

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2013

Kristýna Regulová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Informovanost dětí a mládeže v Namibii o problematice HIV/AIDS

Bakalářská práce

Autor práce: Kristýna Regulová
Studijní program: Rehabilitace
Studijní obor: Rehabilitační a psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory
Vedoucí práce: Mgr. Lenka Rosková
Datum odevzdání práce: 13. 8. 2013

Abstrakt

Klíčová slova: děti a mládež, informovanost, HIV/AIDS, Namibie, Keetmanshoop, pandemie, prevence

Předkládaná bakalářská práce se věnuje problematice onemocnění HIV/AIDS v Namibii, konkrétně v regionu Karas, ve městě Keetmanshoop, kde během tříměsíční pracovní stáže byla autorkou zjišťována míra informovanosti o HIV/AIDS u namibijských dětí a mládeže.

Práce je rozdělena do dvou částí. První část práce je teoretická a opírá se o odbornou literaturu a statistické údaje, které byly publikovány převážně v zahraničí, ale i v České republice. Úvodní kapitola je věnována vymezení dané lokality, kde se výzkum realizoval, jsou zde shrnuty základní geografické, demografické, politické, historické a kulturní informace. V druhé kapitole se autorka věnuje původu onemocnění HIV/AIDS, způsobům přenosu infekce, možnostem léčby a okrajově i testování HIV/AIDS. Následuje kapitola, která je svým obsahem zaměřena na rozšíření nemoci ve světě i v Namibii a na negativní dopady, jaké pandemie HIV/AIDS přináší. V další kapitole se pozornost obrací k boji proti HIV/AIDS v globálním měřítku, konkrétněji pak zmiňuje hlavní organizace, jejich poslání a cíle přijaté v závazných dokumentech, konkrétní aktivity a projekty zaměřující se na prevenci onemocnění HIV/AIDS. Poslední kapitola uzavírá teoretickou část práce a jejím tématem je primární prevence HIV/AIDS směřovaná převážně k dětem a mládeži. Jsou zde popsány vybrané programy prevence používající se ve školách a v sociální práci v Namibii, včetně obrazové přílohy.

V praktické části práce je text věnován vlastnímu výzkumu autorky. Nejdříve je vysvětlen cíl práce a výzkumné otázky, které byly autorkou položeny. Dále následuje popis zvolené metodiky výzkumu zkoumaného souboru. Zjištěné výsledky jsou uvedeny v další kapitole. Konkrétněji jsou zjištěné informace probrány v kapitole Diskuze. Cílem práce bylo zjistit míru informovanosti dětí a mládeže ve vymezené oblasti v Namibii o problematice HIV/AIDS. Pro potřeby výzkumu byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

Výzkumná otázka č. 1: *Jaká je současná úroveň znalostí o problematice HIV/AIDS u dětí a mládeže v Namibii?*

Výzkumná otázka č. 2: *Jaké jsou nejčastější zdroje informací o HIV/AIDS, jaké preventivní programy se jeví jako nejefektivnější a jakou úlohu hraje rodina a škola v rámci osvětové činnosti?*

Pro realizaci výzkumu bakalářské práce byl zvolen kvantitativní výzkum a technika dotazování, který je doplněn o kvalitativní výzkum, kde byla použita technika rozhovoru podle návodu.

Kvantitativního šetření se zúčastnilo 100 respondentů ze dvou různých škol - jedné základní a jedné střední školy. Respondenti byli ve věku 12 až 19 let a vyplňování dotazníku se zúčastnilo 33 chlapců a 67 dívek. Výsledky byly vyhodnoceny statisticky a pro přehlednost doplněny o grafy a tabulky. Dotazník byl vyhotoven v jazyce anglickém i českém a obsahuje 16 otázek. Některé otázky jsou anamnestické - ptají se na věk, pohlaví a školu, do níž docházejí, jinak je dotazník anonymní. Zbylé otázky jsou buď uzavřené, s možností výběru, nebo otevřené a ptají se na to, jak se o HIV/AIDS žáci dozvěděli, mají-li ve škole preventivní programy, zda znají způsoby přenosu viru HIV/AIDS a možnosti ochrany před jeho nakažením. Dotazník se ptá také na to, jestli respondenti mají ve svém okolí nějakého člověka nakaženého virem HIV a jestli se nemoci sami obávají či nikoli, jak často s nimi doma rodiče hovoří o dané problematice a jaký mají názor na užitečnost dobrovolného testování na HIV/AIDS. Téměř poslední je i otázka na používání ochrany - kondomu - při pohlavním styku pro ty, kteří již zahájili pohlavní život.

Výsledky výzkumu ukázaly, že informovanost dětí a mládeže o problematice HIV/AIDS je ještě uspokojivá, celých 62 % uvedlo dva až tři správné způsoby přenosu viru a současně také dvě až tři správné možnosti ochrany před nakažením nemocí HIV/AIDS. Znalost minimálně dvou správných odpovědí ze tří možných byla považována za kritérium optimální informovanosti respondentů. Ze sesbíraných dat se ukázalo, že valná většina uvedla školu jako hlavní zdroj informací o HIV/AIDS – 77 %, další nejpočetnější skupinou jsou ti žáci, kteří získávají informace z domova – 12 %,

méně pak od kamarádů – 4 % a od lékaře – 2 %. 5 % poznamenalo, že informace nikde nezískává. Je vidět, že škola má nezastupitelnou úlohu pro děti a mládež v Namibii i v oblasti prevence HIV/AIDS, vyplývá to i z toho, že 80 % dotázaných tvrdí, že má ve škole preventivní programy proti HIV/AIDS. Rodina podle všeho zastává druhé místo v důležitosti pro mladou generaci. 32 % žáků se prý s rodiči baví velmi často o sexu a HIV/AIDS, jen občas 43 %, zatímco nikdy se o podobných věcech doma nebaví 25 % respondentů. Bohužel bylo též zjištěno, že 68 % dětí a mládeže zná ve svém okolí člověka, který je HIV pozitivní, a 69 % uvedlo, že znali osoby, které v důsledku AIDS zemřely. To, že je onemocnění HIV/AIDS hrozbou, dosvědčuje i 84 % respondentů, kteří odpověděli, že z HIV/AIDS strach mají, a dokonce 93 % si myslí, že jít na testy na HIV/AIDS je velmi důležité.

Kvalitativního výzkumu se zúčastnili tři lidé žijící v Namibii v Keetmanshoopu, kteří jsou ve své profesi v přímém kontaktu s dětmi a mládeží a sami mají také děti. Rozhovor poskytl zdravotník pracující na klinice v chudé čtvrti Tseiblaagter a v terénu, ředitelka a zároveň učitelka na základní škole v Tseiblaagteru a sociální pracovníce. Rozhovory podle návodu byly uskutečněny v anglickém jazyce, ale pro účely této práce, již jsou součástí, byly přepsány do češtiny. Dotazovaným byly kladeny otázky na téma problematiky HIV/AIDS a efektivní primární prevence a osvěta pro děti a mládež zaměřená proti HIV/AIDS. Otázky se týkaly též jejich osobních zkušeností v rámci jejich profese. Odpovědi potvrzují více či méně výsledky sběru dat z dotazníkového šetření u žáků a rovněž odpovídají na část výzkumné otázky. Jako nejefektivnější preventivní programy se jeví interaktivní hry, debaty a peer programy, které jsou pořádané v rámci komunity.

Výsledným zjištěním se ukázalo, že škola hraje nejdůležitější roli v prevenci HIV/AIDS pro mladou generaci. Její činnost by tedy měla směřovat mladé lidi tak, aby byli schopni se sami do budoucna ochránit před virem HIV. Evidentně méně jsou angažováni rodiče či širší rodina dětí. Důvodem může být jejich neznalost problematiky, nebo i chybění rodičů a rodiny, případně chybění příkladného chování dospělých. Zda se dnešní děti budou chovat zodpovědně, až dospějí, nyní tvrdit s jistotou nelze. Záleží na tom, jak budou do života motivovány svým okolím.

Abstract

Key words: children and youth, knowledge, HIV/AIDS, Namibia, Keetmanshoop, pandemic, prevention

The presented bachelor's thesis deals with the problem of HIV/AIDS in Namibia, the region of Karas, the city of Keetmanshoop, where the author spent three months researching the level of awareness of the danger of HIV/AIDS among children and youth.

The thesis is divided into two parts. The first part is theoretical, based on a number of specific literature and statistical data acquired mainly from foreign publishings, and in minor part from the Czech Republic. The introductory chapter is focused on the location – its geography, demography, political situation and historical and cultural background. The second chapter summarises all the aspects of the disease – its origin, the modes of its transmission, the ways of its treatment, and (marginally) the testing. In the following chapter the spread of the disease in the world and in Namibia is studied, as well as the negative impact the pandemy breeds. Next chapter concentrates on the global fight against HIV/AIDS disease and lists major organisations occupied with the prevention of the disease, it names their objectives proclamed in their official documents, the actions they take, and projects they prepare. The last chapter's topic is the primary HIV/AIDS prevention aimed at children and youth. It describes some of the programmes practised at schools and by social workers in Namibia. A set of pictures is attached.

The second part of the bachelor's thesis is practical and yields the results of the author's own research in Namibia. First, the goals of the thesis are explained, as well as the questions asked by the author in her research, later, the methods used in the research are described. In the following chapters the outcome is pictured and discussed. The goal of the thesis is to find out the level of awareness of the danger of HIV/AIDS disease among the children and youth in the specific region of Namibia. The questions cover these main interests:

Research question no. 1: *What is the current level of knowledge of the HIV/AIDS problem among children and youth in Namibia?*

Research question no. 2: *What are the most common sources of information about the problem? What prevention programmes seem to be the most effective ones? What is the role of the school and the family in the public education?*

To carry out the research, the author used the quantitative method and the questionnaire, supplemented with the qualitative method and the interview.

The answers of 100 respondents (33 boys and 67 girls) from two different schools (primary and secondary schools), aged 12 to 19, were evaluated statistically and supplemented with charts and tables. The questionnaire both in English and Czech consists of 16 questions. Some questions are anamnestic – asking about the age, sex or school, others are anonymous. Those questions are either closed, offering options, or open, asking different questions: how the pupils learned about the disease, if there are prevention programmes at their school, if they know how the virus is transmitted, or if they know how to protect themselves from the infection. Other questions are concerned with family circumstances, asking whether there is a person infected with the virus in their neighbourhood, if they are afraid of being infected or not, how often their parents talk with them about the problem, and finally, what they think of the voluntary testing of the virus, and its usefulness. One of the last questions is about the use of condom, in case they have already started their sex life.

The results were quite satisfactory, 62% were familiar with two or three modes of transmission of the virus, and two or three correct ways of protection from the infection. To sum up, giving two correct answers out of three options was considered the optimal criterion of the respondents' awareness of the problem. The research also made it clear that school was the major source of information for the majority of the pupils – 77%, home and family came second – 12%, 4% stated they got the information from friends, and 2% indicated the doctor who informed them. 5% did not get any information at all. This shows that school in Namibia plays an insubstitutable role in this field. This is supported by another answer – 80% of the respondents state there are HIV/AIDS

prevention programmes at their schools. Family comes second – 32% of the respondents talk very often with their parents about sex and HIV/AIDS, 43% occasionally, 25% never. Also, 68% know an HIV positive person in their neighbourhood, and 69% answered they knew people who died of AIDS. The fact that HIV/AIDS is a real threat is confirmed by another outcome – 84% of these young people fear of HIV/AIDS, and 93% think HIV/AIDS testing is very important.

Three people took part in the qualitative research – they live in Keetmanshoop, Namibia, in their jobs they are in direct contact with children and youth, and they have their own children as well. The interviews were made – with a medic working in a clinic in a poor neighbourhood of Tseiblaagter and doing fieldwork, with the headmistress and teacher of primary school in Tseiblaagter, and with a social worker. The interviews were made in English, however, for the purpose of this paper (the part of which the interviews are) they were translated into Czech. The questions given concerned the problems of HIV/AIDS and effective primary HIV/AIDS prevention and education offered to children and youth. The questions also touched their personal experience in this field gained from their jobs. The outcome of the interviews with the adults, more or less, corresponds to that of the questionnaires filled in by the pupils. It shows that it is the interactive games, debates and peer programmes, organised in the communities, that are the most effective prevention programmes.

It is summed up that, as for HIV/AIDS prevention, the school plays the most important part in the life of young generation. Schools should steer young people to responsibility and determination to protect themselves from HIV virus. It is obvious that family and close neighbourhood of the children, for some reasons, get engaged much less in this field. The reasons might be – unawareness of the problem, missing parents, or the lack of positive examples on the side of the adults in the children's neighbourhood. The future time will show if the present children are able to protect themselves from the disease in their future life.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a 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 Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 13. 8. 2013

.....

Kristýna Regulová

Poděkování

Ráda bych na tomto místě poděkovala především Mgr. Lence Roskové za odborné vedení mé bakalářské práce, během něhož jsem velice ocenila nejen její znalost tématu a zájem o něj, ale též její vstřícný a pozitivní přístup, cenné rady a podnětné myšlenky podložené zkušenostmi. Také děkuji zahraničnímu oddělení Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity za to, že mi poskytlo možnost se pracovní studijní stáží v Namibii účastnit. V neposlední řadě děkuji svým blízkým za jejich trpělivost a podporu.

OBSAH

ÚVOD	15
1 SOUČASNÝ STAV.....	16
1.1 VYMEZENÍ DANÉ OBLASTI.....	16
1.1.1 <i>Namibie, země subsaharské Afriky</i>	16
1.1.2 <i>Namibie v kontextu dějin</i>	16
1.1.3 <i>Region Karas</i>	17
1.2 ONEMOCNĚNÍ HIV/AIDS	19
1.2.1 <i>Historie a původ HIV/AIDS</i>	19
1.2.2 <i>Cesty přenosu viru HIV</i>	20
1.2.3 <i>Stadia nemoci a jejich projevy</i>	21
1.2.4 <i>Testování a diagnostika</i>	23
1.2.5 <i>Léčba a léčebný režim</i>	24
1.3 PANDEMIE HIV/AIDS A JEJÍ DOPADY.....	25
1.3.1 <i>Vymezení pojmů</i>	25
1.3.2 <i>HIV/AIDS ve světě</i>	26
1.3.3 <i>HIV/AIDS v Namibii</i>	28
1.3.4 <i>Dopady HIV/AIDS</i>	30
1.4 BOJ PROTI HIV/AIDS	33
1.4.1 <i>Organizace zaměřené na problematiku HIV/AIDS</i>	33
1.4.2 <i>Rozvojová spolupráce</i>	38
1.4.3 <i>Rozvojové cíle tisíciletí</i>	39
1.4.4 <i>Strategie boje proti HIV/AIDS</i>	40
1.4.5 <i>Národní plán boje proti HIV/AIDS</i>	41
1.5 PREVENCE HIV/AIDS V NAMIBII.....	43
1.5.1 <i>Počátky prevence HIV/AIDS</i>	43
1.5.2 <i>Realizace programu prevence HIV/AIDS</i>	43

1.5.3	<i>Primární prevence HIV/AIDS</i>	46
1.6	PŘÍKLADY PREVENTIVNÍCH PROGRAMŮ V NAMIBII	49
1.6.1	<i>The Window of Hope: AIDS AWARENESS WEEK 2004</i>	49
1.6.2	<i>Desert Soul...HIV and AIDS...action now!</i>	50
1.6.3	<i>„Desert Soul...Take action to stop TB...!“</i>	52
2	CÍL PRÁCE	53
2.2	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	53
3	METODIKA VÝZKUMU	54
4	VÝSLEDKY	56
4.1	VÝSLEDKY ROZHOVORŮ	56
4.2	VÝSLEDKY DOTAZNÍKŮ	65
5	DISKUZE	73
6	ZÁVĚR	86
7	SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ	87
8	PŘÍLOHY	92

Seznam použitých zkratk

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
ALU	AIDS Law Unit
ARV, ART	Antiretroviral Therapy
BP	British Petroleum
DFID	Department for International Development
GRN	Government of Republic of Namibia
GRIDS	Gay Related Immunodeficiency Syndrome
GF	Global Fund
HAART	Highly Active Anti-Retroviral Treatment
HAMU	HIV and AIDS Management Unit
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IHDC	Institute for Health and Development Communication
KHC	Karas Huisen Craft
MOHSS	Ministry of Health and Social Services
MOGECHW	Ministry of Gender Equality and Child Welfare
MOLSSW	Ministry of Labour and Social Services Welfare
MOBESC	Ministry of Basic Education, Sport and Culture
MŠMT ČR	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR
MZV ČR	Ministerstvo zahraničních věcí ČR
NACOP	National AIDS Co-ordinating Programme
NAEC	National AIDS Executive Committee
NAMPIN	Namibian People In Need
NANASO	Namibia Network of AIDS Service Organizations
NASOMA	Namibia Social Marketing Association
NSF	National Strategic Framework
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief
PIN (ČvT)	People In Need (Člověk v tísní)
TB, TBC	Tuberkulóza

UN (OSN)	United Nations (Organizace spojených národů)
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV and AIDS
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session
USAID	United States's Aid
UKAID	United Kingdom's Aid
UNESCO	United Nations for Education, Culture and Science org.
UNICEF	United Nations Children's Fund
YWCA	Young Women's Christian Association
WB	World Bank
WHO	World Health Organization
WFP	World Food Programme

ÚVOD

Předkládaná bakalářská práce se zabývá, jak už sám název napovídá, tématem HIV/AIDS. Problematika HIV/AIDS je dnes stále aktuální, přestože se mnozí domnívají, že se týká jen zemí třetího světa. Ode dne, kdy byl prvně popsán případ onemocnění AIDS, virus HIV se neúprosně šířil napříč všemi kontinenty naší planety a vyžádal si tak miliony nevinných životů. Navzdory opatřením, která byla přijata na mezinárodní i národní úrovni, zaměřených na boj s HIV/AIDS, nedaří se šíření této zhoubné infekce HIV/AIDS zastavit a léčivá vakcína je v nedohlednu. Světové statistiky vykazují alarmující čísla týkající se celkového počtu lidí nakažených virem HIV/AIDS, ve světě je 34 milionů HIV pozitivních lidí, z toho skoro 70 % v subsaharské Africe, a zdaleka ne ke všem se léky prodlužující život dostanou.

V naší malé republice naštěstí problém HIV/AIDS nikdy nedosáhl takových rozměrů jako třeba v Africe, nicméně to neznamená, že HIV/AIDS v Česku není. A bohužel, v posledních letech se objevuje názor, že není čeho se bát a není ani nutné tak úzkostlivě dbát na ochranu. Takové názory zastávají zvláště mladí lidé, kteří si myslí, že pokud má někdo HIV/AIDS, musí to na něm být bezpečně vidět, nebo tvrdí, že „ví, s kým spí“. Když jsem dostala možnost odjet na tři měsíce na stáž do Namibie, rozhodla jsem se napsat práci na výše zmíněné téma. Vzhledem k tomu, že AIDS je v Africe značně rozšířen, zajímalo mě, jak tuto problematiku vidí místní mladí lidé, a uskutečnila jsem tam svůj výzkum. V Namibii jsem pracovala jak s dospělými, tak s dětmi, převážně ve zdravotnictví, v oblasti sociální práce a okrajově ve školství.

Hlavním cílem této práce je zjistit, jaká je míra informovanosti o problematice HIV/AIDS mezi namibijskými dětmi a mládeží ve vymezené oblasti. K tomuto účelu byl vyhotoven anonymní dotazník pro žáky a posléze byla data statisticky vyhodnocena. Pro hlubší pochopení problému byly provedeny tři rozhovory s odbornými pracovníky ze zdravotnictví, školství a sociální práce.

Získané informace by mohly sloužit při výuce nebo při vzdělávání sociálních pracovníků zaměřených na oblast rozvojové spolupráce, stejně tak pro laickou veřejnost, kterou téma HIV/AIDS zajímá.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Vymezení dané oblasti

1.1.1 Namibie, země subsaharské Afriky

Namibie je jednou z celkem padesáti zemí afrického kontinentu, nachází se jihovýchodně od Sahary pod obratníkem Kozoroaha.. Území pokrývají suché savany a stepi a pouště.¹

Namibie je složená z celkem třinácti regionů. Největší region Karas odděluje území Namibie od sousední Jihoafrické republiky.²

Svou celkovou rozlohou je Namibie mnohonásobně větší než Česká republika, ale v celé zemi žije něco málo přes 2 miliony lidí. Hlavním městem Namibie je Windhoek, kde bydlí zhruba čtvrtina obyvatel. Polovina Namibijců se hlásí k příslušnosti Ovambského kmene, třetina pochází z kmenů Kavango, Herero, Damara, Nama a Sana. „Barevné“ obyvatelstvo, jak se označují místní smíšeného původu, tvoří jen asi 7 % populace. Od roku 1990 je angličtina jediným úředním jazykem v Namibii. Afrikánština, němčina a oshiwambo byly uznány jako regionální jazyky.³

1.1.2 Namibie v kontextu dějin

Němci se začali usazovat na území Namibie od 60. let 19. století, až ji prohlásili roku 1884 za německou kolonii. Němečtí přistěhovalci zkonfiskovali půdu i dobytek domorodým kmenům, rozdělili si ji mezi sebe, bílé farmáře. Proti útlaku povstali v roce 1904 Hererové. Osmdesát tisíc Hererů bojovalo po tři roky proti cizí nadvládě, zabito

¹ Velká encyklopedie zeměpisu, 2003, str. 228-230

² Mojžíšová, Kašová, 2004, str. 82

³ WIKIPEDIA, Namibie, 2013

jich bylo přes šedesát tisíc. Zbylé přeživší černochoy deportovali do pracovních táborů. Země dostala jméno Jihozápadní Afrika. Během první světové války Jihoafrická unie, pozdější Jihoafrická republika, obsadila německou kolonii a převzala správu nad jejím územím. V Jihoafrickém parlamentu byli ale pouze zástupci bělošského obyvatelstva Jihozápadní Afriky a domorodým lidem byla odepřena rovná práva, neměli ani volební právo.⁴

Následovalo dlouhé období apartheidu nastoleného bílou vládou. Boj za nezávislost Namibie byl iniciován hlavně Lidovou organizací Jihozápadní Afriky, která je známá pod zkratkou SWAPO. V čele odboje byl Samuel Daniel Shafiishuna Nujoma. V roce 1989, pod patronátem OSN, byl Sam Nujoma zvolen Národním shromážděním prvním prezidentem Namibie. Země vyhlásila dne 21. března 1990 nezávislost na Jihoafrické republice a přijala demokracii založenou na Ústavě.⁵ Nujoma po třech funkčních obdobích svůj prezidentský mandát složil a od roku 2005 až dosud je hlavou státu Hifikepunye Lucas Pohamba.⁶

1.1.3 Region Karas

Region Karas na jihu Namibie je původním domovem kmene Nama. I zde bylo území na konci 19. století domorodcům zabaveno a rozděleno mezi bílé farmáře. Tam, kde byla objevena naleziště nerostného bohatství, byly otevřeny doly, většina na těžbu diamantů. Na popud německé nadvlády byli domorodí obyvatelé sestěhováni do měst a na území vyhrazená pro jejich komunitu. I po získání nezávislosti Namibie nad Jihoafrickou republikou a následném předání vlády černochoům, zůstala zkonfiskovaná půda německým přistěhovalcům a jejich potomkům. Vlastnictví země je tak dodnes

⁴ Velká encyklopedie zeměpisu, 2003

⁵ MZV ČR, Encyklopedie států, 2013

⁶ WIKIPEDIA. Namibie, 2013

v rukou bílé menšiny, což se negativně odráží na výrazné sociální nerovnosti mezi bílými a černými.⁷

Region Karas je také významnou tranzitní oblastí Namibie. Vytváří propojení mezi Jihoafrickou republikou a Angolou, spojuje vnitrozemí s pobřežím. Tato strategická poloha byla rozhodující pro podporu a rozvoj infrastruktury v regionu a tak došlo k výstavbě silnic a budování průmyslových a ekonomických center. Nedostatek pracovních příležitostí, nízká kvalifikace a negramotnost prohlubovaly postupně nezaměstnanost, zejména ve východních okresech regionu Karas. Odhaduje se, že v nejpostiženějších lokalitách žije 70 - 90 % nezaměstnaných.⁸

To vedlo k migraci do měst, která měla negativní dopad na rodiny, na rodinnou hierarchii a tradiční hodnoty. Rodiče, cestující za prací, opouštěli domov a péče o děti pak často spočívala na širší rodině, pro kterou to nakonec představovalo mimořádnou zátěž finanční, psychickou i fyzickou. Ekonomická situace těchto rodin nezřídka vedla k tomu, že děti nemohly dokončit ani základní školu. Nefunkční přirozená sociální síť, chudoba a hlad byly dalšími faktory podněcující frustraci lidí v postižených oblastech.

Města, ležící v blízkosti hlavních dopravních tahů, se začala rozrůstat o rozlehlé chudinské čtvrti, kde velká část obyvatel slamu nemá elektřinu, ani vodu. Problémy sociálně vyloučených skupin obyvatelstva (nejen) v regionu Karas se demonstrují v podobě nežádoucích sociálně patologických jevů. V dané oblasti je široce rozšířený alkoholismus, jak u mužů, tak u žen a mladistvých. V pití domácí kořalky hledá řada z nich útočiště, ve kterém mohou zapomenout na těžký život.⁹

Závislost na alkoholu je doprovázena nadprůměrně vysokou kriminalitou, domácím násilím, sexuálním zneužíváním a v neposlední řadě promiskuitou a prostitucí. V důsledku těchto okolností se vytváří optimální prostředí a podmínky pro snadné šíření různých chorob, včetně smrtelného HIV/AIDS. Bylo dokonce prokázáno, že děti, které

⁷ Velká encyklopedie zeměpisu, 2003

⁸ Mojžíšová, Kašová, 2004, str. 39 - 40

⁹ ČLOVĚK V TÍSNI. Humanitární pomoc a rozvoj: Namibie, 2013

se narodí matkám z marginalizované sociální vrstvy a s ní tak vyrůstají, jsou nakaženy virem HIV/AIDS až třikrát častěji, než děti žijící mimo podobné prostředí.¹⁰

1.2 Onemocnění HIV/AIDS

1.2.1 Historie a původ HIV/AIDS

Snad každý, kdo o HIV/AIDS slyšel, ví, že jde o zkratku označující smrtelnou, pohlavně přenosnou chorobu. Na úvod této kapitoly je ale nutné vymežit, co tyto zkratky znamenají.

HIV - Human Immunodeficiency Virus, tj. virus lidské imunitní nedostatečnosti a původce AIDS. Existuje ve dvou typech: HIV-1 a HIV-2.

AIDS - Acquired Immune Deficiency Syndrom, tj. syndrom získaného selhání imunity (syndrom získané imunodeficience). Jde tedy o soubor více různých onemocnění.¹¹

V některých zemích se užívá i jiná zkratka než AIDS, například SIDA ve frankofonních zemích, v Rusku je zase užíváno označení SPID. Ale ani v minulosti neměla choroba jeden název. Nejdříve se nemoc jmenovala 4H - heroinomané, homosexuálové, hemofilici a Hait'ané, ti se totiž nejčastěji objevovali mezi prvními nemocnými v USA. Když se choroba začala v 80. letech 20. století objevovat výlučně u mladých mužů-homosexuálů, bylo pojmenování 4H změněno na GRIDS: Gay Related. Název nemoci i jeho nová zkratka AIDS byly nakonec všeobecně přijaty roku 1982.¹²

Při nalézání původce AIDS se vědci drželi stop, které potvrzovaly, že ať už onemocnění způsobuje cokoli, cílem jsou T-lymfocyty, konkrétně skupina CD4. Jsou to

¹⁰ UNAIDS, 2012

¹¹ Ferenčík a kol., 2005, str. 98

¹² Holub a kol. 1993, str. 9 - 10

bílé krvinky, bez nichž lidská obranyschopnost nefunguje, a předpokládalo se, že jejich počet se působením patogenního agens výrazně snižuje.¹³

Imunodeficiencie je patologický stav, který je důsledkem poruchy nebo zániku funkce určité složky imunitního systému a dochází tak k oslabení obranyschopnosti s následnou zvýšenou vnímavostí organismu vůči alergiím a autoimunitním onemocněním, které pak ohrožují postiženého jedince na životě. Nedostatečná funkce imunitního systému je u AIDS získaná, tedy sekundární imunodeficiencie.¹⁴

Teprve o několik let později od první stanovené diagnózy AIDS byl objeven vědci Montagnier, Gallo a Levy pravý původce tohoto onemocnění. V roce 1986 byl virus pojmenován jako HIV - Human Immunodeficiency Virus.¹⁵

Virus HIV patří do skupiny retrovirů, je schopen ničit kromě CD4 buněk také makrofágy a některé buňky centrální nervové soustavy, přičemž jejich likvidace má za následek určité neurologické komplikace.¹⁶

1.2.2 Cesty přenosu viru HIV

Z dosavadních poznatků vyplývá, že se HIV šíří tělními tekutinami, především infikovanou krví a jinými krevními preparáty, spermatem, poševním sekretem, mateřským mlékem, ale také slinami, slzami a potem a ačkoli je v nich jen nepatrné množství viru, určité riziko nákazy zde existuje. To znamená, že se mezi lidskou populací virus přenáší třemi základními způsoby: krevní cestou, horizontálním přenosem a vertikálním přenosem.

K nákaze krevní cestou může dojít například podáním infikované krve nebo krevních přípravků, při injekčním užívání drog, při poranění o jehlu apod. V dnešní

¹³ Ferenčík a kol., 2005, str. 98 - 101

¹⁴ Göpfertová a kol., 2002, str. 60

¹⁵ Holub a kol., 1993, str. 10

¹⁶ Černý, Machala, 2007, str. 21 - 27

době je ze zákona testována krev dárců na HIV i na některé další přenosné nemoci (VHB, VHC, syfilis), takže nakazit se transfúzí krve je už téměř nemožné.¹⁷

Horizontálním přenosem se rozumí přenos viru pohlavní cestou. Riziko existuje jak u nechráněného homosexuálního, tak heterosexuálního styku a pravděpodobnost, že dojde k přenosu infekce je poměrně velká i při praktikování orálního sexu, ukazuje se bohužel, že takových případů v současnosti přibývá. Nejrizikovější je receptivní anální styk s infikovaným člověkem bez kondomu, přihládneme-li k tomu, že i nebezpečí poranění sliznice konečníku je vyšší a tím i více vstupních cest pro virus.¹⁸ U vaginálního styku je ohrožena hlavně žena, hrozí poškození sliznice a také je množství viru ve spermatu mnohonásobně vyšší než v poševním sekretu. I expozice viru je delší. Pro muže je riziko nesrovnatelně nižší.

Vertikálním přenosem označujeme přenos viru z matky na dítě. Virem HIV infikovaná žena může nakazit dítě během těhotenství, porodu i v době kojení. Pokud se nezahájí včasná profylaktická léčba, která by pomohla zabránit nakažení dítěte, téměř s jistotou k tomu dojde perinatálně, ve třetině případů už prenatálně, anebo z mateřského mléka.¹⁹

1.2.3 Stadia nemoci a jejich projevy

HIV/AIDS se u nakaženého jedince může projevit mnoha klinickými obrazy, které jsou typické pro jednotlivé fáze onemocnění. Charakteristický průběh infekce lze rozčlenit na několik stádií.²⁰ Zákeřnost nemoci HIV/AIDS spočívá také v tom, že probíhá velmi dlouho jako „nemoc bez tváře“, bývá odhalena pozdě a v terminálním stádiu vždy

¹⁷ Holub a kol., 1993, str. 14 - 15

¹⁸ Ryan, 1998, str. 267 - 268

¹⁹ Rozvojová spolupráce, HIV/AIDS a rozvojová spolupráce, 2013

²⁰ Holub a kol., 1993, str. 18

způsobuje smrt. Zatímco ve vyspělých zemích doba mezi nákazou a smrtí dosahuje deseti a více let, v rozvojových zemích je doba přežití od šesti do devíti let.²¹

Po proniknutí viru HIV do těla se jako první vyvine zhruba dvoutýdenní, chřipce podobné, horečnaté onemocnění. Nejčastějšími projevy bývají zduřené mízní uzliny, únava, úbytek na váze a objevují se do šesti týdnů od nákazy. Po uplynutí stádia akutní infekce, trvajícím zpravidla tři měsíce, vyprodukuje organismus dočasně protilátky proti HIV, které sníží množství viru v krvi. Nemoc přechází do etapy tzv. bezpříznakového nosičství. Tuto chronickou fázi nelze diagnostikovat z klinických příznaků, pouze testem, a infikovaní, kteří svůj status HIV neznají, mohou HIV roznášet po řadu let. Po období, které může trvat jeden rok anebo i deset let, se objevuje stádium PGL - Persistent Generalised Lymphadenopathy, které se vyznačuje nejčastěji masivním zduřením mízních uzlin. Za pár měsíců propukne ARC - AIDS Related Complex. Období je typické zvýšenou teplotou, průjemem a značnou ztrátou hmotnosti. Nemocné trápí stálá únava, podrážděnost a někdy i poruchy paměti, mohou se objevit též jiné neurologické komplikace.²²

Poslední je terminální stádium AIDS, kdy už se syndrom plně rozvinul. U každého pacienta se dostaví za individuálně dlouhou dobu, záleží na celkové fyzické a psychické kondici, hygieně, stravě, léčbě, zdravotní péči. Selhávající imunitní systém činí nemocného bezbranným před jakoukoli banální nákazou.²³ Jako terminální stádium AIDS se manifestují předně nádorová onemocnění a oportunní infekce. Mezi nejčastější onkologické nálezy při AIDS patří Kaposiho sarkom, leukémie a lymfomy.²⁴ Nejčastějšími oportunními infekcemi jsou zápal plic, retinopatie, pásové opary kombinované s kožními infekcemi a záněty dutiny ústní a nosohltanu.²⁵

V zemích postižených HIV/AIDS je v čele oportunních infekcí tuberkulóza (TB). U nemocných s HIV/AIDS je pravděpodobnost vzniku aktivní TB až 10krát vyšší než u zdravých. Nejohroženější skupinou jsou těhotné ženy žijící s HIV/AIDS, TB může

²¹ Kašová, 2007

²² Holub a kol., 1993, str. 18 - 21

²³ Křivohlavý, Psychologie zdraví, str. 48 - 49

²⁴ Ryan, 1998, str. 275

²⁵ Mojžíšová, Kašová, 2004, str. 15

těmto ženám vyvolat závažné komplikace během porodu i po něm, zvyšuje se rovněž riziko úmrtí jak matky, tak i novorozence. Navíc pokud se objeví ještě během těhotenství rozvinutá TB, zdvojnásobuje se tím nebezpečí přenosu viru HIV z matky na dítě. Protože je známo, že neodkladná profylaktická ARV léčba snižuje toto riziko až o 65 %, byla vydána mezinárodní doporučení, aby v rámci prevence HIV/AIDS a TB byl nedílnou součástí zdravotní péče o těhotné, kromě kontroly infekcí, i pravidelný screening TB, který by pomohl zajistit preventivní a včasnou léčbu, díky níž by matka i dítě měly mnohem lepší šance na přežití.²⁶

1.2.4 Testování a diagnostika

Diagnostika HIV/AIDS není nikdy jednoduchá. V akutním období se snadno zamění za nějaké banální respirační onemocnění, které připomíná, proto pacienti přichází na test často až v pozdějším stadiu nemoci, kdy je už trápí nějaké potíže. Vodítkem pro správnou diagnózu by sice mohly být přítomné rizikové faktory (promiskuita, prostituce, apod.), ale tyto informace většinou zůstanou lékařům zamlčeny. Přítomnost viru HIV potvrdí pozitivní sérologický nález specifických protilátek (anti-HIV) pomocí metody ELISA nebo Western Blotting.²⁷

Testování je velmi významnou složkou prevence. Při pozitivním nálezu dochází pak alespoň včas k nasazení optimální léčby a přispěje tak ke zdravějšímu, delšímu a kvalitnějšímu životu. V Namibii bylo zavedeno testování dárcovské krve již v roce 1986, v tomtéž roce byl totiž odhalen i první případ nemoci AIDS v zemi. Od roku 1992 bylo zahájeno screeningové vyšetření na HIV u těhotných žen. Dnes je i pro všechny ostatní testování dobrovolné, zdarma a poměrně dostupné. Využívají se hlavně „Rapid Test Kits“, rychlé diagnostické metody na anti-HIV protilátky, jejich výhodou je okamžitý výsledek, jednoduchost provedení testu, technická nenáročnost a finanční

²⁶ UNAIDS, 2012

²⁷ Černý, Machala, 2007, str. 31 - 32, 40

dostupnost. Testování se v Namibii provádí ve specializovaných „HIV Counselling and Testing“ centrech. Počet testovaných osob je sice pořád nižší, než by bylo třeba, ale během posledních šesti let značně stoupl. V roce 2006 zjistilo svůj HIV status celkem 62 024 osob a v roce 2011 jich bylo už 234 800. V zemi je každoročně pořádán také National Testing Day, v roce 2010, v jediný den, přišlo na HIV test neuvěřitelných 39 858 obyvatel Namibie, převážnou část tvořily ženy.²⁸

1.2.5 Léčba a léčebný režim

V současnosti se ve vyspělých státech světa pro léčbu HIV/AIDS běžně užívají antiretrovirální léky (ARV), nejúčinnější je jejich kombinace HAART. Pokud nemocní užívají farmaka pravidelně a celoživotně, mohou díky nim celkem normálně žít deset, patnáct i více let. Léčba má ale také své nedostatky. Je finančně velmi náročná. Postupně se zvyšuje také odolnost viru na terapii. Léky působí na lidský organismus toxicky, takže jejich užívání obnáší četné nežádoucí účinky.²⁹ Pro lepší snášení vedlejších příznaků léčby je nutno brát léky při plnohodnotné stravě a celkově zdravém způsobu života. V opačném případě pacienti trpí velmi silnými nevolnostmi a často proto léčbu přerušují.³⁰

Ve většině rozvojových zemí, včetně Namibie, byl systém veřejného zdravotnictví a preventivní péče, také školství a jiných veřejných služeb po mnoho let nefunkční a zaostalý. Nedostatek kvalifikovaných zdravotníků i zdravotnických středisek, špatná technická vybavenost a malá dostupnost ARV léčby, ale i základních léků, vitaminů a ochranných pomůcek, spolu s nízkou informovaností veřejnosti o HIV/AIDS jsou toho důkazem. Také chudoba a nezaměstnanost přispěla k rozšíření epidemie do dnešních rozměrů. Nízký příjem nedovoluje lidem s HIV/AIDS zabezpečit si mnohdy ani jednu porci kukuřičné kaše denně, natož pak kvalitní a dostatečně výživnou stravu, v obydlí

²⁸ MOHSS, 2012, str. 20 - 21

²⁹ Ferenčík a kol., 2005, str. 97 - 102

³⁰ Černý, Machala, 2007, str. 32 - 41

z vlnitého plechu bez vody nemohou mít ani zdravé životní podmínky. To vede k podvýživě a oportunním infekcím.³¹

První ARV léky v Namibii byly určeny pouze pro zdravotníky vystavené riziku nákazy, až v roce 2003 se ARV stala lépe dostupnou³², ale není jí dostatek. Z 14,8 milionů nemocných ve světě, kteří ARV léčbu potřebují, se jich léčí zatím pouze polovina.³³

1.3 Pandemie HIV/AIDS a její dopady

1.3.1 Vymezení pojmů

V této kapitole budou představena statistická data týkající se problematiky HIV/AIDS, proto je prostor nejdříve věnován vymezení epidemiologických pojmů.

Epidemický proces znamená způsob, kterým dochází k šíření nákazy. Proto, aby se infekce v dané populaci rozšířila, musí existovat zdroj dané nemoci, musí se zabezpečit její přenos a v neposlední řadě je třeba najít hostitele vnímavého k původci nemoci. Epidemický proces může mít různé formy výskytu.³⁴ *Epidemie i pandemie jsou formou hromadného výskytu infekční nemoci. V případě epidemie je výskyt časově i místně ohraničen. Zpravidla se jedná o malý prostor, maximálně několik zemí. Naopak u pandemie výskyt není prostorově omezen.*³⁵

Nemocnost obyvatelstva, tj. morbiditu, lze vyjádřit nejlépe relativními (poměrnými) čísly. Základními ukazateli morbidity, jsou incidence a prevalence. Incidence představuje zjištěný počet lidí, kteří nově onemocněli v daném časovém období v poměru k celkovému počtu lidí žijících v dané populaci. Vyjadřuje dynamiku

³¹ Mojžišová, Kašová, 2004, str. 50 - 51

³² Soul City IHDC, 2009, str. 13

³³ UNAIDS, 2012, World AIDS Day, str. 18

³⁴ Göpfertová a kol., 2002, str. 65 - 70

³⁵ Kašová, 2007, AISD otázky a odpovědi

epidemického procesu a stávající riziko nemocí. Prevalence měří také frekvenci onemocnění v dané populaci, ale počítá všechny existující případy choroby, nejen ty nově nakažené. Ukazuje na celkovou závažnost epidemie.

Úmrtností, tj. mortalitou, lze statisticky znázornit to, jak často dochází ve sledované populaci k úmrtí v důsledku dané choroby.

Smrtnost, tj. letalita, je ukazatel popisující, jak velká část z těch, kteří jsou nakaženi danou nemocí, na ni také zemřeli, vystihuje klinickou závažnost onemocnění. Mortalita i letalita se zpravidla vyjadřují v procentech.³⁶

1.3.2 HIV/AIDS ve světě

Onemocnění HIV/AIDS se za pouhá tři uplynulá desetiletí dokázalo rozšířit na všechny světadíly a dosáhlo hrozivých rozměrů. Pandemie HIV/AIDS šířící se po naší planetě je navíc doprovázena katastrofálními důsledky na úrovni jedince i společnosti ve všech sférách jejich fungování. *Svým rozsahem a následky bývá pandemie HIV/AIDS srovnávána pouze s řáděním dýmějového moru, který ve čtrnáctém století prošel celým tehdy známým světem. Nejvíce obětí bylo v Číně a v Evropě. Během pouhých pěti let tehdy způsobil smrt poloviny obyvatel Evropy.*³⁷

Podle odhadů UNAIDS bylo na celé planetě ke konci roku 2001, po dvaceti letech od prvních případů HIV/AIDS, už 29,4 milionů (27,2 - 32,1 mil.) nakažených lidí, po dalších deseti letech - v roce 2011 toto číslo narostlo na 34 milionů (31,4 - 35,9 mil.) HIV pozitivních osob, což představuje prevalenci 0,8 % (u osob ve věku 15 - 49 let), přičemž asi polovina z nich nezná svůj HIV status. To by znamenalo, že v průměru je na naší Zemi osm lidí z tisíce nakažených virem HIV.

Ve skutečnosti však 69 % nemocných připadá na subsaharskou Afriku, která i nadále zůstává tou nejpostiženější částí světa. Prevalence HIV/AIDS v jihoafrické

³⁶ Göpfertová a kol., 1999, str. 32 - 37

³⁷ Kašová, 2007, Angus, 1995, str. 6

oblasti činí 4,9 %, což znamená 23,5 milionů jejích obyvatel - průměrně jeden člověk z dvaceti je HIV pozitivní. Ve všech dalších nejpostiženějších zemích je epidemický výskyt HIV/AIDS asi 25krát nižší než v subsaharské Africe. Druhou v pořadí nejvíce napadenou oblastí je Asie, kde žije přes 4,8 miliónů lidí s HIV/AIDS, a Karibik. Horší situace začíná být ve východní Evropě, počet infikovaných osob je 1,4 milionů na Ukrajině a v Rusku. Stejný výskyt onemocnění HIV/AIDS je i v Latinské Americe. USA a státy Evropy mají dohromady asi 2,3 milionů nemocných s HIV/AIDS.³⁸

Incidence HIV/AIDS ve světě je celkově nižší než v dřívějších letech. Za poslední dekádu se ve 39 zemích (z nich 23 zemí subsaharské Afriky) díky mezinárodním snahám objevilo o 25 % méně nových nakažených. Je bezesporu dobrá zpráva, že proti 3,2 milionům (2,9 - 3,4 mil.) nakažených za rok 2001 se o 10 let později neuchránilo před virem HIV „jen“ 2,5 milionů (2,2 - 2,8 mil.) dospělých a dětí, ale bohužel tomu tak není všude. V některých zemích naopak výskyt onemocnění HIV/AIDS vzrostl, a to dokonce o více než 25 % (sem patří například Bangladéš, Indonésie, Filipíny a Srí Lanka). Každopádně 7 tisíc nově nakažených denně, z nichž je skoro polovina mladých ve věku 15 - 24 let, a 17 miliónů osiřelých dětí ve světě je tragédie. Nemilé zprávy se týkají také žen. Po dlouhou dobu se jim nevěnovala velká pozornost ohledně HIV/AIDS, prevalence byla dlouhou dobu nízká. K nárůstu začalo docházet pozvolna, až se poměr HIV pozitivních mužů a žen vyrovnal a leckde i otočil na vrub žen. V současnosti na deset pozitivních mužů připadá třináct žen s HIV/AIDS. Navíc jejich nerovné postavení ve společnosti je zakořeněné v mnoha nejpostiženějších zemích a o to menší je šance žen se proti HIV/AIDS chránit.³⁹

Úspěch představují i nižší míry úmrtnosti v důsledku HIV/AIDS. Státy subsaharské Afriky za posledních 6 let dokázaly zredukovat počet obětí HIV/AIDS o 32 %. V roce 2005 zemřelo v jihoafrických zemích na AIDS 1,8 milionů nemocných, kdežto s rokem 2011 nemoci podlehl „jen“ 1,2 milionu, prevalence v zemi klesla za tu dobu celkem o 1 %. Celosvětová úmrť kvůli AIDS čítala na naší planetě 2,3 milionu v roce 2005 a o

³⁸ UNAIDS, 2012, Global AIDS Epidemic Report, str. 4 - 8

³⁹ UNAIDS, World AIDS Day, 2012, str. 21 - 26

600 tisíc obětí méně bylo zaznamenáno za rok 2011. Pokles v počtu zemřelých na AIDS se přičítá do značné míry rozsáhlému financování ARV léky z vyspělých států v rámci globálního boje proti HIV/AIDS.⁴⁰

Do roku 2011 se výše investic na HIV/AIDS vyšplhala na 16,8 miliard USD. Donace pocházejí hlavně od World Bank (Světová banka), ale na opravdový pokrok, který by zastavil šíření pandemie, by bylo třeba uvolnit 22 - 24 miliard USD. Ovšem kvůli táhnoucí se globální ekonomické krizi visí do budoucna nad těmito zdroji mezinárodní pomoci velký otazník.⁴¹

1.3.3 HIV/AIDS v Namibii

V roce 2001 žilo v jihoafrickém regionu více než 12 milionů lidí nakažených virem HIV/AIDS a očekávalo se, že do roku 2015 počet nakažených stoupne na 16 milionů, ale jejich počet se již v roce 2011 vyhoupl na dvojnásobek. Namibie, jako jedna ze zemí subsaharské Afriky, je s těmi nejpostiženějšími státy na stejné lodi. První diagnostikovaný případ HIV/AIDS v Namibii byl popsán v roce 1986. Od té doby postihlo HIV/AIDS 190 tisíc Namibijců. Celá země nyní čelí rozsáhlé epidemii HIV/AIDS.⁴²

Za deset let sledování vývoje epidemie HIV/AIDS v Namibii je zaznamenána mírně klesající tendence u míry prevalence HIV/AIDS v populaci ve věku 15 - 49 let. Z 16,1 % v roce 2001 klesl výskyt nemoci až na 13,54 % v roce 2011. Data mimo jiné ale také prokazují, že očekávaná délka dožití od roku 2001 se za jediné desetiletí snížila z dožitých 62 let na pouhých 49 let života. V roce 2010/11 počet úmrtí v důsledku AIDS činí 6700 obětí.⁴³ Velká část produktivní populace nadále umírá na AIDS, což má dopady ekonomické, demografické, následky zanechané na osiřelých dětech

⁴⁰ UNAIDS, Global Report on AIDS Epidemic Response, 2012

⁴¹ UNAIDS, World AIDS Day Results, 2012, str. 21 - 26

⁴² Mojžíšová, Kašová, 2004, str. 10

⁴³ MOHSS, 2012, str. 8 - 17

nevyjímaje.⁴⁴ Děti jsou v důsledku HIV/AIDS hluboce poznamenány, asi 70 tisíc dětí musí čelit takovýmto tragickým okolnostem. K tomu jejich výhled do budoucna kalí skutečnost, že se o ně už nemá kdo starat, jejich příbuzní nebo pěstouni jsou buď sami poznamenáni nemocí HIV/AIDS, anebo jsou i oni bez jakýchkoli finančních prostředků a možností obživy. Stává se také až příliš často, že děti kvůli chudobě a ztráty zázemí nemohou dokončit ani povinnou školní docházku a ty méně šťastné vyrůstají na ulici.⁴⁵

V Namibii je nejčastější cestou přenosu HIV/AIDS heterosexuální pohlavní styk a vertikální přenos viru z matky na dítě. Nejohroženější skupinou jsou ženy, děti a mládež, jak se i podle zjištěných dat ukazuje. V letech 2010 a 2011 bylo nově nakaženo přibližně 9300 Namibijců, přičemž je 40 % z nich ve věku 15 - 24 let a celých 60 % v této kategorii tvoří mladé ženy. Podle sledování výskytu HIV/AIDS mezi těhotnými ženami bylo zjištěno, že v roce 2002 prevalence u těhotných žen dosáhla svého vrcholu 22,3 %, což je o neuvěřitelných 18,1 % víc, než bylo naměřeno před deseti lety. V roce 1992 byla hodnota prevalence mezi těhotnými ženami pouhých 4,2 % a to také vysvětluje, proč jim v dřívějších letech nebyla věnována dostatečná pozornost v rámci prevence. V posledním měřeném období, tj. 2010 až 2011, je na 18,8 %, stále víc, než jaký je celkový průměr. Mírně pod 10 % tvoří mezi nově nakaženými děti do 15ti let. Většina z nich se už s HIV/AIDS narodila.⁴⁶

Výskyt HIV/AIDS v Namibii se s jednotlivými regiony liší, od minimální prevalence 4 % až po maximální hodnoty přes 36 %, které se objevují v regionech na severu, severovýchodě a ve vnitrozemí. K žalostné situaci v těžce postižených oblastech přispívá navíc zvýšená migrace obyvatel za prací a do větších měst, zvláště jejich anonymitou a větší možností navazovat sexuální vztahy nebo využívat služeb sexuálních pracovníků. HIV/AIDS se díky tomu snadno šíří do všech koutů země. Rozptýlenost namibijské populace pak lidem na venkově, kteří si infekci přivezli z města, nebo jí byli nakaženi partnerem, znesnadňuje přístup k zdravotní péči, k lékům a většinou ani o své nemoci nevědí. To samozřejmě napomáhá nejen jejich rychle se

⁴⁴ Kašová, 2007

⁴⁵ MOHSS, 2012, str. 8 - 17

⁴⁶ GRN, National Strategic Framework 2010/11 – 2015/16, 2010, str. xii - xvii

zhoršujícím zdravotnímu stavu, pokud nedostávají ARV léčbu, ale je tu velké riziko přenosu infekce na další členy komunity.⁴⁷

1.3.4 Dopady HIV/AIDS

Negativní dopady, které s sebou HIV/AIDS přináší, jsou demografické, sociální a ekonomické. *Z časového hlediska se jedná jak o okamžité dopady (např. ztráta pracovního místa a následné zhoršení životní úrovně), tak o dlouhodobé následky na úrovni jednotlivých domácností i celé společnosti.* Vlivem rozpínající se epidemie se v zemi začíná výrazně projevovat nedostatek pracovních sil, a to zejména ve výrobních sektorech a v oblasti sociálních služeb. V důsledku toho dochází k výraznému rozšíření chudoby, sociální a ekonomické destabilizaci a hrozí i společenské a politické nepokoje.⁴⁸

HIV/AIDS si tedy vybírá svou daň ve všech sférách lidského života. Vzhledem k tomu, že onemocnění HIV/AIDS napadá hlavně obyvatelstvo v produktivním věku, je v Namibii dnes 43 % populace mladší 15ti let a méně než 4 % populace je ve věku nad 65 let. V letech 1981 a 1991 Namibie zažila vysoký populační růst o více než 3 %.⁴⁹ Nicméně, kvůli řadě faktorů, včetně negativních dopadů HIV a AIDS na zdraví a dlouhověkost lidu, se snížila míra populačního růstu na 2,6 % ročně mezi lety 1991 a 2012. Zvýšila se výrazně dětská úmrtnost a v souvislosti s množstvím úmrtí dospělých v důsledku HIV/AIDS roste i počet nezaopatřených dětí.⁵⁰

Výskyt onemocnění se liší také podle pohlaví a věku. Zatímco ženy žijící s HIV/AIDS jsou nejvíce zastoupeny ve věkovém rozmezí 20 až 29 let, u mužů je to 30

⁴⁷ USAID, Namibia: Health Profile, 2012, str. 27

⁴⁸ Mojžíšová, Kašová, 2004, str. 33

⁴⁹ UNAIDS, 2008, str. 16

⁵⁰ USAID, Namibia Health Profile, 2012, str. 8 - 12

až 39 let. *Tento věkový rozdíl, který je charakteristický pro všechny africké země, odráží typické vzorce sexuálního chování, kdy starší muži mají vztah s mladšími ženami.*⁵¹

Nerovné postavení žen kvůli kulturním aspektům a rostoucí chudobě, kterou trpí víc jak třetina namibijských domácností, ještě umocňuje jejich ekonomickou závislost na mužích. To se projevuje neblaze i v oblasti prevence HIV/AIDS. Použití prezervativu je často pro mužské partnery nemyslitelné, tím spíš, pokud o to žádá jejich žena či milenka. Používání kondomů je stále v mnoha oblastech (nejen) subsaharské Afriky problematické, přestože jsou snadno dostupné a leckde jsou distribuovány zdarma. Tradiční vzorce sexuálního chování, které jsou hluboce zakořeněné v místních lidech, totiž kondomy skoro zakazuje.⁵²

Riziko, že se epidemie bude v komunitě šířit bezhlavě dál, zvyšuje i nadměrná konzumace alkoholu. Alkoholové opojení odstraňuje morální zábrany a podporuje tak promiskuitní chování, přičemž myšlenky na bezpečný sex jdou v takových chvílích stranou. Alkoholismus je v Namibii závažným problémem a tak v tomto směru namibijská vláda učinila jisté kroky. V roce 2010 byla zahájena kampaň s názvem „Stand Up! Against alcohol misuse!“ s cílem prevence abusu alkoholu, zejména u mladých lidí.⁵³

O kvalitě života jednotlivců žijících s HIV rozhoduje v první řadě jejich zdravotní stav, s čímž úzce souvisí přístup k lékařské péči a léčbě. Na spokojenost s fyzickým i psychickým zdravím mají vliv nejen imunologické parametry, ale i celá řada psychosociálních faktorů - psychickým rozpoložením a sociálním prostředím.

Součástí zdravého a plnohodnotného sociálního prostředí člověka je práce. Práce a pravidelné docházení do zaměstnání výrazně napomáhá v mnoha směrech ke kvalitnějšímu životu jak lidí zdravých, tak nemocných s HIV/AIDS. Díky finančnímu příjmu si mohou koupit kvalitnější stravu, dbát lépe na hygienu a pomáhá jim udržet si optimální životní standard. Práce má pozitivní vliv na sebehodnocení a sebevědomí,

⁵¹ Mojžíšová, Kašová, 2004, str. 34

⁵² Kašová, 2007

⁵³ MOHSS, 2012, str. 19

napomáhá ke kontaktu s ostatními lidmi, udržuje dosažený společenský status a v neposlední řadě dodává HIV pozitivním lidem energii a smysl do života.⁵⁴

Naopak nezaměstnanost je významným rizikovým faktorem. Bohužel, u HIV pozitivních osob je velmi vysoká. Je tomu jednak proto, že nemoc ubírá lidem na fyzické síle, což se odrazí na odvedeném pracovním výkonu, v mnoha absencích ze zdravotních důvodů, apod. A jednak je to strach z nakažení či nenávist k lidem s HIV/AIDS ze strany spolupracovníků a nadřízených. Ztráta zaměstnání působí na psychické i fyzické zdraví jedince stejně negativně jako následná dlouhodobá nezaměstnanost. Bez peněz si nemohou zabezpečit obživu, lékaře, ani léky a jejich zdravotní stav se o to víc zhoršuje. Trpí depresemi, stresem, úzkostí a strachem, celková frustrace pak podryvá jakoukoli motivaci nemocného zkusit žít lépe, nezářídka řeší svou situaci právě alkoholem.

Mezi negativní dopady HIV/AIDS je třeba bezesporu zmínit i mýty a předsudky, které nemocné trpící HIV/AIDS často pronásledují. Ve společnosti o AIDS panují všelijaké pověry, stereotypy a předsudky, tedy *představy, názory a postoje, které určití jednotlivci či skupiny osob zaujímají k jiným skupinám nebo i k sobě samým. Mají silný emocionální náboj, zatímco racionální obsah bývá potlačen. Ke změnám v těchto postojích a názorech dochází velmi omezeně a jen za určitých, v reálné společnosti těžko dosažitelných podmínek.*⁵⁵

Velmi často se HIV pozitivní lidé setkávají se sociálním vyloučením, stigmatizací a diskriminací, které přímo vyplývají z předsudků a z neznalosti.⁵⁶ Stává se, že i vlastní rodina vyobcuje nakaženého člověka, když se dozví o jeho nemoci. Fakt, že HIV/AIDS je pohlavně přenosná nemoc, kterou dodnes nelze vyléčit, budí v lidech strach.⁵⁷

Společenské stigma, které dopadá na HIV/AIDS postižené jedince, rodiny i celé komunity, vyplývá též ze sociokulturních a ekonomicko-politických podmínek dané společnosti. V některých afrických kulturách panuje dokonce přesvědčení, že by

⁵⁴ Shivairová a kol., 2010, str. 33 - 35

⁵⁵ Průcha, 2010, str. 67, 69

⁵⁶ Shivairová a kol., 2010, str. 33

⁵⁷ Mojžišová, Kašová, 2004, str.17, 25

nemocní s HIV/AIDS měli být zabiti, anebo aspoň izolováni od ostatních. Rozšířená je dodnes též pověra, že sex s pannou AIDS vyléčí. Další takovou absurdní ochrannou metodou je tzv. suchý sex.⁵⁸

1.4 Boj proti HIV/AIDS

1.4.1 Organizace zaměřené na problematiku HIV/AIDS

Mezinárodní organizace:

- OSN - Organizace spojených národů / UN - United Nations
- UNAIDS - Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
- WHO - World Health Organization UNICEF - United Nations Children's Fund
- UNESCO - United Nations for Education, Science and Culture Organization
- HAMU - HIV and AIDS Management Unit
- USAID - United States Agency for International Development / United States's Aid
- UKAID - Department for International Development / United Kingdom's Aid
- WFP - World Food Programme
- WB - World Bank

Vládní organizace v Namibii:

- MOBESC - Ministry of Basic Education, Sport and Culture
- MOGECH - Ministry of Gender Equality and Child Welfare
- MOHSS - Ministry of Health and Social Services
- MOLS - Ministry of Labour and Social Welfare
- NACOP - National AIDS Co-ordinating Programme

Nevládní neziskové organizace v Namibii:

⁵⁸ Kašová, 2007

- ALU - AIDS Law Unit
- AIDS Care Trust
- Catholic AIDS Action
- Člověk v tísni o.p.s.
- Mother's Voice
- Namibia Red Cross
- NAMPIN - Namibian People in Need (Namibijský Člověk v tísni)
- NANASO - Namibia Network of AIDS Service Organisations
- NASOMA - Namibia Social Marketing Association
- National Youth Council
- „New Start“ Voluntary Counselling and Testing
- YWCA - Young Women's Christian Association.

V současnosti existuje množství organizací zabývajících se problematikou HIV/AIDS. Jsou to mezinárodní a vládní instituce anebo nevládní neziskové společnosti a sdružení, které mají nezastupitelnou úlohu v rámci prevence. Vzhledem k jejich velkému počtu není možné se v této práci o všech podrobněji rozepisovat, proto budou přiblíženy jen vybrané instituce. Hlavní organizace zaměřené na HIV/AIDS v Namibii jsou k nalezení na konci této podkapitoly.

Boj s onemocněním HIV/AIDS je v popředí pozornosti většiny mezinárodních donorských institucí a bezpočtu nevládních organizací. Nejchudší rozvojové země jsou ale odkázány na pomoc ze zahraničí, nejvíce finančních zdrojů přichází od agentur OSN, množství peněz plyne ze Světové banky - World Bank (WB), či z Globálního fondu - Global Fund a od vlád vyspělých států s rozvinutým průmyslem.⁵⁹

Založení mezinárodní Organizace spojených národů (OSN) - United Nations (UN) v roce 1945 a následné přijetí Charty OSN jejími prvními padesáti členskými zeměmi bylo významným krokem ke svobodě, míru a demokracii ve světě po druhé světové

⁵⁹ Kašová, 2007

válce. V současnosti má OSN 189 členských států, včetně Namibie. OSN si klade za cíl zajistit mezinárodní mír a bezpečnost a také koordinovat a posilovat mezinárodní spolupráci. OSN má pod sebou několik poradních a odborných orgánů, agentur OSN. Nejznámějšími orgány OSN jsou WHO, UNAIDS, UNESCO, UNICEF a WFP (viz dále). Díky úsilí OSN se v roce 1990 stala Namibijská republika demokratickou zemí, nezávislou na Jihoafrické republice. V té době už HIV/AIDS postihlo značnou část subsaharské populace, problém bylo třeba začít řešit.⁶⁰

Za pomoci Světové zdravotnické organizace (WHO) byly v zemích jižní Afriky zřízeny National AIDS Coordination Programmes - NACOP, tzv. národní koordinační programy pro boj s AIDS, většinou je spravují ministerstva zdravotnictví (v Namibii je to Ministry of Health and Social Services - MOHSS). NACOP mají předně monitorovat vývoj epidemie v zemi a rovněž koordinovat implementaci národních strategických plánů pro boj s HIV/AIDS. Na tvorbě těchto akčních plánů se podílí zejména UNAIDS, WHO a vlády cílových států.⁶¹

UNAIDS - Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (Společný program OSN pro boj s HIV/AIDS) má vedoucí pozici v boji s pandemií HIV/AIDS, vede a podporuje, vydává opatření a zajišťuje strategie a plánování. Pravidelně také publikuje zprávy o stavu a vývoji pandemie HIV/AIDS. Jejím výkonným ředitelem je od roku 2009 Michel Sidibé.⁶²

WHO - World Health Organization (Světová zdravotnická organizace) je odborná organizace OSN, která se ve světě snaží o *dosažení všemi lidmi nejvyšší možné úrovně zdraví*. Mezi její hlavní cíle patří eradikace klíčových infekčních nemocí jako je HIV/AIDS a malárie. V rámci mezinárodního monitorování průběhu a šíření infekčních nemocí, vydává doporučení a realizuje též programy prevence.⁶³

⁶⁰ UNITED NATIONS. *UN at a glance*, 2013

⁶¹ Mojžíšová, Kašová, 2004, str. 13

⁶² UNAIDS, *Global Report*, 2012, str. 15

⁶³ WHO, 2010, str. 16

UNICEF - United Nations Children's Fund (Dětský fond OSN) je odbornou organizací OSN. Je to největší světová organizace, která se globálně zabývá ochranou a zlepšováním životních podmínek dětí a podporou jejich všestranného rozvoje.⁶⁴

WFP - World Food Programme (Světový potravinový program) vznikl roku 1963 jako specializovaná agentura OSN zabývající se potravinovou bezpečností. Realizuje zhruba 80 rozvojových projektů, mezi nimiž je i „Food For Growth“. Tento program funguje i v Namibii, kde distribuuje potraviny pro výživu dětí a matek v nejchudších oblastech, jeho posláním je boj s podvýživou.⁶⁵

UNESCO - United Nations for Education, Science and Culture Organization (Organizace OSN pro výchovu, vědu a kulturu) je rovněž odbornou složkou OSN, má 195 členských zemí. Zabývá se činností v pěti hlavních oborech: vzdělání, přírodní vědy, sociální a humanitní vědy, kultura a komunikace a informace. Projekty, které UNESCO připravuje, jsou věnovány šíření gramotnosti, pořádá odborné a školicí programy, programy mezinárodní vědní spolupráce, dále podporuje fungování nezávislých médií a svobodu tisku. V rámci své aktivity organizuje též regionální a kulturní historické projekty, hlásí se ke kulturní různorodosti, vydává úmluvy o mezinárodní spolupráci ohledně kulturního a přírodního dědictví. Angažuje se aktivně v ochraně lidských práv a svobod.⁶⁶

USAID - United States Agency for International Development (Americká agentura pro mezinárodní rozvoj), je agentura federální vlády USA, která byla založena roku 1961 za účelem realizace programů humanitární a rozvojové pomoci. Agentura působí v subsaharské Africe, Asii, na Blízkém východě, v Latinské Americe, Karibiku a dalších oblastech.⁶⁷

Důležitou úlohu v boji proti HIV/AIDS v Namibii, ale i v jiných zemích subsaharské Afriky, mají místní a zahraniční nevládní a komunitní organizace. Jejich práce bývá často v rukou dobrovolných pracovníků. Poskytují většinou zdravotně

⁶⁴ UNICEF, 2013

⁶⁵ WFP, [wfp.org/about us/](http://wfp.org/about-us/), 2013

⁶⁶ UNESCO. Introducing UNESCO, 2013

⁶⁷ USAID, 2012

sociální služby pro HIV pozitivní a sociálně slabé, věnují se rovněž péči o sirotky. Jejich konkrétní aktivity jsou rozmanité, zahrnují hlavně preventivní, edukační a osvětovou činnost, odborné poradenství, psychosociální péči, domácí ošetrovatelskou péči, individuální, rodinnou nebo skupinovou terapii, distribuci kondomů, dále nabízí lidem s HIV/AIDS a jejich rodinám pomoc a ochranu práv, při zdravotnickém zařízení provádí dobrovolně, anonymně a zdarma testování na HIV, organizuje odborné diskuze, volnočasové aktivity apod. *Tyto cílené intervence na mikroúrovni jsou naprosto nezbytným doplňkem komplexních vládních programů.* V Namibii dnes působí zhruba kolem třiceti místních nevládních organizací (NGO's) zaměřených na problematiku HIV/AIDS. Všechny je zastřešuje společnost Namibia Network of AIDS Service Organizations (NANASO).⁶⁸

PIN - People In Need. Člověk v tísní o.p.s. je obecně prospěšná společnost při České televizi představující největší českou humanitární organizaci. Člověk v tísní je v Namibii aktivní už od roku 2003. Pomoc směřovala zejména na chudé obyvatele postižené HIV/AIDS a TBC. Hlavním smyslem aktivit PIN i NAMPIN je boj s chudobou, diskriminací žen a sociální nerovností. Tento cíl je naplňován prostřednictvím podpory vzdělávání formou adopcí na dálku, výchovy ke zdraví v rámci osvětové činnosti, budováním pracovních míst a poskytováním psychosociálního poradenství HIV pozitivním. Neméně záslužná je také podpora komunitních iniciativ zaměřených na prevenci HIV/AIDS.⁶⁹

NAMPIN - Namibian People in Need je pobočka Člověka v tísní, o. p. s., který ji také založil, a má sídlo v Keetmanshoopu. NAMPIN se orientuje hlavně na děti, jež v důsledku nepříznivých okolností strádají - trpí podvýživou, jsou zanedbané či týrané, nemohou docházet do školy, apod. NAMPIN, v rámci svých možností, které jsou závislé na finanční pomoci od dárců, zprostředkovává například umělou výživu pro kojence, čímž zachraňuje mnoho dětských životů.⁷⁰

⁶⁸ Mojžíšová, Kašová, 2004, str. 13 - 15

⁶⁹ MPSV, Člověk v tísní, 2005

⁷⁰ MPSV, Člověk v tísní, 2005

KHC - Karas Huisen Craft. Člověk v tísní se zasloužil také o vznik první chráněné dílny s názvem Karas Huisen Craft. Nachází se v chudinské čtvrti Tseiblaagte, na okraji Keetmanshoopu. Zde se zrealizoval nejen projekt šicí dílny KHC, ale byla zřízena i improvizovaná školka pro děti, které by jinak vyrůstaly na ulici. Chráněná dílna dává práci matkám s dětmi, které jsou HIV nebo TB pozitivní. Dílna poskytuje zaměstnání až pro padesát žen, které si tak mohou vydělat a uživit sebe, své děti a často i několik dalších členů rodiny. *Společnost Člověk v tísní o.p.s. tak naplnila základní ideu rozvojové spolupráce – pomáhat lidem v chudých zemích k tomu, aby si začali pomáhat sami.*⁷¹

1.4.2 Rozvojová spolupráce

Rozvojová pomoc neboli rozvojová spolupráce se začala formovat až po druhé světové válce coby projev moderního poválečného humanismu v širším měřítku. První vzniklou agenturou rozvojové pomoci je OSN. V rámci rozvojové spolupráce se pozornost soustředí na sledování životních podmínek, ve kterých lidé žijí zejména v rozvojových státech. Smyslem vzájemné spolupráce je nacházet cesty ke zlepšení špatných podmínek po stránce ekonomické, sociální, zdravotní, apod.⁷²

Stěžejním cílem rozvojové spolupráce je snižování extrémní chudoby ve světě. Důraz je kladen také na trvale udržitelný socioekonomický rozvoj. *Zahraniční rozvojová spolupráce reaguje na dlouhodobé problémy rozvojových zemí, zejména s ohledem na ekonomické, sociální, zdravotní a ekologické aspekty života tamních lidí. Je to forma pomoci financovaná vyspělejšími státy.* Rozvojové projekty jsou dlouhodobé, předchází jim strategické plánování a příprava. Typickým příkladem jsou preventivní programy ve školách. Legislativní rámec pro rozvojovou spolupráci tvoří Mezinárodní humanitární právo. Pomoc může být bilaterální - dvoustranná, od dárce

⁷¹Člověk v tísní, Novinář rozvojová spolupráce a humanitární pomoc, 2007

⁷² Člověk v tísní, Humanitární a rozvojová pomoc, 2013

přímo k příjemci, nebo multilaterální - mnohostranná, kde je pomoc směřována přes mezinárodní organizace.⁷³

Často bývá pojem rozvojová pomoc zaměňován za humanitární pomoc. Humanitární pomoc je vždy poskytována, na rozdíl od rozvojové, jako rychlá reakce na humanitární krizi, jež vznikla v důsledku přírodní katastrofy, války atp. Má trvat co možná nejkratší dobu, jen co se překlene krizové období. Úskalí pomoci tkví v tom, že pokud přímá pomoc trvá delší dobu, lidé se na ní stanou závislí. Proto je také nutné zapojit do humanitární akce co nejvíce místních obyvatel, aby se naučili, jak si mohou pomoci sami. Je ale vždy kladen důraz na lidská práva a důstojnost každého člověka.⁷⁴

*Rozvojová pomoc v minulosti směřovala do postkonfliktních společností v příliš malém množství a předčasně. To se již ale začíná měnit. Dárci si uvědomují, že je mnohem užitečnější rozvrhnout rozvojovou pomoc na deset let, než ji postiženým zemím poskytnout uspěchaně.*⁷⁵

1.4.3 Rozvojové cíle tisíciletí⁷⁶

Na Summitu tisíciletí, který se na popud OSN konal v září 2000 v New Yorku, se 191 zemí připojilo ke globálnímu plánu a zavázalo se naplnit do roku 2015 hlavní cíle milénia. Osm nejpalčivějších okruhů nese název Millenium Development Goals (MDGs) - Rozvojové cíle tisíciletí. Odhodlání členských zemí rozvojové cíle milénia naplnit bylo stvrzeno podpisem mezinárodní úmluvy Political Declaration - Miléniovou deklarací. Podepsalo ji všech 191 zemí.⁷⁷

⁷³ Člověk v tísni, 2007, str. 7- 9

⁷⁴ Člověk v tísni, 2007, str. 18

⁷⁵ Collier, 2009, str. 201

⁷⁶ UNAIDS Report 2010, MDG6, 2010

⁷⁷ Moldan, 2009, str. 97

Rozvojové cíle tisíciletí

1. odstranit extrémní chudobu a hlad
2. dosáhnout základního vzdělání pro všechny
3. prosazovat rovnost pohlaví a posílit roli žen ve společnosti
4. snížit dětskou úmrtnost
5. zlepšit zdraví matek
6. *bojovat proti HIV/AIDS, malárii a dalším nemocem*
 - cíl 6. obsahuje tyto tři dílčí cíle:
 - I. *do roku 2010 zajistit přístup k léčbě všem, kteří ji potřebují*
 - II. *do roku 2015 zastavit a zvrátit šíření HIV/AIDS*
 - III. *zastavit šíření malárie a jiných závažných chorob a snížit jejich výskyt*
7. zajistit udržitelný stav životního prostředí
8. budovat světové partnerství pro rozvoj

1.4.4 Strategie boje proti HIV/AIDS

Boj s pandemií HIV/AIDS začal už před třiceti lety. Během té doby se podařilo získat mnoho poznatků a zkušeností, díky kterým byl vytvořen ucelený metodický systém. Představuje strategii, díky níž lze naplnit cíle, jež byly předsevzaty v Rozvojových cílech tisíciletí. Kroky k naplnění Rozvojových cílů milénia jsou pro jednotlivé státy definovány ve střednědobých pětiletých plánech po sobě navazujících. Poslední plán boje s HIV/AIDS byl vytvořen v roce 2010. Ten definuje pro období 2010/11 - 2015/16 úkoly, které mají členské státy OSN splnit do roku 2015.⁷⁸

Globální plán boje s HIV/AIDS má jako hlavní úkol omezit, až zastavit šíření HIV/AIDS, minimalizovat případy s propuknutým syndromem AIDS a snížit počet úmrtí v důsledku AIDS, zlepšit kvalitu života nemocných a v neposlední řadě zmírňovat

⁷⁸ GRN, NSF, 2010, str. 22 - 26

negativní dopady epidemie HIV/AIDS. Jedná se o systémový přístup. Jeho implementace v zemích Afriky představuje náročný úkol, ale nikoli nemožný. Aby bylo možné strategii boje naplnit, je zapotřebí značného množství finančních a lidských zdrojů, moderně vybudovaná infrastruktura a technické zázemí. Také specializovaní odborníci z mnoha různých resortů a jejich vzájemná spolupráce jsou nutným předpokladem.⁷⁹

Michel Sidibé to vidí optimisticky a již v dřívějších letech přinesl první dobré zprávy. V tiskové zprávě Global Report AIDS Epidemic 2012 totiž říká: „*The progress highlighted in this report will inspire hope around the world. Countries continue to achieve dramatic results in the AIDS response – in lives saved and new infections averted.*”⁸⁰

1.4.5 Národní plán boje proti HIV/AIDS⁸¹

National Strategic Framework for HIV and AIDS Response in Namibia 2010/11-2015/16 (NSF) je národní plán boje s HIV/AIDS v Namibii a stal se stěžejním dokumentem, který představuje strategii boje s epidemií. Vládou bylo závazně přislíbeno maximální úsilí, díky kterému se podaří plán naplnit. Strategie se soustředí na následující body:

Posílit programy primární prevence pro děti a mládež a v rámci preventivní péče působit na ženy, které již dosáhly reprodukčního věku, i na jejich sexuální partnery, jakožto na potencionální budoucí rodiče. Mezi mladou generací, zvláště pak u dětí školního věku je poměrně nízká prevalence i incidence HIV/AIDS a přitom jsou, jakmile zahájí aktivní pohlavní život, tou nejohroženější skupinou, zvláště dívky. Je třeba se zaměřit na děti a mládež v co možná nejmladším věku a do osnov základního vzdělávání zapojit i vhodnou sexuální výchovu, podporovat plánované rodičovství. Do

⁷⁹ Mojžišová, Kašová, 2004, str.19

⁸⁰ UNAIDS, Global Report, 2012, str.4 - 7

⁸¹ GRN, NSF, 2010, str. 12 - 28

školních i mimoškolních aktivit včlenit účelný nácvik sociálních dovedností, které by mladé lidi vedly k odpovědnému a spokojenému životu bez HIV/AIDS.

Zajistit široké veřejnosti dostupnost informací o HIV/AIDS a jiných pohlavně přenosných chorobách a o možnostech, jak se před nimi chránit a jak předcházet nechtěnému těhotenství. Informace musí být srozumitelné všem a měly by být sdělovány tak, aby vedly k optimální informovanosti v celé společnosti a motivovaly občany k vlastnímu odpovědnému chování. S tím souvisí i úkol zajistit přístup k dostatečnému množství ochranných pomůcek a distribuce kondomů, femidomů a antikoncepce.

Podporovat dobrovolné testování na HIV/AIDS v sociálně vyloučených lokalitách a u rizikových skupin obyvatel, přičemž je žádoucí značnou pozornost směřovat zejména na těhotné ženy a v případě pozitivního výsledku testu jim zajistit okamžitou profylaktickou ARV léčbu, která pomůže zabránit vertikálnímu přenosu infekce HIV z matky na dítě během těhotenství a kojení. Poskytovat jim potřebné informace o ARV léčbě a léčebném režimu.

Aktivně nabízet všem nemocným s HIV/AIDS psychosociální podporu, péči a pomoc, stejně tak i jejich rodinám a účinně tak pomáhat zmírňovat jejich utrpení. Bojovat proti diskriminaci a stigmatizaci lidí s HIV/AIDS, podporovat a respektovat základní lidská práva a svobody.

Tyto cíle jsou více či méně obsaženy i v jiných vládních dokumentech, například ve Vision 2030: Policy Framework for Long-Term National Development, který byl vydaný v roce 2004 kanceláří prezidenta ve Windhoeku.⁸²

⁸² Vision 2030, 2004

1.5 Prevence HIV/AIDS v Namibii

1.5.1 Počátky prevence HIV/AIDS

HIV/AIDS představuje celosvětový problém, proto je třeba na něj nahlížet také v globálním měřítku. Problém pandemie HIV/AIDS nepředstavuje jen samotnou nemoc. Společně s chudobou, nezaměstnaností, sociální nerovností a negramotností tvoří spojené nádoby. Již několik let se prohlubuje ve světě propast mezi lidmi chudými a bohatými, mezi státy vyspělými a rozvojovými. Od doby, kdy skončila druhá světová válka, se toho ve světě změnilo mnoho k lepšímu, ale zdaleka ještě ne všude. Hodně zemí bylo až do konce 20. století v zajetí nesvobodného režimu a bohužel některé z nich v takových podmínkách stále jsou.

V té době už bylo onemocnění HIV/AIDS poměrně rozšířené, ale prevence zaostávala. Zatímco ve vyspělých státech se podařilo udržet epidemii částečně pod kontrolou, ničivá síla HIV/AIDS se chudých států, zejména Afriky, Asie, Východní Evropy a Jižní Ameriky dotkla naplno. Ani v Namibii tomu nebylo jinak. *Během prvních stádií epidemie od poloviny 80. let do poloviny 90. let nestálo šíření nemoci v cestě téměř nic.*⁸³ Navíc kvůli katastrofálnímu stavu školství, zdravotnictví a sociálních služeb by jakákoli implementace preventivního programu byla zbytečná.

1.5.2 Realizace programu prevence HIV/AIDS⁸⁴

Od konce 90. let 20. století průběžně docházelo k změnám v přístupech prevence HIV/AIDS i v používaných metodách. Programy prevence byly zaměřené pouze na zdravotní stránku onemocnění a poskytovaly jen strohé a mnohdy nesrozumitelné

⁸³ Mojžišová, Kašová, 2004, str. 12

⁸⁴ Mojžišová, Kašová, 2004, str. 26 - 35

informace. Později ale byly doplněny o vypracované rozvojové projekty a daly tak vzniknout novému ucelenému systému prevence.

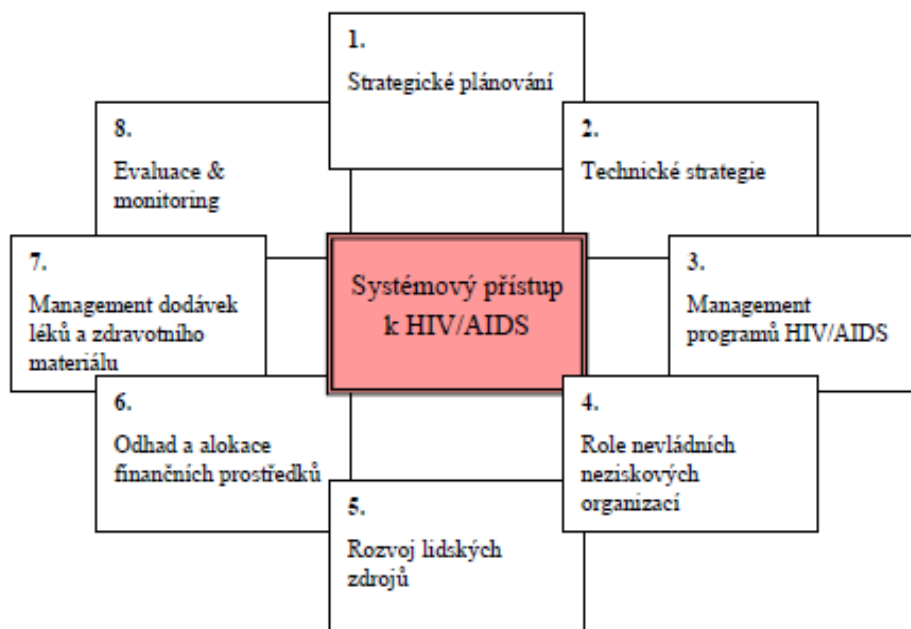
Zásahy, které by měly omezit, až zastavit šíření HIV/AIDS v subsaharské Africe, musí být dobře koordinované a řešit souběžně dané problematické oblasti. Navíc jsou náročné na vybavenost finanční, odbornou, technickou, organizační a dopravní a předpokládají dobrou spolupráci všech stran. Zavádění nových přístupů je velice zdoluhavé, náročné a drahé a v podmínkách zaostalých jihoafrických zemí je tudíž provázeno velkými problémy.

Pro úspěšnou implementaci programu boje s HIV/AIDS je třeba si osvojit systémový přístup k řešení epidemie, který díky své komplexnosti může situaci v Namibii skutečně zvrátit k lepšímu, pokud se budou všichni klíčoví partneři na všech úrovních spolupodílet i na přípravě.

Systém prevence, má-li být úspěšná, zahrnuje celkem osm oblastí, na které je zapotřebí soustředit pozornost.

Schéma systémového přístupu se všemi osmi oblastmi znázorňuje obrázek č. 1 níže.

Obrázek č. 1: Schéma systémového přístupu k řešení HIV/AIDS



Zdroj: *Mojžišová, Kašová, 2004, str. 26*

Strategického plánování se zúčastní zástupci všech, kdo se budou programu účastnit, od zástupců mezinárodních organizací a vládních institucí až po nevládní neziskový a soukromý sektor, a mezi sebou vytvoří koalice, základ spolupráce mezi resorty školství, zdravotnictví a sociálních služeb a jiných. Plánování probíhá tak, že se nejdříve zhodnotí daný problém a kroky, které byly pro jeho řešení dosud učiněny, následně se sestaví nový strategický plán, který se implementuje, jakmile budou zmobilizovány materiální i lidské zdroje. Plán musí tedy definovat problém, co chce řešit prioritně, čeho chce dosáhnout, jak a s kým toho bude dosaženo, kdo bude co a kdy dělat, včetně toho kolik to bude stát a jaký výsledek je očekáván.

Technické strategie se týkají metod a technik a nástrojů prevence a způsobů pomoci, které budou použity v programu. Mezi nástroje prevence patří například kampaně zaměřené na změnu v chování, distribuce kondomů, testování krve dárců, péče o rizikové skupiny osob a boj proti diskriminaci. Způsoby pomoci je myšlena péče v zdravotnických zařízeních, v domácnosti či hospicu, ochrana dětí, právní pomoc, podpora nutričních programů, podpora chráněných dílen apod.

Management programů HIV/AIDS musí mít administrativní, organizační, manažerské schopnosti, musí být schopný alternativních a flexibilních řešení, a to i v podmínkách zemí třetího světa, je tedy třeba dbát na důkladný výběr a školení lidí na tyto pozice.

Role nevládních neziskových organizací je neocenitelná, neboť díky nim je možné dostat program až k jednotlivcům. Jsou malé a mají důvěru, navíc znají zvyky a prostředí, často je zakládají a spravují místní lidé z dané komunity.

Rozvoj lidských zdrojů v zaostalých zemích je víc než nutný. Populace, ve které je vzdělání na obecně nízké úrovni, *brzdí či dokonce znemožňuje efektivní implementaci komplexních systémů boje s HIV/AIDS, které vyžadují relativně náročné metody řízení a organizace i transparentní způsoby hospodaření se svěřenými prostředky.*

Odhad a alokace finančních prostředků je v době ekonomické krize pod bedlivou kontrolou, přerozdělení peněz musí být efektivní a transparentní.

Management dodávek léků a zdravotního materiálu je v boji proti HIV/AIDS víc než důležitý, musí zajistit potřebné léky a pomůcky, vyškolit personál, jednat s farmaceutickými firmami o odběru a ceně, distribuovat je a nakonec i zajistit správné užívání léků.

Evaluace a monitoring zahrnuje kontrolu a hodnocení programů, průběžné sledování vývoje epidemie, efektivnost programu včetně jeho výsledku a dopadu. Používá se směrnic vytvořených UNAIDS a WHO, například Guidelines for Sexually Transmitted Infections Surveillance, Working group for Surveillance among most at risk nebo International Guidance Sexuality Education.⁸⁵

1.5.3 Primární prevence HIV/AIDS

Pojem prevence má svůj původ v latinském slovu *praevenire*, což znamená předcházet. Asi v polovině minulého století se prevence rozčlenila na prevenci primární a sekundární a později, v 60. letech, ještě přibyla terciální prevence. Lze se setkat i s jiným rozdělením prevence, které je původem severoamerické. To dělí prevenci na všeobecnou, selektivní a indikovanou. Liší se svým zaměřením na cílovou skupinu. Všeobecná prevence je pro celou populaci žáků, selektivní je zaměřená spíše na ty, kteří jsou vystaveni zvýšenému riziku a indikovaná prevence je určena těm žákům, kteří již vykazují známky rizikového chování.⁸⁶

Primární prevence je nejvýznamnější a znamená předcházení nemoci, zahájí se ještě před tím, než se objeví rizikové chování. Zkoumá determinanty jevů, jimž se má bránit, a hledá způsoby, jak jim předcházet. Zaměřuje se i na celou populaci. Nejvíce se uplatňuje ve výchově dětí a mládeže. Sekundární prevence se provádí až po vzniku nemoci, ale dřív, než nemoc způsobí škody. Snaží se nežádoucí jevy včas zachytit a zabránit jejich prohlubování a šíření, přičemž se zaměřuje hlavně na ohrožené skupiny,

⁸⁵ UNAIDS, World AIDS Results, 2012

⁸⁶ Nešpor, 1999, str. 6

jako jsou děti a mládež, či sociálně slabí. Terciální prevence se snaží zabránit opakování nechtěného jevu, soustředí se zejména na sociálně vyloučené a rizikové skupiny osob.⁸⁷

Prvním úkolem úspěšné prevence HIV/AIDS je nalezení příčin problému. V rámci problematiky HIV/AIDS se jedná o příčiny, jež napomáhají epidemii v jejím šíření. Jsou zakotveny v sociokulturním a ekonomickém prostředí, které tak ovlivňuje negativně sexuální chování lidí. Aby se vývoj epidemie HIV/AIDS zvrátil, je nutné dosažení takové behaviorální změny u rizikových jedinců, která by vedla ke změně v jejich sexuálním chování a měla tak stěžejní podíl na snižování výskytu nemoci. Proto, aby k hluboké změně v chování došlo, je nutné, aby jednotlivci sami chtěli na sobě něco měnit. Motivovat obyvatele k žádoucí změně je tedy zásadním klíčem k úspěchu v boji s epidemií.⁸⁸

Slovo motivace vzešlo z latinského *moveo, movere*, což v překladu znamená uvádět v pohyb. Jinými slovy motivace je hybným prostředkem, který nás táhne k cíli. Problém motivace je považován za stěžejní pro porozumění lidského jednání. Motivace je zdrojem ucelené osobnosti.⁸⁹ Existuje-li správná motivace ke změně v chování, musí být splněny ještě další dva předpoklady, aby ke změně skutečně došlo. Lidé musí mít informace o nemoci a také možnost své chování změnit. Hlavním ukazatelem efektivity preventivního programu je změna chování cílové skupiny.⁹⁰

Problematika HIV/AIDS si žádá preventivní opatření nejen ve zdravotnictví, ale neméně významná jsou opatření ve výchově dětí a mládeže, která jsou zároveň nejdůležitějším prostředkem primární prevence. Jedno staré pořekadlo praví, že „co se v mládí naučíš, ve stáří jako když najdeš“ a v prevenci HIV/AIDS to platí dvojnásob. Rodina a škola ovlivňuje mladého člověka nejvíce - než začne dospívat. V předškolním a školním věku je přínosné dětem vštípit takové zásady, které je do budoucna ochrání před rizikem nákazy HIV/AIDS, budou-li se jich držet.⁹¹

⁸⁷ Nešpor a kol., 1999, str. 6 - 7

⁸⁸ Mojžíšová, Kašová, 2004, str. 18

⁸⁹ Křivohlavý, 2006, str. 17 - 23

⁹⁰ Mojžíšová, Kašová, 2004, str. 18

⁹¹ Nešpor, 1999, str. 8

Primární prevence je nejdůležitější složkou prevence HIV/AIDS u dětí a mládeže, realizuje se především prostřednictvím preventivních programů primární prevence na školách. Nejčastěji se využívají standardizované preventivní programy, které jsou součástí školních osnov a je možné je využít v celé populaci žáků. Program by měl začínat brzy a být přiměřený věku, čím mladší žáci jsou, tím účinnější program je. Říká se, že „opakování je matka moudrosti“ a podobně je tomu tak u soustavných a dlouhodobých projektů. Využití více strategií dodává projektu na komplexnosti, vystihuje lépe problematiku, na kterou je zaměřen. Oblíbené jsou zejména interaktivní programy, vykazují i lepší výsledky oproti těm, které vede pouze pedagog, a děti se pak nudí. Lepší vnímání následků určitého jednání dítěte podporuje nácvik a získávání relevantních sociálních dovedností. Každopádně by neměly být opomenuty potřeby komunity, to platí zvláště v rozvojových zemích, kde místní sociokulturní specifika jsou velmi podstatnou součástí života. V psychoterapii i v pedagogické praxi se osvědčilo využití přiměřených pozitivních modelů, napodobování vzorů je dětem určitého věku navíc vlastní. Způsob prezentace celého programu má rovněž velký vliv na jeho úspěšnost, a proto by se v přípravě moderátora měla věnovat větší pozornost jeho odborné kvalifikovanosti a důvěryhodnosti. Vhodná je i spolupráce různých jednotlivců a organizací, takže cílová skupina je systematicky a koordinovaně ovlivňována z více směrů, například vrstevníky, učiteli, rodiči.⁹²

Mezi základní typy preventivních programů na školách patří programy zaměřené na rozvoj životních dovedností a programy zaměřené na intrapersonální rozvoj. Do rozvoje životních dovedností řadíme například rozvíjení rozhodovací schopnosti, nácvik sociálních a komunikačních dovedností, nebo nácvik dovedností odolávat tlaku. Intrapersonální rozvoj představuje uvědomování si hodnot, stanovování cílů a norem, budování pozitivního sebehodnocení.⁹³ Specifické programy, jako jsou třeba vrstevnické, neboli peer-programy, se v několika studiích ukázaly jako jedny z nejúspěšnějších. V peer-programu je stěžejní aktivní účast předem připravených

⁹² Nešpor, 1999, str. 8 - 14

⁹³ Nešpor, 1999, str. 30

vrstevníků. „Peer“ představuje nejen vrstevníka, ale i člověka ze stejné sociální skupiny, se kterým se cílová skupina ztotožní, protože jsou věkem i životní situací blízcí, což je patrně pro efektivitu peer programů zásadně důležité. Existují ještě informativní programy, ty představují kampaně zaměřené na změnu rizikového chování a programy zaměřené na rodiče, ty jsou většinou edukativně koncipované.⁹⁴

1.6 Příklady preventivních programů v Namibii

Následující představované projekty jsou ukázkou již implementovaných programů primární prevence HIV/AIDS a zrealizovaly se v průběhu minulých let v Namibii, všechny proběhly také v Keetmanshoopu. Materiály jsou v tištěné formě v angličtině.

1.6.1 The Window of Hope: AIDS AWARENESS WEEK 2004⁹⁵

Týdenní projekt prevence HIV/AIDS, který se koná v Namibii každoročně na základních školách, je realizován pod záštitou projektu „The Window of Hope“ (Okno naděje). Ten vznikl za podpory nizozemské vlády, jež propůjčila základní rámec preventivně vzdělávacího projektu, který je v nizozemském základním školství již po léta zabudován. Prostřednictvím spolupráce MOBESC a HAMU s organizacemi UNICEF a UKAID se podařilo týdenní preventivní „okna naděje“ implementovat do systému prevence v Namibii a tištěné materiály byly dokonce publikovány ve více jazycích - v angličtině, nama a damara, rukwangali a setswana.

The Window of Hope je typický projekt primární prevence na školách. Cílovou skupinou jsou žáci základních škol ve věku 10 až 14 let. Projekt je zaměřen na rozvoj

⁹⁴ Miovský a kol., 2010, str. 47 - 52

⁹⁵ UNICEF, Window of Hope, 2004

životních dovedností a na intrapersonální rozvoj. Konkrétní cvičení slouží k posilování sebedůvěry, k pozitivnímu sebehodnocení, nácviku asertivity, rozvoji komunikačních a sociálních dovedností. Trénuje také umět říci NE a potírá diskriminaci a stigmatizaci. Projekt se snaží motivovat mladistvé k tomu, aby byli psychicky silní a zdraví a uměli a také chtěli čelit budoucím problémům ve společnosti. Zvláštní pozornost je věnována prevenci HIV/AIDS.

Průběh programu probíhá formou interaktivní hry, které mají každá vlastní téma i pravidla, jež jsou spolu s komentářem ke cvičení v popisu v sešitu.

Obsah:

1. I am special
2. Learning to say NO!
3. We can help each other to feel better
4. Understanding and respecting opposite sex
5. We are strong and clever
6. We do not stigmatise people
7. Making the right decision for my future

1.6.2 Desert Soul...HIV and AIDS...action now!⁹⁶

„Desert Soul“ (Duše pouště) v Namibii je jedním z deseti rozvojových projektů, pro které byl zastřešující program s názvem „10-country Regional Health Communication Programme“, zaměřený na podporu zdraví, vytvořen. Dalšími státy, kam dílčí projekty směřovaly, byly Botswana, Lesotho, Swaziland, Mozambique, Malawi, Zambie, Tanzanie, JAR a Zimbabwe.

Na přípravách realizace se podíleli zejména členové týmu organizace Soul City Institute for Health and Development Communication (Soul City IHDC). Projekt financovala akciová společnost BP - British Petroleum a vládní organizace DFID -

⁹⁶Desert Soul, Soul City, HIV and AIDS...action now!, 2009

Department for International Development (Oddělení pro národní rozvoj). NASOMA - Namibia Social Marketing Association na své náklady pak zajistila výtisk.

Jedná se o brožuru určenou pro děti a mládež se zaměřením na prevenci HIV/AIDS. Barevný ilustrovaný preventivně proopagační materiál je atraktivní nejen pro cílovou skupinu, ale i pro dospělé. Obrázky znázorňují příklady různých životních situací v rodině, u lékaře, s partnerem apod., které jsou doplněny o výstižný stručný popis toho, čeho se ilustrace týká. Provedení projektu respektuje místní specifika - vše na obrázcích se podobá místnímu životu, oděv, černá barva pleti, vybavení nemocnice či domu. V obsahu jsou témata, která komplexně pojímají celou problematiku HIV/AIDS. Některá níže uvedená témata, jsou zmíněna i v této práci.

Obsah:

1. What are HIV and AIDS?
2. How do you get HIV?
3. Why is HIV still spreading?
4. How would you know if you are HIV positive?
5. Voluntary counselling, testing and treatment
6. Starting anti-retroviral treatment (ART)
7. HIV positive woman and pregnancy
8. Babies and HIV
9. Young people, sex, HIV and AIDS
10. Talking about your HIV status
11. Live positively with HIV/AIDS
12. Take care of your mind and body
13. Stay healthy with HIV/AIDS
14. Prevent infections at home
15. Treat common sickness at home
16. Stigma, discrimination and your rights
17. Things to do while you are still strong
18. Grants for orphans and vulnerable children
19. Places to go for help

1.6.3 „Desert Soul...Take action to stop TB...!“⁹⁷

Dalším rozvojovým projektem od týmu Soul City IHDC je „Desert Soul...Take action to stop TB...!“ Za financování programu odpovídali BP, GRN, UKAID. Hlavním smyslem projektu je osvěta a primární prevence TB.

Tento ilustrovaný materiál pochází se stejné dílny autorů jako již výše zmíněný a je tudíž zpracován stejným způsobem. Pouze zobrazované situace se odehrávají na téma TBC, infekční nemoci, která se velmi často vyskytuje jako oportunní infekce u HIV/AIDS, ale je v Namibii rozšířená nejen v HIV/AIDS infikované populaci, není možné totiž TBC v zemi očkovat.

Obsah:

1. What is TB?
2. TB can be cured
3. How do I know if I have TB?
4. What can you do to prevent TB?
5. Treatment for TB
6. Why must I finish my treatment?
7. TB and HIV/AIDS
8. Children and TB
9. Living healthy life with TB
10. Dealing with TB
11. Places to help you

⁹⁷ Desert Soul, Soul city IHDC, Take action to stop TB!, 2002

2 CÍL PRÁCE

2.1 Cíl práce

Cílem práce je zjistit míru informovanosti dětí a mládeže v Namibii, v Keetmanshoopu o problematice HIV/AIDS, zjistit, odkud tyto informace získávají nejčastěji a zmapovat efektivnost současné primární prevence ve vymezené oblasti.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1

Jaká je současná úroveň znalostí o problematice HIV/AIDS u dětí a mládeže v Namibii ve vymezené oblasti v Keetmasnhoopu?

Výzkumná otázka č. 2

Jaké jsou nejčastější zdroje informací o HIV/AIDS, jakou úlohu hraje rodina a škola v rámci osvětové činnosti a jaké preventivní programy se jeví jako nejefektivnější?

3 METODIKA VÝZKUMU

Pro realizaci výzkumu a zodpovězení položených výzkumných otázek v této bakalářské práci byla zvolena smíšená výzkumná strategie. Výzkum kvalitativní se doplňuje s kvantitativním šetřením.

Kvalitativní výzkum byl proveden pomocí polořízeného neformálního rozhovoru vedeného podle návodu, probíhal v Namibii v Keetmanshoopu během zúčastněného pozorování v terénu. Návod byl sestaven tak, aby zvolené tematické okruhy odpovídaly obsahu práce i tématům v dotazníku kvantitativní části výzkumu. Základní otázky byly zformulovány na základě sestavených okruhů před interview. Doplnkové otázky až během rozhovoru podle potřeby. Výběr respondentů byl účelový s ohledem na téma práce a cíl výzkumu. Prvním kritériem pro výběr respondentů byl jejich přímý i nepřímý kontakt s dětmi a mládeží, druhým kritériem byla znalost celé problematiky HIV/AIDS a současně determinant šíření HIV/AIDS v daném prostředí a kontakt s dalšími odborníky zaměřenými na HIV/AIDS v rámci jejich profese, kritériem byla tedy zvláště odbornost. Během pracovní stáže v Keetmanshoopu v Namibii byli požádáni o rozhovor tři pracovníci ze tří klíčových sektorů - školství, zdravotnictví a sociální, respektive komunitní práce. Rozhovory poskytli všichni. S ohledem na jejich soukromí jsou zde uvedena jen křestní jména. Za oblast školství hovořila ředitelka a učitelka Maria (51), má vysokoškolské vzdělání a působí na základní škole Mina Sachs Primary School v Tseiblaagteru v Keetmanshoopu. Ze zdravotnictví rozhovor poskytl David (35), má vyšší odborné vzdělání a působí v Keetmanshoopské nemocnici jako zdravotník. Třetím respondentem je Claudia (39), sociální a komunitní pracovníce ve zdravotně sociálním středisku v Tseiblaagteru. Má dokončenou střední školu, vzdělání doplňuje o kurzy a školení pro sociální pracovníky. Rozhovory probíhaly se všemi v anglickém jazyce na pracovišti dotazovaného, pro účely kvalitativní analýzy byl zhotoven přepis uskutečněných rozhovorů a byl v této práci přeložen do českého jazyka.

Pro sběr dat u kvantitativního výzkumu sloužila metoda dotazování a dotazníková technika. Strukturovaný dotazník (Příloha 1 a 2) byl vyhotoven v jazyce anglickém,

neboť výzkum probíhal v Namibii. Pro účely této práce je do českého jazyka autorkou přeložen. Dotazník byl anonymní a obsahoval celkem 16 otázek. V úvodní části dotazníku byli respondenti seznámeni s tématem výzkumu a s účely, pro které bude použit. Otázky jsou uzavřené a polouzavřené, u většiny z nich byla možnost výběru vhodné odpovědi z více možností. Dotazník se týká problematiky HIV/AIDS. Pro dotazníkové šetření byl zvolen účelový kvótní výběr respondentů. Kritériem pro výběrový soubor respondentů byl věk 11 až 19 let a školní docházka v Keetmanshoopu. Byly osloveny dvě školy v Keetmanshoopu v Namibii - základní škola Mina Sachs Primary School ve čtvrti Tseiblaagter a střední škola Suiderlig High School ve čtvrti Kronlein - do obou byly distribuovány dotazníky. Návratnost dotazníků byla 83 %, ze 120 rozdaných dotazníků se jich vrátilo vyplněných 100. Výsledky byly zpracovány v tabulkovém procesoru Microsoft Excel 2010. Využita byla popisná statistika a kontingenční tabulky a grafy. Ty tabulky a grafy, které jsou prezentovány ve výsledcích, jsou v absolutních číslech a v procentuálním vyjádření.

4 VÝSLEDKY

4.1 Výsledky rozhovorů

Pro vedení polostrukturovaných rozhovorů byl sestaven návod, kterým se tazatel více či méně řídí. Návod obsahuje tematické okruhy, které tvoří kostru pro základní i doplňkové otázky. Pořadí témat i jednotlivých otázek není striktní, umožňuje to lepší flexibilitu během rozhovoru a působí přirozeně. Metodou podrobných poznámek v průběhu rozhovorů byla sesbírána potřebná data. Interview byla vedena během zúčastněného pozorování v terénu (na pracovišti dotazovaných) v angličtině a v této práci jsou do češtiny přeloženy. V následujících transkriptech jsou reprezentovány výsledky kvalitativního výzkumu. Rozhovory probíhaly v období března až května 2012 v Keetmanshoopu v Namibii.

Pro snadnější třídění získaných informací, byly vybrány tyto tematické okruhy:

1. Profese
2. Děti a mládež
3. Problematika HIV/AIDS
4. Prevence a osvěta HIV/AIDS
5. Komunita a její problémy
6. Životní úroveň
7. Spolupráce

Rozhovor č. 1

Jméno, věk: Maria, 51 let

Vzdělání: VŠ pedagogická

Zaměstnání: ředitelka a učitelka na základní škole Mina Sachs Primary School v Tseiblaagter

Vaše škola vznikla v roce 1961, jak jsem se dočetla, jak dlouho v ní působíte vy?

Pracuju na Mina Sachs už asi 25 let, ani nevím, nastupovala jsem coby mladá holka, ani by mě nenapadlo, že tu budu tak dlouho. Ředitelkou jsem teprve rok a něco. Po odchodu bývalého ředitele v roce 2011 jsem tu byla nejdéle a moc učitelů mužů tu nebylo. Vlastně tu nebyl žádný, a tak jsem to místo dostala já.

Kolik dětí sem chodí do školy?

Asi 900 dětí od 7 do 14 let. Nestáčí nám ani personál, ani prostory...někdy se musí dvě třídy sloučit, protože je víc tříd než učitelek. Děti pak nemají ani místo, kam by si mohly sednout a o to víc zlobí. Navíc nemůžeme žádného žáka odmítnout jako jiné školy, když už jsou plné, my musíme vzít každé dítě, není kam je dál poslat.

Jak to myslíte, že není kam dál je poslat?

Rodiče, co mají peníze, nepošlou své dítě k nám, ale do prestižnější školy, ty se tak naplní nejdřív a rodiče zkouší méně prestižní školu a když jdou moc pozdě nebo mají nedostatek peněz na jinou školu, tak skončí u nás. Mina Sachs je školou pro ty nejchudší děti, takže jsme při výběru školy na posledním místě. A podle zákona má každé dítě právo na bezplatné základní vzdělání. To je i u vás v Evropě, ne?

Ano, u nás rodiče musí své děti dát v určitém věku do školy, ze zákona jsou povinni také dbát na školní docházku dítěte, jinak jim hrozí trest, je to u Vás stejné?

No u nás je to tak možná napsáno v zákoně, ale realita je jiná. Mina Sachs Primary School je základní škola na periferii města, ve čtvrti Tseiblaagter, je to spíš slum. Takže ji navštěvují děti, které zde také žijí, hlavně děti sociálně slabých rodin. Kdyby měli zavřít do vězení rodiče za to, že jejich dítě není ve škole, nestačila by jim na to místa. Tady je spousta dětí, co do školy nechodí, bohužel nejen proto, že chodí za školu, ale že na to doma nemají. Je to hrozné, tolik dětí zůstane nevzdělaných v dnešní době...

Jestliže je základní vzdělání podle zákona v Namibii zdarma, tak co musí rodiče za dítě platit?

To je, o čem jsem mluvila, že je to jinak na papíře a jinak v životě ... výuka je zdarma, ale za každé dítě se platí místo v lavici na jeden školní rok. Je to sice něco málo přes 100 namibijských dolarů, ale pro místní lidi je to někdy moc peněz. Pak musí mít dítě školní uniformu a ta je drahá, v některých školách nesmí žáci bez uniformy do vyučování. U nás to tak nemáme, je to nesmysl.

Co se pak děje s těmi dětmi, které kvůli chudobě nemohou dostat žádné vzdělání, řeší to nějak stát?

Stát toho moc neřeší, ale měl by. Chudé rodiny nebo ti, co pečují o sirotka, mohou požádat o grant na MoHSS nebo MoGECW nebo na MoLSSW. Když jim žádost vyřídí kladně, budou dostávat asi 200 dolarů měsíčně pro dítě. Většinou tam žádat ani nejdou, buď o tom neví, nebo nemají potřebné doklady, anebo to nikoho nezajímá. S jejich dětmi se pak neděje nic, jsou na ulici, začnou žebrat, pak krást a opíjet se. My tady vždycky zkusíme něco vymyslet, s učitelkami se často skládáme na školné pro děti, kterým třeba zrovna zemřeli rodiče, a tak, ale je jich moc, co potřebují pomoc. Pro ně kolikrát je jedna miska porridge⁹⁸ lepší než celý rok učení ve škole... proto tu dostanou jídlo, přijdou do školy i proto.

Máte v areálu školy jídelnu pro děti?

Ano, máme kuchyň támhle na dvoře, každý školní den se tam venku na ohni vaří porridge pro 900 dětí. Ale máme problémy to zafinancovat, měla by na to jít malá částka od rodičů, ale to víte, když nic nemají...i na jídelnu někdy saháme do vlastních kapes, když nemáme sponzora. Ale aspoň ty děti chodí do školy víc, když tam dostanou i najíst.

Je v okolí ještě nějaká jiná organizace, která také pomáhá dětem?

Kousek odsud je KHC, některé děti od nás tam chodí hned po vyučování za matkou do práce. Dřív tam byla přímo mateřská školka, ale nejsou peníze, tak nefunguje, znám se s ředitelkou Hartung, proto to vím. Jinak je tu ještě Catholic AIDs Action pro děti v

⁹⁸ Porridge je kukuřičná kaše, africký tradiční pokrm

ohrožení, Don Bosco School, kde je při škole i ubytovna a jídelna, sirotčinec, domov pro mládež (Youth Centre) a to je asi všechno. Na klinice dřív dělali také jídlo pro chudé, ale už tam taky nejsou peníze....

Spolupracujete s těmito nebo jinými organizacemi?

Ano, s těmi místními organizacemi se známe dobře, ale mají podobné problémy s penězi jako my. Je tady hodně dobrovolníků z USA a Evropy, ale to nemá smysl, když přijedou, pomáhají pár měsíců a pak odjedou, když v tom nikdo nepokračuje.

Jak byste tedy charakterizovala nejvýznamnější problémy této komunity?

Řekla bych, že nejhorší je chudoba a nezaměstnanost, ta dovede lidi dostat až na dno, ze kterého už se nezvednou. Hodně tady pijí alkohol, vaří si ho doma z kukuřičné mouky, vyjde to levněji než chleba v krámě...a když děti křičí hlady, dají jim taky napít, aby byly zticha... strašné ...navíc je tady všude tolik lokálů plných opilců. Je tu proto hodně případů znásilnění a vražd, zrovna před týdnem našli jednu ženu v příkopě, byla to matka našeho žáka, ona pracovala právě v KHC. Prý ji zabili kvůli mobilu.

Takže chudoba, nezaměstnanost, alkoholismus a násilí trápí Tseiblaagter nejvíce? A HIV/AIDS?

A HIV/AIDS. Ano, málem bych zapomněla, HIV/AIDS máme jako každodenní rutinu. To je samozřejmě ohromný problém, který je třeba řešit, lidé tady umírají denně na AIDS nebo TBC. Ještě že ty děti ve škole jsou většinou zdravé. Ale na jak dlouho?

Máte ve škole nějaké preventivní programy proti HIV/AIDS?

Máme prevenci HIV/AIDS jako součást výuky, o infekci a ochraně toho děti slyšely dost. Neustále se jim to opakuje, aby si to zapamatovaly. Taky jsme měli přímo školení pro učitele, dostali jsme k tomu materiály, už je to pár let zpátky, ale my je používáme dodnes. Bůhví kdy zase nějaké dostaneme.

Je podle Vás prevence HIV/AIDS dostatečná?

Jak se to vezme. Preventivní programy jsou dobré, ale je jich málo. My do výuky zapojujeme i různé cvičení na dovednosti v životě, posílení sebedůvěry a jiné, ale se 60ti dětmi ve třídě je to složité.

Máte nějaký nápad, co by místním dětem pomohlo, aby zůstaly zdravé?

Pokud ty děti nedostanou vzdělání a pak ani práci, tak moc velkou šanci nemají. My se jim snažíme vysvětlit, že když se budou dobře učit a chodit do školy, dostanou práci za lepší peníze, budou mít na jídlo, léky, oblečení a boty pro sebe i rodinu. Myslím, že by jim pomohlo, kdyby nezačínaly tak brzy se sexem, vystavují se HIV/AIDS zcela zbytečně, děvčata nám v pubertě často otěhotní a pak je se školou konec. A i když ví o antikoncepci, kondomech a HIV/AIDS nakonec jí pokaždé nepoužijí.

Rozhovor č. 2

Jméno: David, 35 let

Vzdělání: VOŠ zdravotní

Zaměstnání: zdravotník terénní služby Outreach při Keetmanshoop District Hospital

Davide, můžeš mi prosím popsat, co to je Outreach?

Outreach je terénní zdravotní služba při nemocničním zařízení Keetmanshoop District Hospital, poskytuje základní zdravotní a preventivní péči lidem žijícím daleko od jejich nejbližšího zdravotnického střediska. Smyslem je umožnit co nejvíce lidem přístup k zdravotní péči.

Takže taková polní nemocnice... a jak daleko jezdíte?

V regionu Karas máme na starosti poměrně rozsáhlou oblast. Podle předem připraveného rozvrhu náš zdravotnický terénní tým pravidelně navštěvuje veškeré osady, samoty a farmy na venkově v okruhu až 160 kilometrů od Keetmanshoopu. Rozpis výjezdů je sestaven vždy na jeden kalendářní měsíc, pro následující měsíc se mění na základě zhodnocení vytíženosti terénní služby v předchozím období.

Kolik zastávek stihnete za jeden den?

Záleží na tom, jak jsou daleko, když je to blízko, tak do 50-60km, objedeme třeba i 4 vesnice, dál stihneme tak dvě, ale tam vždy čeká fronta pacientů i z okolí.

Co je konkrétně náplní tvé práce?

Je rozsáhlá, máme na starost především poradenství, preventivní prohlídky, očkování dětí, vyšetření pacientů, podávání léků, měření tlaku, teploty...jako u doktora. Musíme také vyplňovat záznamy o pacientech a jejich stavu, zapisovat kolik bylo v jaké lokalitě nemocných a s čím, kolik léků se vydalo, kolik peněz jsme vybrali...

Máte za úkol provádět prevenci a osvětu? A jaké činnosti?

Samozřejmě. Mezi činnosti prevence lze zahrnout například distribuci kondomů a femidomů, distribuci preventivních materiálů o HIV/AIDS, TB a alkoholu, rozdávají se různé edukativní materiály, informační letáky, brožury...většinou s námi jezdí komunitní poradce, který má prevenci za úkol, říká se jim také TB promoter nebo HIV promoter, podle zaměření. S námi jezdí spíš TB promoter.

Jak TB promoter dělá preventivní program v terénu?

Většinou, když někam přijedeme, tak už na nás naši pacienti čekají, a když ne, TB promoter počká, až se sejde víc lidí, a pak jim začne vyprávět o tom, co to je TBC, jak se nemoc pozná, čím se léčí a jak se přenáší. Když si všimne někoho, kdo má příznaky TB, udělá mu výtěr z krku a vezme do laboratoře, nebo ho pošle na kliniku nebo do nemocnice. Ta je pro lidi na venkově ale moc daleko. Při příští návštěvě dostane výsledky a eventuálně se zahájí léčba, většinou jsou ale hospitalizovaní na dva měsíce, než se zaléčí a nejsou už nakažliví.

Proč s vámi vlastně jezdí víc TB promoter než HIV/AIDS promoter? Myslela jsem, že je v Namibii větším problémem HIV/AIDS...

To ano, HIV/AIDS je velký problém, ale lidí na venkově se dotýká spíš TBC, někdy obojí. V naší zemi se umírá na obojí. Ale TBC je možné vyléčit, když se podchytí včas, TBC je nebezpečná hlavně proto, že se přenáší vzduchem, stačí zakašlat. Navíc nejsme vybavení na testování HIV/AIDS, to se provádí v běžné ordinaci. TB promoter ale nemluví jen o TB, nakonec se vždycky dostane i na věčné téma HIV/AIDS.

Je HIV/AIDS stejně velký problém na venkově i ve městě?

To ještě ne, ale začíná být. Na venkov epidemie dorazila s desetiletým zpožděním. Ale je tu méně nakažených.

Mají lidé na venkově dostatek informací o problematice HIV/AIDS a ochranných pomůcek?

Když jim je dáme, tak ano, jinak se o venkov nikdo moc nestará. Ochranné pomůcky jako rukavice nemáme někdy ani my, ale krabici plnou kondomů máme vždycky. Aspoň že ty použijí, i když si myslím, že je to jen kvůli tomu, že jsou zadarmo a že žena neotěhotní. Spoustu dospělých dodnes neumí číst a psát, takže když už nějaké letáky o prevenci mají, asi je nevyužijí ke čtení.

Jaké problémy podle Tebe trápí komunitu na venkově nejvíce?

Bída a hlad, životní podmínky, hlavně hygienické jsou katastrofální, často nemají ani pitnou vodu. Negramotnost je podle mne netrápí, protože si to neuvědomují, když nic neví, ale já myslím, že to problém je, takhle nemají možnost se něco naučit a tudíž ani změnit. Ale řekl bych, že ve městě je to horší.

Rozhovor č. 3

Jméno: Claudia, 39 let

Vzdělání: SŠ, odborné kurzy a školení pro práci v komunitě a sociální práci

Zaměstnání: komunitní poradce na klinice v Tseiblaagteru

Co obnáší práci komunitního pracovníka v Namibii?

Hlavně práci s lidmi, jejich rodinami, s úřady, se školou, s nemocnicí, poskytujeme psychosociální podporu a péči, terapeutické sezení, testování HIV/AIDS, zajištění domácí komunitní péče o nemocné s HIV/AIDS, zajištění péče o sirotky, organizujeme komunitní programy prevence, aktivity pro mládež, podporujeme výdělečné činnosti, a spoustu jiných věcí. Já konkrétně mám na starost hlavně poradenství, psychosociální podporu a terapii, prevenci a osvětu a testování HIV/AIDS.

Popište mi prosím, jak vypadá Váš typický pracovní den?

Ráno v osm hodin začíná sezení pro ty, kteří přijdou na test na HIV/AIDS. Sezení musí klienti absolvovat před samotným testováním. To trvá asi dvě nebo tři hodiny a pak se začíná testovat. Potom podle výsledků testů pracuji s těmi, kdo jej měli pozitivní.

Individuálně, respektujeme soukromí našich klientů, takže s nimi jsem já a klient.. Setkávání s klientem je naplánované na delší dobu, i v době nasazení léčby, vlastně už je pod kontrolou pořád, pro léky si musí také docházet k nám. Odpoledne jsem v terénu, když jsou naplánovány individuální návštěvy v domácnosti nemocných HIV/AIDS.

Jaké aktivity prevence v rámci profese provádíte?

Osvěta v komunitě je asi hlavní. Distribuce kondomů, testování, léčba...prakticky všechno. Já se orientuji hlavně na ženy, zvláště na těhotné ženy, takže provádím prevenci přenosu infekce z matky na dítě. Infikované ženy, které jsou navíc těhotné, potřebují maximální podporu.

Jak probíhá terapeutické sezení před testováním?

Ráno je na klinice připravená místnost, kde je klid a nikdo nás neruší. Když je po osmé, většinou už nikdo další nedorazí. Sedí se v kruhu, každý dostane nějakou brožuru o HIV/AIDS, já jim povídám o problematice HIV/AIDS a snažím se jim všechny informace srozumitelně podat, aby věděly, co je může potkat. Na sezení se chodí před testem povinně, nelze je vynechat. Občas se stává to, že po ukončeném sezení na test nejdou, nikoho nenutíme, každý musí chtít sám a být připraven i na zdrcující odpověď.

Kdo na testy přichází nejčastěji?

Samozřejmě ženy. Nejčastěji na klinice vidím těhotné, proto jsem se na ně také zaměřila. Přichází proto, že jim jde o zdraví dítěte, ale většinou až tak v 5. až 7. měsíci těhotenství, svoji nemoc berou jako úděl nebo boží trest. Bývají různého věku, ale objevují se nám hodně i velmi mladičké, i 14 nebo 15 let staré dívky.

Proč muži na testování nechodí?

Protože si myslí, že je to vždycky vina ženy a že stačí, když jde na test ona, podle toho jak dopadne, usoudí i muž o svém zdraví. Je to otřesné, skoro vždycky jsou to právě oni, kdo HIV/AIDS roznáší. Muži tady na monogamii moc nejsou, ale žena, ta musí, jinak ji klidně zabije.

Pracujete také s dětmi a mládeží?

Ano, děláme různé besedy na školách, v komunitním centru, často musíme zajistit ubytování pro osiřelé děti, než je převezme náhradní rodina. Bohužel se u nás objevují

mladé holky na testy, ale lepší, když přijdou a dozví se, než když neví. S dětmi vlastně pracujeme ještě před jejich narozením. Považuji to za velmi důležité, zabránit přenosu HIV/AIDS z matky na dítě, zachraňujeme tak jeho život a prodlužujeme ho díky léčbě i matce.

Jaká je životní úroveň lidí v komunitě?

Tady v Tseiblaagteru velmi špatná, je to slum, bydlí v plechových domech o velikosti 2 krát 2 metry i v šesti až osmi lidech, bez vody a elektřiny, nemají okna ani kanalizaci, skoro všichni tady jsou nezaměstnaní, a to už dlouhou dobu a nechce se jim už ani práci hledat. Většina z nich začne pít.

Jaké jsou největší problémy této komunity?

Ty samé. Nezaměstnanost, alkoholismus, chudoba, také nízké vzdělání a negramotnost, ve které nás apartheid bílých držel donedávna. Pořád se to s lidmi táhne. Obrovský problém představuje samozřejmě HIV/AIDS a TBC, podvýživa a infekce u dětí, promiskuita, ale i prostituce a sexuální násilí na ženách, to často končí i smrtí nebo vážnými zraněními.

Jaký způsob prevence je v komunitě nejefektivnější?

Já bych řekla, že ohroženou skupinou jsou nejvíce ženy, mladé dívky a děti, takže programy na rozvoj osobnosti, posilování sebevědomí jim může do jisté míry pomoci. Hodně žen neumí říci ne, ale vím i o případech, kdy to žena řekla a její partner ji opravdu zabil. Asi by bylo nejlepší, kdyby se lidé změnili, svoje chování, myslím muži, ti hlavně. Určitě jsou dobré i různé tištěné materiály, ale interaktivní hra je víc oblíbená.

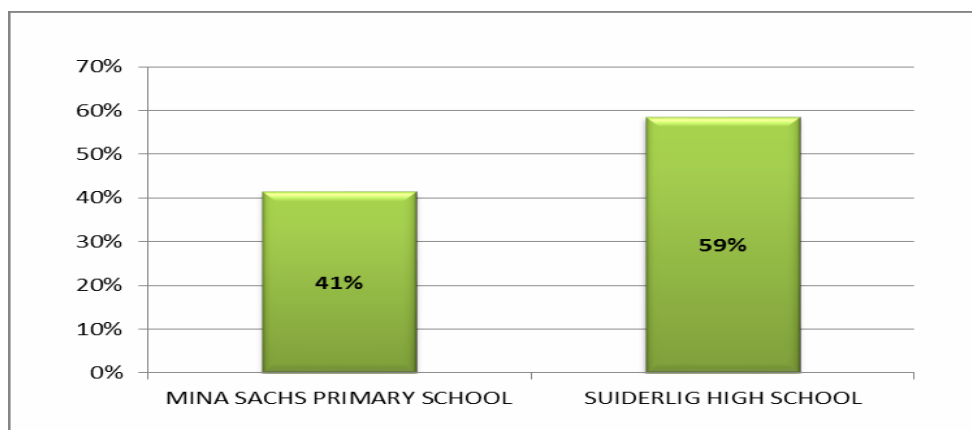
Spolupracujete s humanitárními nebo jinými organizacemi nebo i s rodiči??

Pomáhají nám TB promoteři a sociální pracovníci z ministerstva. Spolupracujeme i s domovem mládeže tady v Tseiblaagteru, kde se konají různé besedy a debaty pro lidi z komunity. A s KHC, kde pracuje hodně našich klientek, a jsme za to rádi. S rodiči je to těžké, záleží na nich, jestli se zapojí, vždycky se něco najde, ale že by chodili s dětmi po preventivních programech, to zrovna ne.

4.2 Výsledky dotazníků

Výsledky dotazníkového šetření jsou vyhodnoceny pomocí popisné statistiky. Interpretované výsledky jsou u otázek doplněny o grafy či tabulky. Hodnoty jsou vyjádřeny převážně procentuálním vyjádřením.

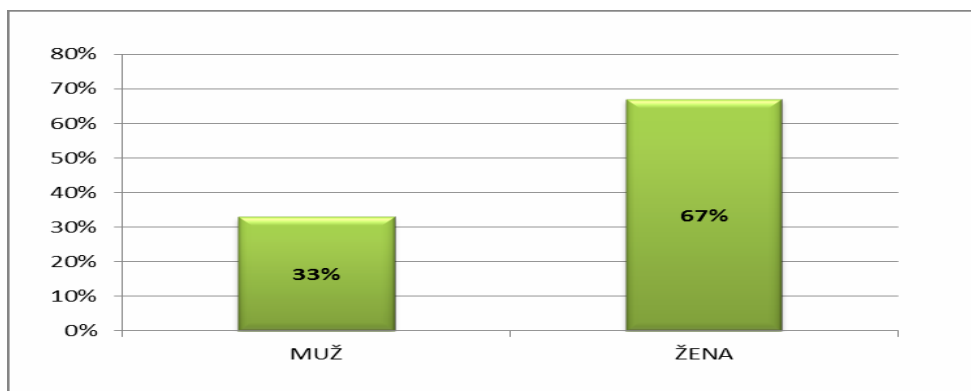
Graf 1 - Otázka č. 1: Škola navštěvovaná respondenty



Zdroj: vlastní výzkum

Pro lepší třídění byl první dotaz kladen na identifikaci navštěvované školy. Zjištěný podíl probandů je 41 % z Mina Sachs Primary School a 59 % ze Suiderlig High School.

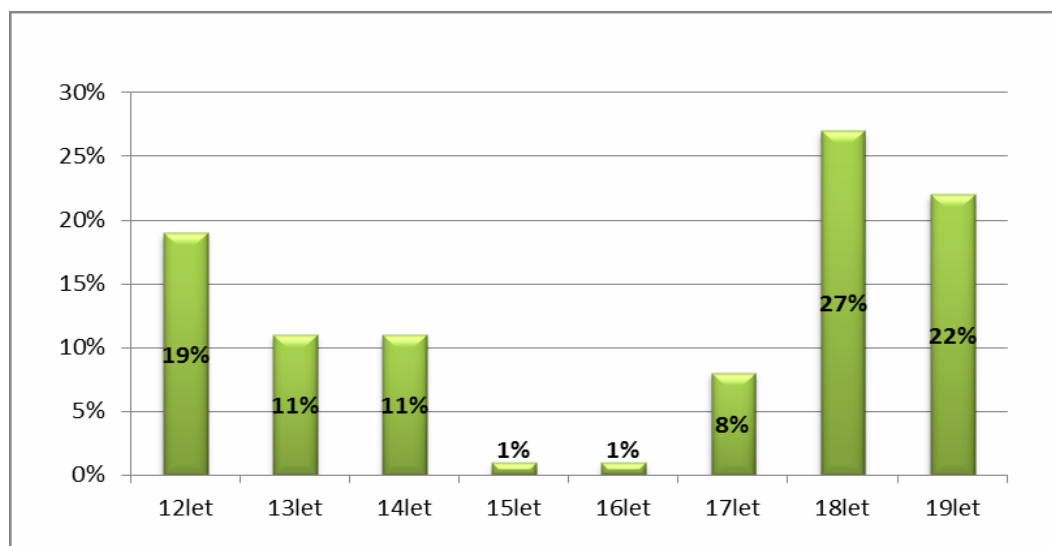
Graf 2 - Otázka č. 2: Pohlaví



Zdroj: vlastní výzkum

U otázky č. 2: „jsi muž nebo žena?“ uvedlo 33 % pohlaví chlapců a 67 % pohlaví dívek. Mina Sachs Primary School zastoupilo 41 dětí, z toho 30 dívek a 11 chlapců. Suiderlig High school byla zastoupena 59 dětmi, z toho 37 dívek a 22 chlapců.

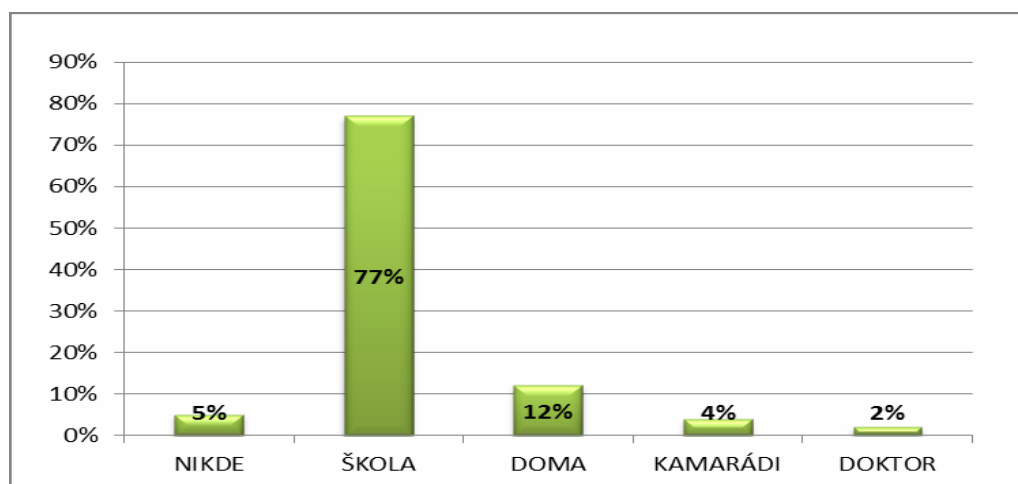
Graf 3 - Otázka č. 3: Kolik je ti let?



Zdroj: vlastní výzkum

Ve věkových kategoriích uvedlo 27 % respondentů věk 18 let, 22 % věk 19 let, 19 % věk 12 let, 11 % věk 13 a 14 let, 8 % věk 17 let, po 1 % u věku 15 a 16 let.

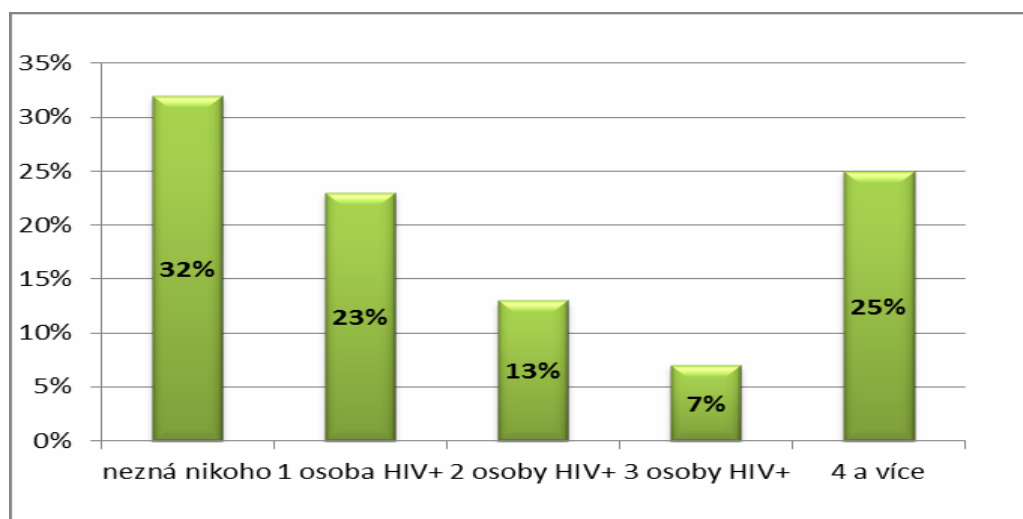
Graf 4 - Otázka č. 4: Už jsi někdy slyšel/a o HIV/AIDS? A kde?



Zdroj: vlastní výzkum

Odkud mají informaci o HIV/AIDS zodpovědělo 77 % ve škole, doma 12 %, 4 % od kamarádů a 5 % žáků se nikde o HIV/AIDS nedozvědělo.

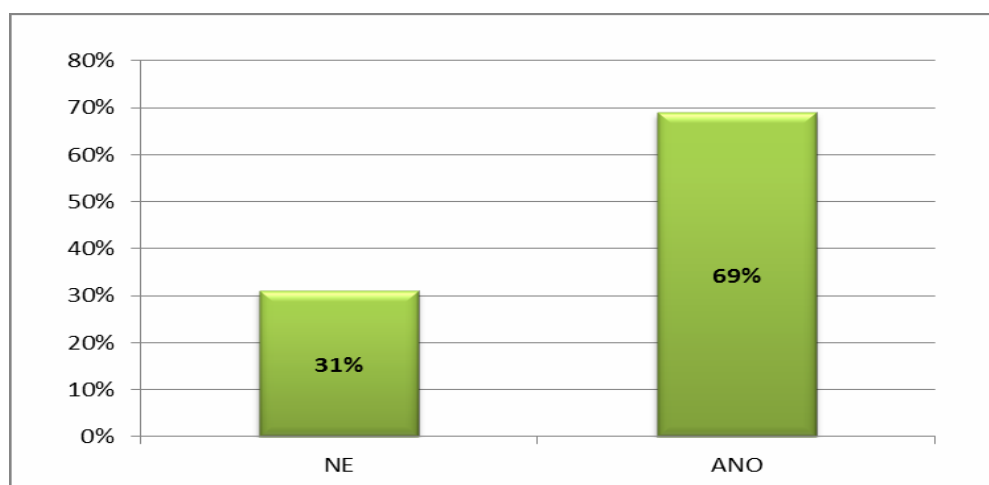
Graf 5 - Otázka č. 5: Znáš ve svém okolí někoho, kdo je nakažený HIV/AIDS?



Zdroj: vlastní výzkum

U otázky č. 5 32% žáků uvedlo na otázku kolik osob s HIV/AIDS znají, 25 % žáků uvedlo, že zná čtyři a více nemocných osob s HIV/AIDS, 23 % zná jednu osobu, 13 % zná 2 osoby s HIV/AIDS a 7 % zná tři nemocné s HIV/AIDS. Celkem má v okolí HIV/AIDS pozitivní osoby 68 % žáků ze 100 %.

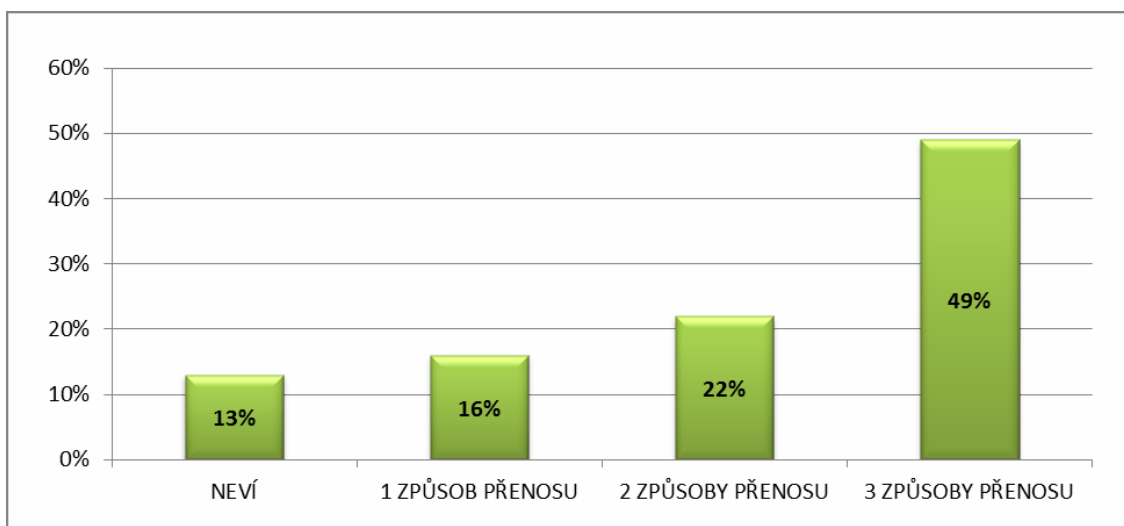
Graf 6 - Otázka č. 6: Víš ve svém okolí o někom, kdo na AIDS zemřel?



Zdroj: vlastní výzkum

Ptali jsme se děti jestli mají v okolí známého člověka s nemocí HIV/AIDS. Ze 100 % respondentů uvedlo 69 % že znali člověka, který na AIDS zemřel a 31 % že nikoli.

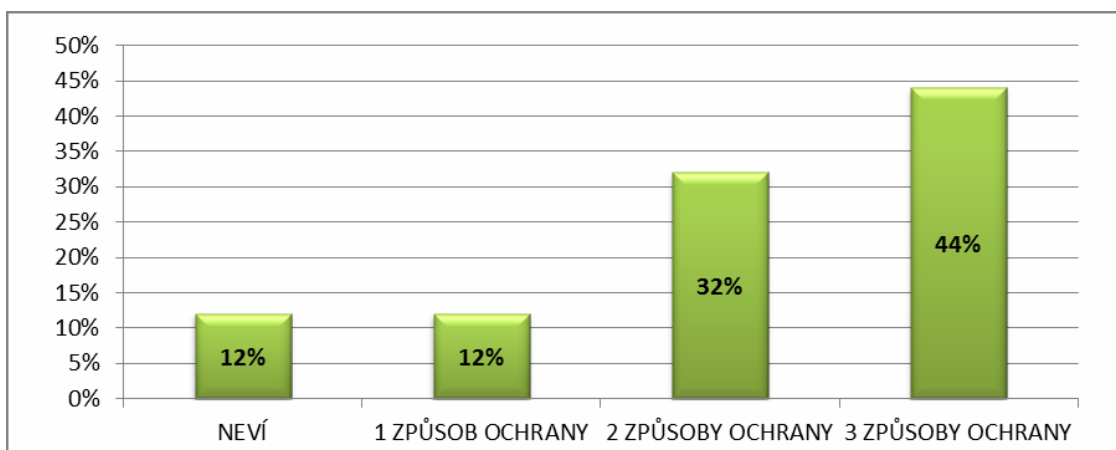
Graf 7 - Otázka č. 7: Víš jakým způsobem se můžeš nakazit virem HIV?



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 100 žáků zná tři způsoby přenosu infekce 49 (49 %), 22 žáků (22 %) dva způsoby přenosu, 16 uvedlo (16 %), že zná jeden způsob přenosu a 13 žáků (13 %) neznalo žádný způsob přenášení viru HIV/AIDS.

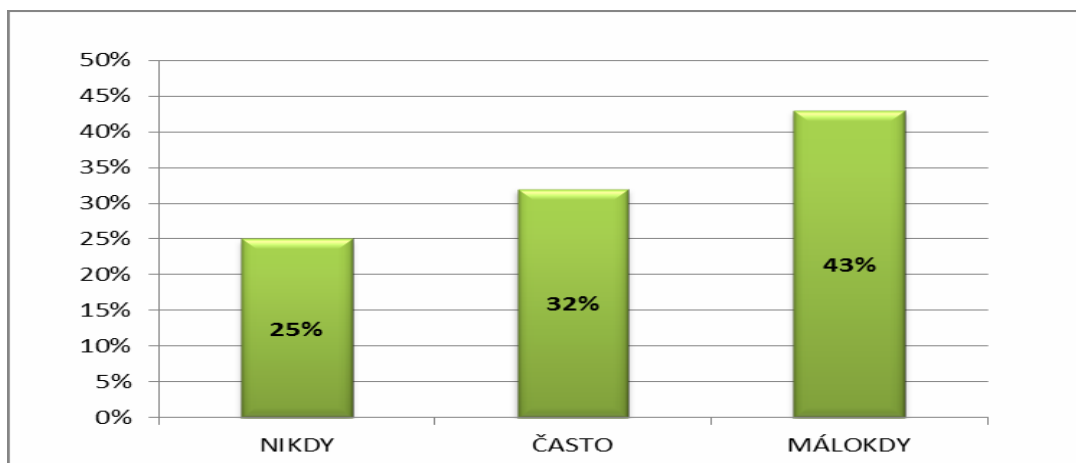
Graf 8 - Otázka č. 8: Víš, jakými způsoby ochrany se můžeš chránit pře virem HIV?



Zdroj: vlastní výzkum

V dotazu na ochranu před HIV/AIDS odpovědělo ze 100 žáků 44 (44 %), že zná tři možnosti ochrany, 32 (32 %) zná dva způsoby ochrany, 12 (12 %) zná jeden způsob ochrany a rovněž 12 (12 %) nezná žádný způsob ochrany před HIV/AIDS. Znalost alespoň dvou způsobů, jak se chránit byla zjištěna u 76 (76 %) žáků.

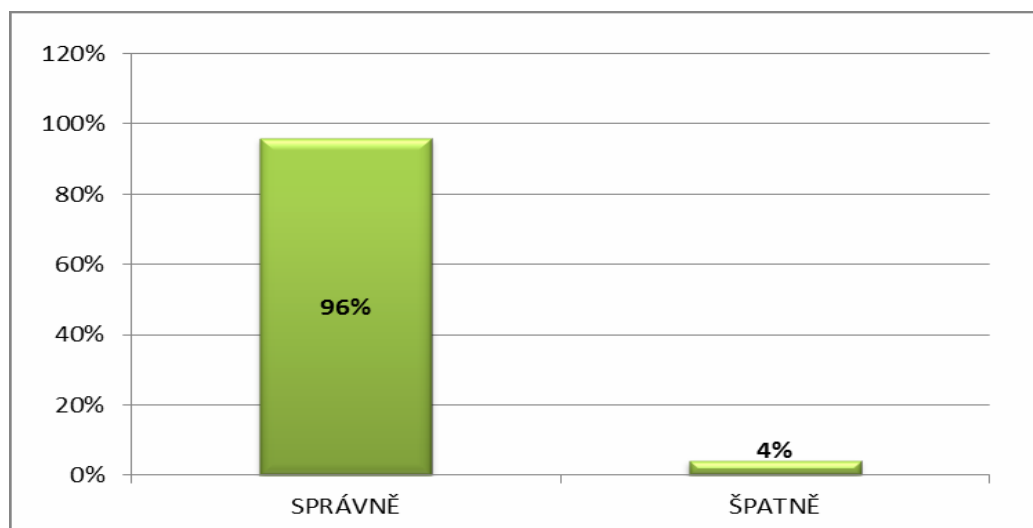
Graf 9 - Otázka č. 9: Mluví s tebou rodiče někdy o sexu a HIV/AIDS?



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku š. 9 na téma komunikace s rodiči o sexu a HIV/AIDS uvedlo 43 % žáků odpověď málokdy, 32 % často a 25 % nikdy.

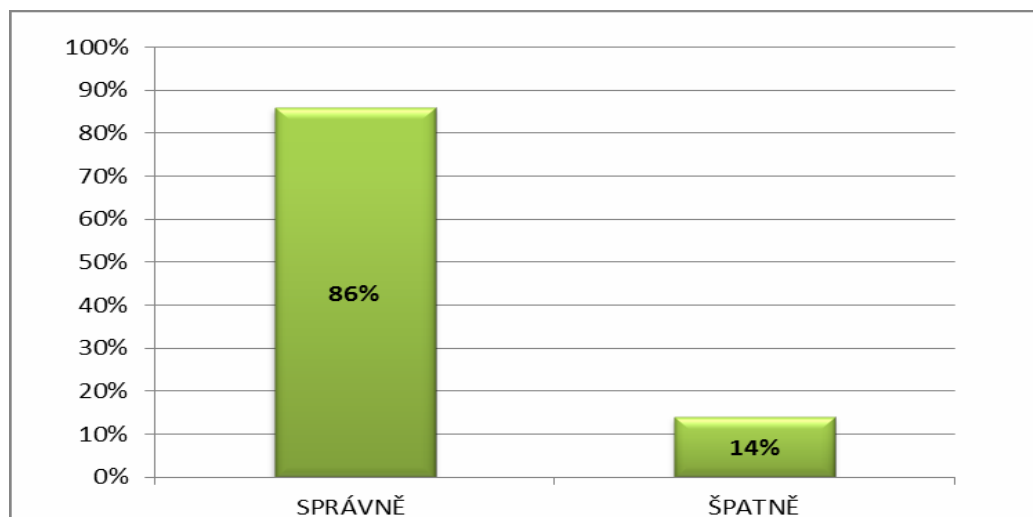
Graf 10 - Otázka č. 10: Vyber pravdivé tvrzení jakým způsobem se nakazíš?



Zdroj: vlastní výzkum

V otázce č. 10 byl výběr jedné správné možnosti. 96 % žáků odpovědělo vybralo správné tvrzení a 4 % špatné o možnostech nakažení HIV/AIDS.

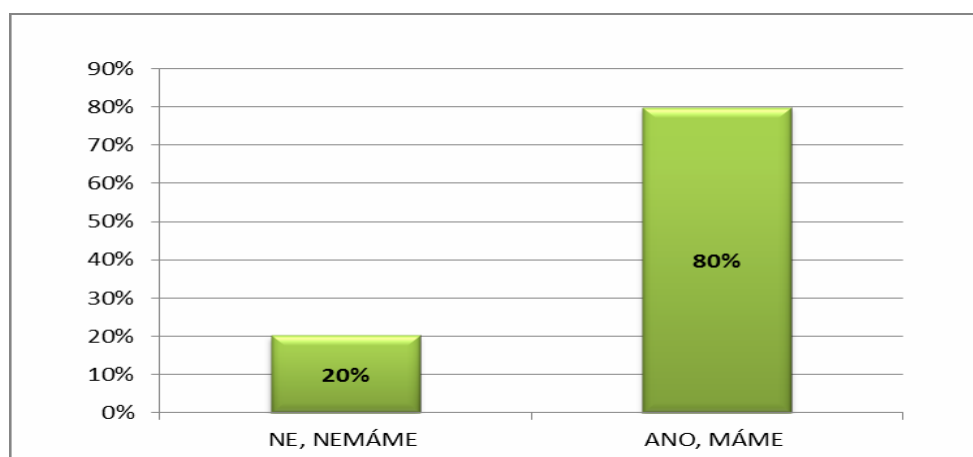
Graf 11 - Otázka č. 11: Vyber pravdivé tvrzení o léčbě HIV/AIDS



Zdroj: vlastní výzkum

V otázce č. 11 tomu bylo podobně jako v předchozím dotazu 86 % žáků správně vybralo tvrzení o léčbě HIV/AIDS. 14 % špatné tvrzení.

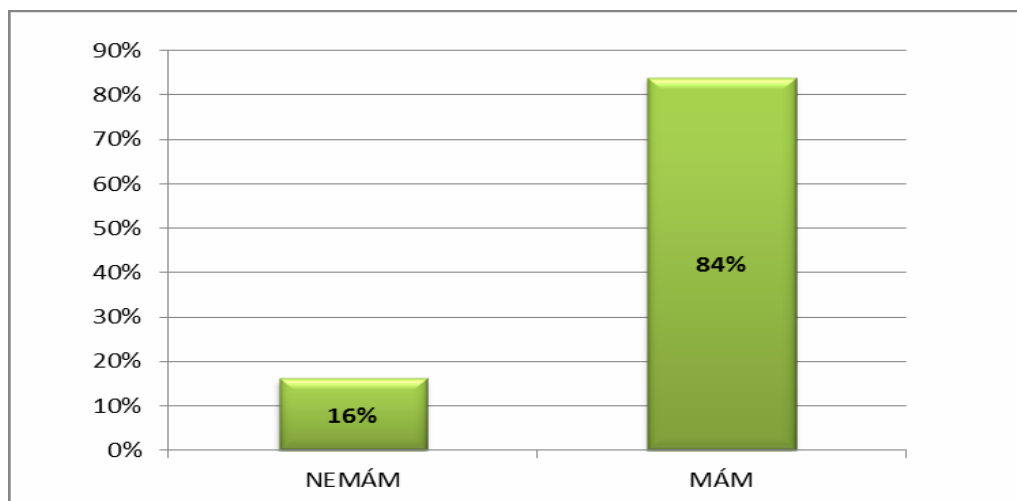
Graf 12 - Otázka č. 12: Máte ve škole nějaké preventivní programy?



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 12 se ptala na prevenci na školách. 80 % respondentů uvedlo, že ve škole mají preventivní program, 20 % tvrdí, že žádný nemají.

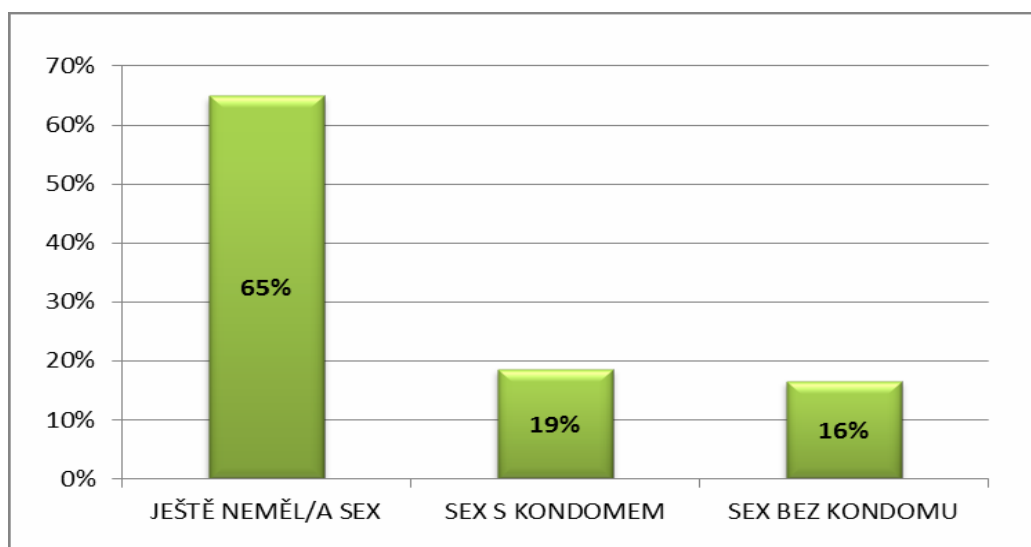
Graf 13 - Otázka č. 13: Máš obavy z HIV/AIDS?



Zdroj: vlastní výzkum

Podle výsledků otázky č. 13 obavy z HIV/AIDS nemá 16 % respondentů a 84 % má.

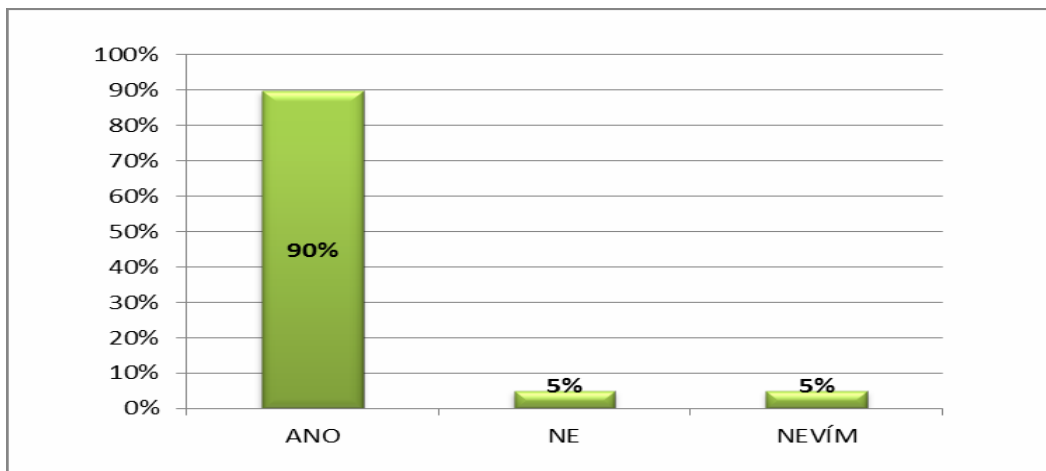
Graf 14 - Otázka č. 14: Už jsi měl/a někdy v životě sex? A měl/a jsi přitom kondom?



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 14 se ptala na to, jestli dbají na ochranu, pokud mají sex. Bylo 65 % žáků, kteří uvedli, že ještě neměli pohlavní styk, 19 % ji uvedlo, že sex měli a použili přitom ochranu a 16 % ochranu nepoužili.

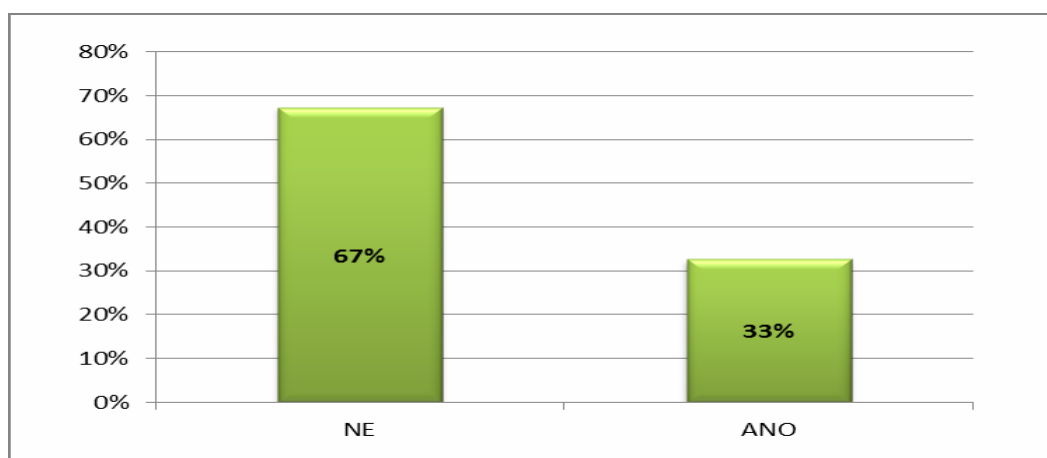
Graf 15 - Otázka č. 15: Myslíš si, že je důležité znát svůj HIV status?



Zdroj: vlastní výzkum

Položená otázka č. 15 o důležitosti testu na HIV/AIDS byla zodpovězena 90 % že ano. 5 % neví jestli je test významný a stejná část žáků jej za důležitý nepovažuje.

Graf 16 - Otázka č. 16: Už jsi někdy byl na testech na HIV/AIDS ?



Zdroj: vlastní výzkum

Poslední otázka dotazníku s číslem 16 se ptala na to, kolik žáků bylo na dobrovolném testování u HIV/AIDS. 67 % nebylo, ale 32 % ano.

5 DISKUZE

Stěžejním tématem této práce je problematika onemocnění HIV/AIDS ve všech jeho aspektech a se zvláštním důrazem na mladistvé a děti. Cílem práce bylo zjistit míru informovanosti dětí a mládeže ve vymezené oblasti o dané problematice. Pro splnění cíle byl zvolen smíšený typ výzkumu, který by mohl přinést více pohledů na zkoumaný jev. Kombinace kvalitativního a kvantitativního přístupu byla také vhodná pro šetření v Namibii jakožto diametrálně odlišné zemi. Díky kvalitativnímu přístupu, kde pomocí metody polostandardizovaného rozhovoru podle návodu a zúčastněného pozorování během tříměsíční stáže v Keetmanshoopu v Namibii, jsem získala od tří oslovených respondentů informace, které určitým způsobem doplní, vysvětlí případně i vyvrátí výsledky sběru dat kvantitativního výzkumu. Ten byl proveden pomocí dotazníku, který byl zprostředkován žákům základní a střední školy v téže oblasti, kde působí i ti, kteří byli osloveni pro interview.

V předchozí kapitole byly výsledky pouze zaznamenány, nyní je třeba se pokusit je zhodnotit a porovnat s prostudovanou literaturou k tématu. Nyní budou shrnuta data z kvantitativního výzkumu, která se souběžně pokusí nalézt spojitosti s tím, co vyplyne z kvalitativní analýzy interview. Výsledkem by měl být ucelený výstup z obou výzkumů, který by numerická data vysvětloval i hlouběji a dokázal by tak odpovědět na položené výzkumné otázky, které zní:

Jaká je současná úroveň znalostí o problematice HIV/AIDS u dětí a mládeže v Namibii ve vymezené oblasti v Keetmasnhoopu?

Jaké jsou nejčastější zdroje informací o HIV/AIDS, jakou úlohu hraje rodina a škola v rámci osvětové činnosti a jaké preventivní programy se jeví jako nejefektivnější?

Pro zodpovězení první výzkumné otázky si musíme stanovit, co budeme považovat za dobrou či špatnou úroveň informovanosti o HIV/AIDS. V tiskové zprávě od agentury UNGASS ⁹⁹z roku 2010, která reportuje minulá období vývoje epidemie v Namibii, jsou hodnoceny znalosti o HIV/AIDS u žen a mužů ve věku 15 až 24 let. Za dobře

⁹⁹ Republic of Namibia, MOHSS, UNGASS, 2010, str. 6 - 43

informované zpráva považuje ty, kteří znají správné zásady a způsoby prevence HIV/AIDS a zároveň odmítají předsudky a mýty o nemoci, které nejsou založeny na pravdě. Výsledek byl uveden od roku 2005 se stoupající tendencí, a proto byl zvolen poslední uvedený údaj o informovanosti cílové skupiny v roce 2009 za kritérium průměrné informovanosti respondentů i ve výzkumu v této práci. Z populace žen je jich v roce 2009 64,9 % dobře informovaných o HIV/AIDS a u mužů je to 61,9 % z nich. Průměrná hodnota činí 63,4 % . V roce 2009 tedy bylo v Namibii dobře o prevenci HIV/AIDS informovaných **63,4 %** populace.

Dotazník doručený žákům ve věku 12 - 19 let je sestaven z 16ti otázek. Obecné informace o probandech byly získány hned v úvodu, pro snadnější zpracování. Za první oslovenou školu Mina Sachs Primary School odpovídalo celkem 41 žáků, mezi nimi 30 dívek a 11 hochů. Děti jsou ve věku 12 až 15 let a nejvíce jich je 1ěti letých u Suiderlig High School odpovídalo 59 dětí, z nichž 37 bylo děvčat a 22 chlapců. Jejich věk je od 15 ti let do 19ti let. Výběrový soubor měl celkem 100 respondentů patřících do jedné skupiny. V této práci nebudou hodnocena jednotlivá pohlaví, ani školní zařazení, zkoumaný vzorek bude vhodnější pro celkové zhodnocení úrovně znalostí prevence HIV/AIDS u dětí a mládeže v Namibii.

Po demografických **otázkách č. 1 - 3** na školu, věk a pohlaví, byly kladeny na téma zaměřené dotazy. **Otázka č. 4** : *Už jsi někdy slyšel o HIV/AIDS ? A kde?* dává na výběr z možností. Jednoznačným favoritem coby zdroje informací pro mládež je škola, potvrdilo to **77 %** dotázaných. To dokládá něco o vlivu školství, protože teprve daleko za školou byl žáky volen ve 12% domov. Ještě méně dětí volilo kamarády za zdroj informací, přitom by se mohlo předpokládat, že vrstevníci mají po rodině velký vliv. Doktor, jako další možnost, zřejmě není vůbec oblíbený, protože jen 2 % dětí od něj slyšelo něco o HIV/AIDS.

Pro žáky, kteří o HIV/AIDS ještě neslyšely, sloužila varianta nikde jako žádný zdroj informací, o nemoci tedy dosud neslyšelo 5 % z dotázaných. Získali jsme tak výsledek, že velmi hrubé povědomí o HIV/AIDS má až 95 % mladých ve věku 12 - 19 let. Během rozhovorů byly některé otázky zaměřené více na školství, děti a mládež, jiné na zdravotnictví a další na komunitní práci, podle respondenta, jeho zaměření v profesi

a momentálnímu směru hovoru. Ze tří rozhovorů nejvíce o dětech, svých žácích, hovořila Maria, ředitelka Mina Sachs Primary School, která má letité zkušenosti. UNGASS tvrdí, že ve školství v roce 2009 bylo 84 % veřejných základních škol vybaveno metodikou prevence HIV/AIDS a 50 % středních škol. Materiály poskytovalo Window of Hope. Nyní mohu osobně potvrdit, že se i v roce 2004 dostaly materiály k dětem do Mina Sachs school, neboť materiály, které byly představeny v teoretické části práce jsou získány právě od ředitelky Mina Sachs. Je možné si tedy i ověřit, jestli děti z Mina Sachs odpověděly -ano- na dotaz, zda mají preventivní programy o HIV/AIDS ve škole.

Na to se ptala **otázka č. 12**. Drtivá většina, podobně jako u otázky na zdroje informací, volila -ano, máme preventivní program ve škole- celých 80 %. Berme v potaz, že dotazované děti byly z primary i secondary school, pokud zprůměrujeme data, která prezentuje UNGASS, výsledné číslo bude **67 %** veřejných škol bylo vybaveno programy prevence. V takovém případě lze usoudit, že i v případě našeho výsledku je v Namibii i dnes stoupající úroveň vybavenosti ve školství.

Následující dvě **otázky č. 5 a 6** ale tak optimistické nejsou, neboť se v nich žáků ptáme na to, jestli v jejich prostředí, kde žijí, mají někoho, kdo je nemocný HIV/AIDS a v následné otázce se dotazujeme zda osobně znaly někoho, kdo v důsledku AIDS již zemřel. Výsledky jsou až šokující. Ukázalo se, že pouhých 32 % z dotázaných dětí nezná nikoho s touto nemocí, kdežto **68 %** zná minimálně jednu osobu s HIV/AIDS. 25 % dětí zná dokonce víc jak 4 nemocné HIV/AIDS. U úmrtí někoho známého je tomu podobně - o 1 % horší, **69 %** dětí znalo člověka, který na HIV/AIDS zemřel. Myslím, že to je pro naše střeoevropské poměry naprosto nepředstavitelné. O tom, že se epidemie HIV/AIDS stále valí, hovořili všichni respondenti shodně. Je to zmíněno ve všech rozhovorech, proto uvedu jen jeden příklad, kdy Maria na otázku ... „*A co HIV/AIDS?*“ ... coby problém v komunitě říká: „*.....Ano, málem bych zapomněla, HIV/AIDS máme jako každodenní rutinu. To je samozřejmě ohromný problém, který je třeba řešit, lidé tady umírají denně na AIDS nebo TBC.*“ ...

Nyní budou následovat ty otázky dotazníku, které byly zvoleny za nástroj měření úrovně znalostí respondentů. **Otázka č. 7** je jedna ze směrodatných pro zodpovězení

výzkumné otázky úrovně znalostí žáků. Žáci měly svými slovy odpovědět na dotaz -*Viš jakým způsobem se můžeš nakazit virem HIV?*-. měly k dispozici tři volná pole pro zápis až tří možností jak se HIV/AIDS přenese.

Kritériem úspěšnosti č. 1 byly minimálně dvě správně napsané možnosti nakažení virem HIV/AIDS. To splnilo **71 %** probandů, 16 % dětí vědělo pouze o jednom ze tří možných způsobů a 13 % nevědělo o žádném.

Kritérium úspěšnosti č. 2 je přisouzeno **otázce č. 8**-*Viš, jakými způsoby se můžeš chránit pře virem HIV?* - a ta měla stejné podmínky jako předchozí č. 7. Dvě správné odpovědi byly zaznamenány u **76 %** dotázaných, 12 % si vzpomnělo na jeden a 12 % si nevzpomnělo na nic. Průměr rozhodujících otázek činí **73,5 %**. Pokud porovnáme hodnotu naměřenou za rok 2009 u osob ve věku 14 - 24 let, která činila **63,4 %** , tak lze říci, že děti a mládež jsou informované lépe, než byli jejich vrstevníci před čtyřmi roky. Vzhledem k tomu, že se tento průměr navyšoval již od minulých let, není vyloučeno, že by náš výsledek informovanosti cílové skupiny mohl být poměrně blízko skutečnosti. Tento výzkum však zdaleka nepostihuje celou populaci mladých v Namibii, proto vyslovená domněnka může být značně diskutabilní.

Další je dotaz na komunikaci v rodině. **Otázka č. 9** se ptá - *Mluví s tebou rodiče někdy o sexu a HIV/AIDS?*- a možnosti, jak na ni odpovědět jsou -*nikdy-často-málokdy-ukázalo se, že rodina komunikaci o sexu a HIV/AIDS nemá příliš zažitou, téměř polovina uvedla, že rodiče se s nimi málokdy baví o tomto tématu. 43 % má nedostatečně komunikující rodinu. O podobné zkušenosti se spoluprací s rodiči říká Claudia z rozhovoru č. 3: ...„S rodiči je to těžké, záleží na nich, jestli se zapojí, vždycky se něco najde, ale že by chodili s dětmi po preventivních programech, to zrovna ne.“* ... třetina dětí naštěstí zase potvrdila, žýe jsou rodiče, kteří s nimi hovoří často o sexu a HIV/AIDS. Ale celých 25 % se prý nikdy nebaví doma na toto téma, takže výsledek není moc lichotivý k rodičům.

Otázky č. 10 a 11 dávají vybrat z tvrzení pravdivých a jednoho nepravdivých, v každé otázce je jen jedno správné tvrzení . děti si měly vybrat z :

otázka č. 10 *Co je správně? Jakým způsobem se můžeš nakazit HIV/AIDS?*

a) *Když se budu líbat s HIV + člověkem*

b) *Když půjdu na WC po někom HIV +*

c) *Když budu mít sex bez kondomu*

d) *Když budu bydlet s někým HIV +*

a z otázka č. 11 *Které tvrzení je podle tebe správné o onemocnění HIV/AIDS ?*

a) *HIV/AIDS lze normálně vyléčit*

b) *Když se nakazíš virem HIV, brzy umřeš*

c) *Pokud se nakazíš virem HIV/AIDS, nemůžeš se úplně vyléčit, ale můžeš žít normální život, pokud budeš brát pravidelně léky a dodržovat doporučení od lékaře.*

V obou případech se ukázala vysoká úspěšnost respondentů, ale je třeba brát v úvahu i obtížnost otázek, která byla velmi nízká. U č. 9 správné tvrzení vybralo 96 % dětí a u č. 10 o něco menší úspěšnost, 86 % vsadilo na to správné tvrzení. Původně bylo záměrem tyto otázky zahrnout do kritérií pro měření úrovně znalostí, ale pro jejich přílišnou snadnost je zahrnovat nebudeme. Na otázku č. 11 bylo odpovězeno výše, přesuneme se k **otázce č. 13.** *-Máš obavy z HIV/AIDS?-* bylo uvedeno, že **16 %** respondentů nemá žádné obavy z HIV/AIDS , byli rozhodně v menšině oproti těm, co se nemoci bojí, kterých je 84 %.

V otázce č. 14 se ptáme na intimní život mladých: - Už jsi měl/a někdy v životě sex?

A měl/a jsi přitom kondom?- a odpovědělo na 65 % žáků, že ještě nemá žádnou zkušenost s pohlavním stykem, **19 %** žáků už je sexu znalá, ale je znalá i kondomu jako ochrany, jak tvrdí, zatímco **na bezpečný sex vůbec nedbá 16 %** žáků. Je zajímavé, že z nemoci HIV/AIDS **nemá strach** taktéž **16 %** žáků, nicméně nelze tvrdit, že o skutečně je těch stejných 16 % žáků, ale je to možné. Je spíš zarážející, jak pravdivá jsou slova Marie: .. „*Myslím, že by jim pomohlo, kdyby nezačínaly tak brzy se sexem, vystavují se HIV/AIDS zcela zbytečně, děvčata nám v pubertě často otěhotní a pak je se školou konec. A i když ví o antikoncepci, kondomech a HIV/AIDS nakonec jí pokaždé nepoužijí.*“

Předposlední **otázka č. 15** se dotazuje na významnost dobrovolného testování, ptá se - *Myslíš si, že je důležité znát svůj HIV status?-* a 90 % odpovědělo, že ano, 5 % neví a 5 % si myslí, že to vůbec není třeba na test chodit. Když už žáci odpovídaly, jak je důležité na test na HIV/AIDS jít, zeptali jsme se v poslední **otázce č. 16** jestli někdo

z žáků už byl na testování. Překvapivým výsledkem je, že přesně jedna třetina - 33 % respondentů - na testování na HIV/AIDS už byla. 67 % s testem nespěchá. O testování říká i sama Claudia: ... „*Na sezení se chodí před testem povinně, nelze je vynechat. Občas se stává to, že po ukončeném sezení na test nejdou, nikoho nenutíme, každý musí chtít sám a být připraven i na zdrcující odpověď.*“ ...

Z rozhovorů jsem se pokusila zjistit, jaké způsoby prevence jsou úspěšné. Ve zdravotnictví převažují tištěné materiály, které ale nemají dlouhodobý efekt, pouze informují a nemotivují ke změně. Vypadá to, že právě změna v chování je pro další vnímání potřeby se chránit zcela zásadní. Podle Marie je třeba začít s prevencí u dětí co nejdříve a podle všeho je nutná i soustavnost, intenzita a interakce, aby to žáky zaujalo. O tom se zmiňuje jak Miovský, tak Nešpor ve svých publikacích, které poskytli v této práci oporu pro teoretickou část.

Větším problémem se v prevenci HIV/AIDS zdá být špatný příklad dospělých, hlavně mužů. Rovnost mezi pohlavími by se měla podporovat zřejmě také od dětství, k tomu programy na rozvoj životních dovedností jsou určeny a také se uplatňují v komunitě a ve škole. Bohužel, do rodin, kde by mělo veškeré preventivní působení začít, se takové programy nedostanou. Rodiče o výchovu svých dětí přenechávají na institucích školních nebo komunitních, sami nemají příliš motivace, což je důsledek špatné nízké úrovně. Chudoba, alkohol je v dané oblasti skutečně problém a ačkoli je znám, příliš se nedaří rychleji řešit. To vše má dopad jak na děti, tak na celou společnost. Pokud chudí nebudou mít nějaké východisko v podobě příjmu a lepšího bydlení budou se péčí o své zdraví víc zajímat. Celková frustrace je patrná ve všech oblastech, z výše zmíněných důvodů a také z finančních. V době hospodářské krize je ovšem možné, že se situace v brzké době lepšit moc nebude.

6 ZÁVĚR

Celkové shrnutí zpracované práce tvoří závěr. Snaha byla o představení problematiky HIV/AIDS v zemích subsaharské Afriky komplexním způsobem. V teoretické části byla dotknuta témata týkající se historicko-politických a socio-kulturních faktorů, které souvisí s dnešními problémy Namibie. Cílem práce bylo zjistit míru informovanosti dětí a mládeže v Namibii o problematice HIV/AIDS. V bakalářské práci byly proto vysloveny tyto dvě výzkumné otázky.

Pokusíme se zodpovědět hlavní výzkumnou otázku: *Jaká je současná úroveň znalostí o problematice HIV/AIDS u dětí a mládeže v Namibii?*

Současná úroveň znalostí dětí a mládeže v Namibii o HIV/AIDS, pokud je srovnáme s výzkumem UNGASS, se jeví jako lepší, než byla před čtyřmi lety, zhruba o 10 % mladých lidí víc je lépe informováno o tématu.

Druhá výzkumná otázka je složená ze tří dílčích: *Jaké jsou nejčastější zdroje informací o HIV/AIDS, jaké preventivní programy se jeví jako nejefektivnější a jakou úlohu hraje rodina a škola v rámci osvětové činnosti?*

Bylo zjištěno, že nejvýznamnějším zdrojem informací je především škola a komunita. Vnímají to tak žáci, učitelé i zdravotníci. Také se tam soustředí největší pozornost, a proto se pravděpodobně polevuje v prevenci v jiných oblastech. Informativních materiálů je dostatek, ale nemají efekt. Vzhledem k tomu, že ve společnosti chybí motivace k větší behaviorální změně, samotná znalost problematiky nestačí. Efektivní programy jsou tudíž ty, kde je informace spojena s motivací starat se o své zdraví, pak by byl pohled na důležitost prevence asi lepší. Co se týká rodiny, tam selhává dobrý vliv rodičů od základů, jak se zdá. Nejenže s dětmi o tématu nemluví příliš často, ale jsou svědky násilí, alkoholismu a diskriminace. Také chybí spolupráce mezi organizacemi a rodiči. Stěžejní je boj s chudobou, ale v době krize jsou úspěchy tohoto boje nejisté.

Tato práce by se mohla použít jako výukový materiál do výuky sociální práce, zdravotníky a všechny, kdo se zajímají o tuto problematiku.

7 SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

- [1] ANGUS, Stuart. *Sex, AIDS, vztahy*. 7.vyd., Albrechtice: Křesťanský život, 1995. 31s. ISBN 80-7112-056-01.
- [2] COLLIER, Paul. *Miliarda nejchudších: proč se některým zemím nedaří a co s tím*. 1. vyd., Praha: Vyšehrad, 2009. 224 s. ISBN 978-80-7429-010-7.
- [3] ČERNÝ, Rudolf a MACHALA, Ladislav. *Neurologické komplikace HIV/AIDS*. 1.vyd., Praha: Karolinum, 2007. 303 s. ISBN 978-80-246-1222-5.
- [4] ČLOVĚK V TÍSNI. *Humanitární pomoc a rozvoj: Namibie* [online]. [cit. 5.4.2013]. Dostupný na WWW: <http://www.clovekvtisni.cz/cs/humanitarni-a-rozvojova-pomoc/zeme/namibie>
- [5] ČLOVĚK V TÍSNI, společnost při ČT, o. p. s. *Novinář, rozvojová spolupráce a humanitární pomoc: Příručka rozvojového vzdělávání pro studenty mediálních oborů*. 1.vyd., Praha: © Člověk v tísni, 2007. 72 s. ISBN 978-80-86961-31-6.
- [6] FERENČÍK, Miroslav, ROVENSKÝ, Jozef, SCHOENFELD, Yehuda a MAŤHA, Vladimír. *Imunitní systém: informace pro každého*. 1.vyd., Praha: Grada, 2005. 236 s. ISBN 80-247-1196-6.
- [7] GÖPFERTO VÁ, Dana a kol. *Epidemiologie: průvodce epidemiologickou metodou*. 1.vyd., Praha: Triton, 1999. 224 s. ISBN 80-7254-037-8.
- [8] GÖPFERTO VÁ, Dana, JANO VSKÁ, Daniela, DOHNAL, Karel a MELICHERČÍKOVÁ, Věra. *Mikrobiologie. Imunologie. Epidemiologie. Hygiena*. 3. vyd., Praha: Triton, 2002. 142 s. ISBN 80-7254-223-0.
- [9] MOLDAN, Bedřich. *Podmaněná planeta*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2009. 420 s. ISBN 978-80-2461-580-6

- [10] GOVERNMENT OF THE REPUBLIC OF NAMIBIA, MOHSS, UNGASS
Namibia. Global AIDS Response Progress reporting 2012. Monitoring the 2011 Political Declaration on HIV/AIDS. Reporting Period 2010 & 2011.
[http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_NA_Narrative_Report\[1\].pdf](http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_NA_Narrative_Report[1].pdf). Windhoek:2012.
- [11] GOVERNMENT OF THE REPUBLIC OF NAMIBIA. *Namibia Vision 2030*. 1st.ed., Windhoek, Namibia: Office of the President, 2004. 135 p. ISBN 99916-56-04-9.
- [12] HOLUB, Jiří a kol. *AIDS a my aneb Co je třeba vědět o AIDS*. Praha: Grada, 1993. 141 s. ISBN 80-7169-068-6.
- [13] KAŠOVÁ, Kateřina. *AIDS otázky a odpovědi* [online]. [cit. 24.3.2013]. Dostupný na WWW: <http://peopleinneed.cz/download/pdf/28.pdf>
- [14] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie smysluplnosti existence: Otázky na prahu života*. 1.vyd., Praha: © Grada, 2006. 204 s. ISBN 80-247-1370-5.
- [15] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 1.vyd., Praha: Portál, 2001. 279 s. ISBN 0-7178-551-2.
- [16] MIOVSKÝ, Michal, SKÁCELOVÁ, Lenka, ZAPLETALOVÁ, Jana a NOVÁK, Petr. *Primární prevence rizikového chování ve školství: monografie*. 1.vyd., Praha: TOGGA, 2010 (Tišnov: sdružení SCAN a Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika 1. LF UK, 2010) 262 s. ISBN 978-80-87258-47-7.
- [17] MOJŽÍŠOVÁ, Adéla, KAŠOVÁ, Kateřina a kol. *Dopady HIV/AIDS a ostatních průvodních onemocnění na kvalitu života sociálně slabých rodin v zemích jižní Afriky: Závěrečná práce*. Praha: Triton, 2004. 89 s. ISBN 80-7254-566-3.
- [18] MPSV, ČLOVĚK V TÍSNI. *Tisková zpráva: MPSV a Člověk v tísní pomáhající v Namibii*. Praha: MPSV, 12. 12. 2005

- [19] MZV ČR. *mzv.cz* [online]. [cit. 7.4.2013]. Dostupný na WWW: http://www.mzv.cz/jnp/cz/encyklopedie_statu/afrika/namibie/politika/vnitropoliticka_charakteristika.html
- [20] NEŠPOR, Karel, CSÉMY, Ladislav a PERNICOVÁ, Hana. *Zásady efektivní primární prevence*. 1.vyd. Praha: Sportpropag, 1999. 40 s.
- [21] PRŮCHA, Jan. *Interkulturní psychologie: sociopsychologické zkoumání kultur, etnik, ras a národů*. 3. vyd. Praha: Portál. 2010. 220 s. ISBN 978-80-7367-709-1
- [22] REPUBLIC OF NAMIBIA, MINISTRY OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES, UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY SPECIAL SESSION (UNGASS). *Country Report: Reporting Period April 2006 – March 2007: UNGASS namibia_2010_country_progress_report_en_pdf*. Windhoek: 2010. 43 s.
- [23] ROZVOJOVÁ SPOLUPRÁCE. *HIV/AIDS a rozvojový svět* [online]. [cit. 6.4.2013]. Dostupný na WWW: www.rozvojovka.cz/download/docs/9_hiv-aids-a-rozvojovy-svet.pdf
- [24] RYAN, Frank. *Viry - hrozba našeho času: po stopách nových vražedných nemocí od současnosti do budoucnosti*. 1. vyd., Praha: Práh, 1998. 388 s. ISBN 80-85809-67-2.
- [25] SHIVAIROVÁ, Olga, ASTER, Viktor, KÖNIG, Jaroslav, MACHALA, Ladislav, BRAUN, Richard a STAŇKOVÁ, Marie (2010). *Kvalita života HIV pozitivních osob*. E-psychologie [online]. 4 (2), 22-40. Dostupný z WWW: <<http://e-psycholog.eu/pdf/shivairova-et-al.pdf>>. ISSN 1802-8853.
- [26] SOUL CITY INSTITUTE. *Desert Soul, it's about us...HIV and AIDS...action now!*. 1st. ed., Windhoek: Jacana Media, 2009. 49 p. ISBN 978-99945-69-80-9.
- [27] SOUL CITY INSTITUTE. *Desert Soul, it's about us: Take Action To Stop TB*. 1st. ed., South Africa: Soul City IHDC and Jacana Media, 2002. Namibian adaptation Desert Soul HDC, 2011. 25 p. ISBN 978-99945-71-64-2.

- [28]UNAIDS. *unaid.org* [online]. [cit. 19.3.2013]. Dostupný na WWW: http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2010countries/namibia_2010_country_progress_report_en.pdf
- [29]UNAIDS. *World AIDS Day Report Results 2012* [online]. [cit. 6.4.2013]. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/JC2434_WorldAIDSday_results_en.pdf
- [30]UNAIDS. *MDG6: Combat HIV/AIDS, Malaria and other disease. Six Things You Need to Know About the AIDS Response Today*. UNAIDS Report 2010, 20 p.
- [31]UNAIDS. *UNAIDS Report on Global AIDS Epidemic 2012*[online].[cit. 6.4.2013].http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_with_annexes_en.pdf
- [32]UNESCO. *Introducing UNESCO* [online]. [cit. 8.6.2013]. Dostupný na WWW: <https://en.unesco.org/about-us/introducing-unesco>
- [33] UNICEF, MINISTRY OF BASIC EDUCATION, SPORT AND CULTURE, HIV AND AIDS MANAGMENT UNIT: *AIDS Awareness Week 2004: activities for primary schools adapted from Window of Hope*. 2nd ed., Windhoek: Unicef, 1st Floor, Sanlam Centre, 2004. 32 p.
- [34]UNITED NATIONS. *UN at a glance* [online]. [cit. 8.5.2013]. Dostupný na WWW: <http://www.un.org/en/aboutun/index.shtml>
- [35]USAID. *Namibia: Global Health Initiative 2010/11 - 2015/16* [online]. [cit. 6.4.2013]. <http://www.ghi.gov/documents/organization/192604.pdf>
- [36]*Velká encyklopedie zeměpisu: kompletní průvodce státy celého světa, jejich kulturou a populací*. Z anglického originálu *Encyclopedia of Lands and People*, ©1995 Kingfisher přeložili Helena BROŽKOVÁ, Jan JIRÁSEK, Lucie

LIBOVICKÁ, Michaela PONOCNÁ, Markéta ŘAPKOVÁ a Irena ROČKOVÁ,
1999. 2. české vyd., Praha: © Svojtka & Co., 2003. 640 s. ISBN 80-7237-939-9.

[37] WHO, REGIONAL OFFICE FOR AFRICA. *WHO Country Cooperation Strategy, 2010–2015*. 2nd Generation. Namibia. AFRO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2010. ISBN 978-929-023-1646 (NLM Classification: WA 540 HN2)

[38] WORLD FOOD PROGRAMME. *wfp.org* [online]. [cit. 9.4.2013]. Dostupný na WWW: <http://www.wfp.org/our-work>

[39] WIKIPEDIA. *Namibie* [online]. [cit. 3.4.2013]. Dostupný na WWW: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Namibie>

8 PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Anonymní dotazník v angličtině

Příloha č. 2: Anonymní dotazník v češtině

Příloha č. 1: Anonymní dotazník v angličtině

ANONYMOUS QUESTIONNAIRE FOR CHILDREN

1) Name of school:

Hello,

my name is Kristyna and I am a student of social work and I come from Europe, from the Czech Republic. I would like to ask you to fill in this short questionnaire. I would like to know something about you and your knowledge and opinions of HIV/AIDS. It is anonymous, it means that you don't have to write your name in the questionnaire and nobody will know what you answered. Put in a circle the answer which you have chosen. If you don't like any question you are not obligated to answer, but you have to know that nobody will see any of your answers. ☺ Thank you, Kristyna Regulova

2) Are you...? a) male b)
female

3) How old are you?

a) 11 b) 12 c) 13 d) 14 e) 15 f) 16 g) 17 h) 19

4) Have you ever heard about HIV/AIDS? a) no b) yes

... If yes, where? A. at school B. at home C. from friends D. from doctor

5) Do you know anybody who is sick of HIV/AIDS? a) no b) yes

..... If yes, choose how many they are: A. 1 B. 2 C. 3 D. more

6) Do you know anyone who died because of HIV/AIDS? a) no b) yes

7) Víš, jakým způsobem se můžeš nakazit virem HIV/AIDS? a) ne
b) ano ...

Jaké způsoby nákazy HIV znáš? 1:.....
2:..... 3:.....

8) Víš, jaké jsou způsoby ochrany před nakažením virem HIV/AIDS? a)
ne b) ano ...

Jaké způsoby ochrany znáš? 1:.....
2:..... 3:.....

9) Mluví s tebou rodiče někdy o sexu a HIV/AIDS? a) nikdy b) občas
c) často

10) Co je správně? Jakým způsobem se můžeš nakazit HIV/AIDS?

- a) Když se budu líbat s HIV + člověkem c) Když budu mít sex bez kondomu
b) Když půjdu na WC po někom HIV + d) Když budu bydlet s někým HIV +

11) Které tvrzení je podle tebe správné o onemocnění HIV/AIDS?

- a) HIV/AIDS lze normálně vyléčit b) Když se nakazíš virem HIV, brzy umřeš
c) Pokud se nakazíš virem HIV/AIDS, nemůžeš se úplně vyléčit, ale můžeš žít normální život, pokud budeš brát pravidelně léky a dodržovat doporučení od lékaře

12) Máte ve škole nějaké preventivní programy o HIV/AIDS? a)
ne b) ano

13) Máš obavy z HIV/AIDS? a) ne b) ano c) nevím, je mi to jedno

14) Už jsi měl/a ty někdy v životě sex (po hlavní styk)?

a) ne, nikdy b) ano

... a měl/a jsi přitom kondom jako ochranu? A: ne

B: ano

15) Myslíš si, že je důležité znát svůj HIV status? a) ne b) ano
c) nevím

16) Už jsi někdy byl na testech na HIV/AIDS? a) ne
b) ano

To je vše, děkuji Ti za za vyplnění dotazníku, informace budou použity pouze v rámci mého studia a v mé závěrečné práci. Ještě jednou Ti děkuji a měj se krásně!