očkováno 2,6 milionu dětí proti záškrtu a spalničkám; v roce 1996 2,3 milionů dětí pod 5 let bylo očkováno proti dětské obrně; během roku 1997 se národně rozšířeným cílem stalo dosažení asi 4 milionů dětí pod 5 let, k tomu 60 % žen, matek dětí tohoto věku. Finálním cílem je úplně vymýtit virus dětské obrny v Afghánistánu. [10]

Podle Světové zdravotnické organizace byla léčba omezena. Infekční nemoci čítaly více než polovinu veškerých nemocničních příjmů (nejčastěji malárie a břišní tyfus) v roce 1994 kvůli hladu, nemocem, smrti, válce a imigraci. Dokonce předtím, než válka narušila zdravotní služby, byla zdravotní situace v Afghánistánu nedostatečná v porovnání se standardem na Západě. Národní zdravotnická škola byla založena v roce 1931 a v následujících letech byla postavena první klinika pro léčbu TBC. V roce 1990 na každých 100 000 lidí připadlo 278 lidí trpících TBC.

V roce 1991 zde bylo 2 233 lékařů, 510 lékárníků, 267 zubařů, 1 451 zdravotních sester a 338 porodních asistentek. Mezi lety 1985-1995 pouhých 29 % obyvatel mělo přístup ke zdravotnickým službám. Během stejného období měl jen zlomek populace rovněž přístup k pitné vodě (10 %) a dostatečné hygieně (8 %).

Pro děti mladší jednoho roku vzhledem k jejich imunitě byly vyhlídky velice špatné:

TBC (44 %); záškrť, tetanus (18 %); dětská obrna (18 %) a spalničky (40 %) mezi lety 1990 – 1994.

V roce 2002, byla odhadovaná délka života 46,6 let – jedna z nejnižších na světě – a kojenecká úmrtnost byla odhadnuta na 145 úmrtí na 1000 narození, což řadí Afghánistán k 4. nejvyšší úmrtnosti na světě, pokud jde o děti do pěti let. Úmrtnost matek v roce 2002 byla jedna z nejvyšších ve střední Asii se 1 600 úmrtími matek na 100 000 narození. Úmrtnost v roce 2002 byla 17 úmrtí na 1000 lidí. Cholera dosáhla rozměru epidemie s 19 903 případy hlášenými v roce 1995. V roce 2002 zemřelo 80 000 ročních dětí na záškrť. Stejně jako v roce 2002, Afghánistán měl průměrně 4 nemocniční lůžka na každých 10 000 lidí. [4]

Většina zdravotního zařízení země je v Kábulu, a ti, kteří potřebují péči, musí urazit dlouhou cestu, aby se sem dostali. Zdravotní péči poskytují zejména mezinárodní komunity. Některé vojenské nemocnice byly založeny jako pozůstatek koaliční války, kterou vedla USA. V Afghánistánu existují zdravotní zařízení podporovaná Červeným křížem. 24 z 30 provincií nemá k dispozici vůbec žádné nemocnice nebo zdravotní personál. Na každých 10 000 lidí v zemi připadá v průměru 1,8 lékaře. Především je lékařská péče nejvíc potřebná v oblasti pediatrie, gynekologie, porodnictví, a interní medicíny. Afgánští lékaři potřebují vyškolení a rekvalifikaci pro zlepšení jejich dovedností a znalostí. [5]

Nedávné výsledky ovšem ukazují, že 85 % populace má přístup k základním zdravotním službám ve vzdálenosti do jedné hodiny ke zdravotním centrům (68 % pěšky) – vzrůst od 9 % v roce 2002. Spojené státy americké prostřednictvím různých agentur a ve spojení s afghánskou vládou realizovaly zdravotní program, který má pomoci splnit okamžité zdravotní potřeby populace zvýšením dostupnosti a přístupnosti zdravotních služeb; oslovením vedení managementu a kapacit afghánského systému zdravotní péče na centrální, provinční, oblastní a komunitní úrovni; a rostoucím nárokem na přístup ke kvalitním zdravotním produktům a k službám soukromého sektoru – 60 % populace získává zdravotní péči ze soukromé sféry.

Nepokoje podél afghánské hranice, zvláště na jihu, vedla k nedostatku zdravotních pracovníků a k nárůstu případů dětské obrny. Z celkového počtu sedmi zdravotníků v roce 2004 stoupl jejich počet nejméně na 24 v roce 2009. Spojené státy podporují národní iniciativu pro vymýcení této nemoci a pro posílení afghánské imunizace, systému poskytování péče a sítí dohledu nad nemocí. Jako následek této pomoci, bylo více než 7 milionů afghánských dětí, 90 % dětí do pěti let očkováno proti dětské obrně. USA taktéž prosazují odhalení TBC, péče a kontrolních složek ve 13 cílových provinciích využívajících řízeně sledovanou terapii, krátko-kurzovní metodiku. Je globálně uznávaná jako nejlepší způsob, jak TBC léčit a kontrolovat její šíření, je tato metodika 6 – 8 měsíčním programem, ve kterém se léčení přímo poskytuje a vykonává se dohled nad pacienty.

Pro posílení soukromého sektoru a vylepšení těch nejlepších postupů, propaguje USA privátní nemocnice, lékárníky a farmaceutické společnosti v rozvoji profesionálních asociací. [20]

1.4 Historie Tuberkulózy v Afghánistánu

Tuberkulóza je jedna ze světově nejrozšířenějších nemocí, na kterou umírají mladí i dospělí lidé. Má infekční charakter a šíří se vzduchem. Když se neléčí, může každá osoba s aktivní formou TBC nakazit 10-15 lidí za rok. Když se objeví a léčí, lidé s touto chorobou se rychle infekce zbavují a nakonec dojde k úplnému vyléčení. Světová zdravotnická organizace doporučuje strategii pro objevení a léčbu nazvanou DOTS (řízeně sledovaná léčba, krátko-kurzovní metodika). Kombinuje 5 elementů: politickou angažovanost (zapojení), mikroskopické služby, zásoby léků, hodnocení a systém monitorování, a využití vysoce účinných režimů (postupů) s přímým sledováním léčby. [8]

V Afghánistánu byl první vědecký a logický postup v boji proti TBC zaregistrován na konci 19. století, v době, kdy lékaři z Anglie, Indie a Turecka navštívili afghánského krále Habibullaha. Hovořili o zdravotních problémech, zvláště o TBC, která přiměla krále založit nemocnici pro pacienty s TBC. Lékaři z jiných zemí rovněž přijeli do Afghánistánu ve snaze léčit afghánské obyvatele.

Na začátku 20. století bylo založeno sanatorium pro tuberkulózní pacienty v oblasti Paghman (v Kábulu) pro muže se 60 lůžky. A další sanatorium pro ženy s 20 lůžky pak v Darlamand (západně od Kábulu), které oficiálně zahájilo provoz v roce 1932. Přirozeně, léčba byla omezená časově a lékaři doporučili svým pacientům jíst výživnou stravu, která obsahuje proteiny jako polévku, vejce, jogurt a další přiměřenou dietu; bylo to v dobách, kdy jediná jejich naděje na uzdravení, znamenala podřídit se léčbě a přísnému dohledu doktorů v sanatoriu.

Jak plynul čas, léčba se rozvíjela z pouhé „změny ovzduší“. Od roku 1931 do 1946 se kvůli nedostatku afghánských profesionálních lékařů o pacienty starali zahraniční lékaři, kteří školili afghánské doktory, jak se bránit TBC a jak ji léčit; tito zahraniční lékaři pocházeli z různých koutů světa. V roce 1946 přijel do Afghánistánu tým francouzských lékařů, aby přednášel o TBC na kábulské lékařské fakultě a stejně tak léčil pacienty v sanatoriu. V roce 1957 použili poprvé v Afghánistánu lékaři streptomycin na léčbu TBC. Po nějaké době se TBC sanatorium pro ženy rozšířilo a mělo 70 lůžek, kde mladí afghánští doktoři a zdravotnický personál byli zaneprázdnění pomocí lidem trpící TBC.

Přibližně 600 pacientů se každý rok léčilo v sanatoriu. Další důležitou roli pro vymýcení TBC hrál v Afghánistánu Národní Institut Tuberkulózy, který byl založen roku 1954, kdy načal efektivní plán se Světovou zdravotnickou organizací. Roku 1975 začal program na vymýcení TBC po celé zemi, bylo zde 6 center na kontrolu TBC a to v Kábulu, Nangarharu, Kandaharu, Kunduzu, Balkhu, Baghlanu a v provincii Herat. Každá z těchto provincií zahrnovala další 3 – 4 nejbližší provincie. Roku 1981 se konal první praktický seminář o TBC v Afghánistánu a roku 1982 bylo zřízeno oddělení pro tuberkulózu na kábulské lékařské univerzitě. [30]

V Afghánistánu je TBC jednou z hlavních veřejných zdravotních problémů. Země zaujímá 22. místo z 22 zemí na světě dle přítěže TBC. Podle Světové zdravotnické organizace a její kontrolní zprávy o TBC z roku 2009, se cca 46 000 nových případů s TBC vyskytlo v Afghánistánu; a 8 200 lidí v zemi na tuto nemoc v roce 2007 zemřelo. Na rozdíl od mnoha zemí, více než dvakrát tolik žen bývá nakaženo ve srovnání s muži; skoro 70 % zaznamenaných případů v Afghánistánu se týká žen. V roce 1997 převzal Národní kontrolní program proti TBC mezinárodní doporučenou strategii na kontrolu TBC (DOTS). Na konci roku 2002 hlásila země 38 % pokrytí této strategie v zemi.

I když to byl ukazatel jakéhosi pokroku v boji proti TBC, pokrytí bylo stále nízké a služby spojené s TBC byly poskytovány provizorně, zejména nevládními organizacemi a vládními zdravotnickými zařízeními. S rostoucí podporou, zlepšenou regionální koordinací a větším partnerstvím mezi soukromými poskytovateli a občany, pokrytí DOTS dosahuje nyní kolem 97 %; národní odhady případů objevení jsou kolem 64 %, nižší než cíl Světové zdravotnické organizace (70 %), přestože se odráží od provozních možností země. Úspěchy léčby po 4 letech rovněž klesly, a to pod 85 %. Management léků je kvůli vznikající, rozsáhlé odolnosti na víceúčelová antibiotika proti TBC a nízké diagnostické možnosti bohužel velice omezený. [17]

Každý rok se slaví Světový den TBC, a to i s mottem vždy poslední týden v březnu. Slogan pro rok 2008 a 2009, který byl přejat od Světové zdravotnické organizace, zní: "Porazím TBC v milionovém pochodu mladých".

Afghánským 6. cílem na přelomu tisíciletí, plánem 8, je koncentrace na zastavení a výskytu TBC do roku 2020. Afghánské plány, podporované i společností na globální zastavení šíření TBC, jsou následující:

1. vypátrat minimálně 70 % otevřených TBC případů a zvýšit míru uzdravení k 85 % do roku 2020.
2. snížit převahu TBC a úmrtnosti o 50 % do roku 2015.



A publication of WHO Afghanistan, National TBC Program, Ministry of Public Health, Afghanistan Stop TBC Partnership. Volume 2, Issue 1, March -May 2009.

Národní kontrolní program proti TBC Ministerstva zdravotnictví přijal strategii Přímou sledovanou léčbu (DOTS) pro management a léčbu tuberkulózních pacientů. Centra DOTS se rozrostla z 30 v roce 2001 na 1031 v roce 2008 po celé zemi. Podle trendu také stoupl počet případů z 9581 v roce 2001 na 28301 v roce 2008.

V roce 2010 se osm soukromých nemocnic v Kábulu dohodlo s Ministerstvem veřejného zdravotnictví, že spojí síly v boji proti TBC. Pod memorandumem srozumění budou tyto nemocnice zajišťovat výskyt TBC a léčebné služby bez poplatku v rámci DOTS programu (záštita USAID – Americká agentura pro mezinárodní rozvoj), 30 zastupujícím nemocnicím a zdravotnickým zařízením které se budou přímo zaměřovat na tyto služby. Ministerstvo bude poskytovat nemocnicím laboratorní pomůcky, léčení a školení.

K lepšímu porozumění TBC v Afghánistánu bych rád navázal informacemi o Národním kontrolním programu proti TBC. [16]

1.5 Národní kontrolní program proti TBC

Národní kontrolní program proti TBC byl založen roku 1954 ministerstvem zdravotnictví, s finanční podporou Světové zdravotnické organizace (WHO). Následujících 23 let občanské války, která začala v roce 1979, došlo k nepřetržitému kolapsu a rozvratu veřejného zdravotnického systému, včetně programů dohlížejících nad TBC. Nejistota politické budoucnosti země, ruku v ruce se skoro nulovým bezpečím a problematickou budoucností k těmto lidem, začleněným do zdravotnického systému, znesnadnily jakoukoli konstruktivní vůli podpořit většinu, jestliže nemoci nebudou kontrolovány příslušnými programy. Výsledkem byl nedostatek základní podpory. Komunikace zemí o zdravotnictví se stala zanedbanou a neudržovanou, čímž se usnadnilo šíření chorob, především TBC, což se projevilo a nemoci začaly nekontrolovatelně zamořovat celou zemi a nepřestali ji sužovat po mnoho let.

V roce 1997 a ve spolupráci se Světovou zdravotnickou organizací a dalšími nevládními organizacemi proti TBC a Ministerstvem veřejného zdravotnictví byla přijata strategie DOTS. Ke zdokonalení DOTS, která začala v roce 2002, došlo zformováním nové afghánské vlády. Na začátku roku 2003, byl navržen první strategický národní plán na kontrolu TBC a globální cíl detekce 70 % případů výskytu a 85 % úspěšného vyléčení do roku 2005, které byly přijaty ministerstvem veřejného zdravotnictví jako národní cíle tříleté strategie DOTS. [21]

1.5.1 NTP Mise a Vize

Cílem deklarované mise NTP (národní kontrolní program proti TBC) je rozšířit se do technických oblastí ministerstva veřejného zdravotnictví, mít zastoupení u kvalifikovaných a profesionálních zdravotníků, kteří povedou a zrealizují prevenci TBC, její výskyt, diagnózu, a dohled nad léčbou tuberkulózních pacientů s účelem redukce účinků TBC jako veřejného problému ve zdravotnictví. Vize NTP má Afghánistán dosáhnout do roku 2010 s aktivní účastí mezinárodních a vnitrostátních zúčastněných stran a komunity globálních cílů strategie DOTS a MDG plánů souvisejících s TBC.[9]

1.5.2 NTP Cíle

Rozpoznat efektivní opatření pro kontrolu TBC prostřednictvím zavedení a expanze strategie DOTS v Afghánistánu aplikací kompletního postupu. Hlavní cíle programu zahrnují snížení rizika infekce, chorobnosti, úmrtnosti způsobené TBC.

- Mít 100 % pokrytí DOTS populace do konce roku 2015
- Zajistit míru léčby diagnostikovanou mikroskopicky – pozitivní plicní případy 85 %
- Zajistit míru výskytu případů nad 70 % z odhadovaných.

1.5.3 NTP strategie

- dosáhnout výše zmíněných cílů, program má následující strategii pomocí poskytovaného DOTS balíčku
- propagovat včasné odhalení plicních případů skrz mikroskopická vyšetření
- dát do pořádku zdravotní péči k zajištění efektivní, standardizované chemoterapie pro doporučenou délku (6 měsíců) pro všechny pacienty
- dohlížet nad aktivitami programu na různých úrovních systému
- představit standardizovaný systém registrace a hlášení
- výsledek monitorované léčby a posouzení pokroku programu čtvrtletní analýzou
- poskytování neustálého školení pro všechny členy programu na různých úrovních
- posílit kooperaci mezi vládou a nevládními organizacemi začleněnými do TBC národního programu
- integrovat kontrolní aktivity TBC do poskytování všeobecné zdravotní péče realizovanou zemí
- poskytování DOTS balíčků

1.5.4 Role NTP

NTP je vedoucí a organizátor veškerých kontrolních aktivit spojených s TBC, politická a operativní podpora různých zainteresovaných stran na všech úrovních programu je nezbytná pro efektivní boj proti TBC v zemi.

1.5.5 Národní TBC politika

Národní TBC politika je v souladu s afghánskou národní strategií rozvoje. TBC byla upřednostněna v oblasti zdravotnictví a strategii sektoru výživy jako součást kontrolního programu proti chorobám.

1.5.6 Centrální jednotka

Jako centrální jednotka pro kontrolu TBC, NTP má na starosti kontrolu TBC po celé zemi. Podporována technickými sekcemi, šéf NTP je zodpovědný za celý tento program. Zde jsou vyjmenovány hlavní úkoly na centrální úrovni.

- Rozvíjet a aktualizovat politiku, strategii, normy a procedury pro kontrolu TBC založené na zastavení TBC v Afghánistánu
- Udržovat koordinaci s dalšími veřejnými a soukromými institucemi souvisejícími s kontrolou TBC, jako jsou ministerstva školství a vzdělávání a ministerstva vnitra.
- Vydat směrnice pro péči tuberkulózních pacientů ve zdravotnických zařízeních pomocí BPHS (základní balíček zdravotní služby), EPHS (nezbytný balíček nemocničních služeb) a veškerých poskytovatelů zdravotní péče.
- Informovat o nejnovějších okolnostech kontroly TBC na národní úrovni
- Rozvíjet obhajobu WHO, Komunikaci a strategii sociální mobilizace pro kontrolu TBC
- Zlepšit komunikační mobilizaci pro kontrolu TBC, včetně silnější účasti zdravotníků
- Učit provinční laboratorní specialisty a zdravotnický personál o postupech, připravit je na náročné případy a kvalitní zajištění expanse DOTS.
- Zařídít a vést školení ve smyslu NTP
- Rozšířit informace o TBC a souvisejících procedurách

1.5.7 Hodnota NTP

V souladu s ministerstvem veřejného zdravotnictví by NTP měl mít následující hodnoty – právo na zdravý život, soucit, poctivost, schopnost a rovnost. [27]

1. 6 Partnerství

Mezinárodní komunita velice významně podpořila kontrolu TBC v Afghánistánu. Japonská mezinárodní kooperační agentura a Světová zdravotnická organizace poskytují všeobecnou technickou podporu, kanadská mezinárodní agentura pro rozvoj a italská kooperační agentura pro rozvoj poskytují finanční podporu. Navíc německá asociace lepry a TBC poskytují diagnostiku TBC a služby péče ve spádových oblastech. Globální fond podpořil Afghánistán 3,1 milionu dolarů v rámci 2 financování za integrovanou kontrolu nemocí včetně TBC. V roce 2005, globální fond věnoval 3,4 milionů dolarů na navýšení kontrolních aktivit. V roce 2009 požadoval Afghánistán 30 milionů na rozšíření kontrolních aktivit proti TBC a v květnu 2009 mu bylo schváleno 9,7 milionů. [18]



1.6.1 Spolupráce společnosti

Pro zvýšení znalostí společnosti a k započetí její účasti byly vytištěny a distribuovány materiály IEC(anglicky Informace, vzdělání, komunikace). Kontrolními aktivitami TBC jsou integrovány společně s aktivitami lepry, v čemž se skýtá velká příležitost využití možností NTBC v advokacii, komunikaci a sociální mobilitě (ACSM) a partnerské komisi Stop TBC pro boj stigmatu, oslovit lidi, mobilizovat společnost a politiky vyhrazené prostředky pro vzrůst případů včasného odhalení a kontrolu malomocenství. [23]

Pro snadnější porozumění prevenci a léčbě TBC pořádala USAID, vláda Islámské republiky Afghánistán a ostatní členové mezinárodního partnerství Stop TBC akce ve školách napříč celým Afghánistánem. 152.000 studentů se zúčastnilo dne oslav zahrnující kvízové show, místní pochody a sezení s místními zdravotníky. Studenti také získali baseballové čepice a vlajky se sloganem partnerství Stop TBC se sloganem „Porazím TBC“. Po celé zemi se 6,2 milionů dětí učilo jak předcházet šíření TBC pomocí tištěných materiálů a zpráv masmédií.

USAID podporuje afghánský národní program proti TBC, pro zastavení TBC a řešení diagnostikovaných případů skrz Přímou řízenou terapii, krátký kurz (DOTS) a jeho metodologii. USAID poskytuje zdravotní péči ve 13 provinciích napříč Afghánistánem, včetně Badakhsahnu, Kandaharu a Paktika. [15]

1.6.2 Angažovanost společnosti

Angažovanost společnosti v rámci kontrolního programu proti TBC je nezbytná. Obyvatelé mohou hrát důležitou roli ve zlepšování aktivit v rámci odhalení případů povzbuzováním ostatních, kteří u sebe zaznamenali podezřelé příznaky s možností výskytu TBC, jít do nejbližšího zdravotního centra nechat se vyšetřit. Občané, speciálně příbuzní pacientů s tuberkulózou, se mohou přidat k podstoupení léčby. Nicméně, přínos společnosti v aktivitách kontroly TBC tímto nekončí. Tam, kde jsou oficiální zdroje vzácné, mohou správně motivovaní občané prezentovat místní TBC stanici se základním vybavením a s poskytnutím léků zdarma.

Všeobecné povědomí o TBC může:

- zvýšit míru odhalení nemoci a její léčby
- redukovat riziko přenosu, pakliže se pacientovi dostane léčby
- snížit míru pochybení
- zajistit, aby společnost podporovala pacienty

1.6.3 BCG vakcinace

Mycobacterium tuberculosis (MTBC), původce tuberkulózy a hlavní příčina lidské choroby a smrti, zvláště v rozvojových zemích. V globálním kontextu je TBC úzce spojena s chudobou a její kontrola je otázkou spravedlnosti a lidských práv. V některých oblastech s vysokým

výskytem TBC, existují strategie pro její kontrolu. V současné době jsou ovšem ochromeny stoupajícím počtem případů, kdy se TBC vyskytuje souběžně s virem HIV/AIDS. Objevení léku proti mycobacterium komplikují různé situace. Po obdobích plynulého poklesu TBC, infekce opět stoupá, nejčastěji v industrializovaných zemích, především v důsledku ohnisek, propuknutím nemoci v obzvláště zranitelných skupinách. [22]

Pokrytí BCG vakcínou zahrnuje více než 80 % novorozenců a kojenců v zemích, které jsou součástí národního dětského imunizačního programu. BCG vlastní dokumenty o ochranné účinnosti proti TBC meningitidě a malárii, nejčastěji šířených nemocí u dětí (86% v průměru). Očkování nezabrání primární infekci a co je důležitější, nereaktivuje skrytou plicní infekci, zdroj šíření bacilů v komunitě. Účinek BCG vakcinace na přenos TBC je proto omezen. [37]

1.7 Údaje o situaci v Afghánistánu podle MoPH (Ministerstva veřejného zdravotnictví)

- podle statistiky nálezů (nové případy TBC) na každých 100 000 obyvatel připadá 161 nakažených (období jednoho roku)
- pozitivní nález (SS+) TBC po odběru hlenu je 73 infikovaných na 100.000 obyvatel (období jednoho roku)
- Trvajících staré i nové případy TBC čítají podle statistik 231 postižených na 100.000 obyvatel (období jednoho roku)
- výskyt nových případů SS+ 68%
- úspěšnost léčby 89 %
- z celkového počtu pacientů je 67 % žen
- 39.445 nových případů každý rok
- 7.840 smrtelných případů každý rok

67 % všech pacientů postižených tuberkulózou v Afghánistánu jsou ženy. Následují důvody, které by mohly stát za vysokou chorobností TBC mezi ženami v Afghánistánu.

Ekonomická situace – úspěšné dokončení léčby, nedostatek prostředků na transport, nedostatek prostředků na hospitalizaci.

Environmentální situace – mnoho lidí společně žijících na malém prostoru, inhalace nezdravého ovzduší (prach, kouř), kontaminace prostřednictvím oblečení

Situace výživy – nízký příjem potravy u žen, malý obsah proteinů v jídle, nemožnost přístupu k výživnější stravě (většinou ekonomické důvody)

Individuální fyzický a psychický stav – nemoci jako výsledek slabé imunity, úmrtí a rodinné problémy.

Další vlivy - Stress, psychika, rodina, fyzická zátěž (častá těhotenství, náročné domácí práce), sociální a ekonomické problémy. Zdravotní situace, často pozdě stanovená diagnóza, absence lidského faktoru při zacházení s pacientem, nedostatečný zdravotní trénink zdravotníků, nedostatečná finanční podpora.

Naštěstí partneři Ministerstva veřejného zdravotnictví byli v této záležitosti velkorysí. Hlavní dárci pro národní kontrolní TBC program jsou Světová zdravotnická organizace, italská korporace, USAID, CIDA, JICA, GDF a globální fond. Ministerstvo v Afghánistánu je hodně dlužno – jednotlivcům, zainteresovaným zdravotnickým stranám, zvláště afghánským rodinám, Evropské komisi, UNICEF, Rotary International a Globální Alianci pro vakcinaci a imunizaci.

Ministerstvo veřejného zdravotnictví poskytuje zdravotní služby nestranně a bez jakékoli formy diskriminace potřebným lidem v Afghánistánu po celé zemi, požaduje u všech stran respekt k taktice a podporuje zdravotníky v této vznešené práci. [2]

1.7.1 Tuberkulóza (dále už jen TBC) a HIV

V Afghánistánu je nízký počet lidí nakažených virem HIV, ale naopak vysoký výskyt lidí s riskantním chováním z hlediska nákazy virem HIV - například lidé užívající drogy nitrožilním způsobem. Současná situace epidemií v Afghánistánu není úplně popsána, ale zvýšené riziko nákazy virem HIV se evidentně vyskytuje právě mezi riskantními sociálními skupinami a pacienty nemocnými TBC.

Virus HIV je přenášen hlavně nechráněnými sexuálními aktivitami a nebezpečným používáním jedné jehly mezi více drogově závislími. Tento virus se může přenášet transfúzí krve a také z matek nemocných AIDS na jejich děti.

1.8 Povědomí lidí v Afghánistánu o TBC

Velký počet Afghánců mezi 8 – 33, hlavně ženy a dívky byly znevýhodněny ve vzdělání, což je výsledkem války, občanského nepokoje a dislokace (Systém OSN, 2004). Míra negramotnosti se liší významně mezi městskými a venkovskými oblastmi a také mezi muži a ženami. Skoro polovina mužů a více než 80 % žen v Afghánistánu jsou negramotní (UNICEF 2004). Omezení Talibanu ve vzdělávání dívek nyní brání zdravotnicím získat vyšší vzdělání a to bylo hlavním důvodem pro současnou vládu, aby zajistila přístup ke službám zdravotní péče poskytované zdravotnicemi, které jsou akceptované komunitami. [25]

11. září 2009 si více než milion lidí z celého Afghánistánu připomíná Světový den TBC. Od Mazaru a Sharifu na severu po Kandahar na jihu, lidé z různých rodů a z různých vrstev společnosti se spojují po celé zemi. Děti, studenti, učitelé a dospělí pochodovali, mávali vlajkami, šátky a čepicemi s mottem “Porazím TBC”. Byl to den plný euforie pro zvýšení povědomí lidí o TBC, jako léčitelné nemoci, ale také jako o jeden z hlavních zdravotních problémů v zemi.

V Afghánistánu jsou stále tisíce lidí nakažených touto nemocí. Časy války, nejistoty a davového přesunu populace dále zhoršovaly tento náročný problém veřejného zdravotnictví, zvláště TBC v zemi. V roce 2008, bylo ze 43.000 odhadnuto, že 28.301 bylo objeveno a následně předáno k léčbě. V tom samém roce více než 8.000 přišlo z důvodu TBC o život.

USAID poskytuje technickou podporu a pomáhá rozšířit odhalení a péči TBC v Afghánistánu. Program zásobuje kliniky vzdělávacími kartami a diagramy s obrázky, které vysvětlují příznaky, popisují přenos nemoci, prevenci a sdělují pacientům, že TBC je léčitelná. Navíc zdravotnický personál pomáhá pacientům v souladu s DOTS tím, že je navštíví třikrát do týdne v jejich domovech, aby sledoval léčbu. Tyto domácí návštěvy jsou určeny pacientům, jež nemohou absolvovat denní návštěvy kliniky během prvních dvou měsíců diety. Tato služba je poskytována speciálně ženám s dětmi, aby se jim dostalo potřebné péče. Od té doby, co USAID přišel s tímto programem, se DOTS rozšířil o další přístup. Ve 13 z 34 provincií,

stouplo množství zdravotních klinik DOTS z 15 na začátku roku 2004 na 121 v lednu 2006. Do roku 2006, bylo více než 6000 zdravotních pracovníků vyškoleny v rámci programu – 53 % z nich byly ženy. [19]

1.8.1 Zdravotnické vzdělávání pro zvýšení vědomostí společnosti

Obyvatelé země musí vědět, jak důležité pro člověka je navštívit zdravotnické centrum v rané fázi nemoci, kdy kašel přetrvává dva týdny nebo více, hlavně v době, kdy příznaky na hrudi mohou být dostatečně prozkoumány. Pacienti s těmito příznaky by měli co nejdříve navštívit nejbližší zdravotnické centrum nebo ambulantní oddělení pro dýchací cesty. Navíc, lidé musí vědět, že TBC je léčitelná s dostatečnou léčbou, ale jestliže léčba není správně realizována, pak může být choroba přenesena na ostatní lidi nebo může přejít v invaliditu či smrt.

Navzdory prevenci a adekvátní léčbou TBC, je tato infekční nemoc v Afghánistánu stále majoritní příčinou smrti a invalidity. Zdravotníci proto musí průběžně připomínat veřejnosti důležitost boje proti této nemoci a potřebu politické angažovanosti, a to čerpáním dostatečných finančních zdrojů pro možnost zdravotnického vzdělávání pacientů, jejich příbuzných a celé společnosti.

1.9 Prevence TBC

Prevence je skupina zákroků, které zdravotníci podnikají za účelem vyhnout se infekci TBC a v případě, že k infekci dojde, zabránit rozvoji této infekce.

Zde jsou 4 hlavní preventivní měření:

- 1) včasná diagnóza a léčba
- 2) BCG očkování
- 3) povědomí a zdravotnické vzdělávání
- 4) prověřování a preventivní terapie

1.9.1 Včasná diagnóza a léčba

TBC se šíří vzduchem. Hlavním zdrojem infekce je osoba s TBC plic (plicní TBC), která pokud se neléčí, kašle a kýchá a šíří infekci kapénkovou formou obsahující M. tuberkulózu ve

vzduchu. Neléčená osoba s aktivní TBC průměrně nakazí 10 až 15 osob ročně. Nakažlivost takové osoby typicky stoupá během doby, kdy infekce zůstává neléčená; Nicméně když se tuberkulózní pacient začne léčit, riziko přenosu je 50x menší než u neléčeného člověka, a “řetězec přenosu” se do 2 až 3 týdnů zpretrhá. Proto je včasná diagnóza a léčba TBC v dospělosti klíčovým krokem v kontrole jejího šíření včetně společnosti což je majoritní, efektivní, preventivní a dostupné měřítko. [27]

Imunizace kojenců pomocí vakcíny Bacille Calmette-Guérin (BCG) může chránit proti TBC, meningitidě a dalším několika formám TBC u dětí mladších 5 let. BCG vakcína se nedoporučuje po 12 měsících věku, protože ochrana je po tomto období měnitelná a méně jistá. [24]

1.9.2 BCG Očkování

BCG očkování pochází ze živého, oslabeného druhu *M.bovis* (příbuzný *M.tuberculosis*). Používá se, protože je účinný v rozvoji prevence několika forem TBC u kojenců a dětí mladších 5 let. Z tohoto důvodu by se dětem vakcinace měla dodat v době narození. Je to odpovědností EPI (program imunizace pro poskytování BCG vakcinace).

1.9.3 Povědomí o zdravotnickém vzdělávání

Zdravotnické vzdělávání je proces dialogů, informací, reflexí a akcí týkající se TBC pacientů, jejich rodin a společnosti. Cílem zdravotnického vzdělávání je přijetí individuálních a společenských funkcí, které oslabují přenos a infekci TBC. Zdravotnické vzdělávání se ujišťuje, že lidé mají informace o tom, jak se chránit před TBC a také tak jednají.

Povědomí a přenosu TBC, skutečnost, že děti jsou k této nemoci náchylnější než dospělí, důležitost a význam prevence, znaky a příznaky TBC, to vše pomáhá rodině a společnosti chránit své děti před nákazou TBC a umožňuje odhalení aktivní formy TBC ve společnosti. Pro úspěšný start správného zdravotnického vzdělávání, je vhodné obrátit se na pediatrické standardní procedury (SOPs).

1.9.4 Všeobecný koncept a strategie

Domácí kontakt TBC (SS+) dospělých musí být co nejdříve odhalen k rozpoznání nově nakažených dětí mladších 5 let. Jestliže jsou děti bez TBC příznaků a aktivní TBC je blokována, měli by podstoupit preventivní terapii s isoniazidem 5 mg/kg denně po dobu šesti měsíců. Tímto se předchází riziku rozvoji TBC nemoci mezi infikovanými osobami. Ukazatel preventivní terapie by měl být zrealizován zdravotnickým zařízením, resp. jeho lékaři. Organizace a odezva na tuto aktivitu by měla být v kompetenci zdravotních sester a odpovídajících zdravotníků. Procedury pro prověřování, správu prevence a preventivní terapie jsou:

- 1) Když je TBC případ odhalen, daný zdravotník musí zavolat do domácností TBC pacientů, přizvat je na kliniku.
- 2) Zdravotník provede rentgen u ostatních členů rodiny, zdali se u nich také nevyskytují příznaky TBC
- 3) V rámci příznaků TBC se zvláštní pozornost musí věnovat dětem
- 4) Všichni podezřelí budou svěřeni klinice pro další posouzení

Klíčový účel dětského rentgenování a prověřování jsou

- identifikovat děti s příznaky (děti jakéhokoli věku s nediodagnostikovanou TBC nemocí)
- poskytovat preventivní terapii pro citlivé, resp. náchylné jedince (děti bez příznaků mladší 5 let v těsném kontaktu s pozitivním případem TBC)

1.9.5 Zvláštní okolnosti

1.9.5.1 Dítě v přímém kontaktu s osobou nakaženou virem HIV

Jestli je dítě v kontaktu s člověkem nakaženým virem HIV, ale nevykazuje samo o sobě příznaky nakažení, je třeba zvážit terapii isoniazidem. Pokud je dítě již nakaženo virem HIV, je nutné pečlivě hlídat, s kým dítě přijde do kontaktu předtím, než podstoupí isoniazidovou preventivní terapii. Děti nakažené virem HIV vykazující symptomy je třeba vyšetřit, jestli nemají TBC a v případě nakažení TBC, musí být ihned zaregistrovány a léčeny.

1.9.5.2 Další TBC případy: Dítě, které je v kontaktu s infekční MDR (Multi drug-resistance)

Děti v přímém kontaktu s pacienty trpícími MDR – TBC by měly podstoupit pečlivé klinické ošetření bez žádné preventivní terapie obsahující léky z druhé řady, po dobu nejméně dvou let.

1.9.5.3 Postup v případě novorozence s matkou s nakažlivou plicní TBC

Kojený novorozenec infikovanou matkou je po 6 měsících léčený isoniazidovou preventivní terapií, realizovanou v souladu s BCG imunizací (jestliže předtím nedošlo k BCG vakcíně). Kojení může probíhat bezpečně i během tohoto období.

1.10 Testování a diagnóza

1.10.1 Kožní test

Nejčastější metodou pro zjišťování nemoci TBC je jednoduchý kožní test. Malé množství látky zvané PPD tuberculin se podkožně injekčně aplikuje do předloktí. Ve 48 až 72 hodinách se kontroluje, zdali se objevilo napuchnutí či zduření kůže v místě vpichu. Objeví-li se tvrdá, napuclá a červená zduřenina, pacient je velmi pravděpodobně nakažen TBC infekcí. Tento kožní test však sám o sobě ještě není dostačující, pacient se musí podrobit dalším testům.

1.10.2 Krevní test

Krevní testy se používají pro potvrzení již rozvinuté tuberkulózy. Tyto testy jsou velmi užitečné v případě vysokého nebezpečí nákazy TBC, kdy měl člověk negativní výsledky kožního testu. Jsou také užitečné v případě člověka, který podstoupil BCG vakcinaci.

1.10.3 Rentgen hrudníku

Jestli pacientovi vyjde kožní test jako pozitivní, pacient často podstupuje rentgen hrudníku. Rentgen může ukázat bílé tečky na plicích, kde imunitní systém vytěsnil bakterie TBC nebo může odhalit další změny způsobené TBC.

1.10.4 Sputum test (hlenový test)

Jestli rentgen ukáže známky tuberkulózy, odebere se vzorek hlenu, který vychází ven spolu s kašlem pacienta. Tento vzorek se poté zkoumá, obsahuje-li také bakterie tuberkulózy. Nalezené bakterie se testují, jakou míru odolnosti vykazují proti látkám obecně užívaným při léčbě TBC. Tato zkouška je velmi důležitá, aby doktor mohl správně zvolit vhodnou a účinnou léčbu.

1.11 Léčba TBC

Tuberkulóza může být úspěšně léčena skoro ve všech případech. Účinné léky jsou dostupné a správný režim a trvání léčby jsou dobře stanoveny. Účinnost standardní péče 6 měsíců nové plicní TBC by měla být 99 %. Léčebné postupy pro speciální plicní TBC jsou obvykle stejné jako pro klasické plicní případy. [27]

1.11.1 Cíle léčby

Cíle léčby TBC jsou následující:

- léčit pacienty, obnovit produktivitu a kvalitu života
- předcházet smrti vyvolané aktivní TBC nebo jejími pozdními následky
- předcházet recidivě TBC
- redukovat přenos TBC k ostatním
- zabránit rozvoji a transformaci infekce v těle, na odolnou vůči lékům

1.11.2 Nezbytné léky proti TBC

Světová zdravotnická organizace doporučila způsoby použití léků proti TBC a kombinace pevně stanovených dávek léků v seznamu nezbytných léků WHO. Způsoby a kombinace léků proti TBC dostupných v každé zemi, by měla být v souladu s touto listinou. Od vybavení pro léčbu, distribuce, správa léčby pacientů, denní dávka může být standardizována na 3 až 4 skupiny tělesné váhy – např. 30-39 kg, 40 – 54 kg, 55 – 70 kg a nad 70kg, jako tomu je s Globálním léčebným zařízením pro dané skupiny pacientů.

Tabulka č 1

Drug	Recommended dose			
	Daily		3 times per week	
	Dose and range (mg/kg body weight)	Maximum (mg)	Dose and range (mg/kg body weight)	Daily maximum (mg)
Isoniazid	5 (4–6)	300	10 (8–12)	900
Rifampicin	10 (8–12)	600	10 (8–12)	600
Pyrazinamide	25 (20–30)	–	35 (30–40)	–
Ethambutol	15 (15–20)	–	30 (25–35)	–
Streptomycin ^a	15 (12–18)		15 (12–18)	1000

Všechny léky proti TBC by měly být v odpovídající kvalitě a jejich spravování by se mělo zahrnout do správy ostatních nezbytných léků Ministerstvem zdravotnictví. [38]

Další druhy léků proti TBC se nazývají: Cycloserine, Capremycin, Kanamycin, Para amino salicylic Acid (PAS) a Ethionamide. Mají velký efekt, ale bohužel jsou v Afghánistánu těžko dostupné, protože jsou drahé.[30]

1.11.3 Přímý monitoring TBC (DOTS)

DOTS znamená, že pozorovatel sleduje pacienta polykající své medikamenty proti TBC. Tento monitoring zajišťuje, že pacient bere správné léky, dané dávky pravidelně. DOT by měl být přístupný po všechny dny v týdnu kromě pátku (sváteční den v Afghánistánu). Pozorovatel musí být zdravotník nebo zaměstnanec vyškolený a kontrolovaný Komunitou zdravotníků (CHW). Přímý monitoring musí být udržován během prvních následujících fází léčby.

DOTS je standardní metodou léčby TBC a je doporučována Světovou zdravotnickou organizací jak ve vyspělých, tak i rozvojových zemích. Je dobře známo, že bez dostatečného dozoru na léčbě TBC si pacienti nevezmou žádnou z jim předepsaných medicín, často nebo kompletně zastaví jejich užívání, čímž stoupá riziko rozvoje léků odporujících bacilům. Z tohoto důvodu je DOT potřebný k zajištění pravidelnosti v užívání léků, zejména v intenzivní fázi krátkodobé chemoterapie.

Denní dohled nad léčbou je potřebný k zajištění toho, aby pacient bral předepsané léky proti TBC pod péčí zkušeného zdravotníka (resp. zdravotních sester), po celou dobu léčby s rifampicinem. Za vzácných okolností, ve kterých dohled nad přímou léčbou zdravotníkem

není proveditelný, může školený a motivovaný dobrovolník poskytnout kontrolu léčby. Respektovaní jedinci mezi obyvateli, jako duchovní Koránu v mešitě, učitelé, nebo ostatní vůdci komunit, mohou na léčbu dohlížet. [27]

TBC je kompletně léčitelná díky krátkodobé chemoterapii. Léčení TBC infikovaných, kteří jsou prokazatelně pozitivní (a kteří, proto mohou šířit nemoc), je nejefektivnějším prostředkem pro eliminaci TBC v populaci.

DOTS neboli Přímá sledovaná léčba krátkodobého typu je mezinárodně doporučovaná strategie pro kontrolu TBC, která byla rozeznána jako vysoce účinná a nákladově efektivní strategie. DOTS zahrnuje 5 složek:

1. Podporovaná politická a finanční účast/angažovanost. TBC může být léčena a epidemie odvrácena, jestliže jsou poskytnuty dostatečné zdroje a administrativní podpora pro kontrolu TBC.
2. Diagnóza zajištěna kvalitním mikroskopem pro zkoumání zdroje TBC. Hrudní oblast vyšetřovaná tímto způsobem pomáhá spolehlivě najít infekční pacienty.
3. Standardizovaná léčba proti TBC podléhající přímému a podporovatelnému monitoringu pomáhá zajistit správné léky, jejich užívání ve správný čas a po celou dobu léčby.
4. Pravidelné, nepřerušované dodávání vysoce kvalitních léků proti TBC. Zajišťuje, že věrohodný národní program pro boj proti TBC nemusí nikoho vyčleňovat.
5. Standardizované záznamy a podávání zpráv (aktualizování). Pomáhá sledovat zvláště každého pacienta a monitorovat výkon programu z celkového pohledu. [26]

II. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cílem a záměrem této práce je:

- monitorovat znalosti obyvatel ve venkovských a městských oblastech v Afghánistánu o TBC
- analyzovat možnosti léčby a prevence TBC
- mapovat vakcinaci TBC v Afghánistánu
- Popsat problémy vakcinace proti TBC v Afghánistánu
- Porovnat úroveň znalostí venkovského a městského obyvatelstva (venkovská oblast – sever Kábulu, město Kábul)

2.2 Hypotézy

- 1) Povědomí o situaci TBC v Afghánistánu se liší v městských a venkovských oblastech.
 - Hypotéza se potvrdila, je podstatný rozdíl v informovanosti mezi městskými a venkovskými oblastmi, daleko vyšší stupeň informovanosti je v městských oblastech země.
- 2) Lidé v Afghánistánu mají zájem o vakcinaci.
 - Hypotéza se potvrdila, lidé mají zájem o vakcinaci, ale bohužel, jak už bylo zmíněno, informovanost o situaci TBC a tudíž i o vakcinaci je malá.
- 3) Nemocní TBC v Afghánistánu jsou léčeni převážně neprofesionálně.
 - Hypotéza se nepotvrdila, neprofesionální metody léčení TBC jsou časté, ale celkové procento není tak veliké.

III. METODIKA

3.1 Použité metody a techniky sběru dat

První kapitola byla vypracována pomocí sekundární analýzy dat, obsahovou analýzou odborných časopisů, také pomocí elektronických zdrojů a odborné literatury. K výzkumnému šetření byla

použita kombinace kvalitativního a kvantitativního výzkumu. V kvalitativní části výzkumu jsem uskutečnil rozhovor s doktorem jménem Shah Hussain Hussainim. V kvantitativní části jsem zvolil metodu dotazování, technikou dotazníků. Dotazníky jsem vyplnil se 120 respondenty ve věku 20-25 let. Dotazník obsahuje 20 otázek složený s uzavřených otázek, z důvodu přesnosti odpovědí a také s ohledem na negramotné respondenty, jež jsem mezi odpovídajícími měl. Po úspěšném vyplnění dotazníků jsem vždy s respondentem probral oblasti, ve kterých měl mylné informace a zodpověděl jsem na jeho otázky ohledně TBC. Na závěr ode mne každý z respondentů obdržel informační materiály v obou oficiálních jazycích Afghánistánu, poskytované Národním kontrolním programem proti TBC.

3.2 Charakteristika výzkumného celku

V rámci doplnění rozhovoru s odborníkem, jsem provedl výzkum. Ptal jsem se 120 osob (muži i ženy), z nich 60 žilo na venkově a 60 ve městech v oblasti severně od Kábulu. Nejnáročnější částí byla realizace výzkumu na venkově. Stejně tak dostupnost odborných materiálů v anglickém jazyce byla velkou komplikací. Nakonec jsem použil tři zdroje, které jsem si pro potřebu výzkumu sám přeložil. Vzhledem k nebezpečnosti a nedostupnosti některých částí Afghánistánu jsem nemohl výzkum v těchto částech země provést (hlavně jižní část země).

Tento malý výzkum nám může poskytnout důležité informace o rozšíření Tuberkulózy v Afghánistánu, a to jak ve venkovských oblastech, tak v oblastech městských.

IV. VÝSLEDKY

4.1 Rozhovor

Abych mohl lépe porozumět problematice Tuberkulózy v Afghánistánu, navštívil jsem Dr. Shah Hussain Hussaini, TBC/HIV důstojníka Národního Programu proti Tuberkulóze (NTP), pod vedením Ministerstva zdravotnictví. S doktorem jsem se setkal a uskutečnil s ním rozhovor na téma problematiky Tuberkulózy v Afghánistánu.

Otázka č. 1: Mohl byste shrnout současnou situaci s bojem proti TBC v Afghánistánu?

A1: Afghánistán se řadí v rámci EMR ke státům s největším počtem nově nakažených osob a ve světovém měřítku se řadí k 22 státům s největším počtem nakažených. Odhaduje se zhruba 231 nakažených na 100,000 obyvatel (číslo je založené na datech z roku 2005; WHO, 2007). Odhaduje se, že ročně se nakazí 73 osob 100,000 plicní formou TBC a zbylými typy TBC se nakazí 161 osob na 100,000 obyvatel. Podle WHO (2007) je úmrtnost na TBC 2%. Diagnostikováno je zhruba 70% případů NSS+ a pro zbylé typy TBC je počet diagnostikovaných případů 68% z celkového počtu nakažených. Riziko infekce, onemocnění či úmrtí na následky TBC se bude snižovat s mírou uplatnění zásad Direct Observed Treatment-Short Course (DOTS) – Seznam zásad efektivní léčby navržených WHO pro boj s TBC. Pro úspěšný boj proti TBC je nutné zahrnout do programu 100% populace. Podle dostupných dat je léčeno 83,3% zjištěných případů a míra úspěšnosti je 88%.

NTP si kladlo za cíl odhalit 70% případů nákazy TBC a vyléčit 85% z těchto pacientů do konce roku 2010. (NTP, 2005).

Otázka č. 2: Jaké jsou hlavní kroky podnikané v prevenci TBC a jaká je péče o nakažené TBC a jejich podpora?

Klíčovými kroky k úspěšnému boji proti TBC je včasná diagnóza TBC a nasazení adekvátní léčby. TBC je většinou zjištěna na základě okamžitého vyšetření. Dále jsou pomocí sítě očkovacích center po celé zemi distribuovány BCG vakcíny. Vzhledem k nezbytnosti kvalitní stravy pro úspěšnou léčbu pacientů a pro dodržení zásad DOTS, WFP podporuje léčbu všech pacientů během jejich léčby v rámci programu DOTS. Veškerá péče v rámci DOTS je pro pacienta bezplatná.

O3: Jaké jsou klíčové cíle a možné rezervy pro efektivní boj proti TBC?

Zde jsou hlavní nedostatky našeho boje s TBC:

- zpoždění ve čtvrtletních zprávách předávaných NTBCP
- nedostatečné kontroly správné léčby a jejího průběhu
- pomalu uvolňované finanční prostředky

- nízká informovanost obyvatel v geograficky nedostupných a životu nebezpečných (války) částech země
- fluktuace (nestálost) zkušeného a kvalifikovaného personálu
- problém bezpečnosti v některých částech země
- nedostatek začlenění soukromého sektoru do boje s TBC
- nízká snaha obyvatel bránit se nákaze TBC
- TBC je ve společnosti stigmatem – nakažení jsou ze společnosti vyloučeni

Otázka č. 4: Co byste doporučil pro zlepšení boje proti TBC?

- Do systém DOT by měla být zahrnuta větší část populace, aby byla dodržována správná léčba a hlavně přístup k ní.
- Je nutné začlenit do programu i soukromý sektor. To pomůže zlepšit informovanost obyvatel, zvýšit počet odhalených případů nákazy a také zajistit včasnou a efektivní léčbu.
- Je nutné věnovat peníze a pozornost vyškolení odborného personálu pro boj s TBC
- Včasné uvolnění dostatečného objemu peněz a potřebného materiálu vládou a podpůrnými organizacemi.

Otázka č. 5: Jaký je Váš vzkaz pro obyvatele Afghánistánu, co se týče problematiky TBC?

Už od počátků boje proti TBC se snažíme o rozšíření vědomostí o TBC v populaci. Jde nám o zvýšení povědomí o této nemoci, o možnostech léčby. Snažíme se přesvědčit nakažené, aby se léčili dle pokynů a aby zároveň rozšiřovali ve své komunitě získané informace. Lidé musí pochopit, že účinná léčba TBC existuje. Je také nutné odbourat sociální stigma (vyloučení ze společnosti), které s sebou nemoc nese.

Zde je můj vzkaz pro obyvatele Afghánistánu:

- Léčba je možná
- Léčba je poskytnuta zcela zdarma
- Dodržujte pokyny lékaře a dokončete léčbu

- Pokud trpíte kašlem déle než 2 týdny, navštivte nejbližší zdravotní zařízení, abyste mohli být testováni

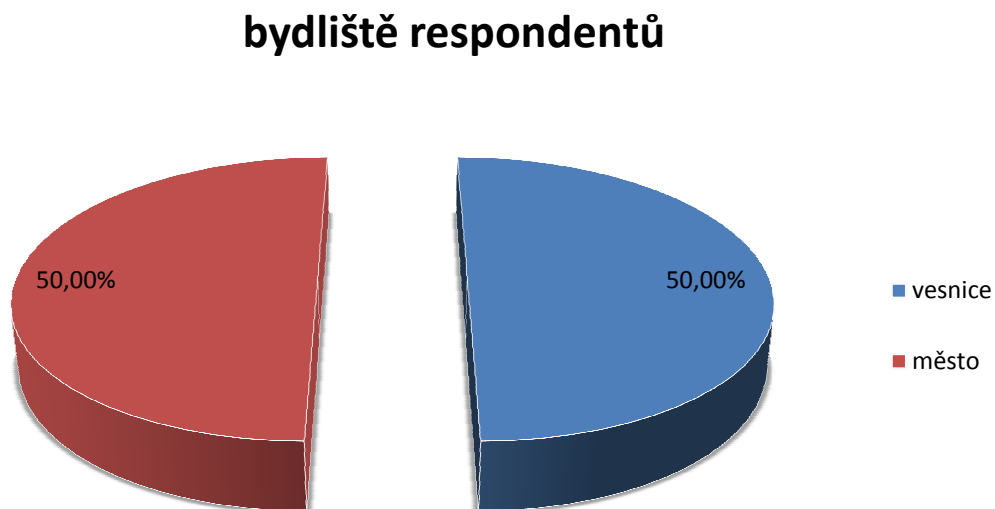
4.2 Dotazník

V rámci své práce jsem vyplnil dotazníky s 60 lidmi z města a 60 lidmi z vesnice, 60 mužů a 60 žen. Tuto otázku jsem zvolil, abych mohl objektivně porovnávat znalosti lidí o Tuberkulóze na vesnici, a ve městě, také aby byly v dotazníku zastoupeny obě pohlaví ve stejném počtu.

Všechny otázky obsahují informace z města a z vesnice zvlášť, aby bylo možné objektivně srovnávat výsledky.

Otázka číslo1: Bydlíte a) na vesnici, b) ve městě

V otázce číslo1 mezi respondenty 50 % lidé bydlí ve městě 50 % ve vesnici.



Graf č.2

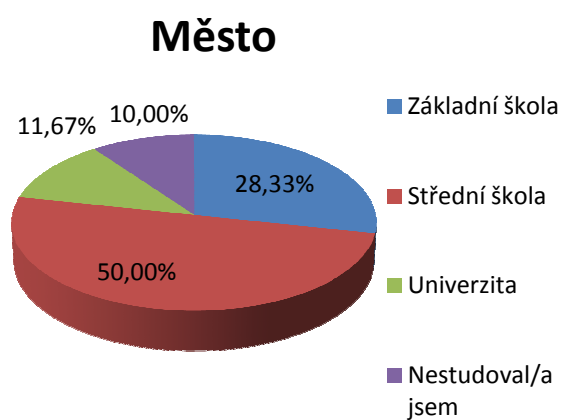
Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka číslo 2) Studoval/a jste? a)základní školy; b) střední škola; c) univerzita; d)nestudoval/a jsem

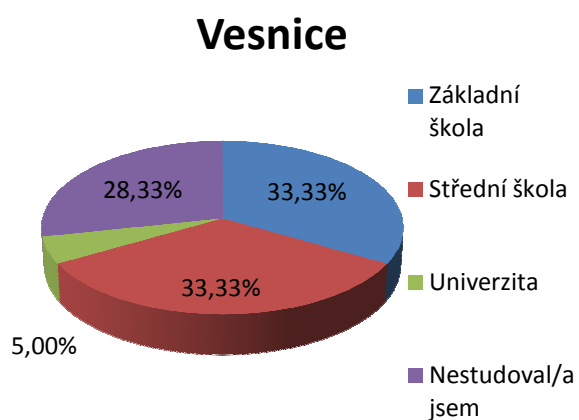
V otázce č 2 byla zkoumána úroveň vzdělání respondentů. Dostalo se nám těchto odpovědí:

Tabulka č. 2

Úroveň vzdělání lidí ve městech a vesnicích v Afghánistánu				
možnosti	a)	b)	c)	d)
město	17	30	7	6
vesnice	20	20	3	17

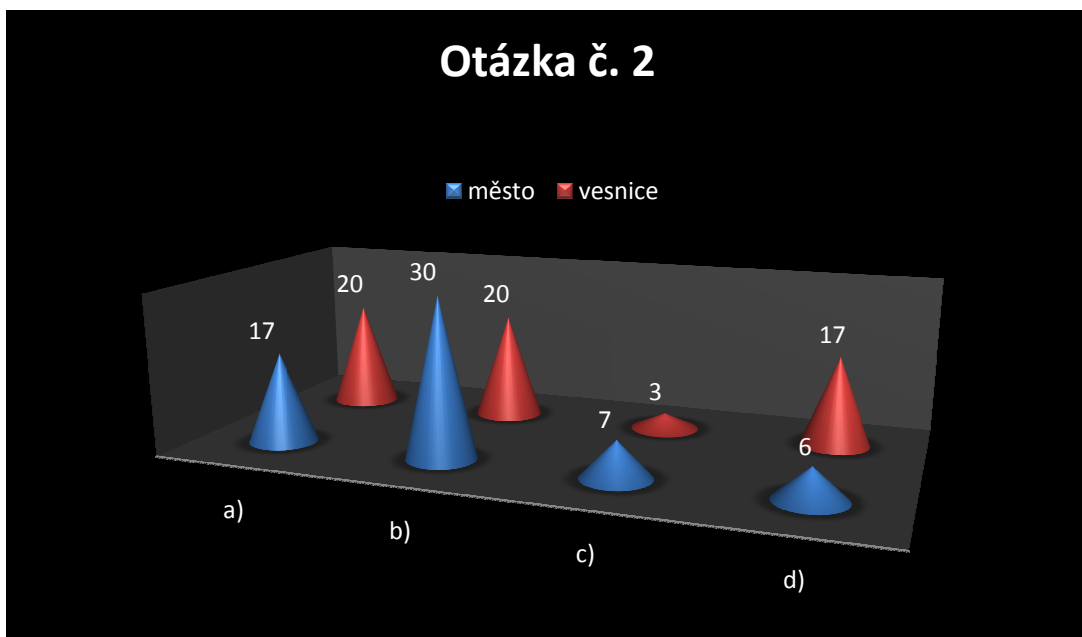


Graf č. 3a



Graf č. 3b

Otázka č. 2



Graf č. 3

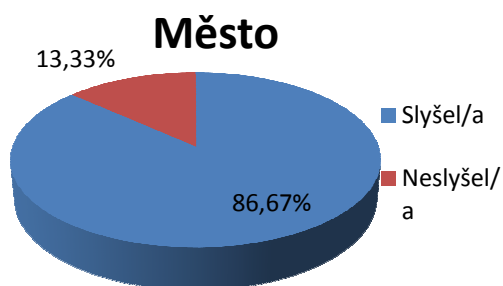
Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 3 : Slyšel jste o Tuberkulóze? a)Ano; b)Ne

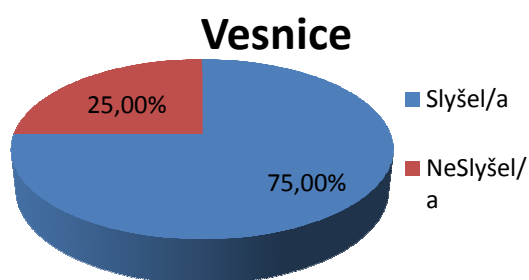
V otázce č. 3 jsem zjišťoval základní povědomí lidí o nemoci Tuberkulóza.

Tabulka.č.3

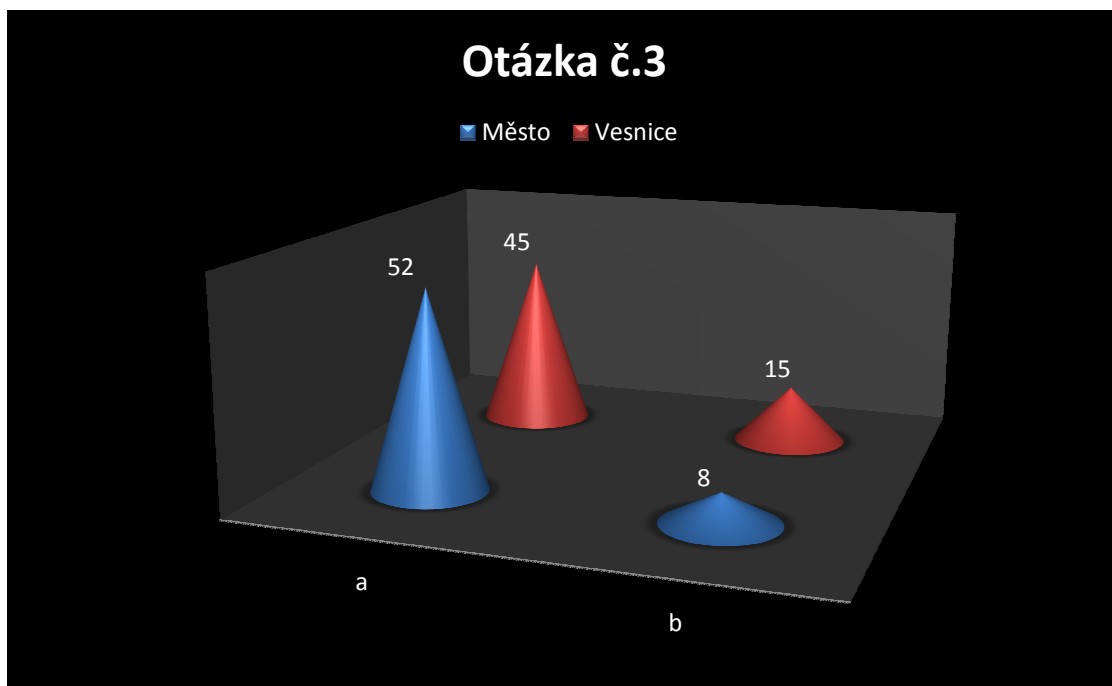
Možnosti	a	b
Město	52	8
Vesnice	45	15



Graf č. 4a



Graf č.4b



Graf č. 4

Zdroj: Vlastní výzkum

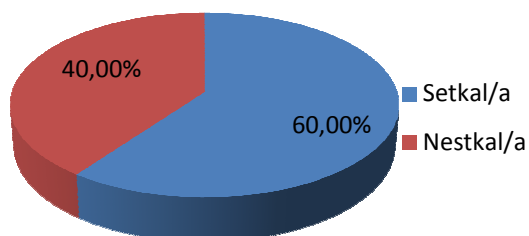
Otázka č. 4: Setkal/a jste se někdy s nemocí Tuberkulóza?a) Ano ; b) Ne

U otázky č.4 bylo potřeba zjistit kolik z dotazovaných se ve svém životě setkalo s Tuberkulózou. Respondenti odpovídali následovně:

Tabulka č. 4

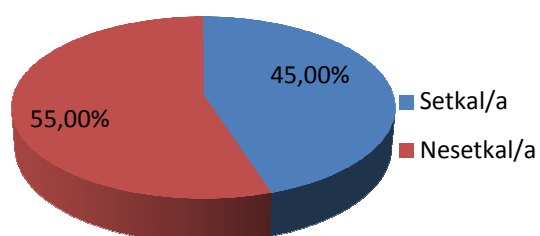
Možnosti	a)	b)
Město	36	24
Vesnice	27	33

Město

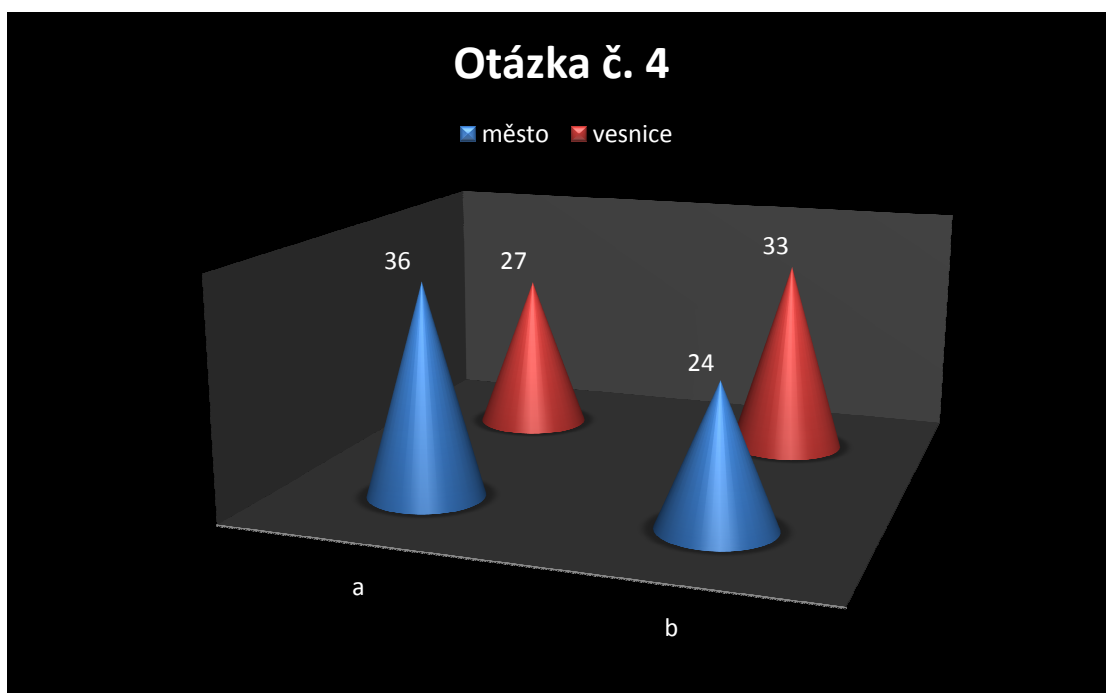


Graf č. 5a

Vesnice



Graf č. 5b



Graf č. 5

Zdroj: Vlastní výzkum

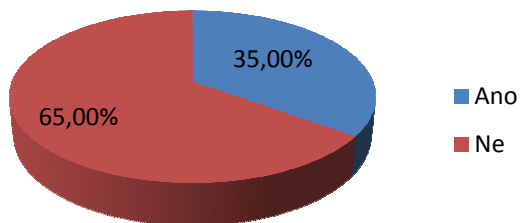
Otázka č.5: Byl někdo ve vaší rodině (ta, se kterou bydlíte v jednom bytě, domě) nemocný tuberkulózou? a) Ano; b) Ne

V otázce č. 5 respondenti potvrzovali a vyvraceli přítomnost nemoci přímo v nejbližší rodině.

Tabulka č. 5

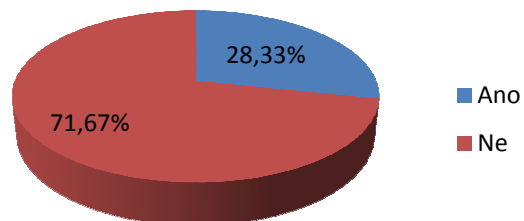
Možnosti	a)	b)
Město	21	39
Vesnice	17	43

Město

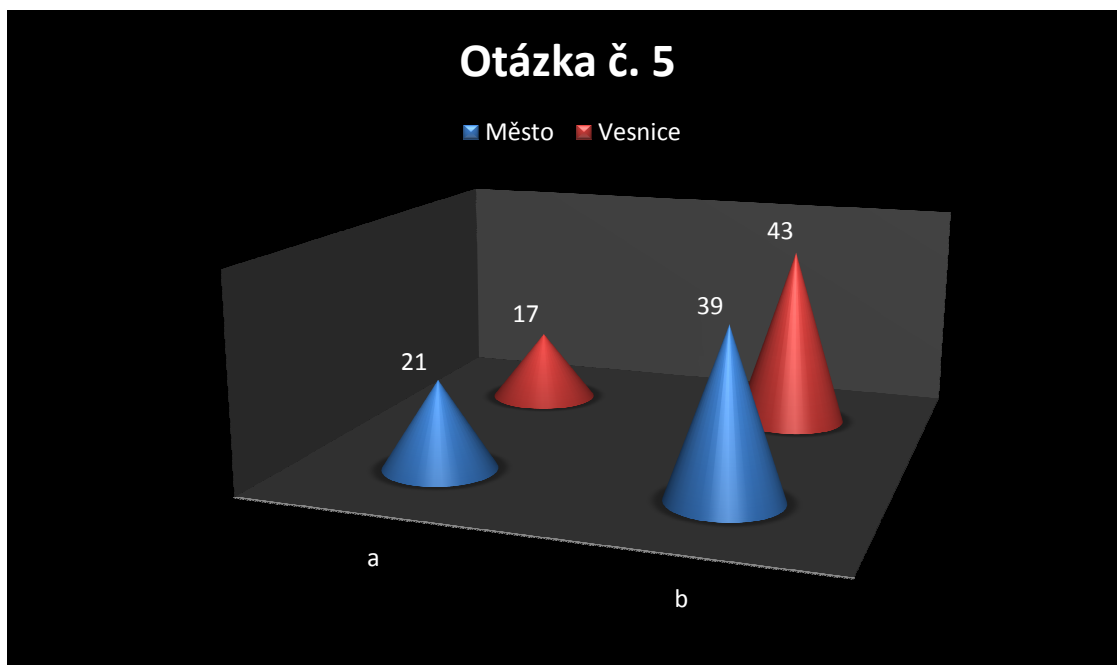


Graf č. 6a

Vesnice



Graf č. 6b



Graf č. 6

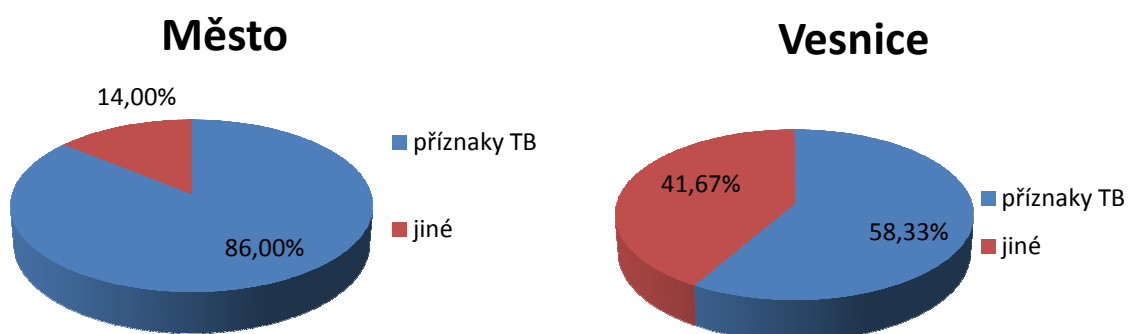
Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 6: Mezi první příznaky tuberkulózy patří: a) Kašel, který trvá déle než 2 týdny; únava a teplota; b) průjem; c) bolesti břicha

Otázka č. 6 ověřuje základní znalosti o prvních příznacích Tuberkulózy.

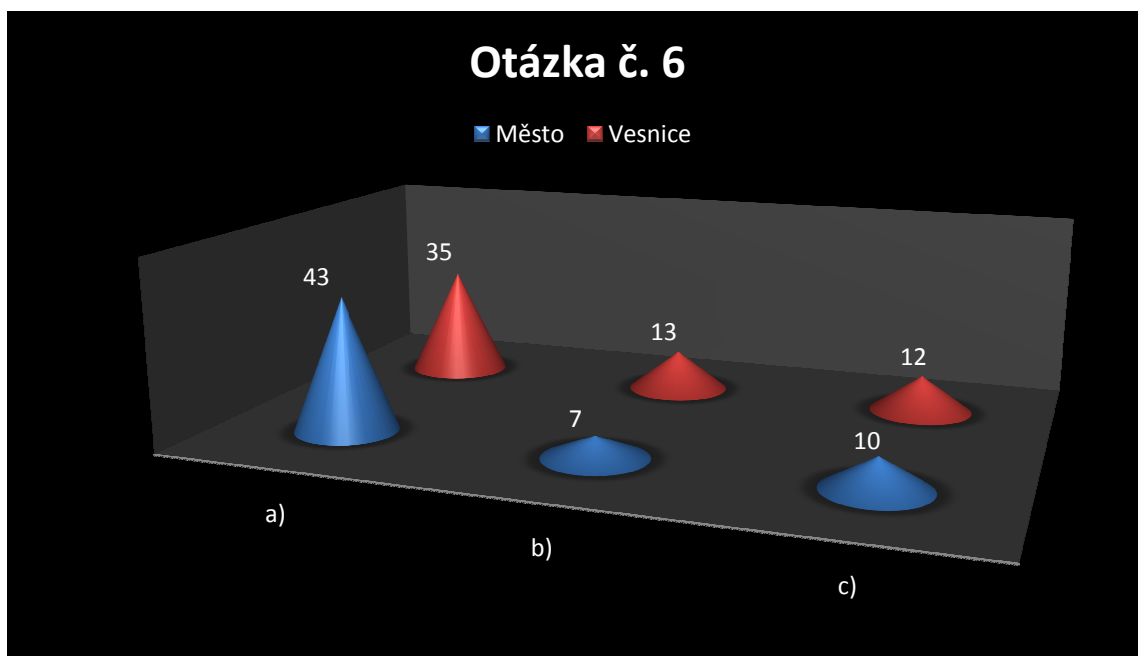
Tabulka č. 6

Možnosti	a)	b)	c)
Město	43	7	10
Vesnice	35	13	12



Graf č. 7a

Graf č. 7b



Graf č. 7

Zdroj: Vlastní výzkum

7) Jak se člověk může nakazit TBC? a) podáním ruky; b) přenosem vzduchu,(při styku s nakaženým, když nakažený kašle); c) používání stejného talíře, příboru při jídle

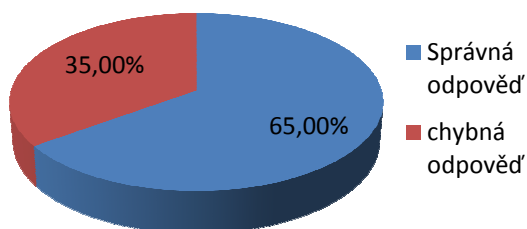
Otázka č. 7 slouží pro informace o povědomí respondentů o možnostech přenosu infekce.

Respondent zde uplatňuje své znalosti o přenosu TBC, čímž se začínáme orientovat k možnostem prevence před infekcí.

Tabulka č. 7

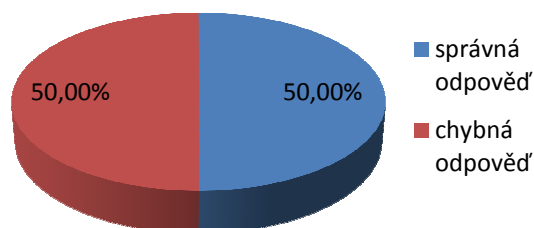
Možnosti	a	b	c
Město	11	39	10
Vesnice	17	30	13

Město

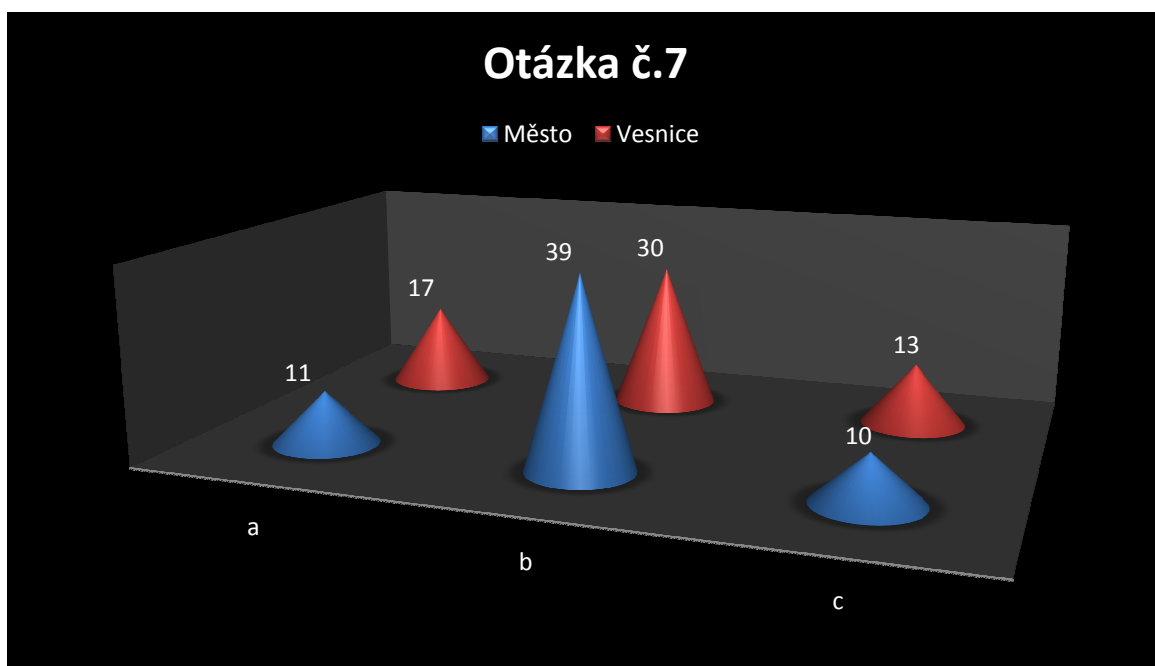


Graf č. 8a

Vesnice



Graf č. 8b



Graf č. 8

Zdroj: Vlastní výzkum

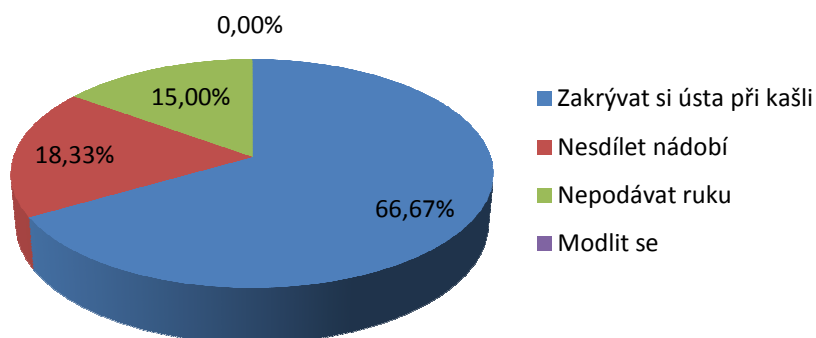
Otázka č. 8 Jaká by měla být opatření jako prevence před šířením TBC? a) zakrývat si ústa při kašli; b) nesdílet nádobí; c) nepodávat ruku; d) modlit se

Otázka č. 8 nám naskýtá pohled na základní vědomosti dotazovaných a správný postup v zabránění šíření infekce.

Tabulka č. 8

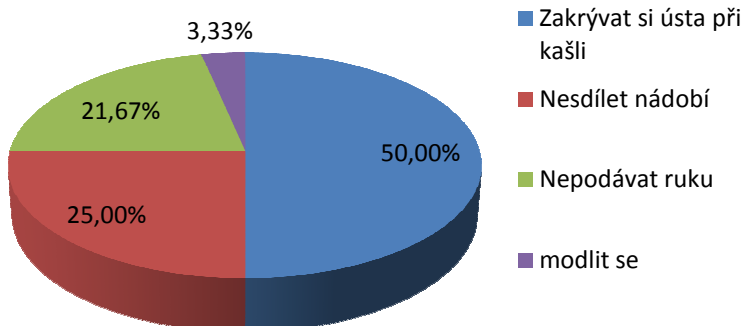
Možnosti	a)	b)	c)	d)
Město	40	11	9	0
Vesnice	30	15	13	2

Město

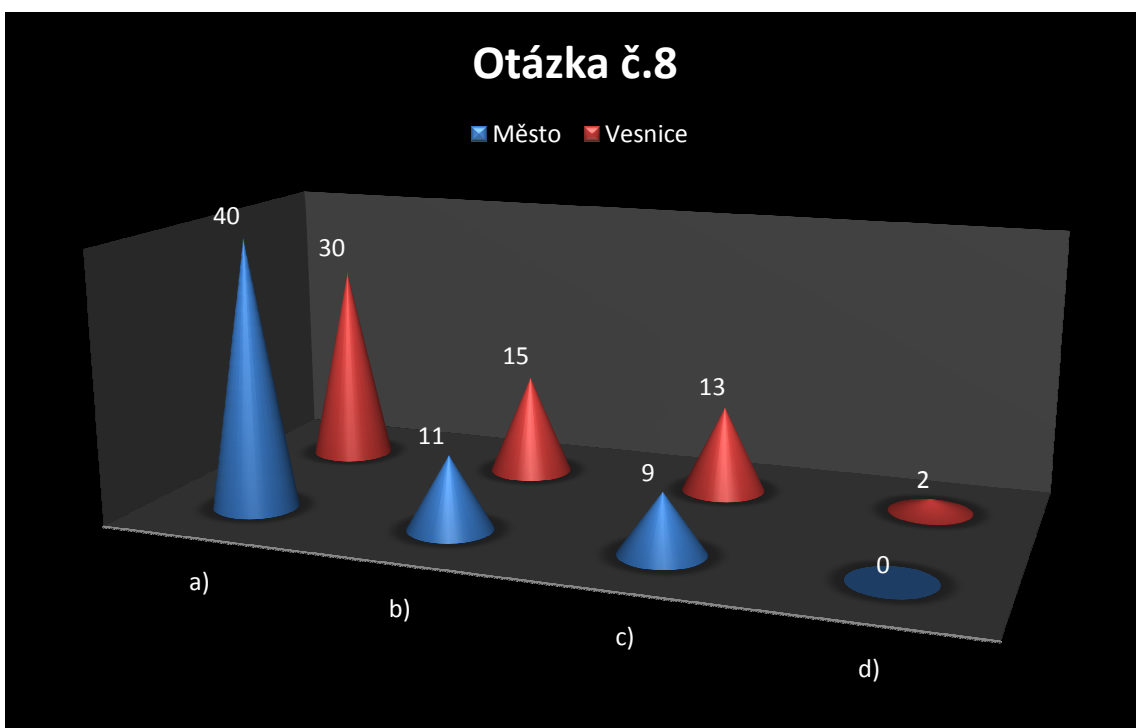


Graf č. 9a

Vesnice



Graf č. 9b



Graf č 9

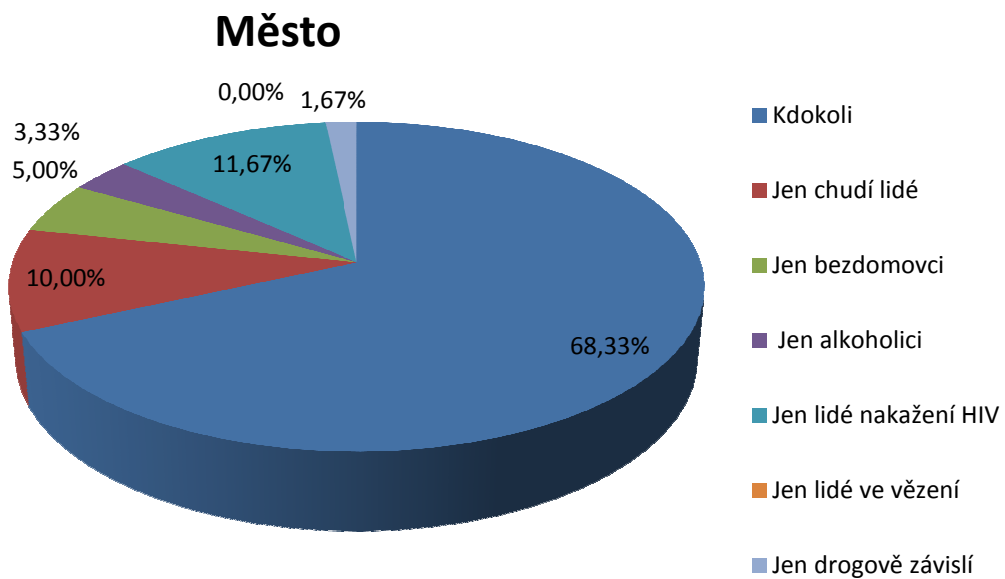
Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 9 : Kdo podle Vás může být nakažený TBC? a) kdokoli; b) jen chudí lidé; c) jen bezdomovci; d) jen alkoholici; e) jen lidé nakažení HIV; f) jen lidé ve vězení; g) jen drogově závislí

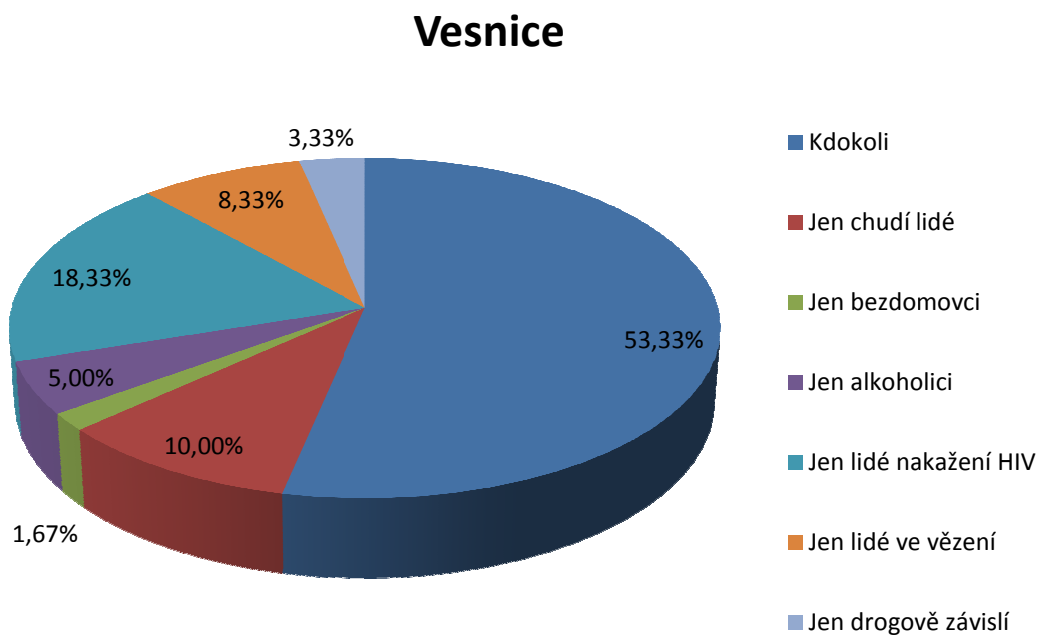
Otázka č. 9 nám umožňuje zajímavý pohled na názory respondentů ohledně přenosu Tuberkulózy a možnostech infekce.

Tabulka č. 9

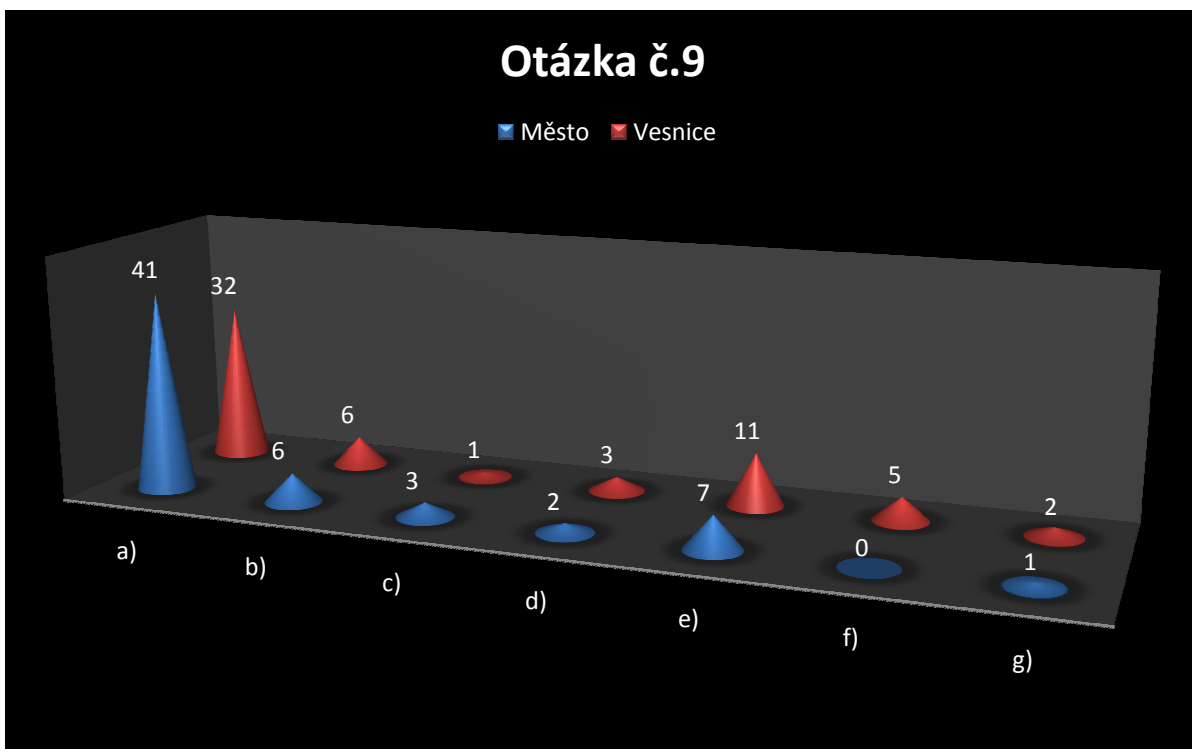
Možnosti	a)	b)	c)	d)	e)	f)	g)
Město	41	6	3	2	7	0	1
Vesnice	32	6	1	3	11	5	2



Graf č. 10a



Graf č. 10b



Graf č. 10

Zdroj: Vlastní výzkum

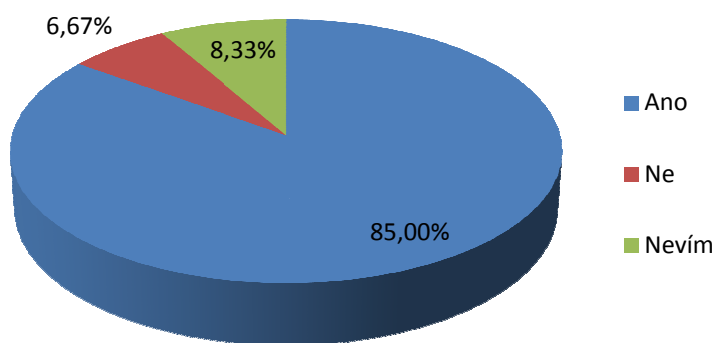
Otázka č. 10: Myslíte si, že může být TBC léčitelná? a) Ano; b) Ne; c) nevím

Otázka č. 10 se orientuje na jednu z nejzákladnějších informací o Tuberkulóze.

Tabulka č. 10

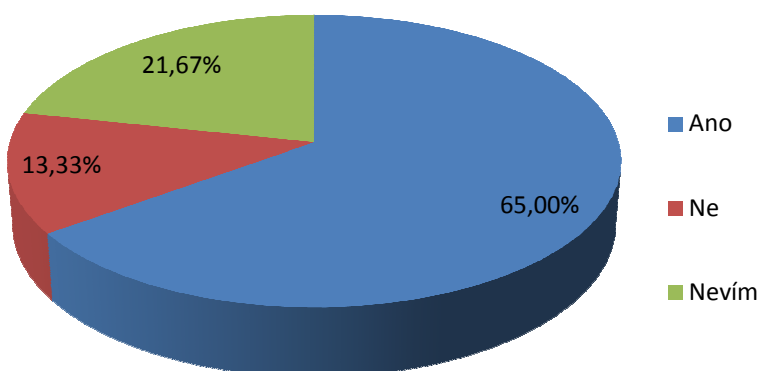
Možnosti	a)	b)	c)
Město	51	4	5
Vesnice	39	8	13

Město

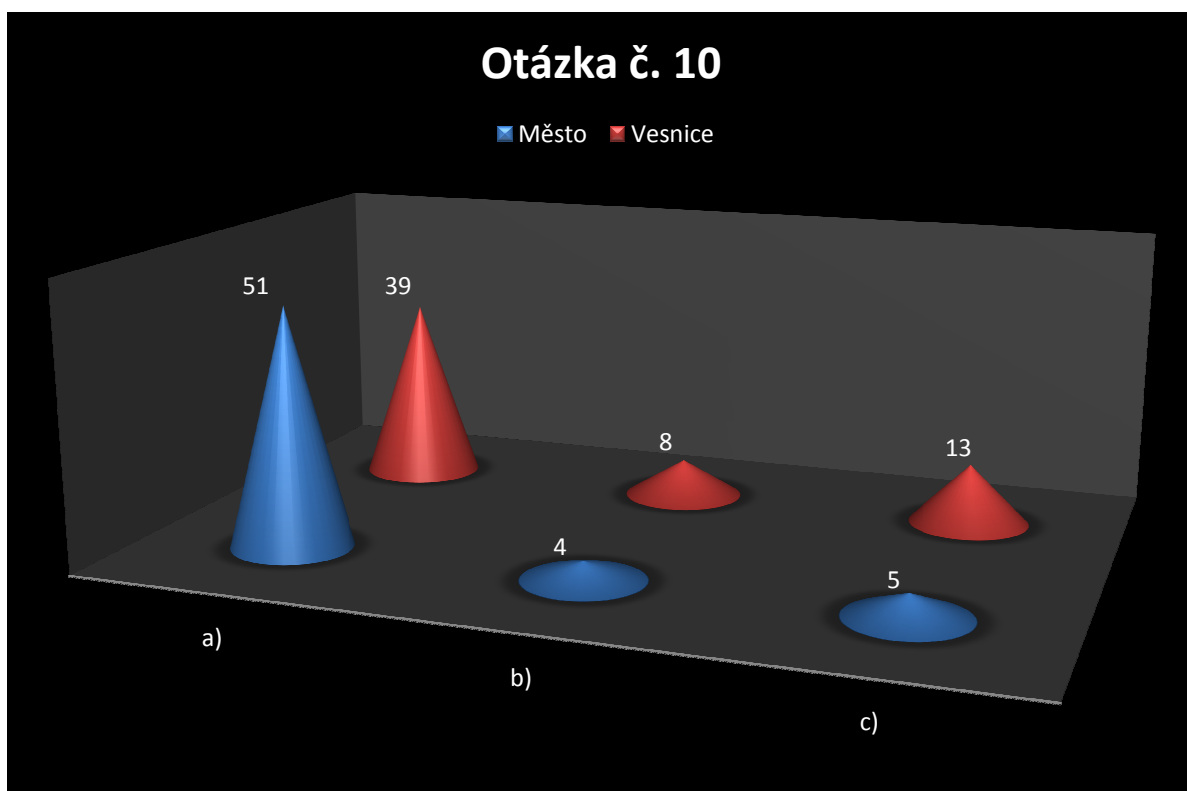


Graf č. 11a

Vesnice



Graf č. 11b



Graf č. 11

Zdroj: Vlastní výzkum

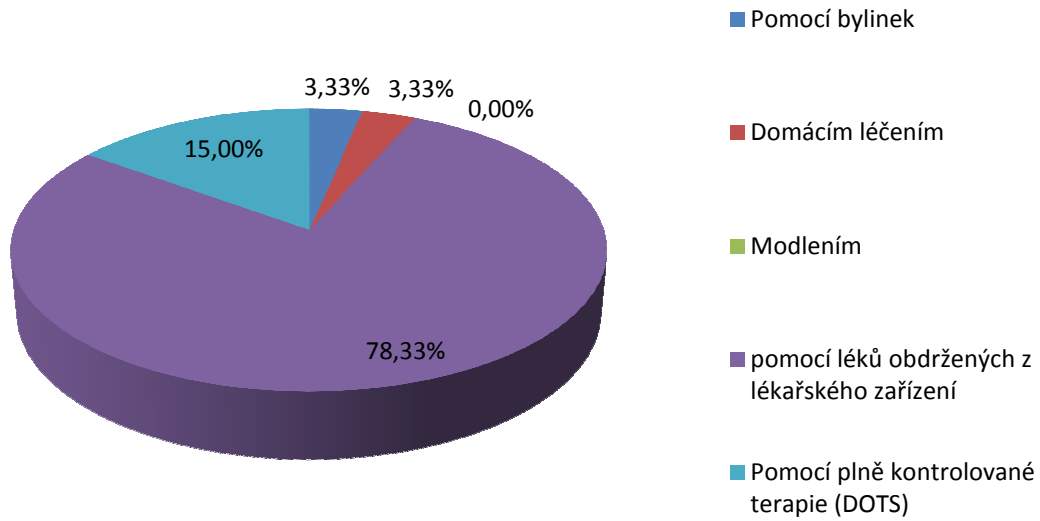
Otázka č. 11: Jak se může nakažený TBC léčit? a) pomocí bylinek; b) domácím léčením; c) modlením; d) pomocí léků obdržných z lékařského zařízení; e) Pomocí plně kontrolované terapie (DOTS)

Otázka č. 11 ověřuje informovanost respondentů o možnostech léčby TBC.

Tabulka č. 11

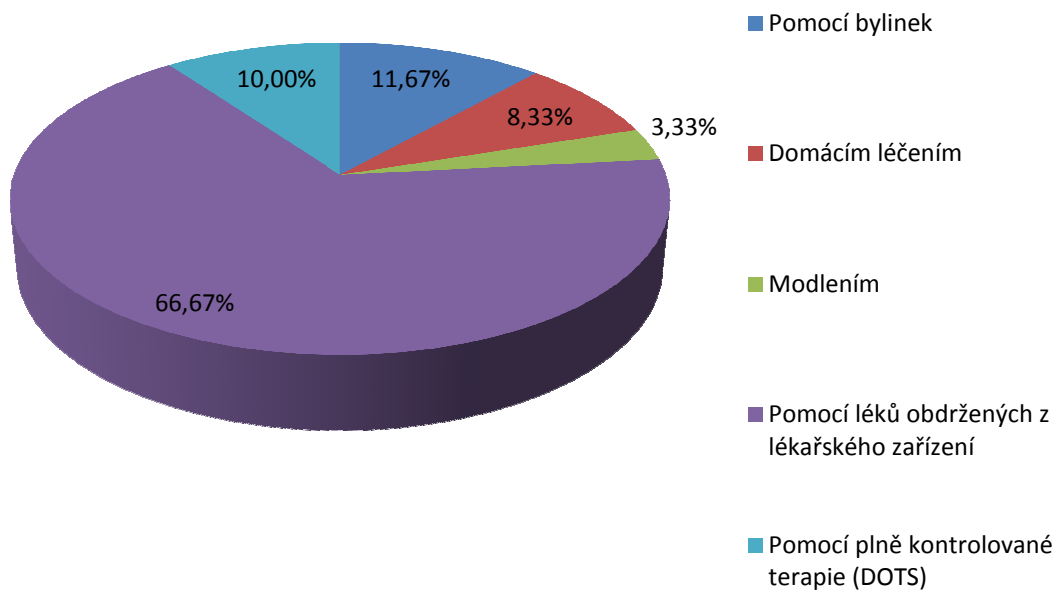
Možnosti	a)	b)	c)	d)	e)
Město	2	2	0	47	9
Vesnice	7	5	2	40	6

Město

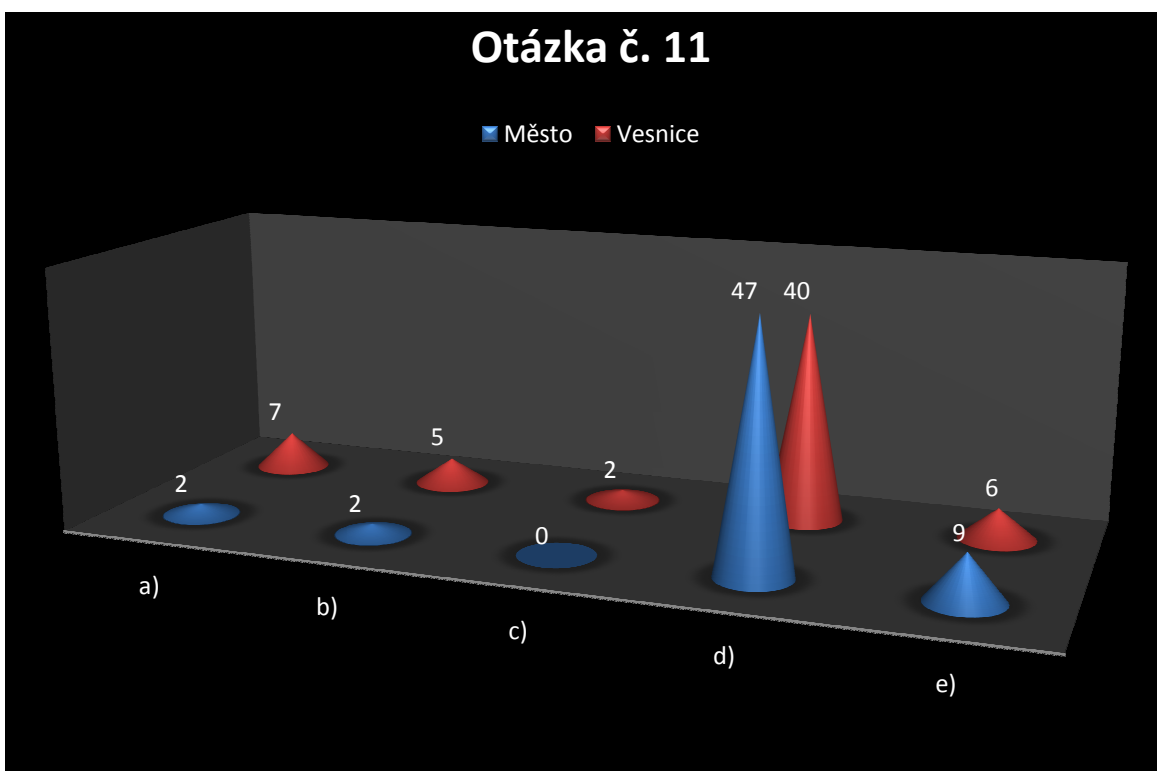


Graf č. 12a

Vesnice



Graf č. 12b



Graf č. 12

Zdroj: Vlastní výzkum

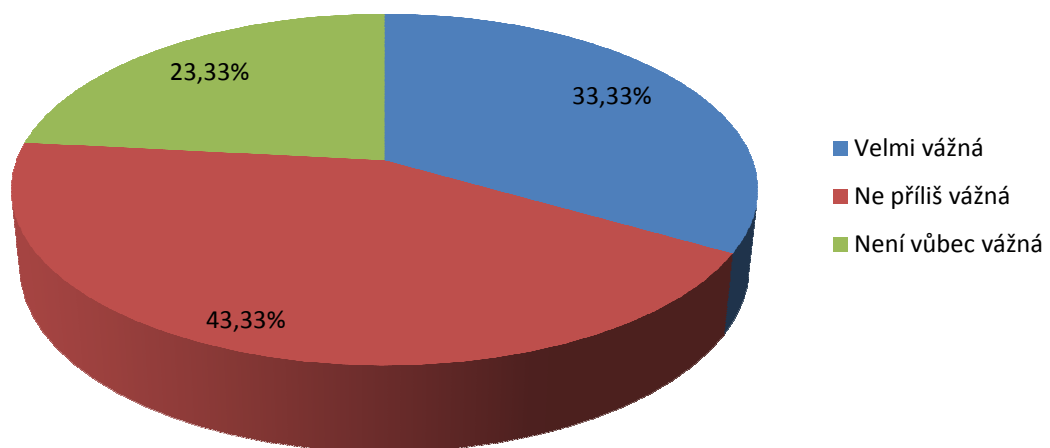
Otázka č. 12: Jak je podle Vás nákaza TBC vážná zde v Afghánistánu? a) velmi vážná; b) ne příliš vážná; c) není vůbec vážná

V otázce č. 12 dotazovaní sdělují svůj názor na onemocnění.

Tabulka č. 12

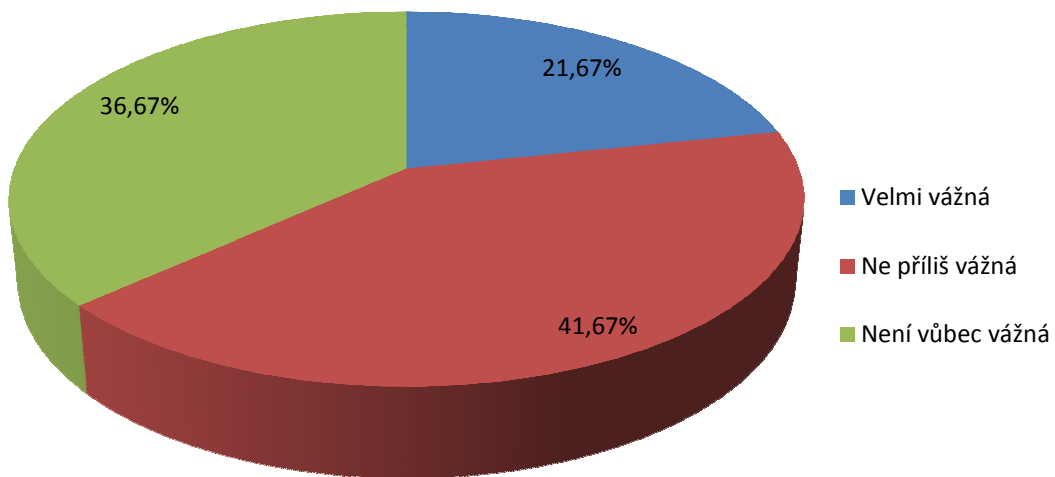
Možnosti	a)	b)	c)
Město	20	26	14
Vesnice	13	25	22

Město

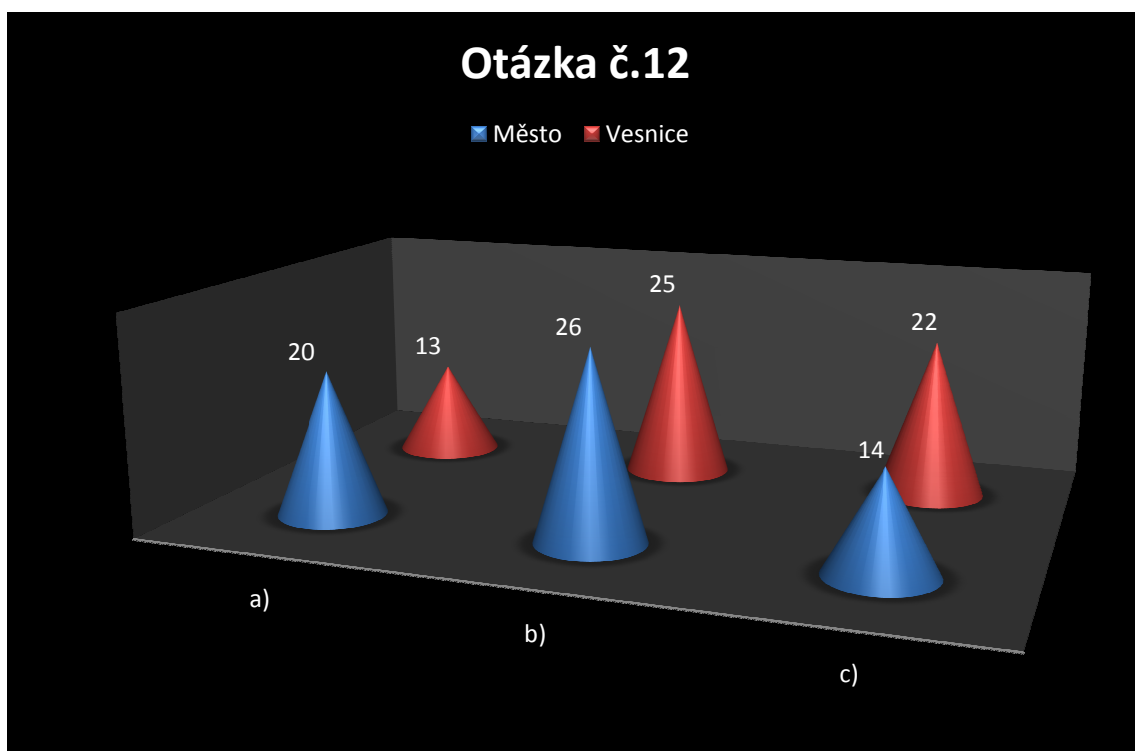


Graf č. 13a

Vesnice



Graf č. 13b



Graf č. 13

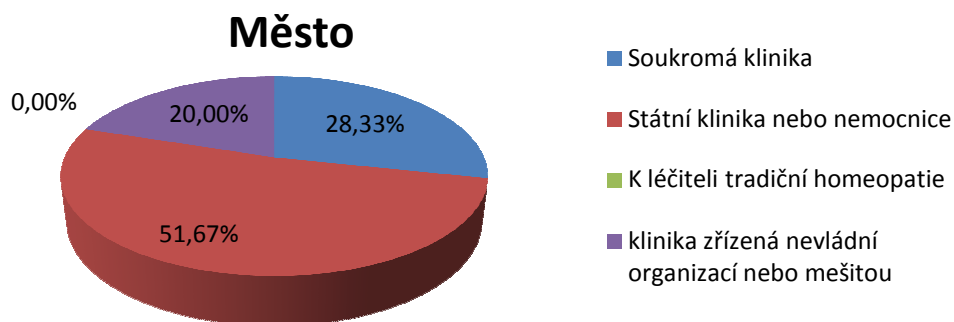
Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 13: Kam chodíte, když se cítíte/jste nemocní? a) soukromá klinika; b) státní klinika nebo nemocnice; c) k léčiteli tradiční homeopatie; d) klinika zřízená nevládní organizací nebo mešitou

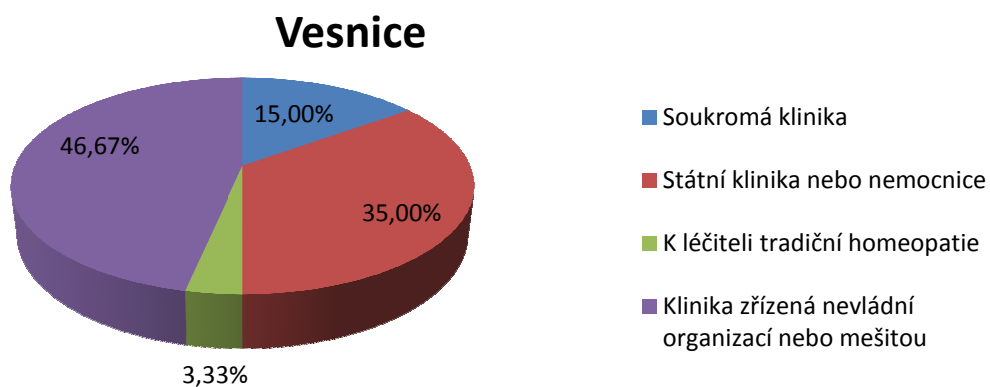
Otázka č. 13 ověřuje, kolik z respondentů navštěvuje lékaře, pokud jsou nemocní, a jaké způsoby léčby si volí.

Tabulka č. 13

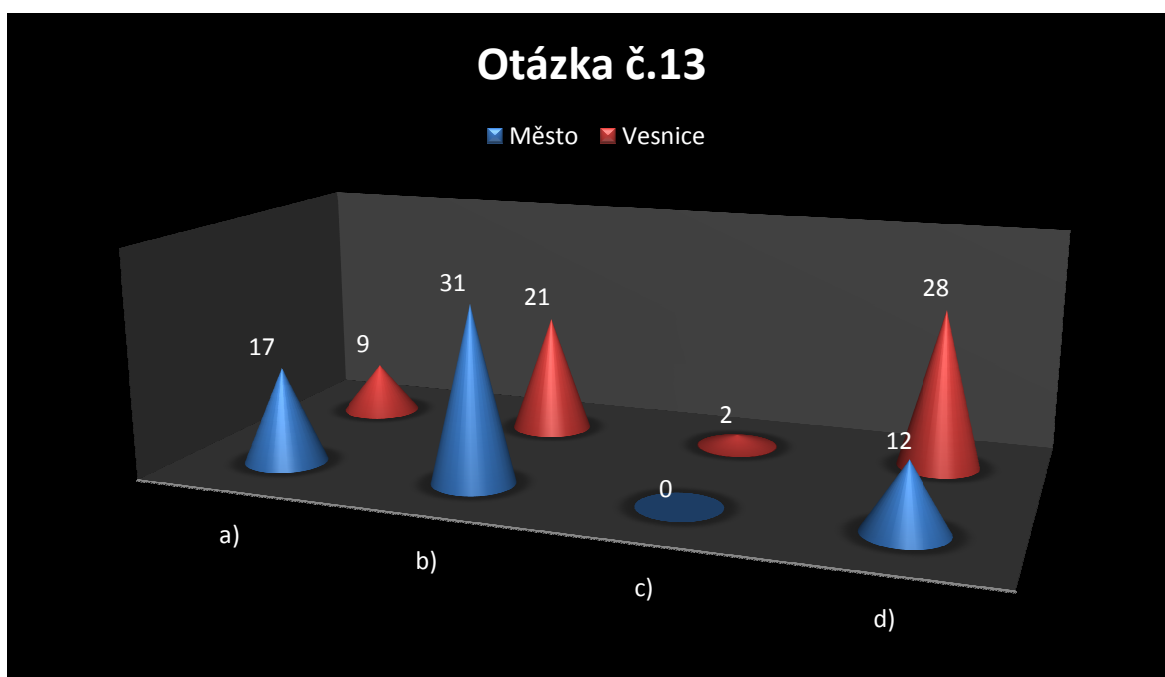
Možnosti	a)	b)	c)	d)
Město	17	31	0	12
Vesnice	9	21	2	28



Graf č. 14a



Graf č. 14b



Graf č. 14

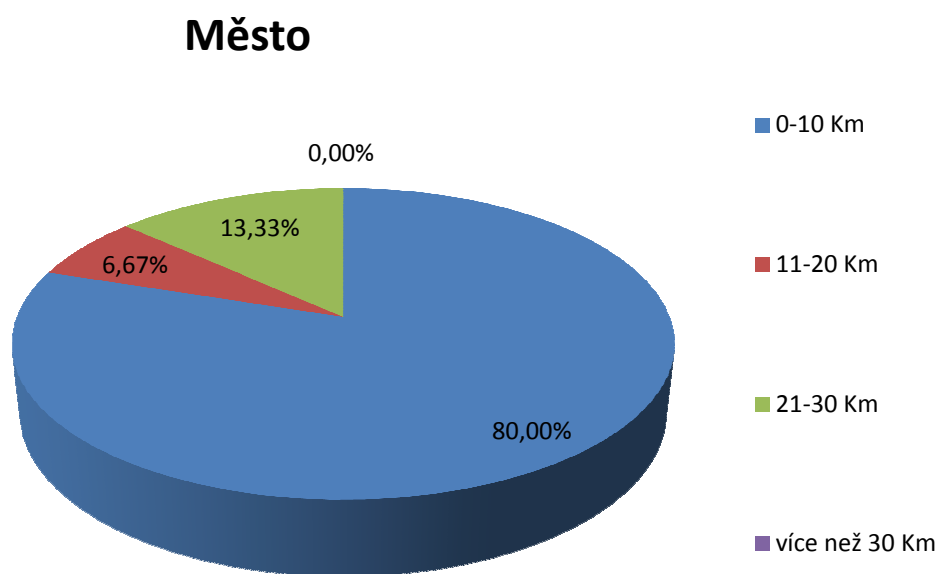
Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 14: Jak daleko bydlíte od nejbližšího zdravotnického zařízení/nemocnice? A) 0-10 km; b) 11-20 km; c) 21-30 km, d) více než 30 km

Díky otázce č. 14 si můžeme udělat obrázek o dostupnosti zdravotnických zařízení v okolí bydliště dotazovaných.

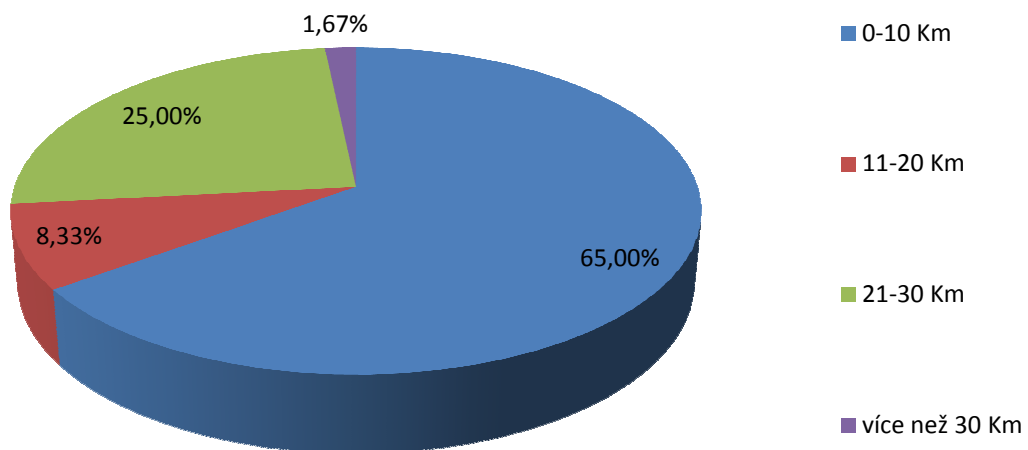
Tabulka č. 14

Možnosti	a)	b)	c)	d)
Město	48	4	8	0
Vesnice	39	5	15	1

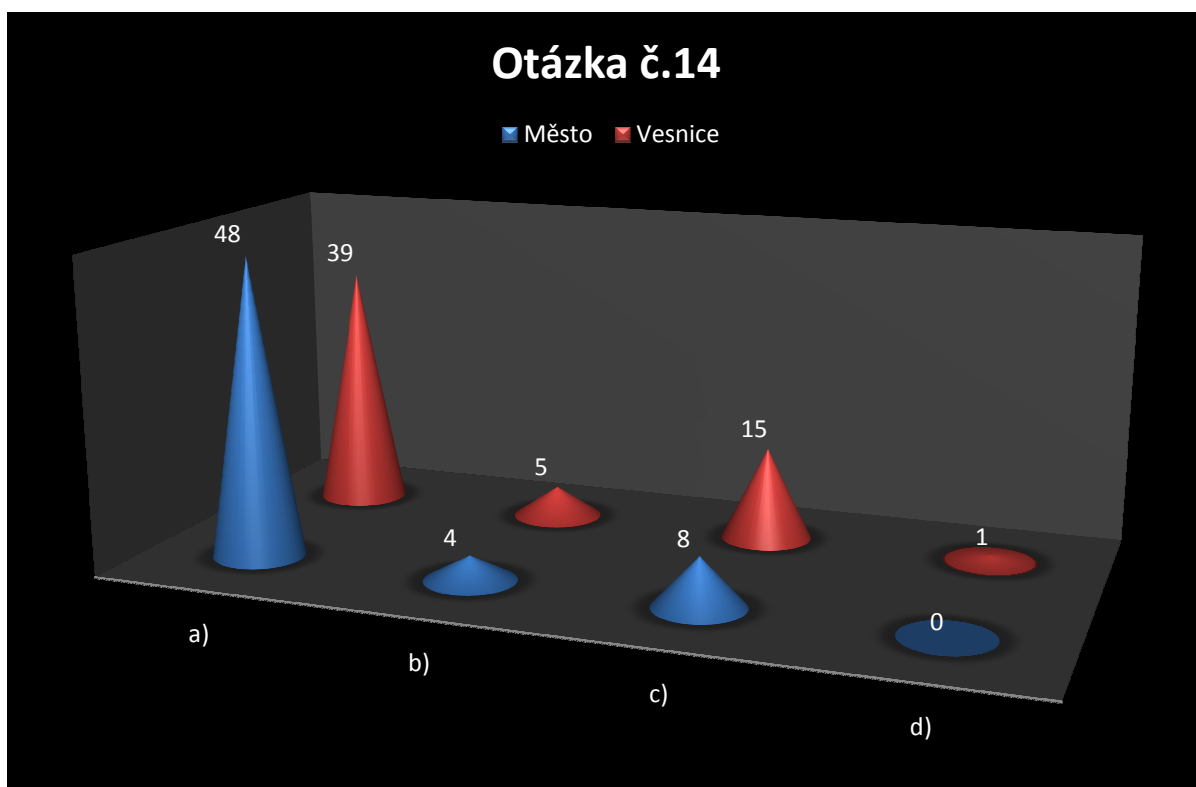


Graf č. 15a

Vesnice



Graf č. 15b



Graf č. 15

Zdroj: Vlastní výzkum

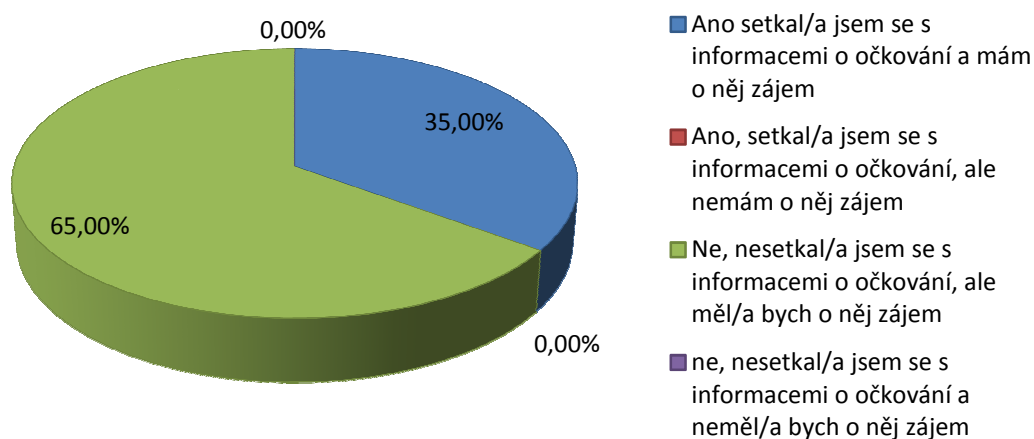
Otázka č. 15: Setkal/a jste se někdy s informacemi o očkování nebo jeho nabídkou/možností? Měl/a byste o očkování zájem? a) ano setkal/a jsem se s informacemi o očkování a mám o něj zájem; b) ano, setkal/a jsem se s informacemi o očkování, ale nemám o něj zájem; c) ne, nesetkal/a jsem se s informacemi o očkování, ale měl/a bych o něj zájem; d) ne, nesetkal/a jsem se s informacemi o očkování a neměl/a bych o něj zájem

Otázka č. 15 poukazuje na dostupnost informačního materiálu o Tuberkulóze, dostupného obyvatelům a jejich informovanosti o očkování.

Tabulka č. 15

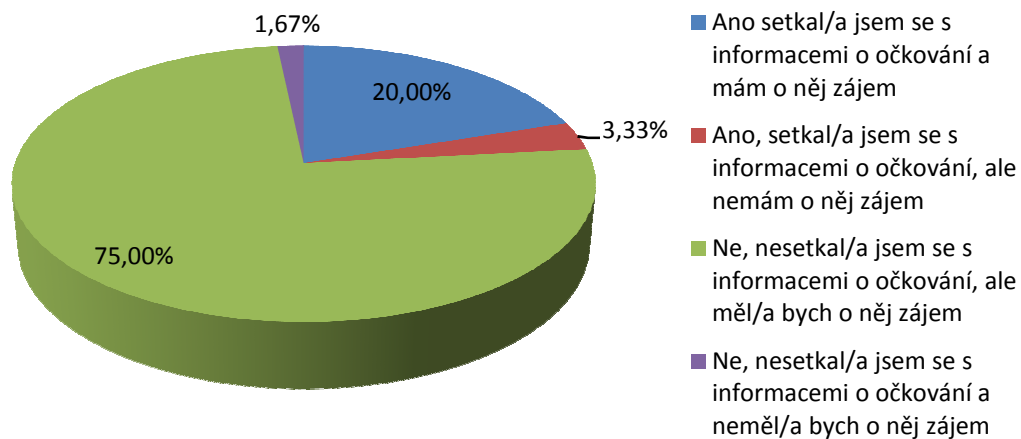
Možnosti	a)	b)	c)	d)
Město	21	0	39	0
Vesnice	12	2	45	1

Město

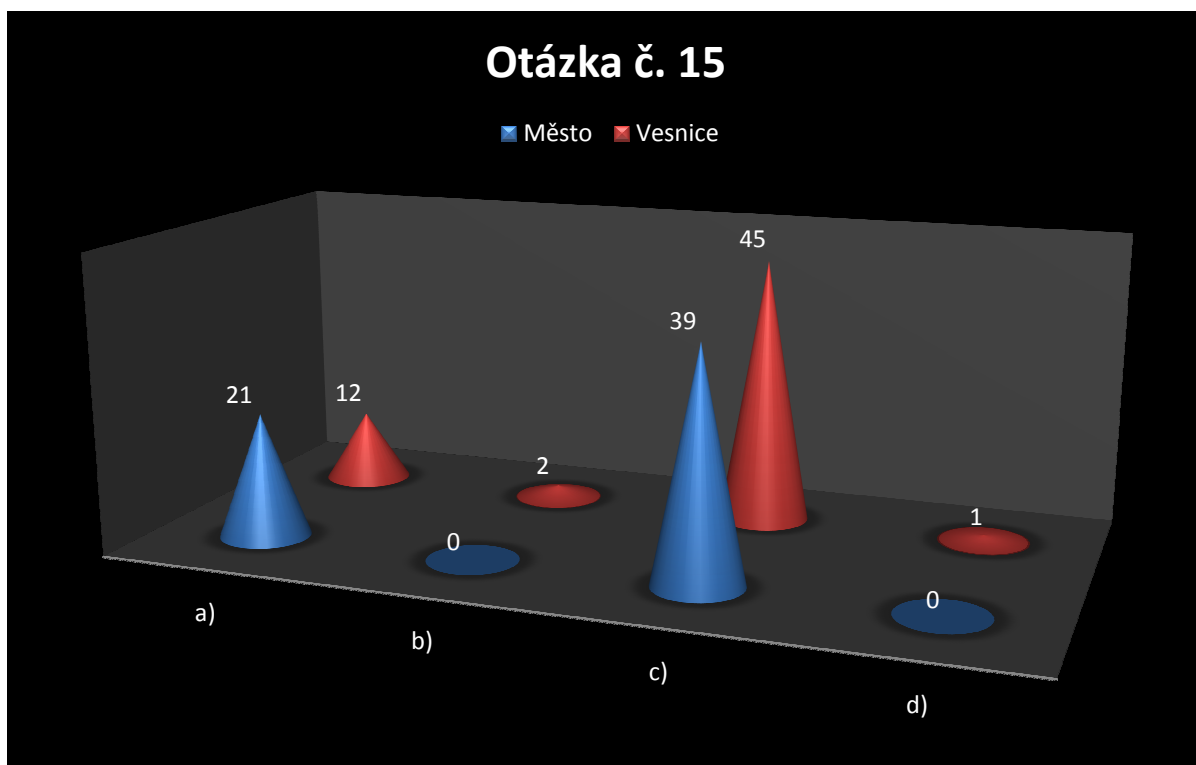


Graf č. 16a

Vesnice



Graf č. 16b



Graf č. 16

Zdroj: Vlastní výzkum

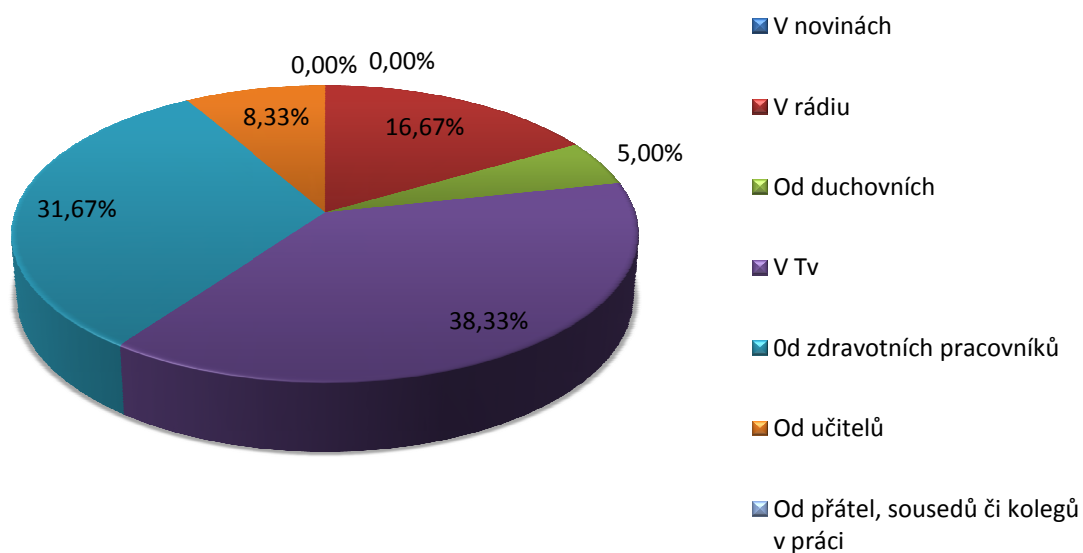
Otázka č. 16: Kdy jste se poprvé slyšel/a o TBC? a) v novinách; b) v rádiu; c) od duchovních; d) v TV; e) od zdravotních pracovníků; f) od učitelů; g) od přátel, sousedů či kolegů v práci

Otázka č. 16 nám pomáhá určit, z jakých zdrojů se lidé nejčastěji dozvídají informace o Tuberkulóze, případně kde by bylo vhodné tyto informace více propagovat.

Tabulka č. 16

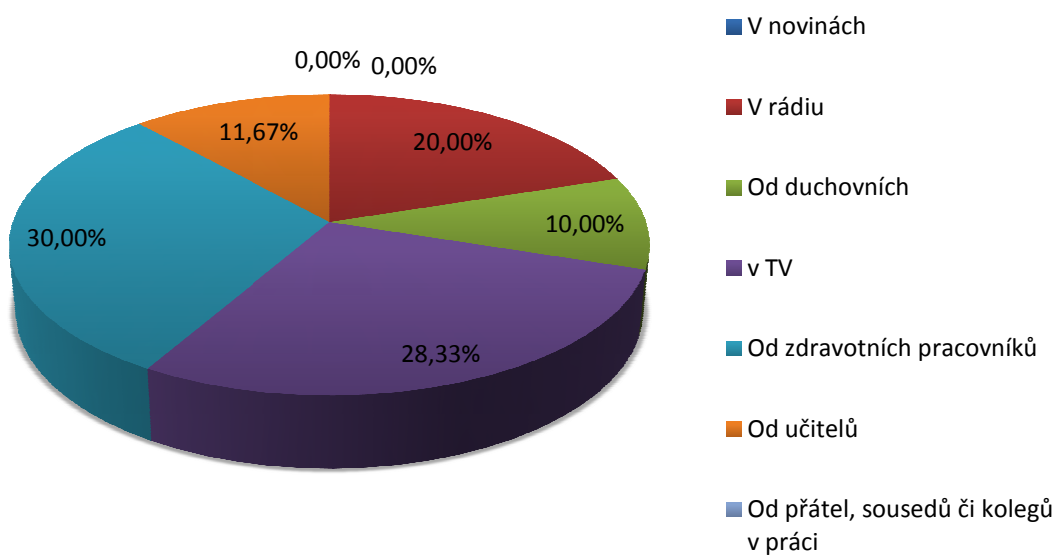
Možnosti	a)	b)	c)	d)	e)	f)	g)
Město	0	10	3	23	19	5	0
Vesnice	0	12	6	17	18	7	0

Město

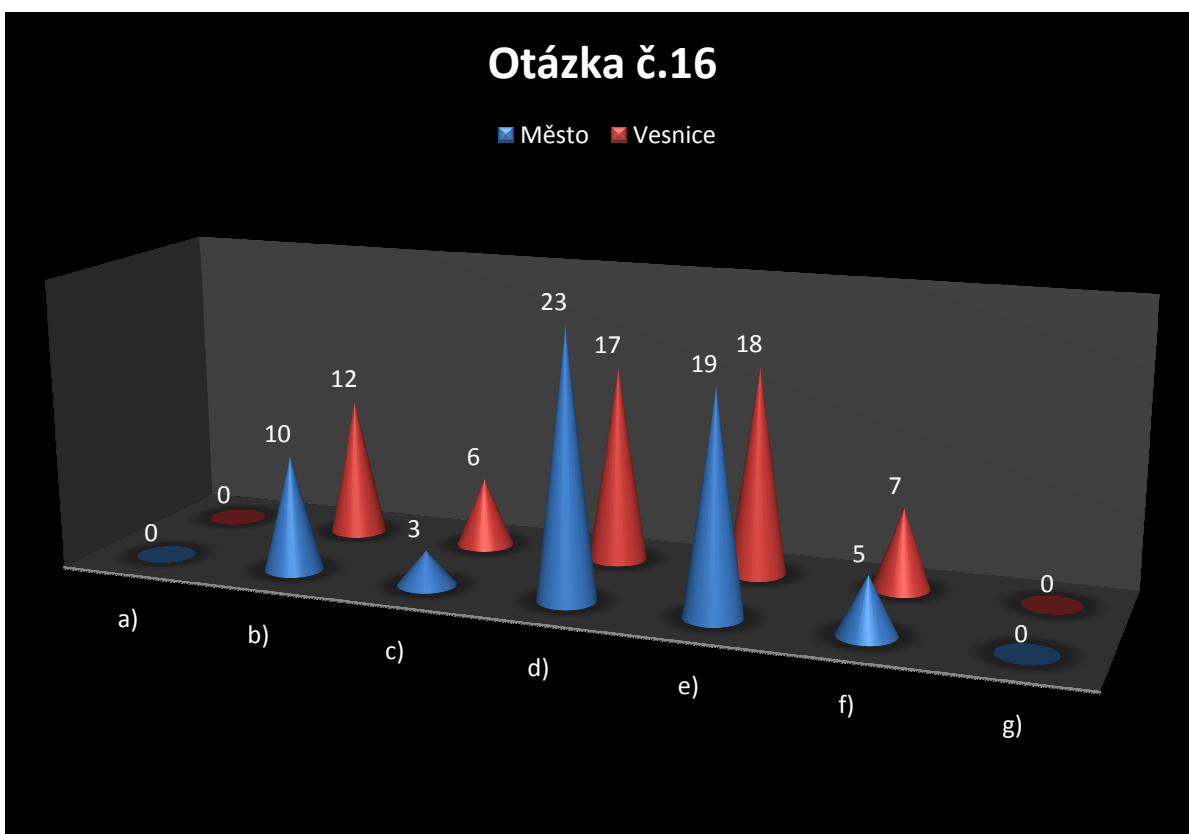


Graf č. 17a

Vesnice



Graf č. 17b



Graf č. 17

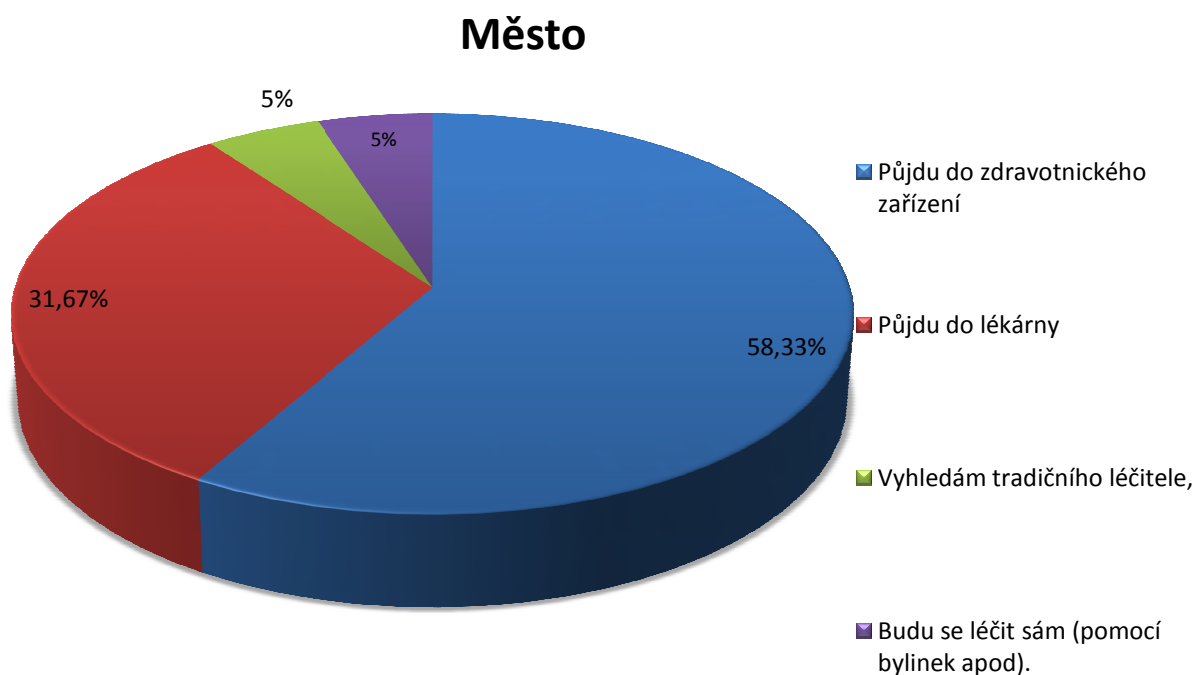
Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 17 Co byste dělal/a, pokud by se u Vás objevily příznaky TBC? a) půjdu do zdravotnického zařízení; b) půjdu do lékárny; c) vyhledám tradičního léčitele; d) budu se léčit sám (pomocí bylinek apod.).

Respondenti odpovídají, jak by byla jejich reakce v případě podezření, že jsou infikováni TBC.

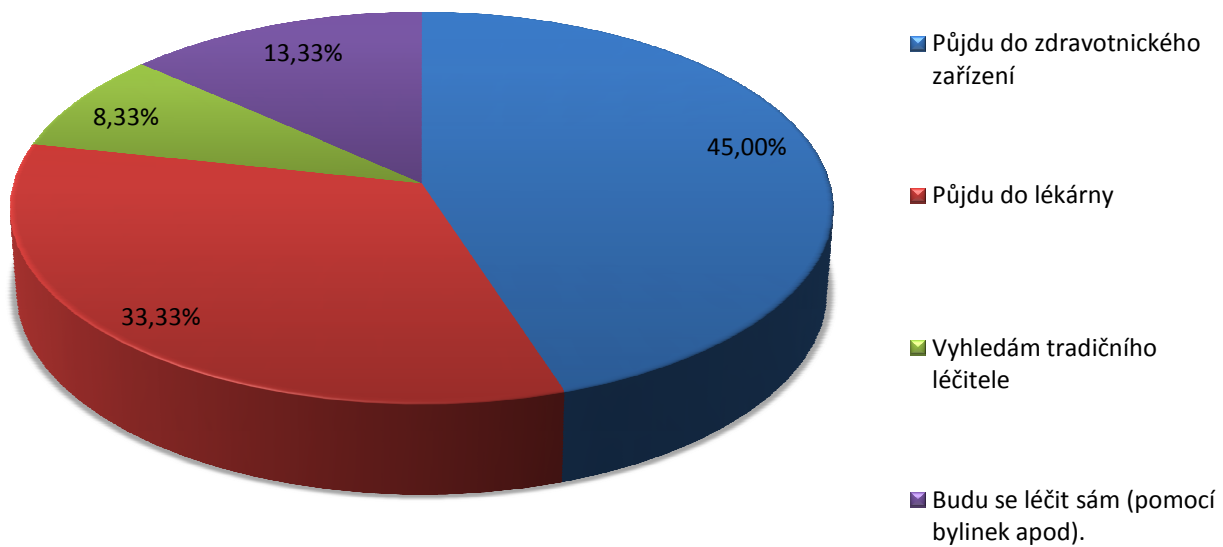
Tabulka č. 17

Možnosti	a)	b)	c)	d)
Město	35	19	3	3
Vesnice	27	20	5	8

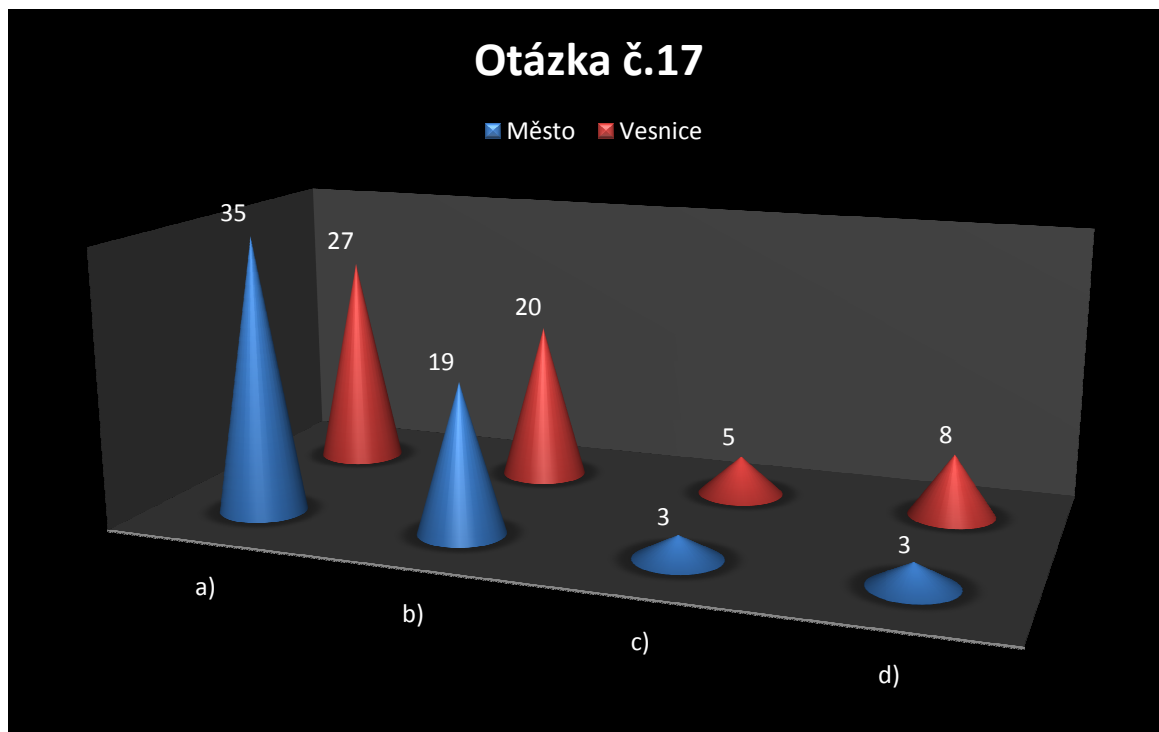


Graf č. 18a

Vesnice



Graf č. 18b



Graf č. 18

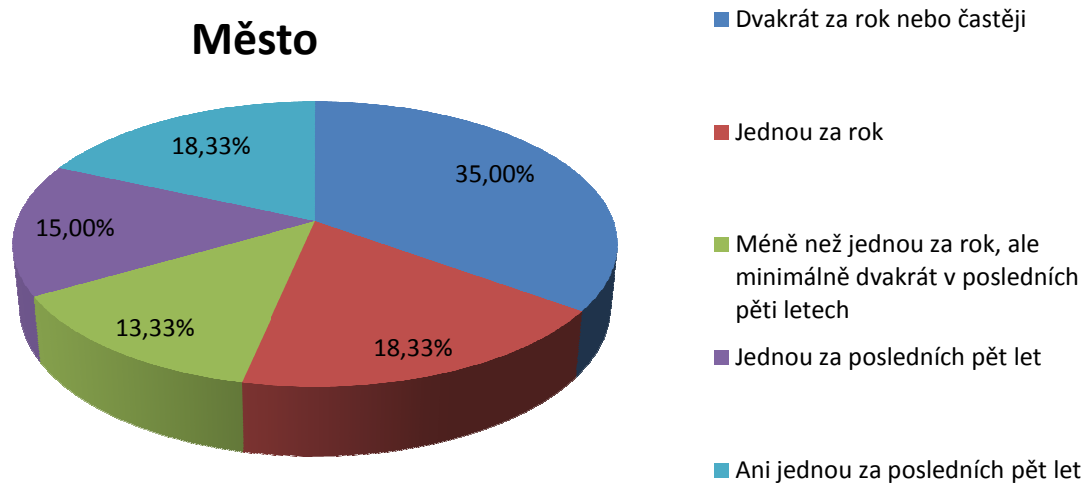
Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 18 Jak často vyhledáváte zdravotní péči na klinice nebo v nemocnici? a) dvakrát za rok nebo častěji; b) jednou za rok; c) méně než jednou za rok, ale minimálně dvakrát v posledních pěti letech; d) jednou za posledních pět let; e) ani jednou za posledních pět let.

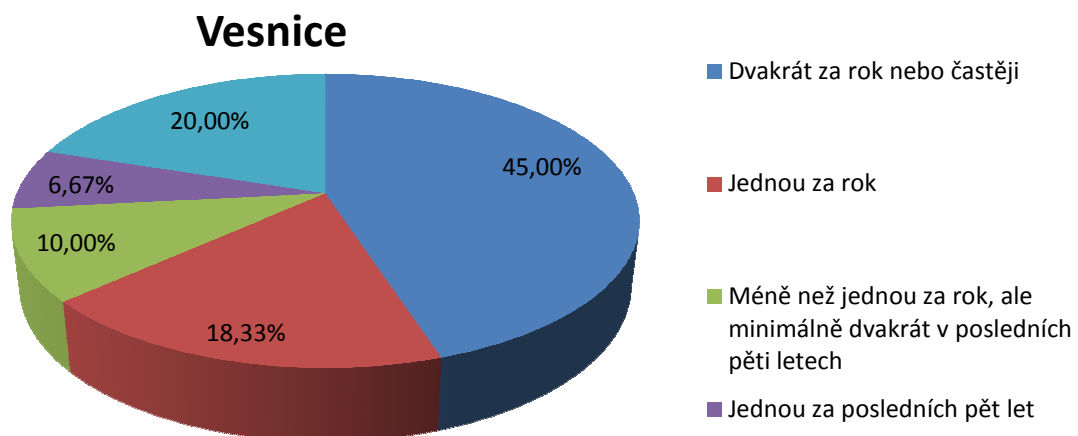
V otázce č. 18 bylo úkolem zjistit, jak často respondenti vyhledávají lékařskou péči, v případě onemocnění.

Tabulka č. 18

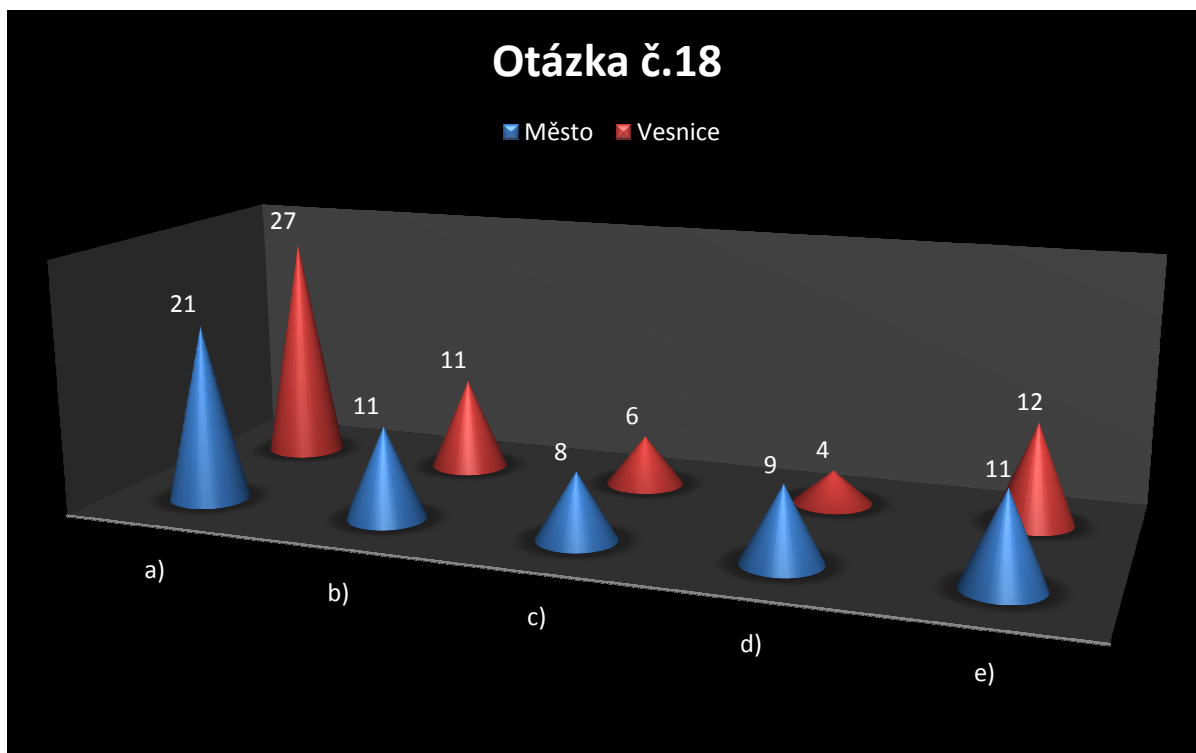
Možnosti	a)	b)	c)	d)	e)
Město	21	11	8	9	11
Vesnice	27	11	6	4	12



Graf č. 19a



Graf č. 19b



Graf č. 19

Zdroj: Vlastní výzkum

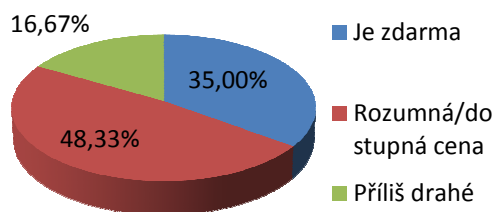
Otázka č. 19 Kolik si myslíte, že stojí vyšetření a léčba TBC u nás/v Afghánistánu? a) je zdarma; b) rozumná/dostupná cena; c) příliš drahé

V otázce č. 19 hraje opět hlavní roli informovanost respondentů.

Tabulka č. 19

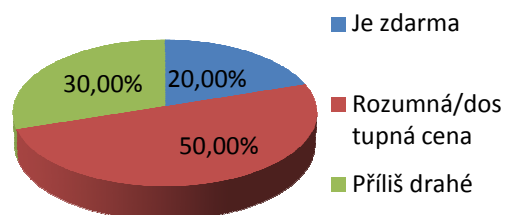
Možnosti	a)	b)	c)
Město	21	29	10
Vesnice	12	30	18

Město

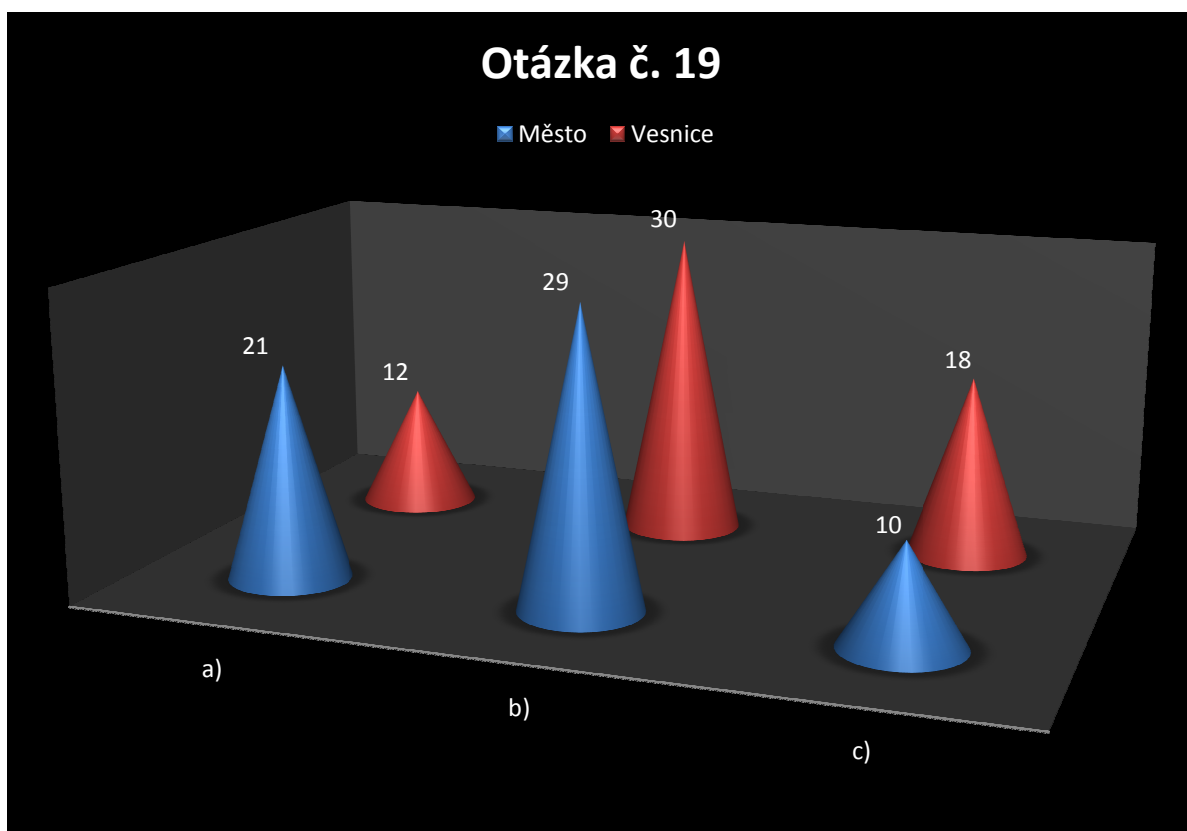


Graf č. 20a

Vesnice



Graf č. 20b



Graf č. 20

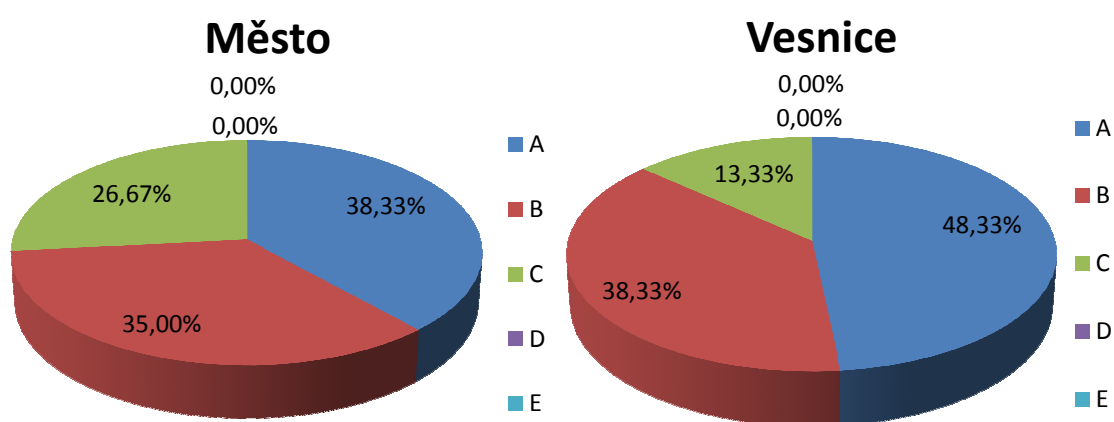
Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 20: Ve kterém z následujících prohlášení ohledně vašeho názoru na lidi postižené TBC nejvíce souhlasíte: a) Soucítím s nimi a chci jim pomoci; b) Soucítím s nimi, ale mám tendenci se držet v bezpečné vzdálenosti od nakaženého; c) Mám strach, protože mě mohou nakazit; d) Je to jejich problém a já nemohu dostat TB; e) Nestarám se o to/Je mi to jedno.

Otázka č. 20 se zaměřuje na sociální cítění a na postoj, který respondenti chovají k lidem trpícím Tuberkulózou. Snaha pomoci řešit problém druhého člověka může být v tomto případě záslužnou činností.

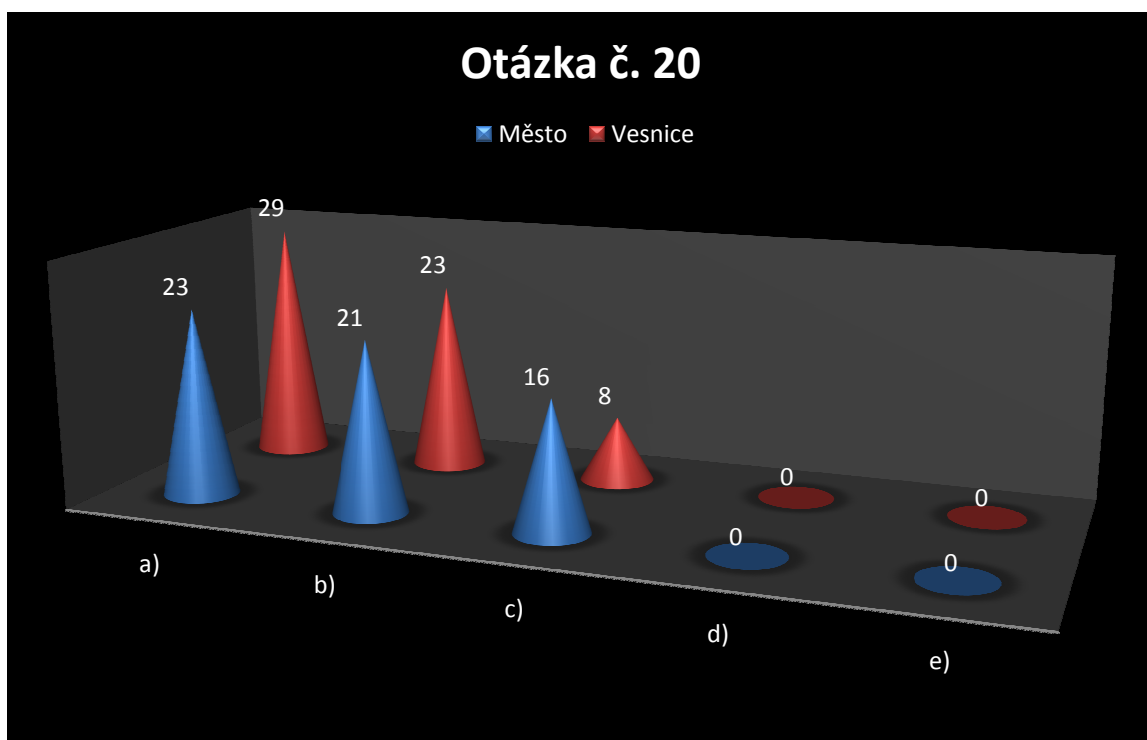
Tabulka č. 20

Možnosti	a)	b)	c)	d)	e)
Město	23	21	16	0	0
Vesnice	29	23	8	0	0



Graf č. 21a

Graf č. 21b



Graf č. 21

Zdroj: Vlastní výzkum

V. Diskuse

V Bakalářské práci jsem se pokusil nahlédnout do problematiky Tuberkulózy v Afghánistánu, a na základě výsledků pak vyvrátit nebo potvrdit dané hypotézy. Výzkum byl uskutečněn v Afghánistánu, v hlavním městě Kábul a ve vesnicích severně od Kábulu. Výzkum probíhal formou kvantitativní. Dotazník byl anonymní a byl sestaven z otázek uzavřených. Cílová skupina byla sestavena ze 120 lidí ve věku 20-25 let, dále dělena na 60 lidí z města a 60 lidí z vesnice, 60 mužů a 60 žen. Během dvou měsíců pobytu v Afghánistánu jsem nasbíral 120 dotazníků od respondentů. Celkový počet dotazníků byl 120. Výzkum jsem prováděl osobním kontaktem s dotazovanými, dotazník respondent vyplňoval na místě. Záměrně jsem vyhledával ženy, nebo muže, podle potřeby. Dosáhnout stejného počtu u obou pohlaví bylo náročné, jelikož ženy na vesnicích spolupracovaly hůře, než ženy ve městě. V diskusi se budu zamýšlet nad výsledky výzkumu a budu je porovnávat s informacemi teoretickými a vlastním názorem.

V první otázce jsem se zaměřil na rozčlenění respondentů do skupin z města a vesnice, kvůli dalšímu výzkumu. Tuto otázku jsem zvolil, abych mohl objektivně porovnávat znalosti lidí o Tuberkulóze na vesnici, a ve městě, také aby byly v dotazníku zastoupeny obě pohlaví ve stejném počtu. Všechny otázky v dotazníku obsahují informace z města a z vesnice zvlášť, aby bylo možné objektivně srovnávat výsledky. Nejtěžší úkol, zde spočíval v nalezení 30 žen z vesnice, protože ženy se po vesnici přes den moc nepohybují, většinu času tráví doma. K jejich nalezení mi pomohli místní chlapci, kteří měli o ženách přehled.

Otázka č.2 je zaměřena na míru vzdělanosti respondentů. Některé čtvrti v Kábulu jsou dobře zaopatřeny a všichni obyvatelé studují, naopak některé jiné čtvrti jsou na tom ekonomicky hůře, proto je tam například těžké najít studující obyvatele. Kvůli objektivnosti této otázky jsem objížděl různé oblasti, aby byl zaručen kvalitní výsledek. Na vesnice jsem vyrazil v pátek, což je v Afghánistánu jediný volný den v týdnu, proto jsem měl možnost narazit i na vysokoškolské studenty, kteří jedou na volný den domů. Pátek jsem volil ze strategických důvodů, v tuto dobu je totiž na vesnici nejvíce lidí, všichni se jdou modlit, proto je ideální příležitost pro nalezení respondentů.(graf č. 3a) Z 60 lidí žijících ve městě 28,33% studovalo základní školu, celých 50% studovalo střední školu, 11,67% respondentů studuje nebo studovalo v Univerzitě a 10% odpovídajících nemá žádné vzdělání.

(graf č. 3b) Z 60 lidí žijících na vesnici 33,33% studovalo základní školu, 33,33% studovalo střední školu, 5% studuje, či studovalo v Univerzitě a 28,33% z respondentů nemá žádné vzdělání. Graf 3 jasně ukazuje, že nejvíce respondentů má středoškolské vzdělání, a to jak na vsi, tak ve městě.

V otázce č. 3 byl úkol zjistit, jak je Tuberkulóza mezi lidmi známá. Jestli je známa pod svým jménem, zda nikoliv. Mezi lidmi z města (graf č.4a) 86,67% respondentů nemoc zná, 13,33% respondentů neví, o jakou nemoc se jedná, neslyšeli o ní. Na vesnicích (graf č. 4b) je povědomí o Tuberkulóze o něco nižší, 75,00% odpovídajících o TBC slyšelo, 25,00% lidí o nemoci není informováno, neslyšeli o ní. Z grafu č. 4 vyplývá, že obecná znalost Tuberkulózy je na dobré úrovni, jak ve městě, tak na vesnicích.

Otázka č. 4 ověřuje, zda se respondent setkal s TBC. Z Respondentů žijících ve městě se 60% setkala s Tuberkulózou a 40% nesetkala (graf č. 5a). Z respondentů žijících na vesnici se 45% setkala s Tuberkulózou a 55% nesetkala (graf č. 5b). Ze srovnávacího grafu (graf č.5) vyplývá, že kontakt s TBC se u lidí z vesnice a města liší o 15%. Ovšem podle mého vlastního názoru, je u lidí na vesnici kontakt s Tuberkulózou vyšší než 45%. Lidé žijící na vesnici nemají dostupné informace a nedá se s přesností určit, kolik lidí z vesnice se ve skutečnosti s TBC setkala, většinou se s ní totiž setkají, ale neví, o jakou nemoc se jedná.

V otázce č. 5 jsem se snažil zjistit, kolik respondentů mělo zkušenost s TBC v nejbližší rodině. Z odpovídajících obyvatel města (graf č. 6a) mělo zkušenost s Tuberkulózou v rodině 35% a 65% tuto zkušenost nemělo. Na vesnicích (graf č. 6b) mělo zkušenost s TBC v rodině 28,33% respondentů a 71,67% se s TBC v rodině nesetkala. Z grafu č. 6 se na první pohled zdá, že ve městě má více respondentů zkušenost s TBC v rodině, ovšem opak může být pravdou, jelikož se bohužel velmi často setkáváme s nevědomostí lidí na vesnicích, a jak už jsem uvedl výše, tyto lidé se nejspíše s TBC v rodině setkali, ale neví, že se o TBC jednalo. Také je zde zásadní problém v bydlení a rozmístění rodiny v domě. Většina rodin v Afghánistánu je velkých, většinou zde žije více než 7 lidí v jedné domácnosti. Obzvláště na vesnicích tyto lidé obývají společně pokoje ve větším množství, a v zimě se kvůli špatné ekonomické situaci shlukují do jediné místnosti, opatřené topným zařízením.

Otázka č. 6 ověřuje základní znalosti respondentů o prvních příznacích Tuberkulózy. Respondenti měli za úkol rozeznat první příznaky TBC, mezi příznaky jiných chorob. U respondentů, žijících ve městě (graf č. 7a) byla úspěšnost odhalení příznaků TBC vysoká, celých 86%, pouze 14% respondentů nerozpoznalo první příznaky nemoci. U dotazovaných na vesnici (graf č. 7b) byla znalost příznaků TBC na značně nižší úrovni než ve městě. 58,33% respondentů rozpoznalo první příznaky, 41,67% respondentů je nerozpoznalo. V grafu č. 7 můžeme vidět rozdílnost odpovědí. Většina odpovídajících, kteří nemají základní znalosti o Tuberkulóze, většinou přiřazují k TBC jiné, jim známější, časté příznaky množství jiných chorob.

Otázka č. 7 slouží pro informace o povědomí respondentů o možnostech přenosu infekce. Respondent zde uplatňuje své znalosti o přenosu TBC, čímž se začínáme orientovat k možnostem prevence před infekcí. Otázka obsahuje několik odpovědí, potom jsou v grafech (graf č. 8a a 8b) vyobrazeny „správná odpověď“ a „chybná odpověď“. U dotazovaných žijících ve městě (graf č. 8a) byla správná odpověď zastoupena 65% a špatná odpověď 35%. U dotazovaných žijících na vesnici (graf č. 8b) byly odpovědi vyrovnané. Polovina lidí na vesnici tedy základní znalosti o možnosti nákazy má a polovina ne.

Otázka č. 8 nám naskýtá pohled na základní vědomosti dotazovaných na správný postup v zabránění šíření infekce. Respondenti ta tuto otázku odpovídali rozdílně. Ve městě (graf 9a) respondenti odpovídali následovně: 66,67% zakrývat si ústa při kašli; 18,33% nesdílet nádobí; 15% nepodávat ruku; odpověď d) modlit se nevybral žádný z respondentů. Na vesnici (graf 9b) odpovídali respondenti následovně: 50% zakrývat si ústa při kašli; 25% nesdílet nádobí; 21,67% nepodávat ruku; 3,33% modlit se. Co mě udivilo v této otázce, je přítomnost odpovědi d) u respondentů na vesnici. Na grafu č. 9 můžeme vidět, že dva lidé z vesnice odpověděli na dotaz absurdně, a to tak, že se budou modlit. Z této odpovědi číší naprosté nevědomí o nemoci a o nebezpečí jejího šíření.

Otázka č. 9 nám umožňuje zajímavý pohled na názory respondentů ohledně přenosu Tuberkulózy a možnostech infekci. Dotazovaní z města (graf 10a) odpovídali následovně: a) kdokoli 68,33%; b) 10%; c) 5%; d) 3,33%; e) 11,67%; f) 0%; g) 1,67%. Dotazovaní z vesnice (graf 10b) odpovídali následovně: a) 53,33%; b) 10%; c) 1,67%; d) 3%; e) 18,33%; f) 8,33%; g) 3,33%. Z grafu č. 10 vyplývá, že ne všichni respondenti mají správné informace o TBC. Většina dotazovaných, kteří odpověděli jinak než „a)kdokoli“, si bohužel nebyla vědoma, že Tuberkulóza je infekční nemoc.

Otázka č. 10 se orientuje na jednu z nejzákladnějších informací o Tuberkulóze, a sice její léčitelnost. 85% respondentů z města (graf č. 11a) je si vědomo, že Tuberkulóza je léčitelná, 6,67% respondentů si myslí, že TBC je neléčitelná a 8,33% neví. Na vesnici (graf 11b) je situace následovná: 65% respondentů si je vědoma léčitelnosti Tuberkulózy, 13,33% si myslí, že TBC je nemoc neléčitelná a 21,67% neví. Pokud se podíváme na souhrnný graf č. 11, zjistíme, že větší část respondentů si je vědoma léčitelnosti TBC. Ovšem kladná odpověď

nemá 100% zastoupení, což naznačuje naléhavost šíření dostatečných informací a dostatku informačního materiálu o TBC mezi lidmi v Afghánistánu.

Otázkou č. 11 navazujeme na dotaz předchozí, s tím, že respondenti, kteří odpověděli v otázce č. 10 jinak než „léčitelná“, jsou poučeni o léčitelnosti TBC. (graf č. 12a) Respondenti žijící ve městě odpovídali na otázky následovně: 3,33% pomocí bylinek, 3,33% domácím léčením, 0% modlením, 78,33% pomocí léků obdržených z lékařského zařízení, 15% pomocí plně kontrolované terapie (DOTS). (graf č. 12b) Respondenti žijící na vesnici odpovídali na otázky následovně: 11,67% pomocí bylinek, 8,33% domácím léčením, 3,33% modlením, 66,67% pomocí léků obdržených z lékařského zařízení, 10% pomocí plně kontrolované terapie (DOTS). V souhrnném grafu č. 12 se nám jasně ukazuje, že ve městě je lepší informovanost a znalost respondentů o možnostech léčby TBC, než na vesnicích, avšak i výsledky na vesnicích jsou optimistické.

V této otázce (otázka č. 12) nám dotazovaný sděluje svůj názor o vážnosti Tuberkulózy v Afghánistánu. V městské oblasti (graf č. 13a) jsme dospěli k těmto výsledkům: 33,33% velmi vážná, 43,33% ne příliš vážná, 23,33% není vůbec vážná. Na vesnicích (graf č. 13b) jsme dospěli k těmto výsledkům: 21,67% velmi vážná, 41,67% ne příliš vážná, 36,67% není vůbec vážná. V této otázce lidé odpovídali podle svého vlastního názoru na Tuberkulózu, proto v této otázce nemá význam porovnávat lidi na vesnici a ve městě, její smysl je orientační a informační.

Otázka č. 13 má za úkol zjistit, co se respondenti rozhodnou dělat, pokud se necítí zdraví. Odpovídající z města (graf č. 14a) uvedli, že 28,33% respondentů by využilo služeb soukromé kliniky, 51,67% státní kliniky nebo nemocnice, 0% služeb léčitele nebo pomocí tradiční medicíny a 20% kliniky zařízené nevládní organizací. Odpovídající z vesnice (graf č. 14b) uvedli, že 15% respondentů by využilo služeb soukromé kliniky, 35% státní kliniky nebo nemocnice, 3,33% služeb léčitele nebo pomocí tradiční medicíny a 46,67% kliniky zařízené nevládní organizací. Ze souhrnného grafu č. 14 vyplývá, že respondenti žijící ve městě navštěvují více soukromé kliniky než lidé z vesnice. Jinak většina respondentů uvedla buď státní kliniku, nebo kliniku zřízenou nevládními organizacemi. Důvody jsou pro to jasné,

a to důvody ekonomické. V Afghánistánu je státní lékařská péče, kliniky zřízené nevládními organizacemi, i léky zdarma.

Díky otázce č. 14 si můžeme udělat obrázek o dostupnosti zdravotnických zařízení, v okolí bydliště dotazovaných. 80% respondentů z města (graf č. 15a) má dostupnost do zařízení ve vzdálenosti do 10km; 6,67% má dostupnost do zařízení ve vzdálenosti do 20km; 13,33% má dostupnost do zařízení do 30 km; nikdo z respondentů žijících ve městě nemá lékařské zařízení dále než 30km.

65% respondentů z vesnice (graf č. 15b) má dostupnost do zařízení ve vzdálenosti do 10km; 8,33% má dostupnost do zařízení ve vzdálenosti do 20km; 25% má dostupnost do zařízení do 30 km a 1,67% respondentů žijících na vesnici má lékařské zařízení vzdálenější než 30km. Z grafu 15 vyplývá, že dostupnost lékařského zařízení v okolí bydliště respondentů je na ucházející úrovni. Ovšem u lidí, kteří nemají možnost dopravy se i vzdálenost 10km stává velkým problémem.

Otázka č. 15 poukazuje na dostupnost informačního materiálu o Tuberkulóze, dostupného obyvatelům a jejich informovanosti o očkování. Ve městě (graf č. 16a) polovina respondentů o očkování již slyšela a polovina ne. Na vesnici (graf č. 16 b) 31,67% respondentů se s informacemi o očkování setkala, 68,33% se ještě s informacemi o očkování nesetkalo.

Největším problémem vakcinace proti TBC v Afghánistánu je velké množství obyvatel, kteří se kvůli špatné situaci a také kvůli dlouholeté tradici narodí doma, místo v nemocnicích a tím nejsou chráněni proti TBC, protože se jim nedostane vakcinace hned po narození.

Otázka č. 16 nám pomáhá určit, z jakých zdrojů se lidé nejčastěji dozvídají informace o Tuberkulóze, případně kde by bylo vhodné tyto informace více propagovat. Respondenti žijící ve městě (graf 17a) odpovídali následovně: 0% noviny; 16,67% rádio; 5% od duchovních; 38,33% z TV; 31,67% od odborných pracovníků; 8,33% od učitelů; 0% od přátel, sousedů či kolegů v práci. Respondenti žijící na vesnici (graf 17b) odpovídali následovně: 0% z novin; 20% v rádiu; 10% od duchovních; 28,33% z TV; 30% od zdravotních pracovníků; 11,67% od učitelů; 0% od přátel, sousedů či kolegů v práci. Z grafu č 17 vyplývá, že se lidé jak na

vesnici, tak ve městě, nejvíce informací o Tuberkulóze dozvídají skrze TV a od zdravotnických pracovníků.

V otázce č. 17 respondenti odpovídají, jak by byla jejich reakce v případě podezření, že jsou infikováni TBC. Odpovědi respondentů z města (graf č. 18a): 58,33% půjdu do lékařského zařízení; 31,67% půjdu do lékárny; 5% vyhledám tradičního léčitele; 5% budu se léčit sám (pomocí bylinek). Odpovědi respondentů z vesnice (graf č. 18b): 45% půjdu do zdravotnického zařízení; 33,33% půjdu do lékárny; 8,33% vyhledám tradičního léčitele; 13,33% budu se léčit sám (pomocí bylinek). Odpovědi vesměs vypovídají o ucházející orientovanosti respondentů na odpovídající zařízení (graf č. 18).

V otázce č. 18 bylo úkolem zjistit, jak často respondenti vyhledávají lékařskou péči, v případě onemocnění. Z odpovídajících žijících ve městě (graf č. 19a) 35% vyhledávají lékařskou péči dvakrát za rok, nebo častěji; 18,33% jednou za rok; 13,33% méně než jednou za rok, ale minimálně dvakrát v posledních pěti letech; 15% jednou za pět let; 18,33% ani jednou za posledních pět let. Z odpovídajících žijících na vesnici (graf č. 19b) 45% vyhledává lékařskou péči dvakrát za rok, nebo častěji; 18,33% jednou za rok; 10% méně než jednou za rok, ale minimálně dvakrát v posledních pěti letech; 6,67% jednou za pět let a 20% ani jednou za posledních pět let. Ze souhrnného grafu č. 19 vyplývá, že lidé na vesnici navštěvují lékaře v průměru častěji, než lidé ve městě. Jestli tomu tak ovšem v převedení do praxe skutečně je, to jest otázka, neboť pokud lidé žijící na vesnici navštíví doktora z důvodu neznalosti choroby, již trpí, byly by odpovědi respondentů opodstatněné. Značilo by to tedy menší informovanost o nemocích ve vesnických oblastech, ale zároveň dobrou úroveň prevence šíření těchto chorob.

Otázka č. 19 nám pomáhá nahlédnout na situaci jak informovanosti, tak na situaci ekonomickou lidí v Afghánistánu. Respondenti, kteří nemají dostatek informací a zároveň jsou v ekonomicky nevýhodné situaci, zpravidla odpovídají „příliš drahé“. Z obav, že si nebudou moci léčbu dovolit, se mnohdy schylují k samoléčbě, nebo nemoc neléčí vůbec, čímž se stávají ohrožením sobě i ostatním. 35% z respondentů žijících ve městě (graf č. 20a) odpovědělo, že léčba Tuberkulózy je zdarma. 48,33% respondentů si myslí, že léčba TBC je

placená, ale cena je rozumná. 16,67% respondentů si myslí, že léčba Tuberkulózy je příliš drahá a nemohou si ji dovolit. Na vesnici (graf č. 20b) 20% respondentů sdílí názor, že léčba Tuberkulózy je zdarma. 50% respondentů si myslí, že léčba TBC je placená, ale cena je rozumná a celých 30% respondentů si myslí, že léčba Tuberkulózy je příliš drahá a nemohou si ji dovolit. Z této odpovědi vyvstává hrozba šíření a neléčení TBC, protože lidé v tíživé ekonomické situaci mají tendence schylovat se k jiným, absolutně chybným variantám léčení. Z celkového grafu č. 20 se zřejmě, že nejvíce lidí, jak z města tak z vesnice, sdílí názor, že léčba Tuberkulózy je placená, nicméně cena léčby je dostupná. Na základě těchto zjištění je nutné šířit informace o léčbě TBC a o její bezplatnosti, aby se zabránilo šíření a neléčení choroby ze strachu nedostatku finančních prostředků.

Otázka č. 20 se zaměřuje na sociální cítění a na postoj, který respondenti chovají k lidem trpícím Tuberkulózou. Snaha pomoci řešit problém druhého člověka může být v tomto případě záslužnou činností. Z dotazovaných ve městě (graf č. 21a) 38,33% respondentů sdílí názor, že soucítí s lidmi, kteří trpí Tuberkulózou, a mají tendenci jim pomoci. 35% soucítí s lidmi, kteří trpí TBC, ale mají tendenci se držet v bezpečné vzdálenosti od nakažených a 26,67% respondentů má obavu z nákazy. Ani k jedné z následujících možností se kladně nevyjádřil žádný z respondentů. Z dotazovaných na vesnici (graf č. 21b) 48,33% respondentů sdílí názor, že soucítí s lidmi, kteří trpí Tuberkulózou, a mají tendenci jim pomoci. 38,33% soucítí s lidmi, kteří trpí TBC, ale mají tendenci se držet v bezpečné vzdálenosti od nakažených a 13,33% respondentů má obavu z nákazy. I na vesnici se ani k jedné z následujících možností se kladně nevyjádřil žádný z respondentů. Jak můžeme vidět z celkového porovnání výsledků v grafu 21, lidé jsou ohledně lidí, trpících Tuberkulózou, ve velké většině ohleduplní a velká část se snaží aktivně pomoci. Více spolu drží, a pomáhají si lidé na vesnicích a je tomu tak i v jiných záležitostech, soudržnost mezi lidmi je zde vysoká. Ve městě je ochota pomoci na o trochu nižší úrovni, ovšem je pochopitelná vzhledem k množství obyvatel. I ve městě je však ochota pomáhat vyšší než byly nejideálnější představy. Je očividné, že pokud se podaří poskytnout dostatek informací o Tuberkulóze a o možnostech její léčby, lidé si je navzájem budou poskytovat a předávat.

Po vyplnění dotazníků s respondenty jsem vždy s odpovídajícími probral otázky, ve kterých byly zjevné mezery v informovanosti o TBC, vysvětlil jsem a zodpověděl na všechny jejich

dotazy a následně jim poskytl informační materiál v podobě prospektu o TBC v oficiálním perském i druhým oficiálním pashto jazykem. Informační prospekty jsem obdržel v centru National Tuberculosis Institute (NTI) v Kábulu.

Prospekty obsahují informace o Tuberkulóze v Afghánistánu (kolik lidí jí trpí – 45000 a kolik lidí na ni ročně umírá – 8000); o Tuberkulóze ve světě (1.700.000,- lidí ročně zemře); o Tuberkulóze jako nemoci (informace, že se jedná o infekční chorobu, zasahující plíce). Dále se občan dozví, jak člověk může rozpoznat, že je infikován Tuberkulózou; o možnostech přenosu TBC; o bezplatnosti léčby, a o nutnosti pokračovat v léčbě i po zlepšení stavu, a to až do finále léčebného procesu. Prospekty také obsahují pokyny důležité k uplatňování prevence TBC, a to jak v případě onemocnění osoby samotné, tak v případě onemocnění druhého. Na závěr prospektu je uvedeno motivující heslo.

V rámci doplnění rozhovoru s odborníkem, jsem provedl výzkum. Ptal jsem se 120 osob (muži i ženy), z nich 60 žilo na venkově a 60 ve městech v oblasti severně od Kábulu. Nejnáročnější částí byla realizace výzkumu na venkově. Stejně tak dostupnost odborných materiálů v anglickém jazyce byla velkou komplikací. Nakonec jsem použil tři zdroje, které jsem pro potřebu práce přeložil. Vzhledem k nebezpečnosti a nedostupnosti některých částí Afghánistánu jsem nemohl výzkum v těchto částech země provést (hlavně jižní část země).

Tento malý výzkum nám může poskytnout důležité informace o rozšíření Tuberkulózy v Afghánistánu, a to jak ve venkovských oblastech, tak v oblastech městských.

VI. Závěr

Závěr mé bakalářské práce je shrnutím informací z jednotlivých kapitol. Hlavním cílem mé práce bylo zmapování problému tuberkulózy v Afghánistánu, proto jsem se zabýval povědomím lidí v městských i venkovských oblastech a zároveň tyto dvě oblasti mezi sebou porovnával. Dalším mým zájmem v rámci práce bylo zaměřit se na úroveň vakcinace v Afghánistánu.

Praktická část mé práce je založena na cestách, které jsem podnikl do různých částí Afghánistánu, a rozhovorech s rozličnými lidmi důležitými pro pomoc objasnění této problematiky. Bohužel, nevědomost a neinformovanost lidí o TBC v Afghánistánu

představuje jeden z největších problémů z hlediska šíření tuberkulózy. Svou práci jsem se rozhodl psát proto, že mě toto téma velmi zajímá. Prostřednictvím práce jsem se pokusil dozvědět více informací a porozumět tomuto problému do hloubky. Následně jsem se pokusil ověřit, zda mé cíle a hypotézy byly pravdivé. Hypotéza o povědomí o situaci v Afghánistánu a hypotéza o zájmu lidí o vakcinaci se potvrdily, hypotéza o neprofesionálním léčení nemocných TBC se nepotvrdila. Doufám, že můj výzkum a mé poznatky budou využity k dalšímu zkoumání a umožní mi se této problematice v budoucnu dále věnovat.

VII. Seznam použité literatury

7.1 Internetové zdroje

1. AFGHANISTAN INVESTMENT SUPPORT AGENCY, Living Conditions [online], 2003-2011[cit. 2011-01-10]. Dostupné z: www.aisa.org.af/english/bus-env.html
2. AFGHANISTAN MoPH, *Health, Ministry of Public Health, Celebrates World TBC Day*, March 11, 2009[cit. 2011-02-22]. Dostupné z: www.afghan-web.com/health/TBC2009.html
3. CIA, *South Asie: Afghanistan*, March 22, 2011[cit. 2011-01-12]. Dostupné z: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/af.html>
4. ECO GEOSCIENCE DATABASE, *Population consideration*, July 2006[cit. 2010-11-23]. Dostupné z: www.ecogeodb.com/ECO_Detail.asp?P=Population&CN=Afghanistan&C=AFG
5. ENCYKLOPEDIA OF THE NATIONS, *Afghanistan – Health*, 2011[cit. 2011-01-05]. Dostupné z: www.nationsencyclopedia.com/Asia-and-Oceania/Afghanistan-HEALTH.html
6. HAYES, L., BRUNNER, B., ROWEN, B., Who Are the Taliban?: their history and their resurgence [online], 2007[cit. 2011-01-10]. Dostupné z: www.infoplease.com/spot/taliban.html
7. JAMES RISEN, *U.S. Identifies Vast Mineral Riches in Afghanistan*, June 13, 2010[cit. 2011-01-16]. Dostupné z: www.nytimes.com/2010/06/14/world/asia/14minerals.html?_r=1&emc=na
8. NATIONAL TBC CONTROL PROGRAMME AFGHANISTAN, *Annual Report and statistic of tuberculosis in Afghanistan*, 2007[cit. 2011-01-09]. Dostupné z: www.emro.who.int/afghanistan/pdf/ntp_annual_report_07.pdf

9. NATIONAL TUBERCULOSIS CONTROL PROGRAM IN AFGHANISTAN, *NTP mission and vision statements, NTP Team and Partners*, Kábul 2004[cit. 2010-11-12]. Dostupné z: www.emro.who.int/Arabic/afghanistan/Media/PDF/NTP-Profile.pdf
10. PETER R. BLOOD, *Afghanistan: A Country Study*, Washington: GPO for the Library of Congress, 2001[cit. 2010-9-12]. Dostupné z: countrystudies.us/afghanistan/79.htm
11. PETER R. BLOOD, *Mountains*, Washington: GPO for the Library of Congress, 2001[cit. 2010-9-10]. Dostupné z: www.countrystudies.us/afghanistan/32.htm
12. PETER R. BLOOD, *Rivers*, Washington: GPO for the Library of Congress, 2001[cit. 2010-10-22]. Dostupné z: www.countrystudies.us/afghanistan/33.htm
13. QAZI A. Bibliography: Ahmad Shah Masood [online], November 18, 2007[cit. 2011-01-10]. Dostupné z: www.afghan-web.com/bios/yest/asmasood.html
14. STOP TBC PARTNERSHIP, World TBC day, (2011), [cit. 2011-03-26]. Dostupné z: www.medical-dictionary.thefreedictionary.com/tuberculosis
15. USAID AFGHANISTAN, *Afghanistan Celebrates World TBC Day*, April 15, 2009[cit. 2010-12-19]. Dostupné z: <http://afghanistan.usaid.gov/en/Article.608.aspx>
16. USAID Afghanistan, *National TBC Program*, MoPHh, (duben - květen 2009), [cit. 2010-10-08]. Dostupné z: <http://afghanistan.usaid.gov/en/Article.1261.aspx>
17. USAID, *Afghanistan*, September 22, 2009[cit. 2010-12-02]. Dostupné z: www.usaid.gov/our_work/global_health/id/tuberculosis/countries/asia/afghanistan_profile.html

18. USAID AFGHANISTAN, *Infectious disease, Partnerships*, September 22, 2009[cit.2011-01-12]. Dostupné z:

www.usaid.gov/our_work/global_health/id/tuberculosis/countries/asia/afghanistan_profile.html

19. USAID, *Telling Our Story*, May 20, 2009[cit. 2010-09-11]. Dostupné z:

www.usaid.gov/stories/afghanistan/ss_af_TBC.html

20. US DEPARTMENT OF STATE, *Background Note: Afghanistan*, December 6, 2010[cit. 2010-11-03]. Dostupné z: www.state.gov/r/pa/ei/bgn/5380.htm

21. WHO, *Programme areas - Stop TBC*, March 2010[cit. 2010-11-13]. Dostupné z: www.emro.who.int/afghanistan/programmes_sTBC.htm

22. WHO, *BCG vaccine*, 2011[cit. 2010-12-21]. Dostupné z:

www.who.int/biologicals/areas/vaccines/bcg/en/

23. WHO, *Afghanistan Celebrates World TBC Day*, January - April 2009[cit.2010-10-12]. Dostupné z: www.emro.who.int/afghanistan/pdf/newsletter_vol3_iss1_4_09.pdf

24. WHO, *Immunization surveillance, assessment and monitoring: Tuberculosis*, December 10, 2010[cit. 2010-12-26].

Dostupné z: www.who.int/immunization_monitoring/diseases/tuberculosis/en/index.html

25. WHO, ISLAMIC REPUBLIC OF AFGHANISTAN, *Country Cooperation Strategy*, First draft August 3, 2005 (from 2005 to 2009), [cit. 2010-10-15]. Dostupné z: www.emro.who.int/afghanistan/PDF/CCS_2005.pdf

26. WHO, *What is DOTS?* April 27, 2006[cit. 2010-10-15].

Dostupné z: www.searo.who.int/EN/Section10/Section2097/Section2106_10678.htm

7.2 Knihy

27. AFGHANISTAN MoPH, *National guidelines for Tuberculosis Control Program in Afghanistan*, Management Sciences for Health: Arlington, VA, 2010.
28. BARFIELD, T., A., *Cultural and Political History (Princeton Studies in Muslim Politics)*, Princeton University Press: New Jersey 2010. ISBN: 978-0-691-14568-6.
29. CLAMMER, P. *Afghanistan (Lonely Planet Country Guide)*, Lonely Planet Publications, 2007. ISBN: 1740596420
30. DR. AKHAR M., A (دوکتور. اخگر), *Tuberculosis*, (توبرکلوز) Aazem Publications: Kábul, 2006.
31. GÖPFERTOVÁ, D., PAZDIORA, P., DÁŇOVÁ, J, *Epidemiologie: obecná a speciální epidemiologie infekčních nemocí*, 1. Vyd. nakl.: Karolinum, 2006. ISBN-10: 80-246-1232-1.
32. GRITZNER J., A., *Afghanistan (Modern World Nation)*, Chelsea House Publishers, 2. edition, 2006. ISBN: 0-7910-9209-7
33. NATIONAL TBC CONTROL PROGRAMME AFGHANISTAN, *Annual Report and statistic of tuberculosis in Afghanistan*, The Ministry of Public Health, 2008.
34. SANGH, M., BACHCHAN, K. *Encyclopaedia of Women in the South Asie*, India Publications, 2004. ISBN: 81-7835-187-0
35. TOMAN, K., FRIEDEN, T. R. *Toman's tuberculosis: case detection, treatment and monitoring, questions and answers*, 2. Vyd. Geneva: World Health Organization 2004. ISBN 94-4-154603-4.
36. WHO, *Global tuberculosis Control: sureveillance, planning, financing*. Geneva: World Health Organization 2007. ISBN 92-4-156314-1.

37. WHO, *Implementing the WHO Stop TBC strategy: A handbook for national tuberculosis control programs*. World Health Organization: Geneva, 2008. ISBN: 9789241546676.

38. WHO, *The Treatment of Tuberculosis: Guidelines*, World Health Organization, 4. edition, 2009. ISBN: 9789241547833.

VIII. Klíčová slova

Tuberkulóza, Afghánistán, prevence, znalosti.

IX. Přílohy

Příloha č. 1 – Informační materiály pro respondenty

Příloha č. 2 – Fotografie Kábul, centrum NTP

Příloha č. 3 – Fotografie, Kábul, nemocní, čekající na vyšetření a léky

Příloha č. 4 - Fotografie Kábul, předávání léků nemocnému, terapie DOTS

Příloha č. 1

داتس در همه جا برای همه

بهترین طریقه. تداوی برای مرض سل روش DOTS یا تداوی تحت نظارت مستقیم کارکن صحتی میباشد. یعنی که مریض به نزدیکترین مرکز صحتی مراجعه کرده و ادویه خویش را بصورت روزانه تحت نظارت مستقیم کارکن صحتی جامعه و یا شخص مسئول در مرکز صحتی کلینیکی، میگیرد.

اقدامات برای جلوگیری از مرض توپرکلوز

- معاینه و تشخیص مریضان مشکوک به توپرکلوز
- معاینه بلغم
- گرفتن دستمال به مقابل
- دهن و بینی در هنگام سرفه کردن و یا عطسه زدن
- تداوی منظم و درست مریضان مصاب توپرکلوز تحت نظر مستقیم کارکن صحتی زیرا این مریضان در حقیقت منبع انتشار میکروب توپرکلوز هستند.



به خاطر داشته باشید که مبارزه با توپرکلوز وظیفه تمام مردم است



عامل مرض توپرکلوز (سل) چیست؟

عامل مرض توپرکلوز نوعی میکروب به نام مایکوباکتریوم توپرکلوزس است که معمولاً به ریه نشاء حاصل میکند و اکثراً از طریق هوا انتقال مینماید.

اعراض و علائم توپرکلوز:

- سرفه بیشتر از دو هفته با بلغم
- بی اشتها
- خستگی/ باختن وزن
- عرق شبانه
- تب

مرض توپرکلوز چگونه انتقال میکند؟

عامل مرض همزای قطرات هوای آلوده بامیکروب وارد بدن میشود زمانیکه شخص مصاب به مرض، سرفه، عطسه، خنده، صحبت یا فریاد میکند. این قطرات در هوا پخش میشود و زمانیکه شخص سالم این هوا را تنفس کند ممکن است که مصاب به مرض توپرکلوز گردد.

پیام های اساسی برای مریضان توپرکلوز:

- توپرکلوز مرض قابل تداوی است.
- تشخیص و تداوی مرض توپرکلوز رایگان است.
- هنگام تداوی در صورتیکه احساس بیبودی نمیکند نباید دواهای خویش را قطع نمایند.
- مریضان توپرکلوز باید هشت ماه تداوی خویشرا تکمیل نمایند.
- در صورتیکه مریض از ادویه خویش بصورت درست و مکمل استفاده نکند، مرض وی پیشرفت نموده و غیر قابل علاج میگردد که ممکن تا اخیر عمر بیبودی کسب کند.



باید توپرکلوز را ترف دهم



اگر شما بیشتر از دو هفته سرفه همراه با بلغم دارید برای معاینه، تشخیص و تداوی مرض توپرکلوز به نزدیکترین مرکز صحتی مراجعه نمایید

ارقام و حقایق در مورد توپرکلوز:

در سطح افغانستان:

- سالانه 45000 واقعه توپرکلوز دیده میشود (تمام انواع توپرکلوز).
- سالانه در حدود 8000 نفر از باعث توپرکلوز فوت میکنند.

در سطح جهان:

- یک میلیون و هفتاد هزار انسان همه ساله از سبب توپرکلوز بکام مرگ می روند.
- در حقیقت توپرکلوز بزرگترین مرض میکروبی و کشنده ستین جوانی در جهان بوده مگر قابل وقایه و تداوی می باشد.

Příloha č. 2



Příloha č. 3



Пříloha č. 4

