

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Katolická teologická fakulta

Katedra teologické etiky a spirituální teologie

Teologická etika

Josef Staněk

HIV/AIDS

a některé etické otázky

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Libor Ovečka, Th.D.

PRAHA 2010

Děkuji panu PhDr. Liborovi Ovečkovi, Th.D. za to, že se ujal vedení mé diplomové práce a také za cenné rady a připomínky, které k mé práci měl.

Prof. Dr. Albert-Peter Rethmannovi, Dr. theol. děkuji za vedení mé práce na jejím počátku, a za konzultace, které mi poskytl.

Děkuji také doc. MUDr. Marii Staňkové CSc., vedoucí lékařce AIDS centra FN Na Bulovce v Praze 8, které jsem vděčen za účinnou pomoc při zpracování klinické části mé diplomové práce.

Můj dík patří i PhDr. Richardu Braunovi, klinickému psychologovi AIDS centra FN Na Bulovce, za pomoc v oblasti psychologie a sociologie.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci s názvem „HIV/AIDS a některé etické otázky“ vypracoval samostatně s využitím uvedených pramenů a literatury.

V Praze dne 14.prosince 2009

OBSAH

ÚVOD	5
1. <u>ZÁKLADNÍ ÚDAJE O NEMOCI AIDS</u>	8
1.1 Co je to vlastně AIDS.....	8
1.2 Původ nemoci AIDS.....	11
1.3 Historie nemoci.....	13
1.4 Výskyt nemoci AIDS.....	15
1.5 Přenos HIV infekce.....	17
1.5.1 Sexuální přenos.....	17
1.5.2 Parenterální přenos.....	18
1.5.3 Vertikální přenos.....	19
1.6 Průběh HIV infekce.....	19
1.6.1 Klinické stadium „A“.....	20
1.6.2 Klinické stadium „B“ – časné symptomatické stadium.....	21
1.6.3 Klinické stadium „C“ – AIDS (pozdní symptomatické stadium).....	21
1.7 Diagnostika HIV infekce.....	22
1.8 Terapie.....	22
1.9 Péče o HIV infikované osoby v České republice.....	24
1.10 Prevence šíření HIV infekce	26
2. <u>ETICKÉ KONFLIKTY SOUVISEJÍCÍ S INFEKČÍ VYVLANOU</u>	
<u>VIREM LIDSKÉ IMUNODEFICIENCE (HIV)</u>.....	28
2.1 Diagnóza a informovanost.....	31
2.1.1 Test na HIV bez vědomí nebo souhlasu pacienta.....	31
2.1.2 Informování ohrožené třetí osoby.....	33

2.1.2.1.	Informování ohrožené třetí osoby infikovaným.....	34
2.1.2.2	Informování ohrožené třetí osoby druhou osobou.....	36
2.2	Léčba.....	37
2.2.1.	Povinnost lékaře léčit HIV/AIDS pacienty	37
2.2.1.1	Odmítnutí HIV+ pacienta lékařem.....	38
2.2.1.2	Finanční náročnost léčby AIDS jako důvod k neléčení.....	39
2.2.2	Odmítnutí léčby HIV pozitivním pacientem.....	42
2.3	Partnerské a rodinné vztahy HIV infikovaných osob.....	45
2.3.1	Právo HIV pozitivního člověka na uzavření manželství.....	46
2.3.2	Právo HIV pozitivního člověka na plození dětí.....	48
3.	<u>KVALITA ŽIVOTA A HIV/AIDS</u>	55
3.1	Kvalita života lidí HIV pozitivních.....	57
3.2	Kvalita života nemocných AIDS	63
3.3	HIV/AIDS, kvalita života a pracovní oblast.....	64
3.4	Umírání.....	68
4.	ZÁVĚR	72
	PŘÍLOHY.....	76
	SHRNUTÍ.....	88
	SUMMARY.....	90
	PŘEHLED SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	92
	SEZNAM LITERATURY.....	93
	ABSTRAKT (v českém jazyce).....	98
	ABSTRACT (in English).....	99

Úvod

Ke zpracování své diplomové práce jsem si vybral problematiku, která je mi blízká a o kterou se již mnoho let zajímám. Jde o problematiku lidí postižených HIV/AIDS infekcí. Chtěl bych v této práci naplnit slova pastorální konstituce o církvi v dnešním světě *Gaudium et spes* „*Radost a naděje, smutek a úzkost lidí naší doby, zvláště chudých a všech, kteří nějak trpí, je i radostí a nadějí, smutkem a úzkostí Kristových učedníků, a není nic opravdu lidského, co by nenašlo v jejich srdci odezvu*“¹, a proto jsem se rozhodl pokusit se zpracovat z hlediska katolické morálky některé aspekty s touto nemocí související a to od nakažení, přes vyrovnávání se s touto nemocí, až k praktickým věcem týkajících se života s nemocí HIV/AIDS, v naději, že tím pomohu jak nemocným, tak i těm lidem, kteří nemocným chtějí pomoci.

Onemocnění totiž neznamená jen velkou zátěž pro infikovaného a později nemocného, ale také pro jeho nejbližší okolí. Tedy v první řadě pro rodinu, ale nejen pro ni. První zjištění bývá často spojeno s odhalením homosexuality, drogové závislosti, nevěry apod. Další problémy přistupují ze strany lékařů a pomocného lékařského personálu, sexuálních partnerů nemocného, ale také lidí majících na starosti sociální sféru aj.

Tato práce si klade několik cílů. Za prvé chce nabídnout, aby čtenář nemoc poznal a pochopil její značnou specifičnost. Proto v první kapitole své práce popisují nemoc samotnou. V krátkosti se zmiňují o původu nemoci, o její historii, výskytu, a protože to považuji za důležité, udávám také některé statistické údaje, ať už přímo v textu

¹ *Gaudium et spes* in *Dokumenty II. vatikánského koncilu*. Praha : Zvon, 1995, s. 183.

a nebo později v přílohách. Dále se v první kapitole práce zmiňuji také o prevenci, způsobech nakažení, terapii a léčbě této nemoci.

Druhým cílem této práce je poukázat na některé etické otázky které s nakažením virem HIV ale také později s rozvinutím nemoci úzce souvisí, informovat o některých problémech nemocných a pomáhajících lidí a také nastínit několik ryze praktických problémů. Proto v druhé kapitole své práce mluvím o problematice testování lidí na přítomnost viru HIV, o problematice související s informováním o skutečnosti nakažení, o některých aspektech léčby ale také se pokouším nastínit bolestnou problematiku partnerských a rodinných vztahů lidí infikovaných a později nemocných a jejich blízkých, jako je problematika uzavření manželství a zvláště pak plození dětí.

Třetím cílem, který jsem si vytyčil v této práci je poukázat na některé otázky spojené s kvalitou života infikovaných a nemocných. O tomto tématu se v současné době hodně mluví jak ve vědeckých kruzích tak i v médiích. Uvádím poznatky z několika výzkumů které se této problematice věnují a snažím se je komentovat a nabízet také některá řešení, ve kterých se snažím reflektovat pohledy katolické morálky. Neřeším jistě všechny problémy týkající se snížené kvality života nemocných a nakažených, ale snažím se promluvit více alespoň o některých. Tak se ve třetí kapitole této práce zmiňuji o problematice spojené s přijetím nakažení se virem HIV, o problémech spojených se zařazením se infikovaných a nemocných do zdravé společnosti a také o problematice související s rozvinutím se této nemoci do stádia AIDS a s tím souvisejícím přijetím nevyhnutelného blízkého konce života nemocného.

V závěru práce se pokouším o shrnutí celé mnou diskutované a případně řešené problematiky a o závěrečnou rekapitulaci.

Jsem si vědom obsažnosti tohoto tématu a vím, že v této práci tuto problematiku nemohu zcela vyčerpat. To ale není cílem této práce. Cílem této práce je seznámení se s problematikou nakažených a později

nemocných HIV/AIDS a nabídnout řešení a pomoc nemocným a pomáhajícím, alespoň v některých otázkách a upozornit také na již známé postoje různých lékařů, psychologů a katolických teologů.

1 Základní údaje o nemoci AIDS

Přesto, že má práce není v první řadě o nemoci HIV/AIDS, ale spíše o nemocných, pomáhajících a o jejich problémech, považuji za nutné napsat alespoň několik málo vět i o nemoci samotné - o jejím původu, historii, jejím výskytu, přenosu, klinickém obrazu a několika dalších podstatných údajích, které se k dané problematice úzce váží. Vycházím totiž v dalších částech své práce z mnohých faktů uvedených v této kapitole. Těžko bych se mohl vrátet k mnoha lékařským termínům, které ve své práci používám a celé řadě epidemiologických, diagnostických a terapeutických pojmů. Považuji za důležité se o nich zmínit, aby se zabránilo pozdějšímu nedorozumění.

Vzhledem k tomu, že tato práce není psaná pro lékaře a také ani já sám nejsem lékař, pokouším se tuto kapitolu podat způsobem pokud možno laické veřejnosti srozumitelným tak, aby dala přehlednou orientaci a vhléd do problému.

1.1 Co je to vlastně AIDS

V roce 1981 popsal newyorský dermatolog A. E. Friedman-Kien u dvou mladých dosud zdravých mužů překvapivý výskyt vzácného kožního nádoru – Kaposiho sarkomu². Ve stejné době popisuje M. S. Gottlieb v Los Angeles první případy pneumocystové³ pneumonie⁴ u mladých homosexuálních mužů, u nichž byl současně zjištěn významný pokles CD4 T lymfocytů⁵, buněk zodpovědných za obranyschopnost

² Obrazová příloha I.

³ Mykotické (plísňové) onemocnění

⁴ Zápal plic

⁵ Jedná se určité bílé krvinky, zodpovědné za obranyschopnost organismu. O této otázce bude obšírněji pojednáno později.

organismu. V témže roce i v řadě jiných měst v USA pozorovali lékaři podobná onemocnění mezi mladými, dosud zdravými homosexuálními muži. Postupně se objevily v této skupině i neobvyklé případy vzácných, nevysvětlitelných infekcí, nádorů a dalších symptomů. V průběhu let 1981-1982 počet těchto onemocnění ve Spojených Státech prudce narůstal a záhy bylo zřejmé, že jejich výskyt je u těchto osob podmíněn přítomností nového, do té doby neznámého typu získaného buněčného imunodeficitu⁶. Protože v té době nebyla ještě známá etiologie, bylo toto onemocnění v roce 1982 CDC (Centrum pro kontrolu nemocí) provizorně nazváno Syndromem získané imunitní nedostatečnosti – AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome). Tento zkrácený název byl celosvětově široce akceptován a v užívání zůstal i poté, kdy byly odhaleni původci onemocnění.

Nejprve se soudilo, že tento „Syndrom získané imunitní nedostatečnosti - AIDS“ je v přímé souvislosti se specifickým chováním gayů. Později ale bylo onemocnění pozorováno i u hemofiliků⁷ a dalších příjemců krevních transfuzí, sexuálních partnerů infikovaných a jejich dětí. Z epidemiologických poznatků vyplynulo, že jde o nové infekční onemocnění, které má přesně definované tři základní cesty přenosu. K nákaze dochází cestou sexuální, infikovanou krví a cestou vertikální – to znamená z infikované matky na dítě. V roce 1983-1984 podávají epidemiologové a virologové důkazy o tom, že příčinou AIDS je virus⁸, později (1986) nazvaný virus lidské imunodeficiency – human

⁶ Významný pokles vedoucí k nedostatku.

⁷ Hemofilie je dědičná krvácivost projevující se neztišitelným krvácením i z nepatrné rány.

⁸ Víry jsou nejmenší známé infekční částice, které se liší od všech rostlinných (bakterie) i živočišných (prvoci) infekčních jednobuněčných organismů, neboť na rozdíl od nich nerostou a samy o sobě se nemohou množit. Je otázkou, můžeme-li je vůbec považovat za živé organismy. Jsou naprosto závislé na jimi vybraných živých hostitelských buňkách ať už rostlinného nebo živočišného původu, které donutí, aby využily část nebo veškerou svoji energii ke stavbě nových virových částic. Hostitelská buňka, která vytvoří až tisíce nových virových částic při tom sama zahyne, nebo po dlouhou dobu přežívá, protože se částečně stará i sama o sebe, a nebo zůstává virus v hostitelské buňce v latentním (klidovém) stavu a pouze se s buňkou množí. Tyto tři vztahy se označují jako akutní, chronická a latentní virová infekce buňky. Tyto vztahy se mohou postupně měnit.

immunodeficiency virus - HIV⁹ z čeledi *Retroviridae*. Od roku 1985 pak byly vyvinuty laboratorní metody, kterými lze infekci v krvi infikovaného diagnostikovat.

Během necelých 30 let se infekce HIV rozšířila do celého světa a přes mimořádný rozvoj biomedicínckých věd se dosud nepodařilo tuto destruktivní pandemii zastavit¹⁰.

Z několika možných definicí nemoci AIDS jsem použil tu, kterou uvádí ve své publikaci H. Rozsypal¹¹ : „*Syndrom získané imunodeficiency (AIDS) je stav, který vzniká v důsledku destrukce imunitního systému při infekci virem lidské imunodeficiency (HIV). AIDS je definován na základě přítomnosti některého z indikativních onemocnění, mezi něž patří „velké“ oportunní¹² infekce, určité nádory, kachexie¹³ a encefalopatie¹⁴.*“

⁹ Existují dva typy virů lidské imunodeficiency: HIV-1 a HIV-2, oba působí výhradně na člověka. HIV-1 pravděpodobně zmutoval z opičích imunodeficientního viru (SIV) nacházejícího se u šimpanzů (Pan Troglodytes), HIV-2 asi z viru zelených opiček sooty mangabeys (obrazová příloha 2). V současné době je všeobecně akceptován názor, že viry HIV-1 a HIV-2 se vyvinuly přirozenou evolucí z příbuzných virů opičích (SIV) při přenosu na člověka při požití opičích masa (mozku) domorodci.

¹⁰ Již několikrát se zdálo, že lék na HIV infekci je na cestě, vždy ale došlo ke zklamání. Nyní mají ale nemocní opět naději. Jak mimo jiné informovala 12. prosince 2009 Mladá fronta dnes, trojice českých vědců Jan Konvalinka, Vladimír Král a Bohumil Grüner, vytvořila molekulu z boru, uhlíku a kobaltu (ta byla známa již dříve) a vědci laboratorně zjistili, že má schopnost paralyzovat virus HIV. Virus sice buňku napadne, ale nová molekula mu znemožní tvorbu dalších odolných mutací. Nakaženým by to mohlo prodloužit život až o desítky let. K případnému léku je však ještě daleko. Látka se ještě ani netestuje na zvířatech.

¹¹ ROZSYPAL, H. *AIDS – klinický obraz a léčba*. Praha : Maxdorf Jessenius, 1998, s. 10.

¹² Běžné, za normálních okolností neškodné infekce, se kterými si zdravý organismus snadno poradí.

¹³ Chorobná celková tělesná sešlost projevující se velkým úbytkem hmotnosti, nedostatkem bílkovin apod.

¹⁴ Souborné označení psychických poruch, způsobených poškozením mozkové tkáně.

1.2 Původ nemoci AIDS

Teorií vzniku nemoci AIDS bylo několik¹⁵. V současné době je všeobecně akceptován názor, že viry HIV-1 a HIV-2 se vyvinuly přirozenou evolucí z příbuzných virů opičích (SIV) při jejich přenosu na člověka. Při řešení otázky vzniku nemoci AIDS se vychází ze dvou skutečností: kolébka AIDS se nalézá v Africe a virus lidské imunodeficiency (HIV) je příbuzný s virem opičí imunodeficiency (SIV)¹⁶. Molekulární epidemiologie odhalila zootický původ HIV v lidském rodu na podkladě fylogenetické příbuznosti mezi HIV-2 a SIV, jehož nositelem jsou zelené opičky sooty mangabeys. V roce 1999 bylo prokázáno, že HIV-1 pochází z šimpanzů *Pan Troglodytes*¹⁷. Tito šimpanzi jsou nositeli HIV-1 a z nich se virus přenesl na člověka, pravděpodobně při konzumaci syrového masa, včetně mozku. Stále ale není zcela jasné, zda šimpanzi jsou původním rezervoárem HIV-1. Tento problém není ještě dořešen. Předpokládá se, že někdy koncem 19. nebo začátkem 20. století se opičí virus SIV (nebo jemu podobný) dostal do krevního oběhu člověka¹⁸, infikoval jeho bílé krvinky a změnil se

¹⁵ Jedna z teorií vzniku AIDS předpokládala, že je to trest Boží. Autoři další teorie se domnívali, že původce AIDS byl připraven náhodou nebo dokonce úmyslně genetickým inženýrstvím, lidskou rukou v laboratoři. Třetí hypotéza původu AIDS předpokládala, že HIV vznikl genetickou mutací nějakého lidského nebo snad i zvířecího retroviru, který přebýval v živočišném organismu v latentní formě. Existovala i celá řada dalších teorií, ale přes opakovaná pátrání se pro zde uvedené i neuvedené teorie nenašel žádný pádný důvod. Zato celá řada, byť nepřímých, důkazů biologických, lékařských, epidemiologických, společenských i ekologických mluví pro tzv. „africkou“ teorii. (Srov. DVOŘÁK, J. *Ve stínu AIDS*. Praha : Academia, 1992, s. 16.)

¹⁶ Srov.: ROZSYPAL, H. *AIDS – klinický obraz a léčba*. Praha : Maxdorf Jessenius, 1998, s. 10.

¹⁷ Obrazová příloha II.

¹⁸ Cest, kterými by se opičí virus mohl dostat do krevního oběhu člověka je celkem dost. Belgická etnografka Zairského původu Anicet Kashamura například publikovala práci o etnografii svého rodného kmene, ve které mimo jiné popisuje i to, jak si její soukmenovci od nepaměti pokoušeli zvýšit pohlavní potenci: „*Ulovená opice byla vykrváčena a její ještě teplou krev si muži i ženy, toužící po intenzivnější lásce, vtírali do hluboce rozškrábané kůže.*“ (Srov. DVOŘÁK, J. *Ve stínu AIDS*. Praha : Academia, 1992, s. 11-17.) Jsou popsány i další domorodé „krvavé rituály“. Dále pak je nutno připomenout, že opice jsou v Africe lovnou zvěří, a při jejich zpracování je znečištění rukou krví běžné.

(zmutoval) na virus, který je schopen vyvolat imunodeficienci u člověka (stal se patogenní).¹⁹. Jaké okolnosti ale vedly k adaptaci opičího viru na člověka, i když jsou určité teorie, není přesně známo. V každém případě je velmi pravděpodobné, že retrovirus²⁰, který se stal někde v Africe pro člověka patogenní, byl minimálně po celá desetiletí jen ve zcela izolovaných lokalitách, kde pravděpodobně vyvolával jen malé, ohraničené epidemie. Avšak náhlé změny v sociálních podmínkách způsobily v sedmdesátých letech bouřlivé rozšíření nákazy do měst a obcí střední a východní Afriky. Velkou úlohu přitom sehrála intenzivní urbanizace a populační exploze tamního obyvatelstva, a celá řada lokálních válečných konfliktů. Ekonomické a politické příčiny pak umožnily další rozšíření nemoci. Z Afriky se HIV infekce rozšířila nejprve do Karibské oblasti a na Haiti (letovisek amerických homosexuálů) a odtud byl virus HIV zavlečen do Spojených států, dále do Evropy a postupně do ostatních zemí světa.

Velkou rychlost šíření viru HIV má na svědomí zejména masová turistika, sexuální promiskuita, homosexuální i heterosexuální prostituce a rozšíření intravenózní narkomanie²¹. Podstatnou úlohu sehrála i nedostatečná preventivní opatření, bída a především i odmítavé stanovisko představitelů některých zemí k této nové nemoci.

¹⁹ Ostatně nebylo by to poprvé, kdy se původci nových nakažlivých onemocnění vynořili z volné přírody a vyvolali u lidí nová, dříve neznámá nakažlivá onemocnění. Například horečky Lassa a Ebola, u kterých jsou zdrojem nákazy hlodavci, nebo neštovice tana a opičí neštovice, u nichž nákaza na člověka přechází z různých druhů opic. Aktuální v současné době je objevení viru „ptačí chřipky“ či viru vyvolávajícího onemocnění SARS (závažný syndrom respiračních onemocnění), který má vysokou úmrtnost.

²⁰ Živočišné viry se dělí do mnoha čeledí. Jedna z těchto čeledí byla v roce 1979 nazvána Retroviridae.

²¹ Zavádění drogy přímo do žíly injekční stříkačkou.

1.3 Historie nemoci

První popisy nového onemocnění pocházejí z roku 1981, kdy byly publikovány první zprávy, které upozornily na výskyt do té doby raritních onemocnění, jako je pneumocystová pneumonie a Kaposiho sarkom u mladých a dosud zdravých osob žijících ve Spojených Státech.²² Tyto neobvyklé případy onemocnění mladých mužů, které do té doby nebyly v popisovaných souvislostech diagnostikovány, se jeví jako nevysvětlitelné. V průběhu let 1981 – 1982 počet osob, u kterých byly prokázány tyto raritní choroby, prudce v USA narůstal a současně se objevovaly i další případy vzácných oportunních infekcí, nádorů, nevysvětlitelných kachexií a encefalopatií. Záhy bylo zřejmé, že výskyt těchto neobvyklých onemocnění je podmíněn přítomností nového, do té doby neznámého typu získaného buněčného imunodeficitu. Co je vyvolavatelem tohoto onemocnění nebylo známo.

Již v roce 1982 byla v Center for Diseases Control and Prevention²³ vytvořena první definice nové nemoci, která dostala jméno „Syndrom získané imunodeficiency - Syndrom získané imunitní nedostatečnosti – AIDS“ (Acquired Immunodeficiency Syndrome).

V roce 1983 tři výzkumné týmy²⁴ podávají, nezávisle na sobě, epidemiologické i virologické důkazy o tom, že virus, který byl později (v roce 1986) nazvaný Human immunodeficiency Virus - virus lidské imunodeficiency - HIV je příčinou nemoci AIDS²⁵.

V roce 1985 firma Burroughs Wellcome zahajuje zkoušení prvního retrovirostatika²⁶ – azidothymidinu, označovaného zkratkou AZT.

²² Viz kapitola 1.1 mé práce.

²³ Centrum pro kontrolu a prevenci nemocí v Atlantě v USA.

²⁴ Jsou to výzkumné týmy doktora Montagniera v Paříži, Galloa v Bethesdě a Levyho v San Francisku.

²⁵ Obrazová příloha III.

²⁶ Lék, který zpomaluje rozmnožování virů HIV. Lék vlastně nemoc neléčí, ale pouze zpomaluje průběh nemoci a tedy prodlužuje dobu od nakažení k propuknutí nemoci, nebo se pokouší prodlužovat u již běžícího onemocnění stávající stav. Všechny, i dnes používané léky, nemohou průběh onemocnění zcela zastavit, mají řadu vedlejších nežádoucích účinků a po určité době léčby se stávají často neúčinnými.

Roku 1986 identifikuje tým doktora Montagniera u jedinců ze západní Afriky virus HIV-2, který se spíše přenáší heterosexuální cestou a progrese nemoci do rozvinutého stadia AIDS je významně pomalejší. Jak již bylo řečeno, HIV-2 má vysokou příbuznost s opičím virem imunodeficitu (SIV), který u afrických kočkodanů zelených vyvolává velmi podobné onemocnění, jako HIV u lidí. Je tedy velmi pravděpodobné, že infekční agens syndromu získaného imunodeficitu existovalo již v minulosti a bylo na lidi přeneseno právě z těchto afrických opic.

Je velice těžké, dopátrat se prvního propuknutí nemoci AIDS. V každém případě je jisté, že již v padesátých letech minulého století hlásili misionáři, že u domorodců v některých oblastech subsaharské Afriky se vyskytlo dosud neznámé onemocnění, jehož jedním z charakteristických příznaků bylo extrémní hubnutí a celkové zchátrání organismu. V roce 1959 byly od domorodců, žijících v okolí řeky Kongo v Zaire, odebírány krevní vzorky. Serologická vyšetření těchto vzorků, která byla provedena v současné době, potvrdila, že se v některých těchto vzorcích vyskytují protilátky proti viru HIV. Znamená to tedy, že velmi pravděpodobně někteří domorodci byli infikováni původcem AIDS již někdy před rokem 1959. Tento rok se dá tedy považovat za možný první prokázaný výskyt viru HIV.

Identifikace HIV vedla k intenzivnímu bádání na poli molekulární virologie a postupně tak byly odkryty důležité cíle pro vývoj účinných antiretrovirových léků.

Po roce 1985 byly vyvinuty první komerční diagnostické testy k určení HIV protilátek v krvi vyšetřované osoby. Tento základní vědecký pokrok měl bezprostřední a hluboký dopad na veřejné zdraví. Od roku 1985 je tak možné vyšetřovat krve určené pro transfuze.

V říjnu 2008 Luc Montagnier se svojí spolupracovnicí Françoise Barré-Sinoussiou získali za identifikaci původce syndromu získané imunitní nedostatečnosti Nobelovu cenu za medicínu.

1.4 Výskyt nemoci AIDS

Každoročně uváděné počty osob s nemocí AIDS (konečného stadia HIV infekce) hlášených Světovou zdravotnickou organizací nejsou vždy jednoznačně spolehlivé. Řada infikovaných osob zůstává z nejrůznějších důvodů nevyšetřena a tudíž i neregistrována. Některé státy se tváří, že u nich problematika AIDS neexistuje a nebo čísla hrubě zkršují²⁷. Přesto bych ale několik statistických čísel chtěl uvést, neboť, i přes určité nepřesnosti, dobře dokumentují hrůzný nárůst této nevyléčitelné nemoci po celém světě.

Od počátku epidemie bylo podle statistik²⁸ Světové zdravotnické organizace WHO²⁹ infikováno virem lidské imunodeficiencie kolem 70 až 75 milionů lidí. Celkový počet zemřelých od počátku pandemie v roce 1981 se odhaduje na 40 milionů osob. Jen během roku 2007 se nově infikovalo téměř 5 mil. osob a na AIDS zemřeli 3 miliony nemocných. Každý den se celosvětově nakazí přibližně 12 000 lidí a téměř 8 000 infikovaných denně zemře. HIV pandemie významně mění svůj geografický charakter. Stále největší počet infikovaných osob je sice v subsaharské Africe, kde žije asi 63% všech osob s HIV infekcí, ale významně stoupají i počty infikovaných v jihovýchodní Asii (přibližně 5,1 mil. osob). V posledních letech také prudce narůstá výskyt HIV infekce v zemích bývalého Sovětského Svazu, zvláště v Rusku, Ukrajině a Estonsku. V regionu Západní a Střední Evropy a v Severní Americe lze v poslední době situaci považovat za stabilizovanou a nárůst celkových počtů je do značné míry způsoben výrazně prodlouženou délkou života osob s HIV infekcí. Na počátku pandemie výrazně převažovali mezi osobami s HIV infekcí muži, zvláště muži s homosexuální orientací

²⁷ Například z důvodů politických, ekonomických, kvůli příjmům z turistiky apod.

²⁸ K 1.12.2007 (rok 2008 nebyl dosud definitivně zpracován. Podle předběžného odhadu k 1.prosinci 2009, žije 34,6 milionů HIV infikovaných lidí, nově nakažených osob je 2,7 milionů a zemřelo dva miliony lidí.)

²⁹ Příloha IV

a hemofilií. Od poloviny devadesátých let minulého století se však poměr pohlaví vyrovnává a v současné době můžeme říci, že celosvětově významně stoupá počet HIV infikovaných žen, více než 50% všech infikovaných osob jsou ženy, v rozvojových zemích je počet nejvyšší - 64% z celkového počtu nově infikovaných osob. Infikované ženy jsou nejčastěji ve věku 15 – 24 roků, tedy ve věku produktivním, čímž se vysvětlují stále stoupající počty HIV infikovaných dětí. Denně se nakazí kolem 1 500 dětí, více než 90% z nich získá infekci od své matky – ať již v době těhotenství, porodu či při kojení. Velkým sociálním problémem jsou narůstající počty HIV negativních sirotků, dětí HIV+ rodičů, kteří již zemřeli a děti zanechali často bez jakéhokoli sociálního zajištění³⁰. Je velmi pravděpodobné, že pokud i nadále nebudou dodržována známá preventivní opatření, obdobné počty infikovaných osob lze očekávat i v následujících letech.

V České republice byl první případ HIV infekce zjištěn v roce 1985. K 31.10.2009 bylo hlášeno 1315 HIV pozitivních našich občanů a 328 u nás žijících cizinců.³¹ Největší podíl mají na tomto počtu osoby ve věku 25-34 roků (41,1%), naopak děti do 15 let představují jen 1,5% všech infikovaných. HIV pozitivních žen je 24,1% z celkového počtu infikovaných. V rozvinutém stadiu nemoci je 284 pacientů a ve stadiu AIDS dosud zemřelo 152 osob.

Hlavním způsobem nákazy v ČR je cesta sexuální – homo a bisexuální nákazy tvoří 54,9%, heterosexuální nákazy necelých 31 %, podíl příjemců krve a krevních derivátů zůstává od roku 1985 stejný (31 lidí). Celkem čtyři pacienti jsou děti s vrozenou HIV infekcí následkem vertikálního přenosu od matky. Počet osob infikovaných při nitrožilní aplikaci drog zůstává celkem stabilní (necelých 7%). V posledních dvou letech stoupají počty nově infikovaných osob, jen do konce října 2009 bylo nově identifikovaných osob 128 (z toho 26 žen). Přes nárůst nově

³⁰ Problematika HIV pozitivních dětí je velice rozsáhlá a budu se jí ještě v této práci věnovat.

³¹ Příloha V

infikovaných osob v posledních třech letech lze konstatovat, že epidemiologická situace v České republice je stále poměrně klidná.

1.5 Přenos HIV infekce³²

HIV infekce se přenáší pouze z člověka na člověka a to třemi cestami. Jde o cestu sexuální, parenterální³³ a vertikální³⁴. Tyto způsoby přenosu jsou určeny přítomností viru HIV v krvi, v sekretech z genitálu (seminální tekutina, vaginální sekret) a v mateřském mléce infikovaných osob. V menším množství se vyskytuje virus v mozkomíšním moku, amniální tekutině a ve výpotcích pohrudničních apod. V nepatrném množství je virus obsažen i v dalších tělních tekutinách (například v slzách, slinách apod.), ale ty se v šíření nákazy neuplatňují. Naopak virus se nepřenáší při běžném společenském styku, při podání ruky, použití společných příborů či nádobí, při kašláním či při bodnutí hmyzem.

1.5.1 Sexuální přenos

Jedná se o hlavní způsob přenosu HIV infekce. Vstupní branou infekce je sliznice pohlavního ústrojí nebo konečníku. Rizikovým faktorem jsou jakékoliv slizniční afekce, jenž jsou nejčastěji vyvolané jinými sexuálně přenosnými chorobami či poranění, která mohou vzniknout při sexuálním aktu, ale k infekci může zřejmě dojít i při neporušené sliznici.

Riziko přenosu infekce z muže na ženu je vyšší než z ženy na muže. V každém případě nejrizikovější je styk anální. Infikovat se lze i jediným

³² Příloha VI

³³ Jedná se o situaci, kdy je nějaká látka vpravovaná do těla mimo trávicí systém, například pod kůži, do svalu a nebo - v tomto kontextu především - do krevního oběhu (do žíly).

³⁴ Z infikované matky na dítě.

pohlavním styke³⁵. S každým dalším sexuálním stykem pravděpodobnost nákazy roste. Líbání nebo vzájemná masturbace představuje riziko nákazy blížící se nule.

1.5.2 Parenterální přenos

K parenterálnímu přenosu by mohlo dojít při podání infikované krve či krevních derivátů, při nedodržení zásad hygienicko-epidemiologických režimů či při sdílení společných jehel, stříkaček nebo roztoků drogy u intravenózních narkomanů³⁶. K přenosu infekce by teoreticky mohlo dojít i při tetování nebo akupunktůře, pokud nebude zachována asepse³⁷.

Přenos HIV infekce dárcovstvím krve je ještě ve světě možný, ovšem ve většině zemí světa, a také u nás, jsou v současnosti dárce krve pravidelně kontrolováni a vyšetřováni, stejně jako krve a krevní deriváty³⁸, které se navíc zpracovávají novými technologickými postupy, které vedou k likvidaci viru. Nepatrné riziko je dáno tak zvaným „okénkem“, tedy intervalem asi 10 - 15 dní od nakažení, kdy není možné dosavadními metodami prokázat infekci. Pravděpodobnost výskytu takto infikované transfuzní jednotky je udávána přibližně 1:500 000³⁹.

Přenos infekce bodavým hmyzem dosud nikdy nebyl prokázán.

³⁵ Pravděpodobnost nakažení se pohybuje řádově v desetinách procenta.

³⁶ Další rizikovou skupinou mohou být sportovci, kteří si aplikují anabolické steroidy a použijí společnou jehlu nebo stříkačku.

³⁷ Soubor opatření, bránících vniknutí choroboplodných mikroorganismů do organismu např. při ošetřování ran.

³⁸ V České republice od 1.června 1987.

³⁹ Srov.: ROZSYPAL, H. *AIDS – klinický obraz a léčba*. Praha : Maxdorf Jessenius, 1998, s. 12.

1.5.3 Vertikální přenos

K přenosu vertikálnímu dochází během gravidity, nejčastěji v průběhu porodu, výjimečně může dojít k přenosu kojením. V současnosti je pravděpodobnost transmise v Evropě kolem 20-30%, ale antiretrovirovou terapií během těhotenství, speciálním vedením porodu a podáním antiretrovirových léků novorozenci⁴⁰ je možné snížit přenos infekce na 5-8%. V rozvojových zemích je riziko přenosu asi kolem 40%. Čím pozdější je stádium HIV infekce matky, tím větší je riziko vertikálního přenosu na dítě.

1.6 Průběh HIV infekce

Od získání infekce do vzniku plně rozvinutého onemocnění AIDS uplyne obvykle řada let, a postupně se objevují pestré klinické projevy patřící k jednotlivým stádiím HIV infekce. Obvyklá délka inkubační doby od okamžiku nákazy do propuknutí akutní HIV infekce činí 2-6 týdnů. Pak nastupuje mnohaleté bezpříznakové období a prvé příznaky imunodeficitu se objevují u přirozeně probíhající HIV infekce v průměru za 10 – 11 let po infekci. Z hlediska časového lze tento mnohaletý průběh HIV infekce rozdělit do 3 stádií, která se nazývají klinické kategorie A,B,C podle klasifikace Centra pro kontrolu a prevenci nemocí (CDC)⁴¹ z roku 1993. Tento klasifikační systém CDC vychází jednak z klinických příznaků HIV infekce a jednak ze změn počtu CD4⁴² lymfocytů⁴³

⁴⁰ O problematice bude pojednáno později.

⁴¹ Z celé řady návrhů, jak přesně klasifikovat jednotlivá stadia infekčního procesu vyvolaného virem HIV, byl Světovou zdravotnickou organizací (WHO) přijat klasifikační systém vypracovaný v Centru pro kontrolu nemocí v USA. Tento systém byl upraven do současné podoby v roce 1993.

⁴² CD4 je bílkovinná substance na povrchu cílových buněk (viz poznámka 41), která má vysokou absorpční schopnost ke glykoproteidu gp 120, obalu viru HIV.

⁴³ Po vstupu do krevního řečiště napadeného člověka je virus HIV adsorbován na povrch těch buněk, které mají na svém povrchu pro tento virus vhodné receptory. Říká se jim cílové buňky. V lidském organismu jsou to především čtyři druhy bílých krvinek –

v průběhu HIV infekce. Pacienti jsou tedy rozděleni do tří klinických a tří laboratorních kategorií. Zatím co laboratorními kategoriemi se ve své práci zabývat nebudu, klinické kategorie v krátkosti zmíním, neboť považuji pro další práci za důležité pochopit a poznat průběh klinických příznaků HIV/AIDS onemocnění.

1.6.1 Klinické stadium A

Toto období je zahájeno akutní HIV infekcí, která za dva až šest týdnů po nákaze postihuje asi 85% recentně infikovaných HIV. Vzhledem k necharakteristickým příznakům (teplota, zduření uzlin, bolesti v krku, vyrážka) je správné stanovení diagnózy obtížné. Onemocnění odezní během několika dní až 2 týdnů i bez léčby a HIV infekce přechází do několikaletého asymptomatického (bezpříznakového) stadia. V průběhu symptomatického stadia nejsou přítomny příznaky imunodeficitu, ale postupně dochází k poklesu CD4 T lymfocytů. Blížící se konec symptomatického stadia je obvykle signalizován generalizovaným zvětšením lymfatických uzlin. Toto stadium trvá asi od osmnácti měsíců až do patnácti roků⁴⁴ a nemocný nepocítuje žádné příznaky nemoci. Nicméně je nosičem HIV infekce a při nedodržení všech preventivních opatření může tuto infekci šířit dále.

lymfocyty T4, makrofágy, monocyty a lymfocyty B. Lymfocyty T4 představují jakéhosi „dirigenta“ který řídí harmonickou souhru celého buněčného orchestru. Záludnost HIV je v tom, že napadá tyto důležité řídicí elementy a ničí je a tím rozvrátí přirozený imunitní systém člověka. Člověk s plně rozvinutým onemocněním AIDS se nakonec stává bezbranným proti běžným, jinak celkem neškodným (tak zvaně oportunním) infekcím nebo jiným patologickým stavům (např. nádorovému bujení).

⁴⁴ Možná může být i delší. Vysvětlení, proč je někdy delší a někdy kratší není zcela jasné.

1.6.2 Klinické stadium B – časné symptomatické stádium

Toto stadium je charakterizováno výskytem některých nespecifických celkových příznaků, jako je horečka nad 38,5 st. C, noční pocení, nechutenství, únava, nevysvětlitelný průjem trvajícím více než jeden měsíc a úbytek na váze. Časté jsou také „malé“ oportunní infekce, především nejružnější kožní infekce jako herpes, pásový opar, plísňová onemocnění, apod.

I toto stadium může trvat několik let, ale posléze v důsledku vyčerpání imunologické kompetence⁴⁵ je organismus již neschopen odolávat, a onemocnění přechází do konečného klinického stadia HIV infekce - nemoci AIDS.

1.6.3 Klinické stadium C – AIDS (pozdní symptomatické stádium)

Je svázáno s významným poklesem imunitních funkcí. Objevují se onemocnění, které definují nemoc AIDS⁴⁶. V této době může člověk kterékoli z těchto nemocí podlehnout. Stadium trvá obvykle jeden až čtyři roky. Progrese onemocnění nezadržitelně pokračuje a i přes současné moderní terapeutické zásahy dochází k postupnému celkovému vyčerpání organismu, kachektizaci⁴⁷ a nemocný umírá.

Časové údaje jsou jen velmi hrubě orientační. Vývoj infekce je totiž individuálně různě rychlý a závislý na řadě faktorů.

⁴⁵ Viz poznámka 41

⁴⁶ Dle CDC (Centrum pro kontrolu nemocí). Například velké oportunní infekce (pneumocystová pneumonie, toxoplazmová encefalitida apod.), nádory (Kaposiho sarkom, lymfomy aj.), Wasting syndrom (syndrom chátrání) a HIV encefalopatie.

⁴⁷ Viz poznámka 12

1.7 Diagnostika HIV infekce

HIV pozitivita může být odhalena ve kterékoliv fázi HIV/AIDS infekce. Při jejím odhalování se lékaři v první fázi zaměřují na anamnestické údaje⁴⁸, dále ale je nezbytné také pátrat po klinických a laboratorních ukazatelích, které mohou svědčit pro HIV/AIDS infekci. Každé podezření na HIV pozitivitu (včetně orientačních diagnostických testů⁴⁹) musí být vždy ověřeno klasickými krevními testy (ELISA) a potvrzeno konfirmačním testem „western blot“ (WB), který v České republice provádí pouze Národní referenční laboratoř pro AIDS ve Státním zdravotním ústavu v Praze. Tato laboratoř je jediným pracovištěm v ČR, které definitivně potvrzuje HIV pozitivitu vyšetřované osoby.

1.8 Terapie

Přes velké úspěchy v oblasti vývoje nových léků, nabyta dosud nalezena žádná specificky působící látka, která by vedla k eliminaci viru HIV z organismu člověka. Přesto, pokud je antiretrovirová terapie dostupná, pak jasně mění smrtelnou HIV infekci v onemocnění chronické a léčitelné. Samozřejmě, terapie má své limity. Vedle velké finanční náročnosti⁵⁰, zůstává stále neschopnost ovlivnit virové rezervoáry, stoupá rezistence⁵¹, zvyšují se nežádoucí příznaky terapie.

První antiretrovirový lék zidovudin byl uvolněn pro léčbu v roce 1987⁵², postupně pak přibývaly léky další. Od roku 1996 je standardním postupem léčba kombinací několika antiretrovirových léků tzv. HAART – vysoce účinná antiretrovirová terapie (v současnosti je spíše používáno

⁴⁸ Promiskuita, homo- i heterosexuální nechráněný sex s osobou, kde by mohlo být podezření na HIV pozitivitu, narkomanie apod.

⁴⁹ Testy pro rychlou orientaci

⁵⁰ O tomto problému bude podrobněji pojednáno v další kapitole mé práce.

⁵¹ Schopnost viru HIV odolávat lékům.

⁵² Jeho klinické studie byly předčasně ukončeny na základě dobrých klinických výsledků a byl uvolněn pro léčbu aniž by musel projít celým obvyklým postupem.

označení cART – kombinovaná antiretrovirová terapie), která vychází z individuální situace u konkrétního pacienta. Cílem antiretrovirové terapie je zabránit dalšímu množení viru a zasáhnout vývojový řetězec tvorby nových virových partikulí v jednotlivých fázích množení viru. Při sestavování léčebného programu je nutné zajistit velmi úzkou spolupráci pacienta , protože chybné a hlavně nepravidelné užívání léků může velmi rychle vést k významným nežádoucím příznakům, které mohou pacienta ohrozit i na životě či k selhání terapie v důsledku rozvoje rezistence. U každého pacienta je individuální snášenlivost antiretrovirových léků, někdy je léčba pacientem přijata dobře, někdy terapie, třeba i po krátkém čase, selže.

Do praxe jsou stále zaváděny nové léky, které mají již méně vedlejších nežádoucích účinků a jsou tedy i pacientem lépe tolerovány. Přesto po určité době nastává situace, že závažný klinický a laboratorní nález se postupně stále zhoršuje a navíc se u pacienta objevuje nesnášenlivost antiretrovirové terapie. Pak je nutno zvážit ukončení antiretrovirové terapie⁵³ a dále podávat jen léky, které by měly zabránit výskytu oportunních infekcí.

Přes všechny nedostatky antiretrovirové terapie je třeba vidět, že mnoho infikovaných lidí, kteří by dříve těžce onemocněli a zemřeli, žijí dnes mnohem déle a často bez větších obtíží, pokud ovšem mají přístup ke kvalitní lékařské péči. V ČR je antiretrovirová terapie dostupná zatím pro všechny HIV infikované osoby, které jsou pojištěné.

Je ale třeba také poznamenat, že ani sebeúčinnější léčba z člověka nikdy nesejme jeho traumatu, které přijetí diagnózy HIV (a jakékoliv nevléčitelné choroby) znamená a s nímž se HIV infikované osoby musejí vyrovnávat.

V neposlední řadě léčba antiretrovirovou terapií klade vysoké nároky na adherenci⁵⁴, neboť na ní je závislá její efektivita. Je nutné si uvědomit,

⁵³ O tomto problému bude pojednáno v další části mé práce.

⁵⁴ Doslova „přilnavost k léčbě“, nebo spíše přijetí léčby za vlastní. Věnovat se léčbě a nešidit ji, ale přítom na ni nemít vztek.

že chronická choroba představuje chronickou léčbu, což se člověku denně stává mementem jeho HIV statusu. Navíc je tato léčba ve většině případů provázena výskytem vedlejších účinků⁵⁵.

1.9 Péče o HIV infikované osoby v České republice

Ministerstvo zdravotnictví ČSSR v roce 1987 zřídilo Národní komisi pro problematiku HIV/AIDS v České republice. Tato komise působí doposud. V čele této komise je devítičlenný Výkonný výbor. Předsedou Národní komise je hlavní hygienik ČR. Poradní sbor pro klinické a terapeutické otázky je složen z vedoucích lékařů AIDS center. Regionální AIDS centra, kterých je šest, jsou zřizována při infekčních klinikách nebo větších infekčních odděleních v Brně, Plzni, Ostravě, v Ústí nad Labem, v Hradci Králové a v Českých Budějovicích. Metodickým vedením regionálních AIDS center je pověřeno AIDS centrum FN Na Bulovce v Praze 8, kde je dispenzarizováno přibližně 75% všech HIV/AIDS pacientů v České republice.

Vzhledem k tomu, že problematika HIV/AIDS je velice specifická, byla u nás uzákoněna povinnost dispenzarizace v AIDS centrech pro HIV pozitivní pacienty. Ale protože, ze zcela zřejmě pochopitelných důvodů, nemusí nemocnému vyhovovat, aby docházel do AIDS centra ve své spádové oblasti, nemusí klient respektovat regionální příslušnost, ale může si vybrat kterýkoliv ze sedmi AIDS center. V centrech je pacientům poskytována nejen specializovaná péče zaměřená na HIV/AIDS problematiku, prevenci a terapii, ale je zde suplována – pokud si to pacient přeje - i činnost praktických lékařů či pediatriů a samozřejmě

⁵⁵ Nejčastěji se uvádí bolest, únava, nedostatek životní energie, sklony k depresi, ztráta chuti k jídlu, zvracení, noční pocení, vyčerpání a úbytek váhy. Výskyt vedlejších účinků léčby může mít pak za následek pokles adherence k léčbě Srov.: STAŇKOVÁ, M. Post-expoziční profilaxe infekce HIV In *Sborník přednášek – Český kongres o infekčních chorobách*. Zář 2005, Monínec č. 28, s. 44.

i ostatních odborných lékařů, včetně stomatologů. Pacient si může vybrat i jiného (svého) praktického lékaře či jiného odborníka, ten ale musí být seznámen s HIV pozitivitou svého pacienta a sám musí souhlasit s další lékařskou péčí o klienta. Sám lékař musí spolupracovat s příslušným AIDS centrem.

V čele AIDS centra stojí infekcionista, který je specializovaný na HIV/AIDS problematiku a úzce spolupracuje s týmem odborníků z ostatních klinických a paraklinických oborů.

Léčebně preventivní péče je pacientům poskytována především v ambulantní složce centra, jejíž součástí je také denní stacionář. K lůžkovému oddělení AIDS centra jsou přiřazena i lůžka na jednotce intenzivní péče. Specifikou AIDS centra ve FN Na Bulovce v Praze je péče o HIV+ těhotné ženy a jejich děti. Po celou dobu gravidity jsou ženy sledovány lékařem AIDS centra a porodníkem, jsou zařazeny do speciálního profylaktického programu, kterým se významně sníží množství HIV v krvi matky a tím se i snižuje pravděpodobnost přenosu infekce na její plod. Matka pak rodí pod infuzí antiretrovirovika císařským řezem a novorozenec dostává antiretrovirový sirup po dobu šesti týdnů než se vyloučí přítomnost HIV v krvi dítěte. Do 18 měsíců zůstává dítě pod kontrolou AIDS centra. Do 31.1.09 se v AIDS centru narodilo 94 novorozenců a pouze čtyři děti jsou HIV+. U všech čtyř byla nedokonalá profylaxe v důsledku nespolupráce matky či pro pozdě zjištěnou HIV infekci u matky.

Základní podmínkou pro kvalitní práci v těchto specializovaných centrech je vysoce odborně a eticky vzdělaný a vyškolený personál a to nejen lékařský, ale i středně zdravotnický. Je nutné mít dobré laboratorní zázemí a i náležité ekonomické zabezpečení⁵⁶.

Léčebné postupy jsou plně ve shodě s celosvětově doporučovanými strategiemi. V současné době jsou zatím na našich AIDS centrech

⁵⁶ V současné době je peněz pro AIDS centra stále méně, což se již začíná také projevovat. Např. jde o vysoké doplatky na léky a podobně.

k dispozici všechny dostupné léky. Většina je hrazena ze zdravotního pojištění. Bohužel v současnosti je u některých antiretrovirových léků cenová úhrada stanovená pojišťovnou podstatně nižší než prodejní cena. Doplátky u některých těchto léků jsou vysoké a pro mnohé pacienty finančně neúnosné. Některé farmaceutické firmy proto přestaly své výrobky na náš trh dovážet, což významně omezí naše terapeutické možnosti. Jednání o současné lékové politice jsou stále velmi aktuální. Je třeba si uvědomit, že 90% HIV pozitivních lidí ve světě nemá přístup ke kvalitní terapii, nicméně jistě bychom se jen neradi srovnávali se zeměmi rozvojovými, když až dosud jsme patřili mezi země, které měli velmi kvalitně propracovaný léčebný program a velmi dobré terapeutické výsledky...

1.10 Prevence šíření HIV infekce

Prevence⁵⁷ zahrnuje aktivity nejen ve sféře zdravotnické. I když se ve společnosti nelze vždy odvolávat na křesťanské zásady v chování lidí, přesto je třeba v oblasti sexuální výchovy pěstovat pocit odpovědnosti za své zdraví, je třeba morálně odsuzovat promiskuitu, prohlubovat znalosti o nebezpečí přenosu HIV a musí být propagována věrnost partnerů, a nebo alespoň bezpečný sex⁵⁸. Ve skupinách osob s rizikovým chováním by zdravotní výchova měla být zaměřena na odstranění návyků vedoucích k riziku přenosu HIV⁵⁹.

Důležitou součástí preventivních opatření jsou proto i výměnné programy jehel a stříkaček u nitrožilních narkomanů a samozřejmě

⁵⁷ Mimo jiné instituce, například i Státní zdravotní ústav vydává a distribuuje velké množství publikací k tomuto tématu. Srov. např.: BRÚČKOVÁ, M. *Příručka pro poskytování poradenství*. Praha : Státní zdravotní ústav, 1995.

⁵⁸ Hlavně používání prezervativu.

⁵⁹ Jedná se například o nechráněný sexuální styk u prostitutek, používání stejných stříkaček, společných roztoků a jehel u narkomanů apod.

i rozsáhlé preventivní programy týkající se návykových látek jako takových.

Pravidelně jsou vyšetřováni dárci krve a krevních derivátů, stejně tak jako dárci jakéhokoli orgánu (je dáno zákonem⁶⁰).

Povinné dle zákona je u nás také vyšetření protilátek proti HIV u těhotných žen v prvním trimestru gravidity. Těhotná žena, která se doví o své HIV pozitivitě, má možnost se rozhodnout, zda podstoupí umělé přerušení těhotenství, nebo zda bude zařazena do profylaktického programu, kterým se sníží riziko přenosu HIV infekce na 5-8%.

Při práci zdravotnického personálu může dojít k poranění kontaminovanou jehlou nebo jiným nástrojem. Riziko infekce se odhaduje na 0,3 – 0,5%. V případě takového poranění je třeba co nejdříve podat postexpoziční profylaxi kombinací antiretrovirových léků na dobu 1 měsíce a povinností jsou pravidelné odběry na HIV protilátky až po dobu 1 roku⁶¹.

V ostatních případech je odběr krve na HIV protilátky v ČR možný jen na základě dobrovolnosti. ČR je také podporována možnost anonymního testování HIV protilátek, včasná diagnostika přispívá nejen ke zlepšení prognózy nemocného, ale zabrání také dalšímu nevědomému šíření infekce.

⁶⁰ Zákon 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu a Zákon 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví.

⁶¹ Srov.: STAŇKOVÁ, M. Post-expoziční profylaxe infekce HIV In *Sborník přednášek – Český kongres o infekčních chorobách*. Září 2005, Monínec č. 28, s. 41n.

2 Etické konflikty související s infekcí vyvolanou virem lidské imunodeficiency (HIV)

Nejen s vlastní nemocí AIDS, ale i s bezpříznakovým obdobím HIV pozitivity, souvisí celá řada etických, sociálních i psychosociálních aspektů. V této části své práce bych rád poukázal na některé z nich. Týkají se nejen HIV infikovaných osob, ale také mnohých dalších lidí, kteří s nimi přijdou, ať už v jakékoliv spojitosti, do kontaktu, a nebo s nimi ani do osobního kontaktu nepřijdou, ale v systému našeho zdravotního pojištění se finančně spolupodílejí nejen na léčbě HIV pozitivních pacientů, která je velmi finančně náročná, ale i na nejrůznějších sociálních dávkách, invalidních důchodech, hrazení vysoké nemocnosti apod.

Už na samém počátku, kdy ještě ani nemusí být člověk nakažen a kdy se jen tak, pro jistotu, většinou po nějakém rizikovějším chování, jde nechat vyšetřit testem na prokázání HIV infekce, objevuje se u člověka vědomí nejistoty a strach z nejrůznějších skutečností. Mnohá i běžná onemocnění mohou vést k obavám, že se jedná již o první příznaky nemoci AIDS. Kromě obvyklých obav z bezmoci, strádání a smrti se často také dostavuje strach z prozrazení případné HIV pozitivity, z prozrazení nevěry, homosexuality či bisexuality, z opuštění partnerem, z jeho (jejich) nakažení, z odmítavého a odsuzujícího postoje společnosti a z mnoha dalších věcí. Po prokázání HIV nákazy se těmto obavám obvykle ještě přidávají některé psychické reakce, které jsou podobné jako u jiných smrtelných chorob. Nakažený člověk obvykle prochází nejprve obdobím odmítání pravdy, kdy se odmítá smířit se skutečností, že je HIV

pozitivní. Posléze nastupuje období osamocení, hněvu a smlouvání, deprese a nakonec také fáze přijetí a snad také smíření⁶².

Jak je ale už z předcházejících řádků zřejmé, už i toto počáteční období se také týká řady jiných lidí - ať už nemocnému blízkých - jako je partner, rodina, spoluzaměstnanci apod., a nebo jen náhodně se s ním setkávajících - jako například ošetřující personál v nemocnici, úředníci a nebo jen běžní chodci na ulici⁶³. Zvláště počáteční období mohou být pro okolí nebezpečná. Například snaha o popření HIV infekce může vést i k jejímu úmyslnému šíření. Navíc HIV infekce často postihuje osoby s primárně anomálními rysy chování⁶⁴ a především lidi mladé, kteří ještě ani neuvažovali o své smrtelnosti⁶⁵.

Již v předešlých řádcích jsem zmiňoval, že HIV pozitivita jednotlivce představuje také velikou zátěž pro jeho rodinu⁶⁶ a to nejen v souvislosti s případným odhalením homosexuality, drogové závislosti popřípadě nevěry, ale také v souvislosti se skutečností, že rodina nyní bude muset nějakým způsobem koexistovat s nevléčitelně nemocným člověkem, který ale bude pravděpodobně dlouhou dobu vypadat naprosto zdravě. Musí se naučit s ním žít. Také v této souvislosti se nabízí otázka: „Informovat či neinformovat o své nemoci své okolí?“⁶⁷ Právě při informaci příbuzných o zdravotním stavu pacienta se klade na lékaře vážná odpovědnost neprozradit bez svolení pacienta skutečnou diagnózu. Tento požadavek přísné mlčenlivosti však v některých případech může kolidovat s nutností zajistit ochranu okolí před infekcí. Dle zákona je HIV+ pacient povinen nejen informovat svého sexuálního partnera, ale

⁶² O fázích, kterými prochází pacient po průkazu nákazy HIV pojednávám podrobněji v další kapitole své práce.

⁶³ Ve fázi hněvu, agrese a vzpoury může mít nakažený zlost na zdravotníky, že mu nemoc našli a nebo i na všechny zdravé lidi, protože oni jsou zdraví a on nemocný. Nespravedlivě jim vyčítá svou nemoc a může se také stát, že napadne nahodile nějakého člověka a pomstí se na něm za tu nespravedlnost. „Když já, tak všichni!“

⁶⁴ Sexuální deviace, promiskuita, toxikomanie apod.

⁶⁵ Srov.: ROZEHNALOVÁ, M. *Prevence rizikového sexuálního chování mládeže a jeho následků*. Praha : Cevap, 2005, s. 18.

⁶⁶ Ať už jsou to rodiče a nebo manžel(ka) a děti.

⁶⁷ Častým důvodem o zamlčení informace o HIV pozitivitě bývá opatrná až negativní a odmítavá reakce lidí ve společnosti.

i lékaře o své HIV pozitivitě, Zavazuje se, že HIV infekci nebude dále šířit, jinak může být soudně potrestán. Těžko lze zkontrolovat, zda tento požadavek vždy respektuje. Jak si s tímto problémem poradit? Vždyť tato ochrana se nejčastěji dotýká sexuálního partnera⁶⁸ nemocného, ale nejen jeho⁶⁹.

Také již shora zmiňovaná nemalá finanční náročnost léčby se může stát, v určité situaci a v určitém okamžiku etickým problémem. Stejně tak přijetí nebo odmítnutí léčby samotným pacientem může být problematické.

Z předcházejících řádků je zřejmé, že obecných etických otázek, které souvisí s HIV pozitivitou a tedy i s nemocí AIDS je mnoho. V několika následujících odstavcích bych se chtěl některými z nich⁷⁰ zabývat podrobněji.

Ve většině dalších podkapitol své práce jsem vycházel ze stavu, který v současné době reálně existuje⁷¹. Tento současný stav se snažím konfrontovat se světskými etickými kodexy (lékařů, pacientů) a hlavně s kritérii katolické etiky, jako jsou důstojnost člověka, zlaté pravidlo nebo biblické přikázání lásky, když podporu hledám v učení církve a dílech psaných katolickými morálními teology.

⁶⁸ HIV infikovaná osoba je podle našich zákonů povinna sama, ze zákona, informovat svého sexuálního partnera, čímž ovšem musí také přiznat nevěru či narkomanií apod, což opět přináší celou řadu dalších problémů.

⁶⁹ Nemocný například prokazatelně žije promiskuitně. Nebo třeba krvavý výkon u zubaře. Těchto příkladů by se dalo najít mnoho.⁶⁹ Ať už jsou to rodiče a nebo manžel(ka) a děti.

⁶⁹ Častým důvodem o zamlčení informace o HIV pozitivitě bývá opatrná až negativní a odmítavá reakce lidí ve společnosti.

⁶⁹ HIV infikovaná osoba je podle našich zákonů povinna sama, ze zákona, informovat svého sexuálního partnera, čímž ovšem musí také přiznat nevěru či narkomanií apod, což opět přináší celou řadu dalších problémů.

⁶⁹ Nemocný například prokazatelně žije promiskuitně. Nebo třeba krvavý výkon u zubaře. Těchto příkladů by se dalo najít mnoho

⁷⁰ Kritériem výběru etických otázek o kterých budu nadále pojednávat je pouze a jenom můj subjektivní úsudek. Některá problematika se mi zdála natolik obecná a natolik se všech zúčastněných týkající, že jsem o ní cítil potřebu pojednat. Některé etické konflikty se netýkají zdaleka všech zúčastněných (např. problematika uzavírání manželství, početí dítěte) ale zdály se mi natolik závažné, nejsem je do své práce zařadil také. V žádném případě si ale nekladu nárok (už vzhledem k omezenému rozsahu mé práce) na úplné vyčerpání veškerých etických konfliktů s problematikou HIV/AIDS souvisejících.

⁷¹ Proto uvádím, i přesto že má práce je v první řadě z oblasti etiky, poměrně dost odkazů na zákony.

2.1 Diagnóza a informovanost

V první konfliktní etické oblasti bych chtěl pojednat o etických otázkách diagnostiky a o informování osob, které jsou s nakaženým v kontaktu. Otázka diagnostiky otevírá široké spektrum pohledů a otázek, zda a nakolik může společnost zasahovat do soukromí jednotlivce. Problém informování osob, které jsou v kontaktu s nakaženým zase vyvolává řadu otázek které se týkají ještě dovoleného stupně indiskrétnosti v určitých sporných situacích souvisejících s nebezpečím šíření nakažlivé a k tomu i smrtelné nemoci, jakou bezesporu HIV/AIDS je.

2.1.1 Test na HIV bez vědomí nebo souhlasu pacienta

Etický kodex práva pacientů⁷² jasně říká: „*Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí.*“⁷³ Také české zákony⁷⁴ se k této otázce staví podobně jednoznačně. Znamená to tedy, že pacient má nejen právo být lékařem informován o záměru testovat ho, ale má také právo tento test odmítnout. Toto pravidlo platí v České republice obecně. Předpokládá se totiž, že každý člověk o sobě může sám rozhodovat a neřeší se, zdali rozhoduje dobře nebo špatně⁷⁵. Každá osoba má zkrátka právo na své sebeurčení a na svou důstojnost. Povinné testování na HIV protilátky je v Česku dané zákonem pouze u těhotných žen, dárců krve

⁷² Etický kodex práva pacientů ČR z 25.2.1992 čl.3. In : IVANOVÁ, K. *Kapitoly z lékařské etiky*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2004, s. 140.

⁷³ Tamtéž

⁷⁴ Zákon 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu a Zákon 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví. Dále pak Metodické opatření MZ Řešení problematiky infekce HIV/AIDS, Věstník MZ ČR, částka 8/2003.

⁷⁵ To vychází ze Všeobecné deklarace lidských práv.

a dárců tělesných orgánů. Těhotná žena ale nerozhoduje jen sama za sebe, ale rozhoduje také za své nenarozené dítě. A tehdy společnost očekává, že se bude rozhodovat ve prospěch dítěte⁷⁶. V případě včasného zjištění HIV positivity u matky je možné provést určitá opatření, která vedou k ochraně počatého dítěte před infekcí. Proto každá těhotná žena v České republice musí tyto testy prokazující či vylučující HIV pozitivitu podstoupit.⁷⁷

Další možností provést testy bez souhlasu pacienta, je takový tělesný či duševní stav pacienta, že není schopen z tohoto závažného důvodu sám souhlas dát⁷⁸, či není dosažitelné svolení zákonných zástupců⁷⁹. U dětí lze vyšetřit sérologii HIV i bez explicitního souhlasu rodičů, je-li odběr pro diferenciální diagnózu či terapii důležitý. Při stanovení HIV positivity je nutné rodiče informovat. Stejně tak u dospělých, odběr bez souhlasu je proveden jen v případě, kdy je jistota HIV positivity nutná k další život zachraňující léčbě či k určení specifických diagnostických metod, (nebo pokud došlo k poranění HIV negativního zdravotníka např. při operaci pacienta, u kterého je event. podezření na HIV pozitivitu. Zavedení postexpoziční profylaxe u poškozené osoby musí být v co nejkratší době, aby se zabránilo infekci)⁸⁰. Jinak by se s testy mělo čekat, až s nimi pacient nebo oprávněná osoba bude souhlasit.

Ani v metodice Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky se vůbec neuvažuje o povinném testování narkomanů, ale řeší se zde jen, jak motivovat tuto rizikovou skupinu k testování⁸¹.

V této souvislosti vyvstává otázka, zda je lékař povinen ošetřit pacienta, který se odmítne nechat testovat. Podle našich platných

⁷⁶ Je ale také pravda, že může podstoupit umělé přerušování těhotenství, což právě v zájmu dítěte není.

⁷⁷ Příloha VII

⁷⁸ Například v bezvědomí.

⁷⁹ Manžel, rodiče apod.

⁸⁰ Srov.: STAŇKOVÁ, M. Post-expoziční profylaxe infekce HIV In *Sborník přednášek – Český kongres o infekčních chorobách*. Zář 2005, Monínec č. 28, s. 41n.

⁸¹ DOLANSKÁ, P. *Testování infekcí u uživatelů drog*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2004, s. 11.

zákonů⁸² nesmí lékař ošetření odmítnout, ale musí s pacientem jednat tak, aby byla splněná všechna hygienicko-epidemiologická opatření, která platí pro ošetření pacientů s infekčním onemocněním nebo s nosičstvím infekčního agens.

V této souvislosti je myslím třeba citovat úvahu J. P. Ondoka, který ve své Bioetice míní, že: „V případě že pacient odmítne podrobit se v takovém případě⁸³ testu, může to být důvod k oprávněnému odmítnutí lékařského zákroku.“⁸⁴ Autor ale dodává, že v tomto bodě neexistuje mezi katolickými morálními teology všeobecný konsenzus⁸⁵.

2.1.2 Informování ohrožené třetí osoby

Mělo by být z čistě lidského hlediska jasné, že člověk, který je nosičem nějakého mikroorganismu vyvolávajícího infekčního onemocnění či trpí nakažlivou chorobou, má učinit všechny kroky, aby zabránil nakažení někoho dalšího. Čím závažnější onemocnění, tím naléhavěji se jeví tento požadavek. Závažnost takového jednání je zřejmá i z toho, že jak světské⁸⁶ tak církevní⁸⁷ zákony porušení tohoto principu postihují. Praxe však ukazuje, že tato přirozená povinnost bývá, a to i u pohlavních nemocí jako syfilis, kapavka, ale dokonce i u HIV infekce, zanedbávána.

⁸² Viz poznámka 68 této práce.

⁸³ Například před různými operativními zásahy, kdy je riziko nákazy HIV pro nemocniční personál.

⁸⁴ ONDOK, J. P. *Bioetika*. Svitavy : Trinitas, 1999, s. 89.

⁸⁵ Opačné stanovisko zastává například morální teolog z řádu Bratří kazatelů Albert Beneš OP, když ve své Morální teologii uvádí: „Ti občané, jejichž zvláštním úkolem je ochrana člověka, jsou povinni svůj život vystavit i vážnému nebezpečí, když je např. ohrožen život bližních.“ Citováno z : BENEŠ, A. *Morální teologie*. Praha : Krystal, 1994, s. 124.

⁸⁶ Zákon 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu a Zákon 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví. Dále pak Metodické opatření MZ Řešení problematiky infekce HIV/AIDS, Věstník MZ ČR, částka 8/2003.

⁸⁷ Například Katechismus katolické církve z roku 1994 v článku 2269 říká: „Páté přikázání také zakazuje dělat něco se záměrem nepřímo vyvolat smrt nějaké osoby. Mravní zákon zapovídá jak vystavovat někoho smrtelnému nebezpečí bez závažného důvodu, tak odmítnout pomoc nějaké ohrožené osobě.“ Citováno z : *Katechismus katolické církve*. Praha : Zvon, 1995, s. 555.

Problém informování ohrožené třetí osoby lze posoudit ve dvou hlavních rovinách. První rovina spočívá v povinnosti informovat ohrožené samotným nemocným, tedy tím, kdo je sám nakažen. Druhou rovinu vidím v tom, že povinnost informovat třetí osobu má i ten, kdo vidí hrozící nebezpečí nákazy. Může se jednat o ledaskoho, v hlavním úhlu pohledu jsou ale lékaři.

2.1.2.1 Informování ohrožené třetí osoby infikovaným

Vzhledem k tomu, že přenos HIV infekce je v ČR nejčastější sexuální cestou, je zřejmé, že sex a hlavně pohlavní styk je největším nebezpečím pro partnery nemocných. Sexuální vztahy jsou obvykle lidmi uváděny do souvislosti s lidskou láskou. Pokud však přitom hraje nějakou hlubší roli pravá láska⁸⁸, přikáže člověku, který je infikován nebezpečnou nemocí, aby nevystavoval svého partnera nebezpečí a zabránil tak jeho nakažení.

Může se ale stát a také často stává, že nemocný nesdílí tato katolická etická⁸⁹ kritéria⁹⁰ a nebo že je i sdílí, ale není schopen se například manželského styku ze spravedlivých důvodů vzdát, i když teorie (křesťanské) etiky mluví jinak⁹¹.

Není-li nakažený schopen toho, aby sexuálně abstinovat, má morální, ale také (podle našich zákonů) občanskou povinnost, informovat svého

⁸⁸ Tak jak o ní m.j. hovoří ve své encyklice *Deus caritas est* papež Benedikt XVI. : „... platí, že opojný a nedisciplinovaný eros není výstupem „extázi“ směrem k božství, nýbrž pádem a degradací člověka. Z toho vyplývá, že eros potřebuje kázeň a očistění, aby obdařoval člověka ne chvilkovým potěšením, ale určitou předchutí vrcholu existence a oné blaženosti, k níž tíhne celá naše bytost.“ Citováno z : Benedikt XVI. *Deus caritas est*, Příbram : Paulínky, 2006, s. 10.

⁸⁹ Mám nyní na mysli, že nemá stejný pohled na lásku atd. jako Benedikt XVI., viz poznámka 82.

⁹⁰ Nemusí být hned promiskuitní, jen věrnost posuzuje jinak. Znáám mnoho svazků, kde občasné odskočení některého z partnerů do jiného než manželského lože není důvod k hádkám a výčitkám.

⁹¹ „Povinnost zdržet se manželského styku je zvláště naléhavá, pokud ..., nebo v případě nebezpečných nakažlivých chorob jako kapavka, syfilis a AIDS.“ Citováno z : PESCHKE, K.H. *Křesťanská etika*. Praha : Vyšehrad, 1999, s. 451.

potencionálního sexuálního partnera o své nemoci, ale nejen to, i pak je povinen chránit jej co nejlépe proti případnému nakažení⁹². Je ale třeba upozornit partnera na to, že žádná ochrana, kromě sexuální abstinence, není zcela spolehlivá a je ovšem také třeba, aby infikovaný v případě nakažení partnera nesl patřičné důsledky tohoto možného stavu⁹³. Je také nutno zvážit riziko početí dítěte, které by mohlo být také HIV pozitivní⁹⁴.

Dalším, i když méně pravděpodobným přenosem infekce HIV může být transmise krví. Domnívám se, že všude tam, kde tato možnost, i když jen teoreticky, existuje⁹⁵, je infikovaný o své nemoci povinen informovat. Toto stanovisko je také v souladu s právním řádem České republiky⁹⁶ a proto také nakažený podle příslušných zákonů podepisuje „poučení pro pacienta“, kde se zavazuje, že se bude určitými nařízeními řídit.

Závěrem je možno shrnout. V každé situaci, kdy lze reálně předpokládat riziko nakažení druhé osoby, nemá nemocný právo, nechávat si informaci o své HIV pozitivitě pro sebe a je povinen ohroženého informovat.

⁹² Za nejspolehlivější ochranu proti nakažení se, kromě sexuální abstinence, považuje kondom. Kondomy mají dnes poměrně vysokou, i když jistě ne 100%, spolehlivost a nevyvolávají vedlejší účinky. Z katolického hlediska je také plusem, že se jedná o bariérovou metodu ochrany a nejsou zde tedy abortivní účinky. Někteří katoličtí morální teologové se na základě bodu 15 encykliky *Humanae vitae* dokonce domnívají, že používání kondomů v této krajní situaci neodporuje autoritativním prohlášením církve, protože podle principu dvojího účinku není prvotním cílem zabránění početí, ale zabránění nákazy. (Srov. ONDOK, J. P. *Bioetika*. Svitavy : Trinitas, 1999, s. 89. A dále Pavel VI. *Humanae vitae*. Praha : Skriptum, 1992, čl.15, s. 17.)

⁹³ Ať už v rovině morální, trestně právní a nebo hmotné.

⁹⁴ O dětech HIV pozitivních rodičů (rodiče) bude pojednáno později.

⁹⁵ Například při ošetření u zubaře nebo i jiném lékařském ošetření nebo operativním zákroku, v tetovacím salónu, při akupunktuře, sdílení jehel a stříkaček při nitrožilní narkomanií apod.

⁹⁶ Zákon 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu a Zákon 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví. Dále pak Metodické opatření MZ Řešení problematiky infekce HIV/AIDS, Věstník MZ ČR, částka 8/2003.

2.1.2.2 Informování ohrožené třetí osoby druhou osobou

V této kategorii se nejčastěji nachází lékař infikovaného. Často přes upozornění nemocného na jeho povinnosti ošetřujícím lékařem, nemocný těchto poučení nedbá. Lékař pak stojí před nutností zajistit ochranu druhých lidí před infekcí, vědom si ovšem povinnosti mlčenlivosti a případné ztráty důvěry pacienta. Říci jednoznačně, jak řešit tuto situaci, je věc neskutčná.

Základním předpokladem pro vztah důvěry mezi pacientem a lékařem je diskrétnost. Ptejme se: „Existuje situace, která by ospravedlnila indiskrétnost lékaře vůči pacientovi?“ Pesche ve své „Křesťanské etice“ (která je pravděpodobně přísnější než většina morálních principů v naší společnosti) píše, že taková situace existuje. Říká, že taková situace by u lékaře nastala, „*kdyby nebylo možné od někoho získat dobrovolný souhlas k tomu, aby byla informována třetí osoba, ale informace by byla nutná pro její ochranu, například u nakažlivých a sexuálně přenosných chorob, jako třeba AIDS*“⁹⁷. Můžeme tedy z této úvahy vyvodit, že je povinností lékaře v takovém případě třetí osobu informovat? Chtělo by se říci že ano. Přece jen ale ponechme malinké okénko⁹⁸ svědomí lékaře, který může riskovat ztrátou důvěry nemocného a tím možnost ovlivnit jeho další léčbu a chování⁹⁹. V každém případě však lékaři není co závidět.

V případě druhé osoby, která není ošetřujícím lékařem, můžeme být, domnívám se přísnější. Taková osoba má povinnost informovat ohroženou třetí osobu zjistí-li, že tato je nakažením opravdu ohrožena

⁹⁷ PESCHKE, K.H. *Křesťanská etika*. Praha : Vyšehrad, 1999, s. 236.

⁹⁸ Na základě principu dvojího účinku, kdy záchrana jednoho člověka může znamenat ohrožení pro mnoho jiných lidí.

⁹⁹ Mám na mysli situaci, kdy se lékař oprávněně bojí toho, že pacient se další léčbě bude vyhýbat a pro jeho promiskuitní nebo jinak rizikové chování je reálné nebezpečí, že pacient infikuje mnoho dalších osob – i proto, aby lékaře potrestal. Myslím, že zde může mít své místo pohled Etiky odpovědnosti, která se dá charakterizovat jako postoj člověka, který má na zřeteli celek předvídatelných následků svých činů a který se proto táže, jaké následky jsou z hlediska hodnotového obsahu společnosti nejlepší. V souladu s tím pak jedná, a to i tehdy, když při tom musí učinit něco, co – pokud by to bylo pozorováno izolovaně – by muselo být nazváno špatným.

a není infikovaným informována. Je tak ale třeba učinit s rozvahou a bez zášti. Ale i zde je myslím nutno připustit výjimku, ospravedlněnou zdravým svědomím¹⁰⁰.

V každém případě, pokud HIV infikovaný člověk šíří nemoc záměrně, je povinností ho zastavit¹⁰¹.

2.2 Léčba

Druhá skupina etických konfliktů řeší některé otázky související s léčbou nakažených virem HIV. Ze širokého spektra otázek jsem vybral dvě, které se mi zdají být stěžejnými a které jsou do jisté míry protilehlé. Jedná se mi o právo lékaře, potažmo společnosti, nemocné léčit nebo neléčit a také o právo nemocného nabídku léčby přijmout a nebo odmítnout. Tyto otázky, zvláště ale otázka odmítnutí poskytnout léčbu, ať už z jakéhokoliv důvodu, vyvolávají opakovaně širokou diskusi, v níž se jen obtížně obhajují argumenty a hledá širší konsens.

2.2.1 Povinnost lékaře léčit HIV/AIDS pacienty

Dnes již není doba, kdy se i někteří lékaři báli na HIV pozitivní pacienty i jen podívat přes okno bez gumových rukavic a roušek. Přesto si myslím, že je třeba položit minimálně dvě základní otázky. Má lékař právo odmítnout léčit HIV pozitivního pacienta kvůli svému případnému ohrožení? A druhá, je lékař povinen léčit HIV pozitivního pacienta i když náklady na léčbu jsou finančně náročné? V této otázce jde také o to, že léčbu u nás hradí společnost. Má nakažený právo být léčen, i když si

¹⁰⁰ Zde mám na mysli neinformovat sice ohroženou třetí osobu, ale zamezit jejímu ohrožení nějakým jiným způsobem.

¹⁰¹ Za vědomé šíření nakažlivé nemoci je podle Trestního řádu České republiky sazba od tří let nepodmíněně.

nemoc zavinit sám, například svým rizikovým chováním? Otázek by jistě bylo více. Vzhledem k rozsahu práce se pokusím poněkud rozebrat první dvě.

2.2.1.1 Odmítnutí HIV+ pacienta lékařem

Zdraví a život kteréhokoli člověka jsou veliká dobra. Tedy ani lékař nemůže vystavovat své zdraví a svůj život zbytečně nebezpečí. Dělá-li to přesto, a nedělá to jen lékař¹⁰², musí mít nějakou normu, která mu řekne, kdy a nakolik tak může činit. Přípustnost rizik posuzuje křesťanská etika podle pravidla dostačujícího důvodu. Čím větší je nebezpečí, tím závažnější musí být důvody, které ho ospravedlňují. Při práci zdravotnického personálu může nejčastěji dojít ke zranění kontaminovanou injekční jehlou nebo jiným nástrojem¹⁰³. Riziko infekce se v takovém případě odhaduje na 0,3-0,5%¹⁰⁴. Je to dostatečné riziko k odmítnutí pacienta?

Při ošetřování HIV infikovaného pacienta se dnes dodržují základní bezpečnostní pravidla, která ale v podstatě platí pro ošetřování každého pacienta. Pokud je dodržován hygienicko-epidemiologický režim, je pravděpodobnost nákazy ošetřujícího personálu téměř nulová. Při běžném kontaktu s HIV pozitivním se žádné ochranné pomůcky nepoužívají. Odběr biologického materiálu včetně odběru krve se provádí zásadně v rukavicích a jednorázovými bezpečnostními jehlami, stříkačkami, případně jiným materiálem. Při invazivním zákroku se použije rouška se štítkem k ochraně očí, rukavice, jednorázové roušky, pláště, eventuálně gumová zástěra. Všechny jednorázové biologickým materiálem znečištěné pomůcky se ihned po skončení výkonu likvidují. Předměty

¹⁰² Týká se to například i práce v hutích, v dolech, při testování letadel apod.

¹⁰³ Srov.: STAŇKOVÁ, M. Post-expoziční profilaxe infekce HIV In *Sborník přednášek – Český kongres o infekčních chorobách*. Zář 2005, Monínec č. 28, s. 44.

¹⁰⁴ Srov.: ROZSYPAL, H. *AIDS – klinický obraz a léčba*. Praha : Maxdorf Jessenius, 1998, s. 47.

určené pro pacienta, jako teploměr, mísa, močová láhev, a rovněž pomůcky osobní hygieny, musí mít každý pacient vlastní. Zdá se tedy, že při běžných podmínkách a dodržení všech bezpečnostních předpisů nemá lékař důvod se bát nákazy a tudíž ani důvod pacienta odmítnout. Nesmíme také zapomenout, že každý lékař je vázán přísahou, kterou složil při své promoci a ve které slibuje nemocným pomáhat¹⁰⁵. V každém případě ale má lékař právo vědět o pacientově HIV pozitivitě, aby se případně mohl řádně chránit a zbytečně se nevystavoval nebezpečí nákazy– zvláště u chirurgických výkonů. Ale i když mu tuto informaci nemocný nedá (a v tom případě pacient porušuje zákon), nemá podle našich zákonů (viz výše) lékař právo takového pacienta odmítnout.

Zamlčení HIV positivity ve zdravotnickém či sociálním zařízení je podle zákona trestné. Pokud má lékař podezření z klinických či sociálních důvodů na HIV + pacienta a ten ji popírá (nebo o ní ani dosud neví), musí být tento pacient plnohodnotně ošetřen, stejně tak jako každý pacient HIV+, lékař nemá právo odmítnout ošetření¹⁰⁶.

Podobně se na problém dívá i křesťanská etika když říká, že lékaři nesmějí odmítnout léčení osobě HIV infikované, a to jak léčení této nemoci samotné, tak také i jiných nemocí, které HIV pozitivní mají, např. bolesti zubů a podobně¹⁰⁷.

2.2.1.2 Finanční náročnost léčby AIDS jako důvod k neléčení

Jak již bylo zmiňováno výše, nadřazeným cílem lékařské péče musí být přání pomoci těm, jejichž zdraví je narušeno. Tento obecný princip se

¹⁰⁵ Zmiňuje to například i Etický kodex České lékařské komory v §3 odst.1, když říká: „Lékař plní vůči každému nemocnému své profesionální povinnosti. Vždy včas a důsledně zajistí náležitá léčebná opatření, která zdravotní stav nemocného vyžaduje.“ Citováno z : Etický kodex České lékařské komory ze dne 1.1.1996. In : IVANOVÁ, K. *Kapitoly z lékařské etiky*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2004, s. 137.

¹⁰⁶ Srov.: GLADKIJ, I. Vztah mezi zákonem a etikou. In : IVANOVÁ, K. *Kapitoly z lékařské etiky*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2004, s. 137.

¹⁰⁷ Srov.: PESCHKE, K.H. *Křesťanská etika*. Praha : Vyšehrad, 1999, s. 269.

musí vztahovat i na občany ze sociálně slabších vrstev, osoby nepojištěné, utečence apod., což obecně znamená, že lékař má vždy bezplatně nabídnout své služby tam, kde je někdo v nouzi, i když ví, že nebude moci zaplatit¹⁰⁸. Ovšem, a to je případ i českého systému sociálního zabezpečení, lékař také musí brát ohledy na omezenou dostupnost ekonomických zdrojů. Český systém sociálního zabezpečení je financován převážně z veřejných příjmů, kam každý z občanů přiměřeně přispívá. Oprávněně se tedy domnívá, že v případě potřeby bude přiměřeně ošetřen a léčen. A to je právě kámen úrazu. Co znamená být přiměřeně ošetřen a léčen?

S rozvojem možností stále dokonalejší zdravotní péče, se stále lepšími, výkonnějšími a ovšem také dražšími léky, s rozvojem transplantací, s rozvojem nových a v nedávné době ještě netušených možností snad ve všech oborech zdravotnictví, se mnozí často domnívají, že žádná omezení pro financování ve zdravotnictví neexistují. V úzkém zahledění na jedno místo svého problému, neuvažují o celku. Nezadržitelně rostoucí náklady na zdravotní péči vyvolávají otázku: Kolik procent ze státního rozpočtu lze vynaložit na zdravotní péči? Přesto, že za efektivní činnost lze považovat takovou, která přináší žádoucí efekt s přiměřenými náklady¹⁰⁹, lze konstatovat, že ekonomická kritéria jsou vždy konečným limitem této činnosti¹¹⁰.

Je tedy zřejmé, že právo občana na hrazení velmi drahé léčby z veřejných zdrojů, musí mít své meze. Katolická etika pokládá velmi drahé zákroky za mimořádné prostředky a tedy za nepovinné¹¹¹. U léčby je však vždy třeba vyhodnotit všechna kritéria, nejen ekonomičnost, ale i stupeň obtížnosti, riskantnost, očekávané výsledky, zátěž pacienta a mnohá jiná.

¹⁰⁸ Srov. Etický kodex České lékařské komory ze dne 1.1.1996, §2 odst. 2. In : IVANOVÁ, K. *Kapitoly z lékařské etiky*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2004, s. 136.

¹⁰⁹ Cílem totiž nemusí být vždy a jedině finanční prospěch, tedy finanční zisk.

¹¹⁰ Srov.: IVANOVÁ, K. *Kapitoly z lékařské etiky*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2004, s. 117.

¹¹¹ Srov. např.: *Katechismus katolické církve*. Praha : Zvon, 1995, č. 2278, s. 558.

Mám-li tedy tuto kapitolu uzavřít musím konstatovat, že na mnou vznesenou otázku neumím najít jednoznačnou odpověď. „*Ošetřuje-li lékař pacienta, etické ohledy nedovolují, aby ho ošetřoval jako by jinak na světě nikdo neexistoval nebo jako by potřeby jiných lidí byly nedůležité.*“¹¹² Ekonomické hledisko je jistě jedním z důvodů, které mohou léčení omezit nebo i zastavit všude tam, kde by léčba jedince byla nemravná vůči celku. Kde ta hranice nastává, neumím posoudit.

V článku *Křesťané a základní otázky bioetiky*¹¹³ si klade Dagmar Pohunková otázku: „*Smíme v klinické medicíně dělat všechno, co dělat umíme?*“ A dále se táže: „*Je vůbec možné stanovit pro oblast lékařské etiky co je správné a co nesprávné, co je dobré a co nikoliv? A kdo to stanoví.*“ Jako odpověď nabízí tradici katolické morální teologie a výroků učitelského úřadu církve. Ty jsou dodnes považovány za závazné pro katolické lékaře. Jsou to tyto principy¹¹⁴: „*Lidské důstojnosti, práva na život, náboženské svobody, informovaného souhlasu, integrity a totality, dvojího účinku, obecného dobra, důvěrnosti, materiální kooperace.*“¹¹⁵

Snad by se i některá tato kritéria dala obecně použít pro posuzování toho, kdy ještě léčit, protože jsou pro to dobré důvody a kdy už je léčba pro společnost nejen příliš drahá, ale i pro pacienta příliš náročná, zatěžující a neperspektivní.

¹¹² O'ROURKE, B. *Medical Ethics*. In : PESCHKE, K.H. *Křesťanská etika*. Praha : Vyšehrad, 1999, s. 235.

¹¹³ POHUNKOVÁ, D. *Křesťané a základní otázky bioetiky*. *Teologické texty*, 1997, roč. 8, č. 4, s. 118-119.

¹¹⁴ GRIESE, O. N. *Catholic Identity in Health Care, Principles and Practice*. In : POHUNKOVÁ, D. *Křesťané a základní otázky bioetiky*. *Teologické texty*, 1997, roč. 8, č. 4, s. 118.

¹¹⁵ POHUNKOVÁ, D. *Křesťané a základní otázky bioetiky*. *Teologické texty*, 1997, roč. 8, č. 4, s. 118.

2.2.2 Odmítnutí léčby HIV pozitivním pacientem

Podle informací AIDS centra na Bulovce v Praze se v České republice v souladu s celosvětovými doporučeními zahajuje terapie v šesti případech¹¹⁶:

1. Akutní HIV infekce
2. Zhoršení imunologického profilu¹¹⁷
3. Vzestup VL HIV RNA¹¹⁸
4. Změna klinického nálezu
5. Gravidita HIV+ ženy, léčba novorozence
6. Postexpoziční profylaxe – HIV negativní člověk je ohrožen HIV+ biologickým materiálem¹¹⁹

Podle českých zákonů může pacient odmítnout léčbu v bodech 1-4 a v bodě 6. V prvních čtyřech případech je v některých případech dočasné odmítnutí léčby pacientem pochopitelné. Vezměme jako příklad situaci, kdy pacient bez výrazných obtíží přijde na pravidelnou kontrolu a je u něho opakovaně zjištěno zhoršení imunologického profilu¹²⁰. Je mu nabídnuto zahájení léčby. Pacient se však cítí dobře a ví, že při zahájení léčby mu pravděpodobně hrozí riziko nežádoucích účinků této léčby, jako je postižení jater, bolesti, pankreatitida¹²¹, postižení ledvin, metabolické změny, apod. I když si tedy uvědomuje rizika plynoucí z nezahájení včasné léčby, rozhodne se léčbu zatím odmítnout a počkat, jak se situace dál vyvine¹²². Bojí se totiž, že jeho život by se podstatně zhoršil. Z etického hlediska existuje odpovědnost člověka za své vlastní zdraví.

¹¹⁶ Viz kapitola 1.6 Průběh HIV infekce.

¹¹⁷ Pokles CD4 leukocytů.

¹¹⁸ Vzestup virové nálože, tedy prudký nárůst virů HIV v organismu.

¹¹⁹ Zabránění nákaze při rizikovém kontaktu podáním antiretrovirových léků. O tomto bodu ještě podrobněji pojednáno.

¹²⁰ Tedy např. náhlý úbytek CD4 leukocytů.

¹²¹ Zánětlivé onemocnění slinivky břišní.

¹²² Tato možnost je sice krajně nepravděpodobná a pacient někdy také svého rozhodnutí lituje, ale to je nyní vedlejší.

Z toho plyne konkrétní povinnost o své zdraví pečovat¹²³. K péči o své zdraví ostatně vede člověka už pud sebezáchovy¹²⁴. Zdraví ale není jen biologické, i když lékařské umění se zabývá především jím, ale pojem zdraví obsahuje také blaho duchovní a sociální. Chápeme-li tedy pojem zdraví nejen ve smyslu blaha tělesného, chápeme tedy potom, že kritériem tělesného zdraví nemůže být jen tělesná vitalita, ale spíše je jím pak co největší schopnost člověka být člověkem. Tomu ovšem může v některých případech medicínská léčba i ublížit. Obdobně je možné uvažovat i v dalších bodech, při kterých se zahajuje léčba¹²⁵. Neopominutelným důvodem pro zahájení antiretrovirové terapie je i její epidemiologický dopad. Všeobecným cílem terapeutických postupů je významné snížení virové nálože v krvi, semenné tekutině a vaginálním sekretu. Tím se nejen podstatně zpomaluje progresse onemocnění, ale velmi pravděpodobně snižuje i nebezpečí dalšího šíření HIV infekce.

Předchozí úvaha nemůže ovšem bez výjimky platit pro těhotnou ženu. Právní úprava České republiky říká, že v rámci běžných těhotenských vyšetření je každá gravidní žena povinna nechat se vyšetřit také na HIV pozitivitu¹²⁶. Je-li tedy pozitivní, pak má, podle našich zákonů, dvě možnosti. Potrat, nebo profylaktický program¹²⁷. Z pohledu křesťanské etiky je možnost potratu třeba vyloučit¹²⁸ a pro matku tedy zbývá pouze profylaktický program. Ten podle světského ani církevního zákona nesmí

¹²³ Srov. *Katechismus katolické církve*. Praha : Zvon, 1995, č. 2288, s. 560. „Život a tělesné zdraví jsou cenné dary od Boha. Máme o ně rozumně pečovat a brát přitom v úvahu potřeby druhých a obecné blaho.“

¹²⁴ Například sv. Pavel pokládá tento pud v listu Efezanům za samozřejmý: „Nikdo přece nemá v nenávisti své tělo, ale žítí je a stará se o ně.“ (Ef 5,29). Citováno z: *Bible – Ekumenický překlad*. Praha : Česká katolická charita, 1987, s. 186.

¹²⁵ I v dnešní době se vědci přou, zda je lepší zahájit léčbu ihned po zjištění nemoci a riskovat tak dříve nebo později výskyt nežádoucích vedlejších příznaků léčby a nebo zda je lépe počkat na okamžik, kdy je období velkého množení viru HIV a až tehdy léčbu nasadit. Ve zmiňovaných šesti bodech je však u všech vědců, kteří se zabývají tímto problémem konsens, a to léčbu zahájit.

¹²⁶ Příloha 8

¹²⁷ Tento profylaktický program představuje dispenzarizaci v AIDS centru FN Bulovka, HIV anamnézu, kontrolu průběhu těhotenství, speciální přípravu k porodu prováděného z důvodu větší bezpečnosti císařským řezem a péči o novorozence v AIDS centru až do 18ti měsíců. Matka také nesmí kojít.

¹²⁸ Srov.: Jan Pavel II. *Evangelium vitae*, 58: 1995, Nebo také: *Dignitas personae*. Kostelní Vydří : Karmelitánské nakladatelství, 2009, s. 28-29.

odmítnout. Jedná se sice o určité její omezení, ale nejedná se o ohrožení života matky¹²⁹. Naopak neléčení by mělo za následek citelné zvýšení rizika nákazy jejího dítěte¹³⁰. Z etického hlediska plyne povinnost nepoškozovat zdraví jiných lidí. Odmítnutí, nebo svévolné vysazení léčby je tedy zásahem do práv dítěte, na které nemá matka (a samozřejmě ani otec) nárok¹³¹.

Církevní učení sdílí toto stanovisko a dovolává se při ochraně života autority nejvyšší. V roce 1961 Jan XXIII. v encyklice *Mater et Magistra* píše: „*Lidský život musí být pro každého něčím posvátným, neboť již jeho původ předpokládá zásah Boží stvořitelské moci.*“¹³²

Podle bodu 6¹³³ se zahajuje postexpoziční krátkodobá léčba v případě, že se zdravý člověk, například při ošetřování HIV pozitivní osoby, zraní třeba injekční stříkačkou, kterou byla nemocnému odebírána krev nebo při jakémkoli operačním výkonu či invazivním vyšetření. Riziko přenosu je v takovém případě 0,1-0,8%, podle druhu zranění.¹³⁴ Zde je podle mého názoru (ale i oficiálního názoru českého zákonodárství) na svobodném rozhodnutí zraněného, aby přijal nebo odmítl (respektive nepožádal o) léčbu, podle svého nejlepšího vědomí a svědomí¹³⁵. Poraněný musí podepsat protokol, kde ztvdí své rozhodnutí podpisem před svědky a zaváže se, že bude chodit na pravidelné kontrolní odběry, aby byla případná infekce zavčas zachycena.

Tento problém se jistě netýká jen tohoto mnou uvedeného příkladu, ale např. i náhodného sexuálního styku, chtěného zapůjčení injekční jehly (například při aplikaci drogy), pomoci při nehodě, kde někdo krvácí a až

¹²⁹ Ba co více, je tomu právě naopak.

¹³⁰ Pravděpodobnost přenosu z matky na dítě je (v Evropě) asi 30%, vhodným profylaktickým programem lze toto riziko snížit až na cca 8%. Srov.: ROZSYPAL, H. *AIDS – klinický obraz a léčba*. Praha : Maxdorf Jessenius, 1998, s. 13.

¹³¹ Srov.: Všeobecná deklaráce práv dítěte.

¹³² *Mater et Magistra* In : *Sociální encykliky*. Praha : Zvon, 1996, s. 160.

¹³³ Postexpoziční profylaxe – HIV negat. je ohrožen HIV+ biologickým materiálem, srov. Poznámka 113.

¹³⁴ Srov.: STAŇKOVÁ, M. Post-expoziční profylaxe infekce HIV In *Sborník přednášek – Český kongres o infekčních chorobách*. Zář 2005, Monínek č. 28, s. 4š.

¹³⁵ Může být rozumný důvod domnívat se, že jehla nebyla infekční apod.

později se zjistí že mám oděrku a je mnoho jiných příkladů, kdy je zdraví člověk ohrožen¹³⁶.

2.3 Partnerské a rodinné vztahy HIV infikovaných osob

Již bylo konstatováno, že v současné době není známá terapie, která by vedla k úplnému vyléčení pacientů postižených tímto onemocněním. HIV infekce tedy stále představuje jednu z největších hrozeb pro zdraví současné lidské populace. Je ale na druhou stranu také pravda, že současnými léčebnými metodami je, zvláště při včasném diagnostikování onemocnění, možné udržet HIV pozitivní osobu velmi dlouhou dobu v klidovém stadiu nemoci a také další stadia onemocnění se daří velice úspěšně prodlužovat. Život nemocných tedy už není tak rychle spějící ke smrti jako ještě před několika lety. Tento právě popsaný optimistický průběh onemocnění předpokládá sice řádně vedenou a zodpovědně přijatou léčbu, která je pro většinu lidí světa nedostupná¹³⁷, avšak u nás stát tuto léčbu poskytuje (zatím?) každému pojištěnému nemocnému. Je tedy třeba, abych se ve své práci zaměřil také na problémy jednotlivých nemocných, kteří zatím bez příznaků nemoci a nebo jen s minimem průvodních příznaků choroby žijí jakoby život zdravých lidí, ale na rozdíl od nich ví, že tento jejich život je plný omezení.

V této kapitole bych rád pojednal o některých problémech, které musí mnozí HIV pozitivní lidé běžně ve svém životě řešit. Vybral jsem dvě oblasti, které by jistě zasloužily širší rozpracování, než jim mohu ve své práci, omezené rozsahem, poskytnout. Mají právo HIV pozitivní lidé uzavírat manželství, mít děti, mají vůbec pohlavně žít? Takové a jistě i mnoho dalších otázek si nemocní kladou. Že každá taková otázka v sobě

¹³⁶ K tomuto je třeba ještě podotknout, že pokud o preventivní léčbu žádá člověk, který se riziku vystavil vlastním zaviněním (nechráněný sexuální styk, společná aplikace drogy apod.), náklady na tuto léčbu si hradí. V současné době se jedná o částku převyšující 30.000,-Kč.

¹³⁷ Až 68% nemocných nemá možnost příslušné léčby.

zároveň ukrývá etické otazníky, je nasnadě. Některé z nich se pokusím popsat.

2.3.1 Právo HIV pozitivního člověka na uzavření manželství

Předem je třeba podotknout, že tato otázka není ve světském právu diskutována, protože není žádný důvod, který by manželství uzavřít nedovoloval. Jistě je nutné, aby snoubenci znali svůj zdravotní stav, ale povinností nemocného je oznámit partnerovi svou HIV pozitivitu, i když s partnerem sňatek uzavírat nehodlá. Pokud chci tuto otázku tedy otevírat, pak jen v rovině etické, kdy se nakažení ptají: „Mám právo (morální) uzavřít se zdravým partnerem sňatek?“ Zvažují jistě nakažení svého partnera a početí dětí, které mohou být infikovány. Jako východisko k této diskusi přijímám postoj katolické církve k této otázce, který i když (zatím) nebyl zcela konkrétně deklarován právě pro tento případ, dá se, podle mého názoru odvodit z obecných principů.

Katechismus katolické církve uvádí, že dvojím cílem manželství je „*blaho samých manželů a předávání života*“¹³⁸. Dále říká, že tyto dva cíle manželství nelze oddělovat a že z těchto cílů vyplývají také dva požadavky, totiž věrnosti a plodnosti¹³⁹. Kodex kanonického práva toto potvrzuje v Kánonu 1055 v §1¹⁴⁰ a v Kánonu 1058 dodává: „*Manželství mohou uzavřít všichni, kterým to právo nezakazuje.*“¹⁴¹ Zneplatňující překážky pak kodex uvádí v Kánonech 1073 až 1094. Překážka z důvodu nakažlivé choroby, byť smrtelné, se zde nevyskytuje.

Chceme-li tedy diskutovat právo uzavření manželství nakaženým virem HIV, není pochybnost v prvním cíli manželství (blaho samých

¹³⁸ *Katechismus katolické církve*. Praha : Zvon, 1995, č. 2363, s. 575.

¹³⁹ Tamtéž

¹⁴⁰ „*Manželský svazek, kterým muž a žena mezi sebou vytvářejí nejnuitnější společenství celého života, zaměřené svou přirozenou povahou na prospěch manželů a na pložení a výchovu dětí, ...*“ Citováno z: *Kodex kanonického práva*. Praha : Zvon, 1994, s. 471.

¹⁴¹ *Kodex kanonického práva*. Praha : Zvon, 1994, s. 471.

manželů), ale jistá pochybnost by se mohla vyskytnout v cíli druhém (tedy předávání života). Vzhledem k tomu, že však jen impotence¹⁴² která je buď ve vztahu ke konkrétnímu partnerovi nebo absolutní, organická nebo funkční, existující v době uzavření manželství a je trvalá (tedy ne přechodná) a nevyléčitelná¹⁴³ je nedispensovatelnou překážkou uzavření manželství a ne případná neplodnost, která manželství ani nezakazuje ani nezneplatňuje¹⁴⁴, zbývá k úvaze pouze Kánon 1098 Kodexu kanonického práva který říká: „*Neplatně uzavírá manželství, kdo byl oklamán podvodem za účelem dosažení souhlasu, když se podvod týká nějaké vlastnosti druhé strany, a tato vlastnost může ze své povahy vážně narušit společenství manželského života.*“¹⁴⁵ Uvážíme-li však včasné a důkladné informování ze strany HIV pozitivního partnera o své nemoci, jejím průběhu a rizicích z této nemoci plynoucích¹⁴⁶, padá i důvod podvodu.

Z uvedené úvahy tedy lze vyvodit závěr, že HIV pozitivnímu člověku nebrání zákonná překážka uzavřít kanonicky platné manželství, jestliže jeho manžel či manželka zná jeho/její zdravotní stav, prognózu jeho/její nemoci do budoucna a rizika plynoucí z tohoto svazku. Je však otázkou, může-li nakažený ve svém svědomí obhájit právě ona rizika, kterým vystavuje svého budoucího manžela (manželku) a případně i své budoucí děti. Pokud totiž manžela (ku) hodlá chránit před nakažením „chráněným sexem“¹⁴⁷, pak není od samého počátku¹⁴⁸ splněna druhá základní podmínka manželství, totiž podmínka předávání života a manželství je neplatné¹⁴⁹. Pokud tuto podmínku chce zachovat, pak manželství je sice platné, ale nakažený nerespektuje svou morální povinnost, zdržet se

¹⁴² Impotentia coeundi, tj. neschopnost k souloži, ať na straně muže či ženy.

¹⁴³ Srov.: Hrdina, A. *Kanonické právo*. Píbram : Eurolex Bohemia s.r.o., 2002, s. 300.

¹⁴⁴ Srov.: Kánon 1084 In: *Kodex kanonického práva*. Praha : Zvon, 1994, s. 481.

¹⁴⁵ : *Kodex kanonického práva*. Praha : Zvon, 1994, s. 487.

¹⁴⁶ Nyní mám na mysli hlavně informovanost o riziku ohledně nakažení (partnera a následně) případného dítěte. (Podle toho, jde-li o nakaženou ženu nebo o nakaženého muže.)

¹⁴⁷ Například použitím prezervativu.

¹⁴⁸ Tedy při uzavření manželství. Je dopředu plánováno trvalé znemožnění sexuální součinnosti manželů, které je zaměřené k potomstvu.

¹⁴⁹ Srov.: Kánon 1096 §1 a 1101 §2 In: *Kodex kanonického práva*. Praha : Zvon, 1994, s. 485 a 487.

manželského styku v případě nebezpečných nakažlivých chorob¹⁵⁰, kterou HIV infekce nepochybně je a vystavuje se tak nebezpečí překročení pátého přikázání desatera¹⁵¹, které ovšem i tak překračuje, když druhého vystavuje nebezpečí nákazy.

Poněkud volný závěr tedy může znít, že neexistuje právní důvod, proč manželství neuzavřít, existují však morální důvody, které uzavření manželství minimálně zpochybňují. Rozhodnutí tedy leží, jako tak často, na svědomí každého člověka.

Je jistě ještě jedna cesta, cesta přátelství, tedy soužití v čistotě. HIV pozitivní člověk může jít cestou čistoty, jak o tom píše sv. Matouš: „*Jsou totiž lidé k manželství neschopní už od narození, a jsou k manželství neschopní, které takovými udělali lidé, a jsou konečně takoví, kteří se manželství sami zřekli pro nebeské království. Kdo může pochopit, ať pochopí!*“¹⁵²

Těžko ovšem vnucovat nevěřícímu náboženskou motivaci.

2.3.2 Právo HIV pozitivního člověka na plození dětí

Toto právo opět světské zákony nikterak nezpochybňují. Ostatně při včasné preventivní léčbě plodu a novorozence je riziko přenosu HIV

¹⁵⁰ Srov.: PESCHKE, K.H. *Křesťanská etika*. Praha : Vyšehrad, 1999, s. 451.

¹⁵¹ Poněkud jiná je situace, kdy se jeden z manželů nakazí v době trvání manželství. Pak viz odstavec 2.2.1 mé práce „*Církev však naprosto nepokládá za nedovolené užívání terapeutických prostředků opravdu nutných k léčení organismu, i kdyby z toho plynula třeba i předvídaná zábrana plození života, není-li ovšem tato zábrana z jakéhokoliv důvodu přímo chtěná.*“ (Pavel VI. *Humanae vitae*. Praha : Skriptum, 1992, čl.15, s. 17.). Není sice konsens katolických morálních teologů, zdali se dá tento odstavec encykliky aplikovat i na případ nakažení jednoho z manželů nakažlivou chorobou a následný „chráněný sex“ kdy chtěné je zabránění nebezpečné nákazy a nechtěným důsledkem je zabránění početí, domnívám se však, že v případě těchto pochybností lze rozhodnout ve prospěch manželů a klidného trvání tohoto posvátného svazku, pokud nelze bez větších problémů praktikovat sexuální abstinenci. To ale může platit jen pro řádně odůvodněný jednotlivý případ, nelze připustit snahu manželů řešit své problémy cestou změny normy církve, a vyhnou se tak i sebemenší námaze o dodržení církevního učení (srov.: SKOBLÍK, J. *Poznámky ke křesťanské etice*. Praha : KTF UK, 1994, s. 160.).

¹⁵² Mt 19,12. Citováno z : *Bible – Ekumenický překlad*. Praha : Česká katolická charita, 1987.

infekce z matky na dítě asi 8%¹⁵³, a dokonce méně než 5 % dle hlášení WHO k 1.prosinci 2009, což je mnohem méně, než u například některých degenerativních onemocněních. Pojdme se tedy nejprve podívat, jak na problém nahlízejí a jaké možnosti připouštějí české zákony a světová klinická praxe.

Dle celosvětově platných doporučení¹⁵⁴: HIV pozitivní žena má právo porodit.¹⁵⁵

Vznikne několik situací:

1. **HIV pozitivní je žena¹⁵⁶ – její manžel je HIV negativní** – rozhodli se, že chtějí dítě. K oplodnění může dojít buď a) ve zdravotnickém zařízení – odběr semene muže a aplikace ženě, nebo b) doma – sperma manžela si žena aplikuje injekční stříkačkou sama do vagíny
2. **HIV pozitivní je manžel – žena je HIV negativní.** Oplodnění je provedeno ve zdravotnickém zařízení. Musí být sepsán protokol, že si manželé uvědomují, že nelze 100% vyloučit možnost infekce partnerky. Sperma manžela se promyje, aby se zbavilo seminální tekutiny a pak se aplikuje ženě. Pravděpodobnost otěhotnění je nižší, řádným promytím spermatu se snižuje i pohyblivost spermií. Občas se stane, že po několika marných pokusech se manželé uchýlí k přirozené cestě, i když riskují nákazu.
3. **Oba manželé jsou HIV+** a dohodli se, že chtějí dítě. Otěhotnění proběhne přirozenou cestou.

¹⁵³ Srov.: ROZSYPAL, H. *AIDS – klinický obraz a léčba*. Praha : Maxdorf Jessenius, 1998, s. 13.

¹⁵⁴ Tato doporučení jsou daná Centrem pro kontrolu nemocí v Atlantě (CDC). Čerpáno z viz následující poznámka.

¹⁵⁵ Srov.: STAŇKOVÁ, M. Problematika HIV/AIDS – ohlédnutí a perspektivy. In *KMIL*. 2/2004, s.58.

¹⁵⁶ Od počátku éry HIV infekce se významně změnila proporcionalita v pohlaví u HIV pozitivní populace. Zpočátku (kolem roku 1985) infikované ženy v U.S.A. tvořily 7% z případů infekce virem HIV, v roce 2001 to již bylo 26%. Také v České republice se situace vyvíjela podobně, v roce 1990 bylo v ČR 7 infikovaných žen a 101 mužů (to je 6,5% žen z celkového počtu HIV pozitivních dokumentovaných případů), v roce 2001 to již bylo 114 žen a 387 mužů (ženy tvořily 22,3%) a údaje ke dni 31.8.2009 udávají 263 žen a 1020 mužů, ženy tedy tvoří 20,5% HIV pozitivních dokumentovaných případů (dle údajů z NRL). Dá se tedy obecně říci, že infikovaná žena a zdravý muž v dnešní době už není nijak výjimečná situace.

Pokud je žena v klinickém stadiu A (symptomatické stadium) či B (stadium malých oportunních infekcí) lze obecně říci, že těhotenství nevede k progresi HIV infekce. Matka musí být pečlivě sledována¹⁵⁷ (v ČR na AIDS centru FN Na Bulovce) lékařem AIDS centra a gynekologem, od II. trimestru gravidity léčena zidovudinem či kombinací antiretrovirových léků, porod je uskutečněn císařským řezem pod infuzí zidovudinu a novorozenec dostává za 6-8 hodin po porodu zidovudin v sirupu po dobu šesti týdnů (kompletní profylaktický postup, který je platný celosvětově v zemích s rozvinutým zdravotnictvím, v zemích rozvojových jsou zkrácené profylaktické postupy). Ovlivnění vertikálního přenosu zidovudinem patří k největším úspěchům protiretrovirové léčby vůbec, takže pravděpodobnost přenosu HIV infekce se při zachování celého postupu snížila na méně než 5%, což je významně méně než u některých metabolických vad, kde je u děděných mutací až 50% riziko, nebo vrozená infekční onemocnění jako je např. cytomegalovirová infekce s rizikem až 20%. Dítě HIV+ matky po narození nemá být kojeno, protože v mateřském mléce může být přítomen virus. Terapií se ale jeho množství viru v mléce snižuje a proto je možné v rozvojových zemích povolit kojení, pokud je matka léčena. Otázkou je, co má udělat matka, která terapii nemá a umělá výživa je nedostupná.

V současné době¹⁵⁸, i když je dítě HIV infikované, tak vhodnými terapeutickými postupy v zemích s rozvinutým zdravotnictvím dovedeme zabránit rozvoji onemocnění, a většina dětí HIV + se vyvíjí dobře po všech stránkách fyzických i psychických. Je nutné ale řešit celou řadu problémů, které se mohou vyskytnout v souvislosti se školní docházkou, výlety, tábory, sportem apod. Krvavé zranění dítěte může být zdrojem infekce pro jeho okolí. Podle zdravotního stavu dítěte pak posuzujeme

¹⁵⁷ Samotné těhotenství u HIV infikovaných žen probíhá většinou bez vážnějších komplikací a neliší se svým průběhem od těhotenství zdravých žen.

¹⁵⁸ Praxe AIDS centra na Bulovce, která je závazná i pro další AIDS centra.

schopnost školní docházky, zájmových aktivit, cestování apod¹⁵⁹. Někdy je těžké vysvětlit dítěti proč musí stále užívat léky, chodit na vyšetření, omezit různé vyčerpávající aktivity. V pozdějším věku je nutné vyřešit zodpovědný postoj dospívajícího dítěte vůči svému okolí. Informace o diagnóze HIV infekce je často mladým člověkem přijata velmi negativně a odrazí se i v postoji k rodičům i celé společnosti. Problematika je nová, je otázka , jaká bude budoucnost těchto dětí za 30 nebo 40 let.

Pokud je dítě HIV negativní (to se definitivní platností zjistí v 18 měsících věku dítěte), je z dispenzární péče AIDS centra propuštěno a předáno do péče pediatrů.

Vzhledem k onemocnění rodičů, či v lepším případě jednoho z rodičů, kdy je pravděpodobné, že postupem doby budou stále hůře zvládat rodičovské povinnosti a jejich stav bude vyžadovat stále častější pobyty v nemocnici a zvýšenou péči, je vhodné, aby dětem byla zajištěna péče v širším rodinném zázemí. Proto preferujeme, aby alespoň někdo z rodiny či blízkého okolí – babička, sestra, teta, přítelkyně – byl o situaci informován a v případě potřeby se podílel na výchově dítěte.

Závažný problém 5ti miliónů tzv. HIV negativních sirotek ve světě je jedním z důležitých úkolů, který WHO musí v co nejkratší době řešit.

Problémů, které se nabízejí je jistě mnoho. Pro účel této práce se přidržím tématu kapitoly a podrobněji budu řešit pouze ten nejzákladnější. Diskuse se tedy, stejně jako v předchozí kapitole, bude týkat onoho: Mám morální právo vystavit své dítě riziku oněch 5% nakažení vertikálním přenosem?

Vycházím-li z katolického pohledu na věc, pak je třeba zmínit zásadu, že rodiče jsou povinni darovat svým dětem život odpovědným způsobem. Tuto myšlenku zmiňuje ve svých učitelských dokumentech již papež

¹⁵⁹ Srov.: MONTAGNIER, L. *AIDS – fakta a naděje*. Praha : Nadace pro život, 1993, s. 33.

Pavel VI.¹⁶⁰ a rozpracovává ji pastorální konstituce o církvi v dnešním světě Druhého vatikánského koncilu *Gaudium et spes* když říká, že rodiče jsou při plnění úkolu dávat život a vychovávat své děti spolupracovníky lásky Boží (jakoby jejími tlumočníky) a proto tento úkol mají plnit s lidskou i občanskou odpovědností. Přitom mají přihlídnout nejen k dobru vlastnímu, ale také k dobru svých dětí. Uvážit mají nejen podmínky doby, ale mají také vzít zřetel na dobro rodinného společenství, světské společnosti a církve. Úsudek o tomto si musí manželé udělat před Bohem sami, ale mají si být vědomi toho, že způsob svého jednání nemohou určovat podle své libovůle, ale že se vždycky musí řídit svědomím, které se má přizpůsobovat Božímu zákonu, který je autenticky vykládán magisterem církve¹⁶¹.

Je ale také třeba připomenout, že manželství nebylo ustanoveno jen kvůli plození, ale že i když chybí potomstvo, „*manželství jako pospolitost a společenství celého života trvá a zachovává si svou hodnotu a nerozlučnost*“¹⁶². Bezdětnost, stejně jako nezbytnost odpovědného rodičovství a oprávněnost racionální kontroly porodnosti, toto vše katolická církev obecně uznává. Zde není žádný důvod kontroverzí. Dokument *Gaudium et spes* také v článku 51 říká, že koncil si uvědomuje, že některé životní podmínky brání manželům v harmonickém životě a že se také vyskytují překážky, které brání manželům mít děti¹⁶³ a v článku 87 dodává, že: „*Podle nezczizitelného práva člověka na manželství a na plození potomstva závisí rozhodnutí o počtu dětí, které se mají narodit, na správném úsudku rodičů.*“¹⁶⁴ Úsudek rodičů pak

¹⁶⁰ Například v encyklice *Populorum Progressio* (O rozvoji národů) z roku 1967 v článku 37, kde říká: „*O počtu dětí rozhodují po svědomitém uvážení rodiče; před Bohem, před sebou samými, před dětmi, které už mají, a před společenstvím, k němuž náležejí; a jsou přitom poslušni hlasu svého svědomí, poučení autenticky vykládaným Božím zákonem a posilovaného důvěrou v Boha.*“ Citováno z : *Populorum Progressio* In : *Sociální encykliky*. Praha : Zvon, 1996, s. 242.

¹⁶¹ Srov.: *Gaudium et spes* čl. 50. In *Dokumenty II. vatikánského koncilu*. Praha : Zvon, 1995, s. 225-226.

¹⁶² *Gaudium et spes* In *Dokumenty II. vatikánského koncilu*. Praha : Zvon, 1995, s. 226.

¹⁶³ Srov.: *Gaudium et spes* In *Dokumenty II. vatikánského koncilu*. Praha : Zvon, 1995, s. 226.

¹⁶⁴ *Gaudium et spes* In *Dokumenty II. vatikánského koncilu*. Praha : Zvon, 1995, s. 261.

předpokládá správně vycované svědomí. V žádném případě se ale tento úsudek nemůže přenechat veřejné moci.¹⁶⁵

S přihlédnutím ke zdraví rodičů, duchovnímu a hmotnému blahu rodiny a zájmům společnosti by omezení počtu dětí ospravedlňovali, podle morálního teologa K-H. Peschkeho, následující důvody:¹⁶⁶

1. Ohrožení zdraví a života matky.
2. Eugenické ohledy v případě dědičných onemocnění nebo neschopnosti matky přivést na svět živé dítě.
3. Hospodářské obtíže¹⁶⁷.
4. Pedagogické obtíže¹⁶⁸.
5. Potřeby státu, podmíněné omezeností jeho zdrojů¹⁶⁹.

Z těchto možností se jeví pro případ HIV pozitivního rodiče zajímavý bod 2. V našem problému nejde sice o eugenické ohledy, ale jistě také o možnou velkou zdravotní závažnost pro dítě. V komentáři k tomuto bodu uvádí Peschke jako orientační, návrh vycházející ze studie Pope John Center v St. Louis v USA. Tato studie pokládá prevenci zplození potomstva za závaznou¹⁷⁰, pokud hrozí riziko alespoň 25%¹⁷¹, že se narodí dítě s těžkými genetickými anomáliemi.¹⁷² Zdá se, že se zde můžeme odvážit velice opatrně navrhnout analogii a jako možný orientační bod navrhnout, že pokud hrozí riziko větší než 25%, že nákaza virem HIV se přenese z rodičů (resp. matky) na dítě, bylo by přivedení takového potomka na svět nezodpovědné.

¹⁶⁵ Tamtéž

¹⁶⁶ Srov.: PESCHKE, K.H. *Křesťanská etika*. Praha : Vyšehrad, 1999, s. 442.

¹⁶⁷ Například příliš nízké rodinné příjmy, nebezpečí dlouhodobé nezaměstnanosti, nedostatek bytů, delší závislost dětí na rodičích vzhledem k delší době jejich vzdělávání a podobně.

¹⁶⁸ Například vyplývající z vyšších pedagogických nároků průmyslové společnosti.

¹⁶⁹ Některé země mohou být přelidněny, jiné, zejména méně rozvinuté, nejsou schopny se o svou příliš rychle rostoucí populaci postarat.

¹⁷⁰ Pro rodiče, kteří by nebyli schopni se sami s touto situací vypořádat bez finanční a další pomoci.

¹⁷¹ I když já sám se domnívám, že tato procenta jsou nepřiměřeně vysoká.

¹⁷² Srov.: PESCHKE, K.H. *Křesťanská etika*. Praha : Vyšehrad, 1999, s. 442.

Tato analogie je ovšem nutně značně nepřesná. Přesto vyvozený závěr který by z této úvahy vyplynul, že totiž rodiče HIV pozitivní se mají právo ve svém svědomí rozhodnout přivést na svět potomka, může být přijat. Logičnost tohoto závěru potvrzují i další (nepřímé) argumenty. Je celá řada nemocí, kdy přenesení těžkých (smrtných) následků z rodičů na dítě je daleko větší než u HIV positivity. Život člověka není jen o zdraví, ale záleží především na jeho kvalitě před Bohem. Je třeba respektovat právo a svobodu zdravého svědomí rodičů, kteří jako jediní mají právo rozhodnout o počtu svých dětí¹⁷³.

¹⁷³ Při tomto rozhodování by rodiče měli také řešit, posoudit a ujasnit si řadu otázek, které vyvstanou, pokud bude jejich dítě HIV pozitivní. Mají se informovat další blízké osoby HIV pozitivních dětí? Zda a v jakém rozsahu informovat učitele, vychovatele apod.? Jak pojistit případ nenadálého, zejména krvavého zranění dítěte? Kdy říci dítěti o jeho HIV pozitivitě? A jak pak jednat s dítětem dál? Jak přistoupit ke způsobilosti dítěte ke školní docházce, k úlevám např. v tělesné výchově, k zájmové činnosti, cestování, rekreaci apod.? Při HIV pozitivitě jednoho a nebo obou rodičů je nutné počítat s narušením sociální funkce rodiny, co s tím? Jak hledět na ústavní péči o dítě, na náhradní rodinnou péči? Takových a podobných závažných otázek je celá řada.

3. Kvalita života a HIV/AIDS

V poslední kapitole své práce bych chtěl, i když jen velice krátce, pojednat, jak již sám název napovídá, o problémech, které se dotknou každého HIV pozitivního člověka. Jedná se o faktory, které ovlivňují kvalitu života¹⁷⁴ nejen HIV infikovaných osob dosud bez klinických příznaků infekce, ale také těch, u kterých již propuklo rozvinuté onemocnění - AIDS. Na základě výsledků mnoha výzkumů¹⁷⁵ byl zjištěn pozitivní efekt na kvalitu života HIV infikovaných osob u těchto faktorů: vysoká hladina CD4+ lymfocytů, nízká virová nálož, zaměstnanost a sociální opora. Analogicky můžeme mluvit i o nemocných AIDS.

O prevenci, průběhu a nutném konci onemocnění jsem se již v předcházejících řádcích stručně zmínil¹⁷⁶. V této kapitole bych chtěl věnovat několik řádků přijetí dvou stěžejních skutečností¹⁷⁷ člověkem. Každý HIV infikovaný člověk se totiž dříve nebo později dozví o své infekci, ale ne každý se s tímto zjištěním dokáže vyrovnat. A každý nakažený- podle současných vědomostí - také jednou na tuto nemoc zemře a tato dosud nevyhnutelná skutečnost je rovněž těžce přijímána. A nejedná se jen o přijetí smrti samotné, ale také o poměrně dlouhé, bolestné a komplikované umírání. Jedná se o pochopení života v těch hlubších souvislostech, protože řada dosud důležitých věcí se náhle jeví jako banální a řada nutných životních cílů se náhle jeví jako naprosto nedůležitá. Zkrátka přijetí smrtelné nemoci a přijetí nutného a těžkého

¹⁷⁴ Kvalita života se definuje jako „souhrnná kategorie tvořená objektivními podmínkami a subjektivními úvahami o životě. Životní spokojenost je kognitivní komponenta zažívané kvality života a osobní pohoda je hlavně emocionální komponenta. Štěstí je celkový stav existence kvality života, který jedinec zakouší“. Srov.: JOMBÍKOVÁ, E, KOVÁČ, D. Optimism and quality of life in adolescents – Bratislava secondary school students. *Studia psychologica*. 2007, roč. 49, č. 4, s. 347.

¹⁷⁵ Souhrnně o těchto výzkumech pojednává: POTRIBNÁ, J. *Psychiatrické aspekty nemoci HIV/AIDS. Možnosti ovlivnění kvality života HIV infikovaných osob*. [s.l.], 2002. Ostrava. Dizertační práce.

¹⁷⁶ Viz první kapitola této práce.

¹⁷⁷ Totiž nakažení se virem HIV a onemocněním nemocí AIDS.

umírání zcela změnit život člověka. Někdy k lepšímu. Někdy, nutno přiznat, k horšímu. Ale ať už tak, nebo onak, nežije tento člověk sám, ale ve společnosti.

K tomu, aby HIV infikovaný a nemocný člověk dokázal přijmout svůj současný stav a dokonce z něj dokázal i vytěžit něco co zkvalitní jeho život, je tedy také třeba, spolupráce s okolím, neb jazykem dneška sociální spolupráce. Výlučným úkolem veškeré sociální spolupráce a komunikace je především vytvářet podmínky potřebné k tomu, aby všechny sdružené osoby mohly vést ve svobodě lidsky důstojný život. Princip subsidiarity¹⁷⁸ tedy zavazuje na jedné straně HIV infikovaného¹⁷⁹, aby své postavení jako subjektu hájil pokud možno z vlastní iniciativy a vlastním přičiněním. Na druhé straně ale zavazuje také sociální sféru¹⁸⁰, aby mu k tomu v solidární subsidiaritě vytvářela nutné podmínky. Subsidiárně cílená sociální politika musí usilovat o to, aby nejen kompenzovala individuální nouzi, ale také odstraňovala sociální nouzi a nedostatky, které vyvolávají tuto nouzi a blokují šanci svépomoci. Cílem je společnost, v níž pokud možno všechny osoby mají šanci dostat svůj sociálně spravedlivý podíl na sociální kooperaci právě prostřednictvím dílčí funkce, kterou mohou v této sociální spolupráci převzít a vykonávat. Přitom nesmí jít jen o vydělání peněz¹⁸¹.

Do jaké míry se ale tato kooperace může uskutečnit závisí také na tom, do jaké míry je mimo nepochybně nutnou kompenzační sociální politiku dáno i prostředí, které nabízí potřebné šance a podporuje participaci. V takovémto prostředí se může dařit osobní a solidární svépomoci

¹⁷⁸ „To, co může jednotlivý člověk vykonávat z vlastní iniciativy a svými vlastními silami, to se mu nesmí brát a přenášet na společnost. Stejně tak je prohřeškem proti spravedlnosti, když to, co mohou vykonávat a dovádět ke zdárnému konci menší a podřízené obce, se nárokuje pro větší a nadřízené společenství, současně je to nanejvýš nevýhodné a rozvrací to celý společenský řád. Jakákoli společenská činnost je přece svou podstatou a podle svého pojmu subsidiární, má podporovat jednotlivé složky společnosti, nesmí je však nikdy ničit nebo pohlcovat.“ (Quadragesimo anno čl. 79)

¹⁷⁹ Případně nemocného.

¹⁸⁰ Například nejrůznější instituce, stát a pod.

¹⁸¹ Ale také v neposlední řadě o vlastní práci v rodině a v neplacených funkcích, která je nepochybně sociálně velmi hodnotná a žádoucí.

a v něm existují i předpoklady pro to, aby nakažený či nemocný mohl z vlastní iniciativy a vlastním přičiněním odpovědně vykonávat svou dílčí funkci.

Pokusím se nyní nastínit několik pohledů na kvalitu života osob nakažených virem HIV a nemocných a to v různých etapách HIV infekce a nemoci AIDS.

3.1 Kvalita života lidí HIV pozitivních

Kvalitu života HIV pozitivních osob ovlivňuje celá řada faktorů. Zlomem na poli kvality života HIV pozitivních se stal rok 1996, kdy byla do praxe zavedena vysoce aktivní antiretrovirová terapie (HAART - highly active antiretroviral therapy)¹⁸², díky níž onemocnění AIDS přestalo být vnímáno jako smrtelná choroba, HIV infekce se tak stala chronickou chorobou, s níž infikovaný může žít víceméně kvalitní život, pracovat, rozmnožovat se a s malými či většími omezeními pokračovat v aktivitách, jak byl doposud zvyklý. Přes to chvíle, kdy se infikovaný dozví o svém nakažení virem HIV, je v životě každého člověka těžký, zlomový okamžik.

Již u osob, které čekají na výsledek testu na protilátky anti-HIV, se objevuje vědomí nejistoty a strachu z nejrůznějších skutečností. Mnohdy nevinná onemocnění vedou k obavám, že se jedná o první příznaky AIDS. Kromě obav z bezmoci, strádání a smrti se často dostavuje i strach z prozrazení homosexuality či bisexuality, z případného opuštění partnerem, z možného nakažení někoho blízkého a nebo třeba z odmítavého přístupu přátel a vůbec celé společnosti. Tyto skutečnosti sebou také samozřejmě přinášejí určité emoční stavy a změny chování, jako jsou podrážděnost, zadumanost, deprese, plačtivost, snahy o rekapitulaci života, náhlý hněv apod.

¹⁸² Viz klinická část mé práce.

Pokud už pouhé podezření na tuto nemoc vyvolává tak silné obavy a emoce, je nasnadě, že sekundy, minuty, dny a týdny po potvrzení nákazy musí být, nejprve hlavně pro nakaženého, ale za nějaký čas také i pro jeho rodinu, přátele a známé, dobou ještě o mnoho horší.

Jistě si každý dokáže vzpomenout na nějakou situaci, která znamenala pro jeho život velkou zátěž a také na to, jak na tuto situaci reagoval. Asi se dostavila jakási psychická reakce, obrana člověka, která měla za cíl, zachovat duševní rovnováhu postiženého. Přesto, že individuálně jsou tyto reakce velmi rozdílné a závisí na mnoha okolnostech¹⁸³, může tato naše vzpomínka dokázat, že se více nebo méně přiblížíme a lépe dokážeme pochopit člověka, který se právě dozvěděl, že je infikován virem HIV. I když reakce jednotlivých lidí na těžké životní situace¹⁸⁴, jak už bylo řečeno, závisí na mnoha okolnostech, přece se určité zákonitosti popsat dají. Tyto zákonitosti¹⁸⁵ přehledně jako „fáze“ popsala Dr. Elizabeth Kübler-Rossová¹⁸⁶.

1. Negace, šok, popírání – „Ne, já ne, pro mne to neplatí. To není možné. To je určitě omyl. Zaměnili výsledky.“
2. Agrese, hněv, vzpoura – „Proč zrovna já? Čí je to vina? Vždyť mi nic nebylo.“ Zlost na zdravotníky, zlost na zdravé lidi. Vyčítá nespravedlnost apod.
3. Smlouvání, vyjednávání – Hledání zázračných léků, léčitelů a diet, pověr. Ochota zaplatit cokoliv. Činí velké sliby.
4. Deprese, smutek – Smutek z utrpené ztráty. Smutek z hrozící ztráty. Strach z účtování. Strach o zajištění rodiny.

¹⁸³ Závisí především na typu osobnosti a temperamentu, věku, psychické zralosti, momentální kondici a zdravotním stavu, na životních zkušenostech, na rodinném či nějakém jiném zázemí, v neposlední řadě také na vztahu k Bohu ale i na řadě dalších věcí. Zafixování variant obrany se utváří v průběhu celého života, a to na základě pozitivní zpětné vazby (co se mi v životě osvědčilo, to používám i nadále). Z toho je vidět, že reakce na potvrzení nakažení virem HIV nutně musí být velice individuální.

¹⁸⁴ Což prokázání viru HIV v organismu bezesporu je.

¹⁸⁵ Sice v rovině obecné, tedy ne konkrétně pro případ prokázání nákazy HIV, ale tento mnou diskutovaný případ bezesporu do této kategorie patří.

¹⁸⁶ Následující přehled fází a jejich projevy jsou převzaté z knihy: SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha : Ecce homo, 1999, s. 29.

5. Smíření, souhlas – Vyrovnání, pokora. Nejde o rezignaci (házení flinty do žita), ale o přijetí neodvratitelné skutečnosti¹⁸⁷.

Tyto popsané fáze jsou sice popsány v pořadí, jak obvykle přicházejí, ale toto pořadí není vždy jediné možné. Fáze se často nenadále a opakovaně vracejí, střídají a mohou se dvě nebo i tři prolínat, často i v jediném dni. Fáze také nejsou stejně dlouhé a může se stát, že některá z nich bude zcela chybět.

Je třeba si uvědomit, že tyto fáze neprožívá jen nakažený, ale také jeho blízcí, kteří je však mohou prožívat, a často také prožívají, v určitém časovém posunu. To někdy může nemocnému škodit¹⁸⁸.

Zdá se tedy, že hlavním problémem této etapy nemoci HIV/AIDS je dosáhnout fáze smíření, tedy nalezení pozitivních hodnot. Tento problém se dotýká nejen HIV pozitivních osob, ale též i jejich blízkých. V očích některých lidí, kteří jsou zvyklí obdivovat a jako kladné hodnoty posuzovat pouze mládí, zdraví, úspěch, výkon, užitečnost a podobně, může vzniknout představa, že dlouhodobá a nevléčitelná choroba jako je AIDS je v příkrém rozporu s obdivovanými hodnotami a postrádá tudíž jakýkoliv smysl. V tomto pohledu však vidím ohrožení člověka v samé jeho podstatě, v jeho „lidskosti“. Tento zúžený pohled vede totiž k závěru, že v případě nevléčitelné nemoci jako je AIDS¹⁸⁹ může člověk začít posuzovat druhého člověka, ale i sám sebe, jako něco, co nemá vůbec žádnou hodnotu, cenu a tedy ani smysl. Toto uvažování popírá

¹⁸⁷ Lidé, kteří svůj osud přijali, jsou ve stavu vyrovnanosti a míru. Mají svou vnitřní důstojnost. Ti, kteří jen na svůj osud rezignovali tuto vnitřní důstojnost postrádají. Jsou zahořklí a jejich duševní trýzeň vychází z pocitu marnosti, zbytečného usilování a chybějícího smíru.

¹⁸⁸ Nemocný je například již ve fázi smíření, jeho okolí ale ve fázi smlouvání a vyjednávání. To může nemocného srážet zpátky.

¹⁸⁹ Ale nejen této nemoci, ale i jiných nevléčitelných nemocí jako je rakovina, nemoci které mají špatnou prognózu, ale také například nevratné postižení po úrazu apod. a nebo také v případě dlouho trvajících umírání.

hodnotu člověka jako člověka¹⁹⁰ a je jedním z důležitých argumentů pro euthanasii¹⁹¹ a nebo pro sebevraždu.

Pravděpodobnost smrti je u HIV pozitivního člověka tím větší, čím je nemoc pokročilejší. Zvrat v průběhu nemoci je statisticky blízky nule¹⁹². Přijetí tohoto stavu se může nemocnému nakonec podařit, není to ale žádná samozřejmost. Jen málokdo si je schopen vystačit jen se svými silami. I když jsou v blízkosti pacienta lidé, kteří by mu chtěli a mohli pomoci, dokáží to jen tehdy, když sami jsou schopni a ochotni vidět realitu jeho stavu a přijmout ji.

Výzkumy¹⁹³ dokládají, že od objevu HAART poklesla morbidita i mortalita HIV pozitivních¹⁹⁴. Díky pokroku v léčbě již není prvořadým úkolem jenom prodloužit život HIV pozitivních osob, ale také se pokusit najít faktory, které by jejich život zkvalitnily a přispěly k větší osobní pohodě. Ve srovnávací studii byla porovnávána kvalita života související se zdravím a to u HIV pozitivních pacientů, „zdravé populace“ a pacientů

¹⁹⁰ V křesťanském pojetí také jako vrchol díla stvoření jak o tom mluví Písmo a také množství dokumentů např.: *Katechismus katolické církve*. Praha : Zvon, 1995, č. 343, s. 99. i jinde.

¹⁹¹ Téma eutanazie (v překladu „dobrá smrt“) vyvolává stále nové debaty, publikace, výzkumy veřejného mínění, jítí myslí lidí a vyvolává bouřlivé emoce. Přitom se často stává, že každý z diskutujících mluví o něčem jiném, neboť pojmosloví není obecně známé. K diskusi se zpravidla předkládají tři formy eutanazie (Srov.: PESCHKE, K.H. *Křesťanská etika*. Praha : Vyšehrad, 1999, s. 281.). Eutanazie přímá, nebo také aktivní, což znamená záměrné usmrcení bolestivě a nevléčitelně nemocného pomocí smrtících látek nebo jiných prostředků. Eutanazie nepřímá pak označuje ulehčení smrti pacienta pomocí sedativ a narkotik, které mají za vedlejší účinek zkrácení jeho života. Pasivní eutanazii se rozumí ulehčení smrti opomenutím nebo přerušením kroků prodlužujících život umírajícího. Pokud se mluví obecně o eutanazii, má se zpravidla na mysli její přímá a aktivní forma¹⁹¹, ale jak již shora bylo řečeno, není tomu tak bezpodmínečně.

¹⁹² Na celém světě se dodnes objevilo jen několik málo nakažených (prokazatelně asi 5), u nichž byla s jistotou diagnostikována HIV pozitivita a po nějaké době došlo spontánně k uzdravení. Neví se proč. Uzdravení těchto lidí je v současné době naprosto nevysvětlitelné.

¹⁹³ Srov.: např. s: MURRI, R., et al. Determinants of health - related quality of life in HIV-infected patients. *AIDS Care*. 2003, roč. 15, č. 4, s. 581-590.

¹⁹⁴ Ačkoliv antiretrovirová léčba přispívá ke zkvalitnění života po objektivní zdravotní stránce, HIV pozitivní lidé se stále potýkají s podobnými úskalími jako před jejím objevem. Může se jednat například o diskriminaci nebo stigmatizaci. Výzkumy ukazují (viz dále), že množství HIV pozitivních osob podobná úskalí a nepochopení od svého okolí (často i nejbližší rodiny) zažívá. Nemocní často uvádějí (až jedna třetina), že nejen diskriminace samotná, ale zejména strach z diskriminace negativním způsobem ovlivňují kvalitu jejich života.

s rakovinou a diagnostikovanou depresí. Zjistili, že u HIV pozitivních pacientů jsou hodnoty nejnižší v porovnání s ostatními skupinami. Zdá se proto klíčové zaměřit se na prozkoumání, proč tomu tak je a na hledání a uplatnění takových faktorů, které mohou kvalitu jejich života zvýšit.

Psychologové Douaihy a Singhová se snažili nalézt prediktory, které ovlivňují kvalitu života HIV pozitivních pacientů¹⁹⁵. Podle nich klíčovými jsou tyto:

- Zdravotní stav
- Sociální opora
- Duchovní pohoda (spiritual well-being)
- Psychiatrická onemocnění
- Antiretrovirová terapie.

Jiný výzkumný tým psychologů¹⁹⁶ zkoumal u italského vzorku HIV pozitivních osob se zdravím související kvalitu života ze dvou aspektů – fyzického a psychického. Faktory, které souvisely se špatným subjektivním hodnocením zdravotního stavu, autoři identifikovali jako následující:

- Nízký počet CD4+ lymfocytů
- HIV infekce ve stadiu AIDS
- Užívání drog
- Časté hospitalizace
- Nízká úroveň vzdělání
- Nízký příjem

Faktory, které úzce korelovaly se špatným subjektivně hodnoceným

¹⁹⁵ Srov.: DOUAIHY, A, SINGH, N. Factors Affecting Quality of Life in Patients With HIV Infection. *The AIDS Reader*. 2001, roč. 11, č. 9, s. 450-461.

¹⁹⁶ MURRI, R., et al. Determinants of health - related quality of life in HIV-infected patients. *AIDS Care*. 2003, roč. 15, č. 4, s. 581-590.

psychickým stavem, byly dle zmíněné studie tyto:

- Vysoká virová nálož
- Nespokojenost s mírou informací poskytovaných lékařem
- Nízké vzdělání
- Nízký příjem
- Nezaměstnanost

Podle zmíněných studií, zabývajících se fyzickými a psychickými aspekty se zdravím související kvality života, HIV pozitivní respondenti, kteří své tělesné zdraví posuzovali jako dobré, byli častěji bezdětní a žijící s partnerem, naopak špatné subjektivní fyzické zdraví významně souviselo s věkem pod 47 let, absencí partnerského vztahu, finančními obtížemi, nízkou kvalitou bydlení, vysokou virovou náloží, diagnostikováním AIDS, užíváním drog, vedlejšími účinky léčby a zkušeností s odmítnutím od členů rodiny. Se špatným subjektivním hodnocením psychického zdraví souvisel: nedostatek finančních prostředků, nízký počet CD4+ lymfocytů, vedlejší účinky léčby, zkušenosti s HIV diskriminací a užívání drog. Dle těchto studií nejlépe své zdraví hodnotily ženy žijící ve spokojeném partnerském vztahu.

Obě studie, ač jinak metodologicky koncipované a prováděné v jiných zemích, dospívají k podobným výsledkům, a to, že na spokojenost s psychickým zdravím mají vliv kromě psychosociálních faktorů i imunologické parametry, a naopak, na spokojenost s fyzickým zdravím mají příznivý vliv psychosociální faktory, jako například úroveň vzdělání nebo socioekonomický status. Dalším důležitým faktorem ovlivňujícím spokojenost se zdravotním stavem související kvalitou života je antiretrovirová léčba¹⁹⁷. Zajímavé je, že ani jedna ze studií se neptá na spirituální potřeby nakažených¹⁹⁸.

¹⁹⁷ Ve své práci jsem již uváděl, že sice antiretrovirová terapie na jedné straně snižuje morbiditu a mortalitu, na druhé má však mnoho vedlejších účinků a je spojena s celou řadou psychických symptomů, jako je například depresivita, úzkostnost a podobně, a proto její vliv na celkovou kvalitu života zůstává sporný. Mělo by být úkolem lékaře

Delší nemoc totiž může mít svou velice významnou pozitivní stránku. Může být velikou příležitostí a to nejen pro nemocného, ale i pro celé jeho okolí. Může vést člověka k přehodnocení a lepšímu pochopení žebříčku hodnot. Uchopí-li se tato příležitost správně a zúročí-li se, může být nemoc dokonce tím nejplodnějším a nejcennějším úsekem života¹⁹⁹. Ne každému HIV pozitivnímu člověku se tento ideál, který je ale, jak ukazují výše zmíněné výzkumy, podložen mnoha dalšími okolnostmi, podaří. Je ale mravní povinností ostatních lidí²⁰⁰ nemocnému k této metě podle svých možností dopomoci.

3.2 Kvalita života nemocných AIDS

Kvalita života HIV-infikovaných osob může být ovlivněna jednak samotnou HIV infekcí, jednak přidruženými nemocemi. Onemocnění, která přímo souvisí s pokročilejšími fázemi HIV nemoci, tedy oportunní infekce, zejména tzv. „velké oportunní infekce“, které se objevují ve stadiu AIDS, kvalitu života ovlivňují již závažností jejich průběhu²⁰¹. V tomto případě je kvalita života osob infikovaných virem HIV zhoršena samotnou tíží průběhu těchto chorob, dlouhodobou hospitalizací, pracovní neschopností, či toxicitou léčby. Kvalitě života nemocného nepřidá ani fakt, že ví, že nezadržitelně spěje ke konci svého života.

Není snad lepší úvod, který by bylo možno napsat jako uvedení do problematiky umírání a smrti, což jsou nevyhnutelné konce nemoci

a psychologa pomáhat pacientům vyrovnávat se s touto odvrácenou stránkou antiretrovirové léčby. Dle Murriho (viz výše) totiž nespokojenost s množstvím informací poskytovaných lékařem, které se týkaly léčby, ovlivňovala pacientovu důvěru v lékaře, a spokojenost s množstvím informací působila jako jeden z motivačních faktorů v dodržování léčebného režimu.

¹⁹⁸ Tato práce se tímto problémem ještě bude dále zabývat, proto nyní jen tato poznámka.

¹⁹⁹ Srov.: SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha : Ecce homo, 1999, s. 38.

²⁰⁰ Lhostejno zda se jedná o jednotlivce nebo o instituce.

²⁰¹ Z tzv. „velkých oportunních infekcí“ můžeme jmenovat např.: pneumocystovou pneumonii, mozkovou toxoplazmózu, cytomegalovirovou retinitidu, kryptokokovou meningitidu či kandidovou ezofagitidu.

AIDS, než následující věty: „*Smrt je ukončením pozemského života. Naše životy jsou odměřeny časem, během něhož se měníme, stárneme a jako u všech živých bytostí na zemi smrt se jeví jako normální ukončení života. Toto hledisko smrti dodává našim životům naléhavost: pomyšlení na to, že jsme smrtelní, nám pomáhá uvědomit si, že máme jen omezený čas k uskutečnění své existence.*“²⁰² Fakt omezení času k uskutečnění své existence a k dodělání všeho, co je ještě třeba stihnout, si nejlépe uvědomuje člověk, který ví, že umírá. Smrt je zkušenost, které se nevyhneme. Jen člověk si mylně vytvořil představu, že je třeba na světě být co možná nejdéle²⁰³. Jen člověk si vytvořil představu předčasné smrti. Ale Bůh si volá člověka k sobě vždy v pravý čas. Jen člověk to vždy nedokáže pochopit a přijmout. Křesťané nadto věří, že smrt je bránou do života, a tudíž bránou naděje.²⁰⁴ Nemohu a nechci zde rozebírat smrt ze všech pohledů a úhlů, to ostatně ani není náplní mé práce.²⁰⁵ Chtěl bych se jen ještě dále ve své práci dotknout témat, které považuji v oblasti umírání a smrti za důležité²⁰⁶.

3.3 HIV/AIDS, kvalita života a pracovní oblast

Spolu s povinností pracovat zdůrazňuje II. vatikánský koncil také právo na práci²⁰⁷. Práce je normálním způsobem sebezáchovy. A i když nemocný člověk může právem požadovat sociální ochranu a zabezpečení, přece člověk ví, že k němu práce patří. Ale také je známo, že člověka

²⁰² *Katechismus katolické církve*. Praha : Zvon, 1995, č. 1007, s. 262.

²⁰³ Jako kdyby snad smrt byla pouze definitivní prohra člověka. Srov.: HAY, L. *Limitní situace*. Olomouc : Votobia, 1994, s. 227.

²⁰⁴ Srov.: 1Sol 4,13-14.

²⁰⁵ Toto téma by snad naplnilo celé samostatné pojednání.

²⁰⁶ Viz kapitola 3.4 této práce.

²⁰⁷ *Gaudium et spes in Dokumenty II. vatikánského koncilu*. Praha : Zvon, 1995, čl. 67, s. 241n.

zároveň práce obtěžuje, a že se ji rád vyhne²⁰⁸. I když nelze vnucovat pohled věřícího člověka nevěřícím, přece jen i nevěřící snadno přijme, že nejpřirozeněji prací člověk usiluje o sebezáchovu a o hmotné zajištění osob mu svěřených.

Již dříve jsem se zmínil, že důležitým faktorem, který ovlivňuje kvalitu života HIV pozitivních osob je deprese, nezaměstnanost a únava. Mnozí autoři se shodují, že práce a zaměstnání významnou měrou přispívají ke zkvalitnění života. Vedle příjmu a finančních výhod práce sytí potřebu určitého řádu a struktury, rolové identity, smyslu života a umožňuje rozšířit sociální síť a zvýšit pravděpodobnost získání sociální opory. Jako hlavní důvody, proč lidé pracují, se uvádí²⁰⁹: finanční výhody²¹⁰, psychologické důvody²¹¹, sociální²¹² a zdravotní²¹³ důvody. Výzkumy²¹⁴ také ukazují, že práce saturuje potřebu vlastní užitečnosti, je spojena s možností být úspěšný, přispívá ke zvýšení sebeúcty, sebehodnocení a sociálního statusu. Vedle toho je zdrojem sebeaktualizace a radosti z vytváření hodnot. Výzkumy tedy potvrzují nauku církve, že práce je jedním z významných zdrojů smyslu života²¹⁵.

Naopak nezaměstnanost je rizikovým obdobím, které souvisí se zvýšeným prožíváním stresu a může negativně ovlivnit nejen psychické, ale i fyzické zdraví. Podle výše zmíněných výzkumů nezaměstnanost přispívá k subjektivnímu vnímání zdravotního stavu jako horšího.

U člověka s nevyлéčitelnou chorobou je schopnost pracovat limitována. Infekcí HIV se nakazí převážně mladí lidé na počátku své pracovní

²⁰⁸ Podobně, jako tajuplný dědičný hřích naboural i další věci, například vztah mezi muži a ženami. Člověk bytostí opačného pohlaví potřebuje, přitom ho tyto vztahy trápí, deprivují ho ...

²⁰⁹ Srov.: MURRI, R., et al. Determinants of health - related quality of life in HIV-infected patients. *AIDS Care*. 2003, roč. 15, č. 4, s. 586.

²¹⁰ Zejména příjem, který přispívá ke zvýšení životního standardu a kvality života.

²¹¹ Zde je ústředním motivem zvýšení sebehodnocení.

²¹² Práce nabízí možnost interakce s ostatními lidmi a tvorbu přátelských vztahů.

²¹³ Zaměstnaní lidé hodnotí své zdraví jako lepší, než jak jej hodnotí nezaměstnaní.

²¹⁴ Srov.: MURRI, R., et al. Determinants of health - related quality of life in HIV-infected patients. *AIDS Care*. 2003, roč. 15, č. 4, s. 587.

²¹⁵ Z mnohých možností například srov.: *Gaudium et spes* in *Dokumenty II. vatikánského koncilu*. Praha: Zvon, 1995, čl. 38, s. 211.

kariéry, kdy pracovní návyky ještě nemusejí být plně vytvořené; nebo pracovat ještě nezačali. HIV infikovaný člověk se adaptuje nejen na pracovní život, ale i na neustále se měnící a těžko předvídatelné nároky, které na něho infekce virem HIV klade, což se může promítat do pracovního výkonu. Pracovní výkon při HIV bývá často ovlivněn depresí a úzkostí, s nimiž se setkáváme nejen krátce po diagnostikování HIV, ale deprese a úzkost provázejí jakékoliv zhoršení zdravotního stavu, až k propuknutí AIDS. Na pracovním výkonu se také podepisují vedlejší účinky antiretrovirové terapie, nutnost dodržovat režim a časté návštěvy lékaře. Toto vše mohou být překážky, které brání HIV pozitivnímu člověku, aby se úspěšně zařadil nebo znovu zařadil na trh práce.

Jak již bylo poznamenáno výše, od zavedení HAART do praxe v roce 1996 se zdravotní stav většiny HIV pozitivních osob výrazně zlepšil, poklesla morbidita i mortalita, což umožnilo HIV pozitivním lidem, kteří předtím byli invalidizováni, návrat do práce. Tito lidé tak stanuli před volbou, zda opět začít pracovat či nadále setrvávat v invalidním důchodu. Je jisté, že volbu ve prospěch zaměstnání znesnadňují únava, fyzické a kognitivní limity, léčebný režim, vedlejší účinky léčby, časté návštěvy lékaře a nemocnost, ale také strach z odhalení HIV statusu kolegy, obava z diskriminace. Jsou popisovány²¹⁶ překážky bránící návratu do práce nebo vykonávání zaměstnání. Z medicínských důvodů to nejčastěji jsou: zdravotní komplikace spojené s HIV nemocí²¹⁷ a hospitalisace. Z psychologických důvodů je nejčastěji uváděna deprese²¹⁸, zhoršená kontrola afektů, úzkostnost. Mezi psychosociální důvody jsou řazeny: smrt partnera, odloučení od partnera, možnost zneužívat látky, například

²¹⁶ Srov.: MURRI, R., et al. Determinants of health – related quality of life in HIV-infected patients. *AIDS Care*. 2003, roč. 15, č. 4, s. 588.

²¹⁷ Jako například průjem, pankreatitida, srdeční onemocnění, ...

²¹⁸ Výše uvedené výzkumy uvádějí, že 60 % HIV pozitivních osob zažilo během života alespoň jednu epizodu klinické deprese a prevalence výskytu deprese v populaci HIV pozitivních je 38 %, což je asi třikrát více než v populaci HIV negativních. Deprese nejen významně přispívá ke snížení subjektivně hodnocené kvality života, ale má i za následek horší adherenci a zhoršuje funkci imunitního systému, což vede k rychlejší progresi HIV onemocnění. Deprese patří mezi nejčastější psychiatrická onemocnění, která provázejí HIV, proto se její vliv na kvalitu života nemůže zanedbávat a označovat jako malicherný.

alkohol nebo drogy. Faktory, které zvyšují riziko nezaměstnanosti při infekci virem HIV jsou pak hlavně následující: věk pod dvacet a nad padesát let, nízká pozice v zaměstnání, rodinný stav – svobodný(á), bydliště v regionu s vysokou nezaměstnaností, užívání drog, příslušnost k ženskému pohlaví a status imigranta. Naproti tomu se zvýšenou pravděpodobností najít si opět i při HIV infekci zaměstnání souvisel věk nad 30 let, krátká doba nezaměstnanosti nebo invalidizace a vyšší úroveň vzdělání²¹⁹.

Pro HIV pozitivní osoby, které se chtějí vrátit do zaměstnání, je tím obtížnější se vracet, čím delší dobu byli v invalidním důchodu nebo nezaměstnaní a pro ně i nevýhody v zařazení se do zaměstnání mohou převážit na pomyslné míse vah nad výhodami, které by jim práce nabízela. Jako možné důvody proti začlenění se zpět na trh práce uvádějí nemocí²²⁰ zpravidla změněný zdravotní stav²²¹, obavy ze ztráty finančních jistot, jaké důchod představuje, obavy a úzkost z odhalení HIV statusu na pracovišti, strach z diskriminace²²² a úbytek pracovních schopností a dovedností v době, kdy byli nezaměstnaní nebo v invalidním důchodu. Je tedy velice nesnadné zaujmout postoj k tomu, zda člověk postižený nemocí AIDS (a nebo i jen infikovaný virem HIV) má nebo nemá pracovat.

Přes všechno to zde výše uvedené, můžeme ale přijmout jednoznačné stanovisko, které nám nabízí katolický náhled na práci²²³. Každý člověk je

²¹⁹ Úroveň nezaměstnanosti HIV pozitivních v západní Evropě se pohybuje mezi 45 až 65%, ačkoliv většina z nich je léčena antiretrovirovou terapií. Dle výzkumu na vzorku 2759 francouzských HIV pozitivních osob, jich 56,5% bylo zaměstnáno, a z nich 44,9 % zůstalo zaměstnaných od diagnostikování HIV infekce. Ze 43,5% nezaměstnaných 55,6% ztratilo práci v důsledku HIV infekce. Srov.: MURRI, R., et al. Determinants of health – related quality of life in HIV-infected patients. *AIDS Care*. 2003, roč. 15, č. 4, s. 588.

²²⁰ Srov.: MURRI, R., et al. Determinants of health – related quality of life in HIV-infected patients. *AIDS Care*. 2003, roč. 15, č. 4, s. 588.

²²¹ Myšleno od doby před diagnostikování HIV.

²²² Ve výše uvedených výzkumech se například uvádí, že ve Francii z HIV pozitivních osob, které sdělily svůj HIV status zaměstnavateli, jich 12,1 % posléze zakoušelo nějakou formu diskriminace.

²²³ Srov.: *Gaudium et spes* in *Dokumenty II. vatikánského koncilu*. Praha : Zvon, 1995, zvláště článek 67.

totiž povolán, aby sloužil svým bližním a podílel se na rozvíjení Božího díla stvoření, nakolik mu na to síly stačí. Práci tak je možno chápat nejen ve smyslu fyzické, ale také jako, v širším smyslu, jakékoliv vážné a smysluplné činnosti, včetně klanění v kontemplativním životě²²⁴. V tomto, širším smyslu, pak můžeme práci považovat za všeobecnou povinnost. Zde už nejde pouze o výdělek, ale o jakoukoliv práci pro druhé. Zde už nejde jen o pracovní trh, ale o lásku k bližnímu. A zde mohou pracovat i nakažení, nemocní a snad i umírající. Možná že takovou formu povinnosti pracovat²²⁵ by se nerozpakoval přijmout i nejméně nevěřící²²⁶.

3.4 Umírání

Dalším problémem, který zmíním je péče o těžce nemocné a umírající²²⁷. I nemocní, kteří právě docházejí na konec svého pozemského putování mají totiž, i když to dnes není obecně přijímáno, právo na kvalitu svého konce života. Mnozí lidé a to i mezi lékaři a profesionálními ošetřovateli, si myslí, že nemocný člověk potřebuje především prvotřídní ošetření, léky a klid. To je jistě také pravda, ale není to určitě všechno²²⁸. Dokud to člověk sám nezažije, asi si nedokáže uvědomit, co všechno nemocný postupně ztrácí. Může to být jméno,

²²⁴ Srov.: PESCHE, K.H. *Křesťanská etika*. Praha : Vyšehrad, 1999, s. 560

²²⁵ Dobročinná práce, sociální aktivity, neplacené funkce a nebo jen snaha udělat svět maličko lepším...

²²⁶ Nakonec i výše zmíněné psychologické výzkumy ukazují, že čkoliv je návrat do práce ztížen mnoha limitujícími faktory, přesto HIV pozitivní (včetně rozvinutého stádia nemoci AIDS) nezaměstnaní lidé trpí signifikantně častěji depresí, úzkostí, sociální izolací a nízkým sebehodnocením v porovnání s HIV pozitivními navrátilivšími se do práce. Nezaměstnanost u HIV pozitivních několikanásobně zvyšuje pravděpodobnost sebevražedných myšlenek, představuje vyšší riziko rozvinutí psychiatrických symptomů a deprese a výzkum také dokládá, že pokud si HIV pozitivní opět našli zaměstnání, přispěl tento fakt k významnému zlepšení kvality jejich života. Srov.: MURRI, R., et al. Determinants of health – related quality of life in HIV-infected patients. *AIDS Care*. 2003, roč. 15, č. 4, s. 591.

²²⁷ Tato problematika se jistě opět nedotýká pouze nemocných AIDS, ale dotýká se i jich. Považuji tedy za nutné, se o této problematice být v krátkosti, byť obecně, zmínit.

²²⁸ OPATRŇÝ, A. *Malá příručka pastorační péče o nemocné*. Praha : Pastorační středisko, 2003, str. 16.

postavení, životní jistota, soukromí, stud, životní rytmus, práce, stravovací zvyklosti, volnost pohybu, možnost aktivity a mnohé další věci. K těmto ztrátám naopak přibývá bolest, slabost, obavy, nepříjemná vyšetření, a mnoho dalšího, převážně ne právě příjemného²²⁹. Je třeba si uvědomit i to, že celá řada těžce nemocných lidí, kteří by ještě před nedávnem rychle zemřeli, žijí dnes déle, pokud ovšem mají přístup ke kvalitní lékařské péči.

Z výše citovaného se dají odvodit čtyři okruhy potřeb těžce nemocného člověka: biologické²³⁰, psychologické²³¹, sociální²³² a spirituální²³³. Myslím si, že je velice užitečné, uvědomit si, co pro umírajícího, těžce nemocného člověka, můžeme udělat my, co pro něho může udělat lékař a konečně, co pro sebe může udělat, třeba s dopomocí, sám pacient. Priorita potřeb se v průběhu nemoci jistě mění, a v závěrečné fázi často nabývá na důležitosti potřeba spirituální, zatím co zpočátku jsou to častěji potřeby biologické.²³⁴

Kvalitu života umírajícího velkou měrou určuje jeho přijetí okolím jako rovnoprávného člověka, tedy člověka majícího svou lidskou důstojnost. I když ne vždy je za důležitou považována, přesto si myslím, že důstojnost umírajících s mým tématem souvisí a že si zaslouží, třeba kratičkou, samostatnou zmínku v mé práci.

Pro péči o umírající platí dvě důležité zásady:

²²⁹ Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha : ECCE HOMO, 1995, str. 21.

²³⁰ Patří sem všechno, co potřebuje nemocné tělo jako například potrava, spánek, tišení bolesti, tělesné cvičení a aktivita apod.

²³¹ Patří sem hlavně potřeba respektování lidské důstojnosti, komunikace s okolím, pocit bezpečí a tak dále.

²³² Člověk jako tvor společenský nežije izolovaně od společnosti. Proto ani stonat a umírat by neměl v izolaci. Má mít právo na návštěvy, které si může sám usměřňovat.

²³³ Mnoho lidí se domnívá, že jde jen o uspokojování potřeb věřících. Ale není tomu tak. Každý umírající potřebuje odpustit a vědět, že i jemu bylo odpuštěno. Potřebuje vědět, že jeho život má až do poslední chvíle smysl. Nenaplněnost těchto potřeb vede až ke stavu duchovní nouze. Umírající člověk tím velice trpí, a to tak, že si až zoufá.

²³⁴ Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha : ECCE HOMO, 1995, str. 21.

1. Každý umírající by měl mít v terminálním stadiu svého průvodce a dostatečnou péči. 2. Člověk by měl odcházet s vyrovnanými úcty.²³⁵ Dovolím si přidat ještě zásadu třetí. Každému umírajícímu by měla být ponechána jeho lidská důstojnost²³⁶. Ona důstojnost, vycházející ze stvoření člověka jako požehnaného Božího obrazu.²³⁷

Důstojnost člověka je těžké nějak definovat. Obvykle bývá spojována s pojmy jako úcta, autonomie a ovládání. Než říci, co je to důstojnost, je asi snazší popsat nedůstojnost. Chceme-li ale poskytovat péči a služby, které zachovávají a poskytují důstojnost umírajícího člověka, je třeba pochopit, co to důstojnost vlastně je. V rámci studie „Důstojnost a starší Evropané“ se rozlišují čtyři typy důstojnosti²³⁸.

Důstojnost zásluh; souvisí s rolí člověka ve společnosti, s postavením, nebo s tím, čeho dosáhl. Často závisí na ekonomickém a sociálním postavení. (Člověk který je z tohoto postavení vyřazen např. odchodem do důchodu, může prožívat ztrátu důstojnosti.)

Druhým typem je důstojnost mravní síly; tento typ klade důraz na mravní autonomii či integritu toho kterého člověka. (Lidé schopní žít v souladu se svými mravními zásadami pociťují důstojnost. Ten, kdo se chová zbaběle, může svou důstojnost ztratit.)

Třetím typem je důstojnost osobní identity; souvisí se sebeúctou a odráží osobitou identitu jednotlivce. (Tuto důstojnost mohou poškodit fyzické zásahy, ale také citové či psychologické újmy, jako je třeba ponižování.)

Poslední typ důstojnosti je označován německým pojmem Menschenwürde; ten odkazuje k nezczitelné hodnotě lidských bytostí jako lidských bytostí. Tento aspekt důstojnosti dává opodstatnění mravnímu požadavku úcty vůči všem lidským bytostem, bez ohledu

²³⁵ OPATRŇY, A. *Pastorační péče v méně obvyklých situacích*. Praha : Pastorační středisko, 2001, str. 15.

²³⁶ Domnívám se totiž, že splnění bodů 1. a 2. ještě nutně neznamená, že s umírajícím bude jednáno lidsky důstojně.

²³⁷ Srov. Gn 1,26-28

²³⁸ Srov. KALVACH, Z. *Respektování lidské důstojnosti*. Praha : Cesta domů, 2004, str. 12.

na jejich sociální, duševní či tělesný stav. Domnívám se, že právě tato důstojnost člověka je u umírajících nejvíce v ohrožení. Může být ohrožena neschopností jedince zvládnout a pochopit ztrátu fyzické autonomie, nebo neschopností druhých, vycítit a minimalizovat původní pocit zahanbení. Dále může být ohrožena schopností jedince budovat a tvarovat svojí identitu, a rozumět sám sobě. A asi nejvíce je ohrožena odebráním určitého respektu ostatních a s tím spojenou ztrátou sebeúcty.

Na závěr této kratičké úvahy bych chtěl ještě podotknout, že se může stát, že určitá osoba strádá nedůstojností, ale není si toho vědoma. To ale v žádném případě neospravedlňuje nedůstojné nakládání a jednání s tímto člověkem.

Závěr

Tato práce myslím zřetelně ukázala, že problematika HIV/AIDS sebou nese velké množství komplikací, a to jak z hlediska zdravotního, tak i z hlediska psychologického či sociálního a společenského. I když antiretrovirová terapie významně změnila klinický průběh HIV infekce a onemocnění jednoznačně fatální se stalo onemocněním chronickým, je stále toto onemocnění zatím nevyléčitelné a tedy smrtelné. Život nakažených a do jisté míry i nemocných se zkvalitnil a prodloužil. Přesto je třeba si stále naléhavěji uvědomovat, že antiretrovirová terapie není kauzální! Má totiž řadu nežádoucích vedlejších příznaků a hrozí poměrně velké nebezpečí rezistence. Už ani v České republice není antiretrovirová terapie dostupná všem²³⁹. V podvědomí lidí přestal pod vlivem nesporných úspěchů ve výzkumu HIV/AIDS působit strach z nakažení v domněnku, že oni se nakazit nemohou a pokud ano, tak věda není daleko od konečného úspěchu v léčbě HIV/AIDS. Myslím, že na otázky proč stále narůstá celosvětově počet HIV/AIDS pacientů, proč stále selhávají preventivní programy, proč se lidé přestávají bát a nezodpovědně spoléhají na terapeutické možnosti, existuje jednoznačná odpověď: Lidé nemají dostatečné znalosti!

A tak nezbyvá než konstatovat, že nebezpečí HIV/AIDS je stále zákeřnější svou plíživou nenápadností a skrytostí, a hrozí stále více svým lavinovitým způsobem šíření a to nejen ve světě, kde některé státy ať už z finančních a nebo i jiných důvodů boj proti infekci podceňují, ale i u nás v České republice. Během několika málo let začalo toto onemocnění v celosvětovém měřítku ovlivňovat životy lidí od sféry nejintimnější až po sféru ekonomickou a politickou a toto ovlivňování není na ústupu, ale právě naopak. Informuje nás o tom, že svět se

²³⁹ Zatím se to u nás týká pouze lidí, kteří nemají zdravotní pojištění, ale situace do budoucna je nejistá.

rozvojem ekonomických a kulturních styků i pohybem osob v mezinárodním měřítku „zmenšil“, ale tento těsně propojený svět se stal také velmi zranitelným. Z druhé strany naznačuje, že se v tomto „zmenšeném“ světě zvětšuje vzdálenost mezi lidmi, a to nejen mezi lidmi sobě nejbližšími, ale i mezi jednotlivcem a společenskými institucemi, mezi jednotlivými skupinami lidí uvnitř společnosti a nakonec i mezi národy. Stejně jako ostatní globální problémy, tak i problematika HIV/AIDS s velkou naléhavostí nastoluje pro svět otázku přijetí nového sociálního řádu založeného na pravé lásce k člověku. K tomu má ovšem jistě co říci i katolická církev a potažmo i křesťanská morálka. Jde jen o to, jak tyto hodnoty dané člověku Bohem a časem prověřené, nabídnout dnešnímu světu, aby byly alespoň vážně přijaty do diskuse.

Ve své práci jsem se pokusil v krátkosti problém HIV/AIDS popsat, některé jednotlivosti posoudit a navrhnout řešení v duchu katolické etiky. Jistě jsem se nedotkl všech problémů souvisejících s HIV/AIDS. I přesto, že se má práce zabývá jen malým střípkem v mozaice problémů HIV/AIDS, snad má svůj smysl v tom, že se pokouší zlepšit informovanost v této ne dost známé a nepřehledné problematice a také přinést některé alternativní pohledy, které současná společnost ne vždy zná, a pokud ano, ne vždy je správně chápe. Chtěl jsem svou prací přispět k jejich lepšímu pochopení.

Pokoušel jsem se také ve své práci o to, aby problematika HIV/AIDS byla o něco málo srozumitelnější. Chtěl jsem dát co nejvíc informací umožňujících problém poznat z co nejširšího úhlu pohledu a také z pozice katolické etiky. Chtěl jsem, aby nemocným přinesla pomoc a také aby bylo víc lidí, kteří jsou schopni doprovázet na cestě. Možná totiž, že někdy není ani tak důležité umět situaci vyřešit, jako to, aby mě postižený člověk vůbec zajímal, abych ho neignoroval, ale viděl. Abych chápal problematiku lidí nakažených virem HIV a jejich blízkých a abych jim chtěl, ale také uměl, pomoci.

Postavení HIV pozitivních lidí ve společnosti není jednoduché a jedná-li se navíc o praktikující katolíky, je jejich situace ještě složitější.

Stejně můžeme hodnotit postavení lidí blízkých nemocným a také početnou skupinu lidí pomáhajících. Jak jsem ve své práci již několikrát zdůraznil, nejsou katolické etické hodnoty u nekatolíků často přijímány. Otázkou zůstává proč. Odpovědí se nabízí několik a v neposlední řadě je to také nedobrá kultura argumentace nás katolíků při předkládání etických hodnot světu²⁴⁰. Nejdeme ke kořenu problému, často začínáme uprostřed a jsme poté nesrozumitelní. Často ani sami neznáme směr církevního myšlení a podstatu problému. Narazíme-li na neporozumění nebo odpor, nehledáme často problém ve vlastním postoji a kvalitě argumentace, ale vidíme hned viníka v nedostatku dobré vůle toho druhého. Při diskusi problémů je třeba vycházet z bodu, který se svým protějškem můžeme sdílet společně a pak teprve logicky, věcně správně a hlavně srozumitelně předkládat své stanovisko, ale také vyslechnout a snažit se pochopit stanovisko druhé strany. Nelze se také jistě uchylovat k „opíjení rohlíkem“ a k demagogii a chtít přesvědčit druhou stranu za každou cenu. V současné době jde hlavně o to, přivést druhé k dialogu a ke správnému pochopení toho, co říkáme, k porozumění tomu, jak my (církev) to vlastně myslíme. „*Při argumentování ve prospěch nauky církve o etických otázkách je dobře si připomínat, že tyto otázky nejsou cílem církevního snažení, nýbrž doprovodným prostředkem.*“²⁴¹ Při etické argumentaci ve prospěch etiky zastávané církví nesmí jít v žádném případě o vášnivé prosazování sebe, ale vždy je třeba mít na zřeteli jediný skutečný cíl, totiž spásu člověka. Tam, ve chvíli kdy chceme být „Bohu nápomocní“, je třeba se spolehnout na Boží prozřetelnost²⁴². Avšak srozumitelnost a pochopení našich argumentů znamená, že můžeme být

²⁴⁰ Srov.: SKOBLÍK, J. *Morálka v křesťanské praxi*. Praha : Pastorační středisko při Arcibiskupství pražském, 2002, s. 6.

²⁴¹ SKOBLÍK, J. *Morálka v křesťanské praxi*. Praha : Pastorační středisko při Arcibiskupství pražském, 2002, s. 7.

²⁴² Srov.: POWELL, J. *Proč žít, proč umírat*. Praha : Zvon, 1995, s. 176.

přátelsky druhou stranou přijímání jako ti, v jejichž srdci našla odezvu radost a naděje, smutek a úzkost lidí naší doby.²⁴³

Ve své práci jsem se pokusil ukázat nakažení a nemoc HIV/AIDS a s tímto související problémy z hlediska zdravotního, psychologického, sociálního, společenského a také z hlediska katolické morálky. Chtěl bych, aby ubylo výkřiků beznaděje:

*A v zařatých pěstích cítím tu úzkost...
tu zarytou touhu jít dál,
míjet a nacházet, v dešti hrát si s kapkami,
v duze kreslit obrazy,
zabít ten strach...zabít a pohřbít tu ztracenost
procitnout
v ranní rose a cítit zas měkkost rtů
ve snu políbených...
...nebát se zas snít
o dětských kouzlech.²⁴⁴*

Pokud tato má práce pomůže jedinému trpícímu člověku, je to dost.

²⁴³ Srov.: Gaudium et spes in *Dokumenty II. vatikánského koncilu*. Praha : Zvon, 1995, s. 183.

²⁴⁴ Anonym. In JEDLIČKA, J. *Pozitivní život*. Praha : Státní zdravotní ústav., 2002, s. 86

Seznam příloh:

1. Kaposiho sarkom
2. Mangabej černý a šimpanz učenlivý
3. Objevitelé viru HIV
4. Světová epidemie AIDS
5. Počty HIV/AIDS v České republice
6. Přenos HIV infekce v ČR
7. Testování těhotných žen v ČR
8. AIDS v České republice
9. Rozdělení HIV pozitivních případů v ČR
10. Počty osob s HIV/AIDS v ČR
11. AIDS centrum FN na Bulovce

Příloha I

Kaposiho sarkom

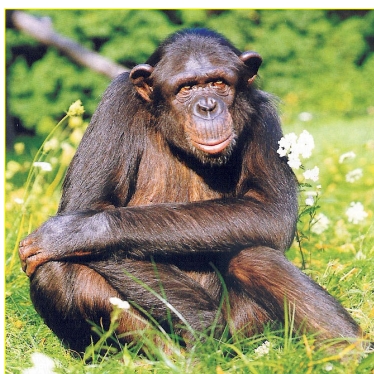


Zdroj: SZÚ ČR

Příloha II

PŮVOD HIV

HIV-1



Šimpanz učenívý
(resp. poddruh *Pan troglodytes troglodytes*)

HIV-2

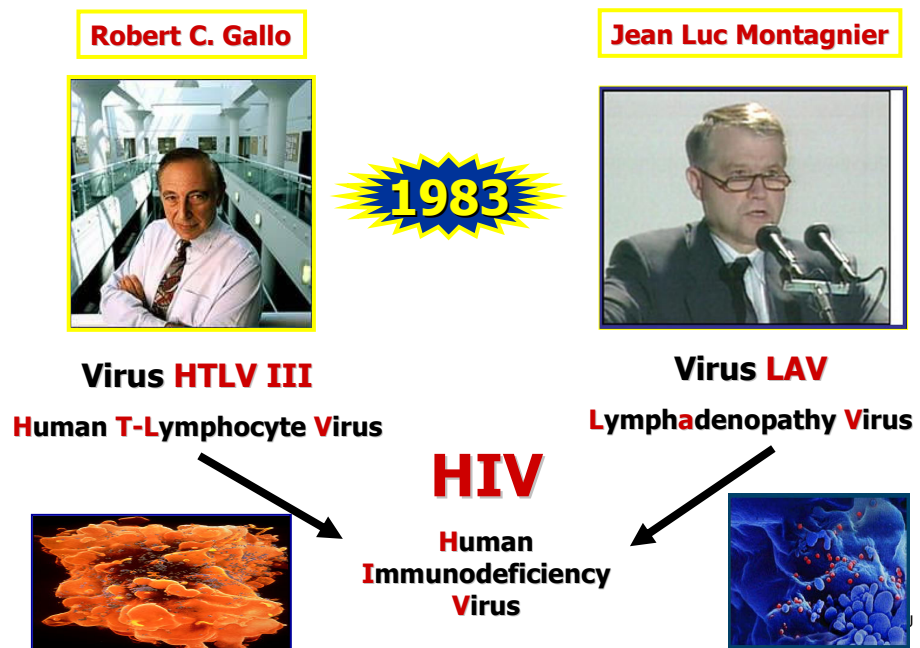


Mangabej černý (*Cercocebus aterrimus*)

NRL AIDS, SZÚ

Příloha III

Objevitelé viru HIV

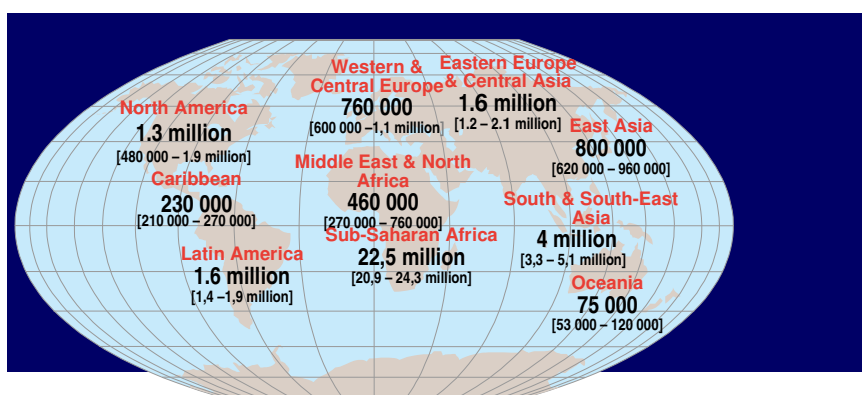


Zdroj: Národní referenční laboratoř

Příloha IV

Světová epidemie

Odhadované počty osob (dospělí a děti) žijících s HIV/AIDS v jednotlivých světových oblastech, 2008



Příloha V

HIV POZITIVNÍ CIZINCI V ČR PODLE PŮVODU - GEOGRAFICKÉ OBLASTI Kumulativní údaje ke dni 31.7. 2009

Geografická oblast	Muži	Ženy	Celkem	Způsob přenosu								
				HO	ID	IH	HF	TR	HT	MD	NO	NE
ZÁPADNÍ EVROPA	28	2	30	6	1	0	0	0	5	0	0	18
STŘEDNÍ EVROPA	32	8	40	6	1	0	0	0	10	0	1	22
VÝCHODNÍ EVROPA	55	46	101	3	21	0	0	0	38	0	0	39
SUBSAHARSKÁ AFRIKA	61	36	97	0	0	0	0	0	13	0	0	84
SEVERNÍ AFRIKA A BLÍZKÝ VÝCHOD	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3
JÍŽNÍ A JIHOVÝCHODNÍ ASIE	16	2	18	0	4	0	0	0	2	0	0	12
VÝCHODNÍ ASIE A OCEÁNIE	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
AUSTRÁLIE A NOVÝ ZÉLAND	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SEVERNÍ AMERIKA	17	0	17	7	0	0	0	0	2	0	0	8
KARIBSKÁ OBLAST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
JÍŽNÍ AMERIKA	5	0	5	1	0	0	0	0	0	0	0	4
CELKEM	217	95	312	23	27	0	0	0	70	0	1	191

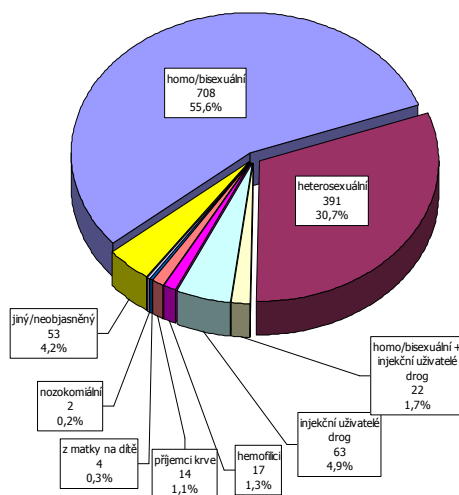
Způsob přenosu:

HO	homosexuální / bisexuální	ID	injekční uživatelé drog
IH	injekční uživatelé drog + homosexuální/bisexuální	HF	hemofilci
TR	příjemci krve a krevních přípravků	HT	heterosexuální
MD	z matky na dítě	NO	nozokomiální
NE	nezjištěný / jiný		

Zdroj: Státní zdravotní ústav ČR

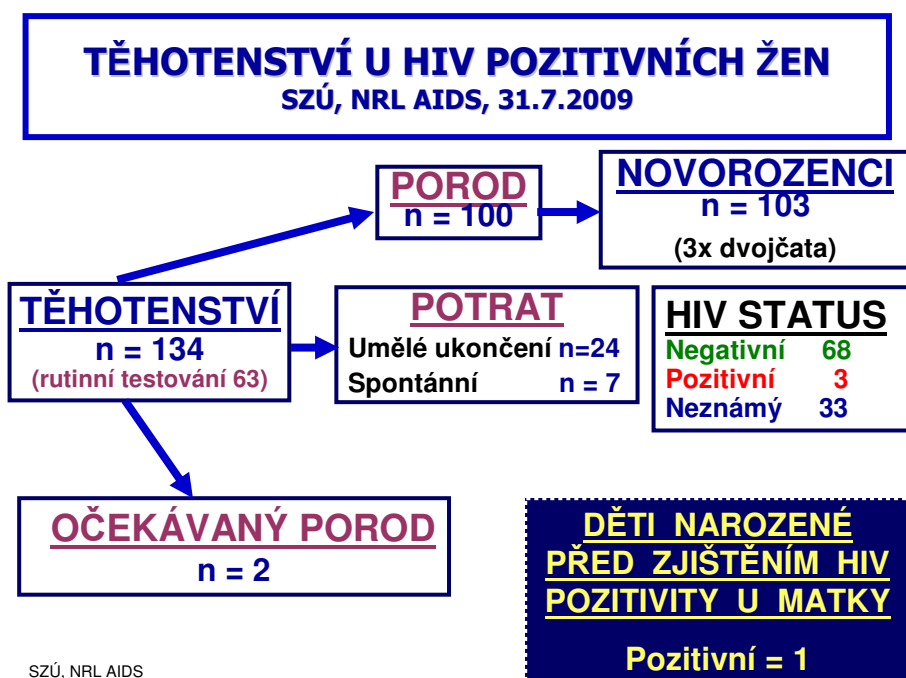
Příloha VI

ROZDĚLENÍ HIV POZITIVNÍCH PŘÍPADŮ V ČR PODLE ZPŮSOBU PŘENOSU (jen občané ČR a cizinci s trvalým pobytem) Kumulativní údaje ke dni 31.7.2009



Zdroj SZÚ ČR

Příloha VII



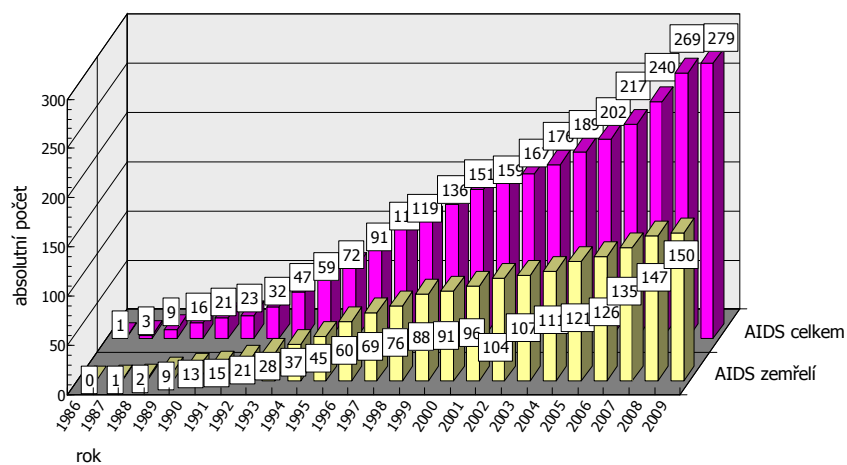
Příloha VIII

AIDS V ČESKÉ REPUBLICE

(jen občané ČR a cizinci s trvalým pobytem)

Kumulativní údaje ke dni

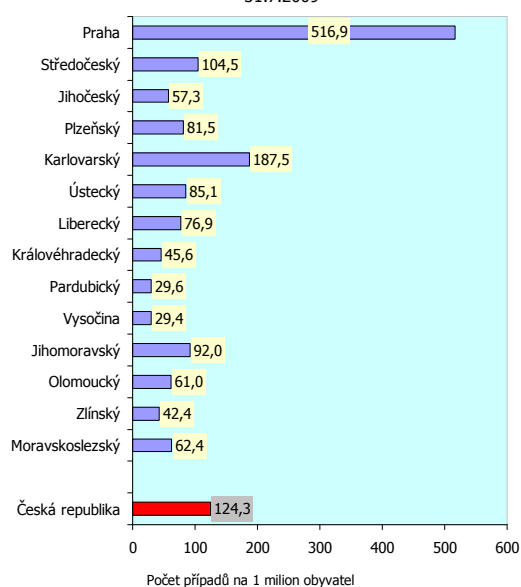
31.7.2009



Zdroj: SZÚ ČR

Příloha IX

**ROZDĚLENÍ HIV POZITIVNÍCH PŘÍPADŮ V ČR
PODLE KRAJE BYDLIŠTĚ V DOBĚ PRVNÍ DIAGNÓZY HIV**
(jen občané ČR a cizinci s trvalým pobytem)
Kumulativní údaje ke dni
31.7.2009



Zdroj: SZÚ ČR

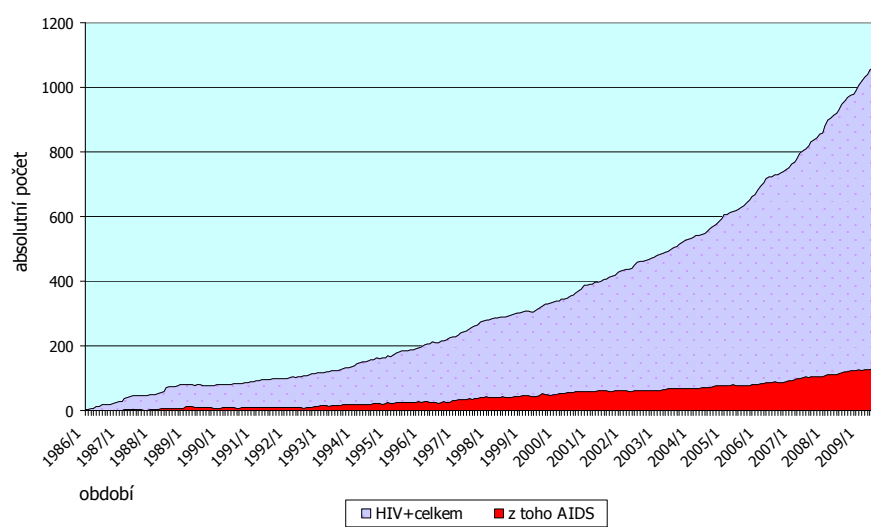
Příloha X

OSOBY ŽIJÍCÍ S HIV/AIDS V ČESKÉ REPUBLICE

(jen občané ČR a cizinci s trvalým pobytem)

Měsíční údaje ke dni

31.7.2009



Zdroj: SZÚ ČR

Příloha XI

AIDS Centrum FN Na Bulovce

Vyšetřovna



**Sesterna +
odběrová místnost**



Denní stacionář



Foto: autor

Shrnutí

Cílem této diplomové práce je pojednat o některých etických otázkách souvisejících s nakažením virem HIV a také s nemocí AIDS a to z hlediska katolické etiky. V první části práce je popsána nemoc samotná a to včetně uvedení některých statistických čísel a jasně se zde vytyčuje problematika HIV/AIDS a to jak z hlediska nemocných, tak také z pohledu lidí pomáhajících a nebo jen opodál stojících. Upozorňuje na již známé postoje různých lékařů, psychologů a dalších odborníků ale také katolických teologů a také popisuje a naznačuje různá řešení dané problematiky. Cílem práce není vyčerpávající řešení všech problémů s touto problematikou souvisejících, ale spíše seznámení se s problematikou HIV/AIDS a nabídnutí řešení a pomoci těm kteří to potřebují, hlavně ale nemocným a pomáhajícím.

Práce je rozdělena do tří kapitol. V první z nich je popsána samotná nemoc, mluví se o původu této nemoci, o její historii, jejím výskytu, o počtu pacientů v Česku i ve světě, o způsobech přenosu infekce, o diagnostice, terapii a léčbě této choroby. V první kapitole se také v krátkosti popisuje péče o infikované osoby v České republice. Je zde také pojednáno o prevenci šíření HIV infekce.

Druhá kapitola nastoluje některé otázky týkající se nakažení virem HIV a nemocí AIDS. Rozebírá se problematika testování na protilátky HIV, problémy okolo informování jak o nakažení virem HIV tak i o nemoci AIDS a také se mluví o problémech okolo samotné léčby této choroby, včetně finančních aspektů léčby. Dále se v této kapitole uvažuje o právu HIV pozitivního člověka uzavřít manželství a o právu nemocných zplodit dítě.

Třetí kapitola rozebírá kvalitu života nakažených virem HIV a těch, kteří již onemocněli nemocí AIDS ale také těch, kteří s nimi žijí, o ně se starají, kteří je mají rádi. Zbývá se zde také smrtí a situacemi, které s ní

souvisí, protože to k dané problematice neoddiskutovatelně patří. Také v této kapitole je několik statistických čísel.

Práce končí rekapitulací, a několika vlastními postřehy.

Summary

The goal of the dissertation is the acquaintance with the HIV/AIDS problems which are connected to this disease from point of view – catholic ethics. In the first part the study summarizes the current knowledge about HIV/AIDS infection and describes some statistics dates. All factors influencing the problematic of HIV/AIDS are analyzed in detail – from point of view – patient, doctor, nurse and other people. The study notices to the well known pose of various physicians but also catholic theologians and describes and indicates various solutions this major problematic. The aim of this dissertation isn't a comprehensive solution of all problems connecting to HIV/AIDS infection, but introducing this serious problematic, offering some solutions and mainly helping patients and their helpful persons in need.

The dissertation is divided into three parts.

The first chapter describes the illness, its origin, history, statistic dates in the world and in our country, the way of transmission, diagnostic and therapy of this disease. In this chapter the writer also describes the organisation of medical care of HIV/AIDS patients in Czech Republic and refers to method of the prevention transmission of HIV infection.

The second chapter considers with some ethical conflicts around HIV infection and AIDS disease. The problems of the serological examination of HIV, some problems around informations about this disease, but also therapy and very important financial aspect of HIV therapy are analysed. In this chapter the right of the HIV person to get married and give birth to child is discussed.

The third chapter analyses not only a quality of life HIV infected people and AIDS illness patients, but also surrounding people which taking loving care about them. There are some statistic numbers in this chapter too

The study is closed by the recapitulation and some perceptions which the author regards as to mention of it.

Přehled symbolů a zkratk

AIDS - Acquired Immunodeficiency Syndrome (Syndrom získané imunodeficiency), poslední klinické stádium HIV infekce.

AZT - Lék, který zpomaluje rozmnožování virů HIV.

CDC – Centrum pro kontrolu a prevenci nemocí v Atlantě v USA.

CD4 T - Určité bílé krvinky, zodpovědné za obranyschopnost organismu.

ČR – Česká republika.

ELISA - Klasické krevní testy prokazující virus HIV. Nestačí však k definitivnímu potvrzení HIV positivity vyšetřované osoby.

FN – fakultní nemocnice

HAART - Od roku 1996 standardní postup léčby kombinací několika antiretrovirových léků. Je to vysoce účinná antiretrovirová terapie, která vychází z individuální situace u konkrétního pacienta.

HIV - Human immunodeficiency virus (virus lidské imunodeficiency) z čeledi *Retroviridae*, který způsobuje nemoc AIDS.

MZ – Ministerstvo zdravotnictví

NRL – Národní referenční laboratoř

SARS - Závažný syndrom respiračních onemocnění; virová nemoc.

SIV - Virus opičí imunodeficiency, podle některých teorií z něho zmutoval virus HIV.

SZÚ ČR – Státní zdravotní ústav v České republice

WB - Western blot, konfirmační test, který v České republice provádí pouze Národní referenční laboratoř pro AIDS ve Státním zdravotním ústavu v Praze. Tato laboratoř je jediným pracovištěm v ČR, které definitivně potvrzuje HIV pozitivitu vyšetřované osoby.

Seznam literatury

Benedikt XVI. *Deus caritas est*, Příbram : Paulínky, 2006.

ISBN 80-86949-03-6.

BENEŠ, A. *Morální teologie*. Praha : Kazatelské středisko Čs provincie Řádu bratří kazatelů, 1991.

BENEŠ, A. *Morální teologie*. Praha : Krystal, 1994.

ISBN 80-901528-3-X.

Bible. Praha : Česká katolická charita, 1987.

BRÚČKOVÁ, M. *Příručka pro poskytování poradenství*. Praha : Státní zdravotní ústav, 1995.

DIGNITAS PERSONAE. Kostelní Vydří : Karmelitánské nakladatelství, 2009. ISBN 978-80-7195-352-4.

DOLANSKÁ, P. *Testování infekcí u uživatelů drog*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2004. ISBN 80-86734-16-1.

DOUAIHY, A, SINGH, N. Factors Affecting Quality of Life in Patients With HIV Infection. *The AIDS Reader*. 2001, roč. 11, č. 9, s. 450-461.

DVOŘÁK, J. *Ve stínu AIDS*. Praha : Academia, 1992.

ISBN 80-200-0236-7.

Etický kodex České lékařské komory ze dne 1.1.1996, §2 odst. 2. In : IVANOVÁ, K. *Kapitoly z lékařské etiky*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. ISBN 80-200-0236-7.

Etický kodex práva pacientů ČR z 25.2.1992. In : IVANOVÁ, K. *Kapitoly z lékařské etiky*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. ISBN 80-244-0892-9.

Gaudium et spes in Dokumenty II. vatikánského koncilu. Praha : Zvon, 1995. ISBN 80-7113-089-3.

GLADKIJ, I. Vztah mezi zákonem a etikou. In : IVANOVÁ, K. *Kapitoly z lékařské etiky*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. ISBN 80-200-0236-7.

GRIESE, O. N. Catholic Identity in Health Care, Principles and Practice. In : POHUNKOVÁ, D. Křesťané a základní otázky biotiky. *Teologické texty*, 1997, roč. 8, č. 4.

HAY, L. *Limitní situace*. Olomouc : Votobia, 1994. ISBN 80-85885-11-5.

Hrdina, A. *Kanonické právo*. Příbram : Eurolex Bohemia s.r.o., 2002. ISBN 80-86432-26-2.

IVANOVÁ, K. *Kapitoly z lékařské etiky*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. ISBN 80-244-0892-9.

JEDLIČKA, J. *Pozitivní život*. Praha : Státní zdravotní ústav., 2002. ISBN 80-7071-240-X

- JOMBÍKOVÁ, E, KOVÁČ, D. Optimism and quality of life in adolescents – Bratislava secondary school students. *Studia psychologica*. 2007, roč. 49, č. 4, s. 347n
- KALVACH, Z. *Respektování lidské důstojnosti*. Praha : Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4334-0.
- Katechismus katolické církve*. Praha : Zvon, 1995. ISBN 80-7113-132-6.
- Kodex kanonického práva*. Praha : Zvon, 1994. ISBN 80-7113-082-6.
- Mater et Magistra In : *Sociální encykliky*. Praha : Zvon, 1996. ISBN 80-7113-154-7.
- Metodické opatření MZ Řešení problematiky infekce HIV/AIDS, Věstník MZ ČR, částka 8/2003.
- MONTAGNIER, L. *AIDS – fakta a naděje*. Praha : Nadace pro život, 1993.
- MURRI, R., et al. Determinants of health - related quality of life in HIV-infected patients. *AIDS Care*. 2003, roč. 15, č. 4, s. 581-590.
- ONDOK, J. P. *Bioetika*. Svitavy : Trinitas, 1999. ISBN 80-86036-24-3.
- ONDOK, J.P. *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*, Praha : Triton, 2005. ISBN 80-7254-486-1.
- OPATRŇÝ, A. *Malá příručka pastorační péče o nemocné*. Praha : Pastorační středisko, 2003.

OPATRŇY, A. *Pastorační péče v méně obvyklých situacích*. Praha : Pastorační středisko, 2001.

O'ROURKE, B. *Medical Ethics*. In : PESCHKE, K.H. *Křesťanská etika*. Praha : Vyšehrad, 1999. ISBN 80-7021-331-0.

Pavel VI. *Humanae vitae*. Praha : Skriptum, 1992. ISBN 80-900335-5-5.

PESCHKE, K.H. *Křesťanská etika*. Praha : Vyšehrad, 1999. ISBN 80-7021-331-0.

POHUNKOVÁ, D. Křesťané a základní otázky biotiky. *Teologické texty*, 1997, roč. 8, č. 4, s. 118-119.

Populorum Progressio In : *Sociální encykliky*. Praha : Zvon, 1996. ISBN 80-7113-154-7.

POTRIBNÁ, J. *Psychiatrické aspekty nemoci HIV/AIDS. Možnosti ovlivnění kvality života HIV infikovaných osob*. [s.l.], 2002. Ostrava. Dizertační práce.

POWELL, J. *Proč žít, proč umírat*. Praha : Zvon, 1995. ISBN 80-7113-137-7.

ROZSYPAL, H. *AIDS – klinický obraz a léčba*. Praha : Maxdorf Jessenius, 1998. ISBN 80-85800-92-6.

ROZEHNALOVÁ, M. *Prevence rizikového sexuálního chování mládeže a jeho následků*. Praha : Cevap, 2005. ISBN 80-902898-8-6.

SKOBLÍK, J. *Morálka v křesťanské praxi*. Praha : Pastorační středisko při Arcibiskupství pražském, 2002.

SKOBLÍK, J. *Poznámky ke křesťanské etice*. Praha : KTF UK, 1994.

STAŇKOVÁ, M. Post-expoziční profilaxe infekce HIV In *Sborník přednášek – Český kongres o infekčních chorobách*. Zář 2005, Monínek č. 28, s. 41n.

STAŇKOVÁ, M. Problematika HIV/AIDS – ohlédnutí a perspektivy. In *KMIL*. 2/2004, s.58n.

SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha : Ecce homo, 1999. ISBN 978-80-902049-2-9.

zákon ČR č.20/66 Sb. *O péči o zdraví lidu*.

Zákon 258/2000 Sb. *O ochraně veřejného zdraví*.

Abstrakt

STANĚK, J. *HIV/AIDS a některé etické otázky*. Praha 2010. Diplomová práce. Karlova universita v Praze. Katolická teologická fakulta. Katedra teologické etiky a spirituální teologie. Vedoucí práce PhDr. Libor Ovečka, Th.D.

Klíčové pojmy: HIV/AIDS, nemoc, prevence, léčba, morální teologie, křesťanské hodnoty, kvalita života

Tato práce pojednává o některých etických otázkách spojených s nemocí HIV/AIDS, část jich nastoluje a část se jich pokouší řešit. V první části se zabývá samotnou nemocí a jejími příčinami, její historií, výskytem, počtem nakažených, léčbou a prevencí. V dalších částech nastoluje některé etické otázky, které s nakažením virem HIV a nemocí AIDS souvisí. Mluví se zde o testování na protilátky viru HIV, o problémech s informováním o nakažení virem HIV a nemocí AIDS, o problémech spojených s ošetřováním a léčením nakažených a nemocných a také o některých problémech spojených s životem těchto lidí. To vše je reflektováno pohledem katolické morální teologie.

Počet znaků (včetně mezer a poznámek pod čarou, bez příloh): 158 886

Abstract

Staněk, J. HIV/AIDS infection and some ethics aspects connecting with this disease.

Prague 2010. Dissertation.

Bachelor's study. Charles University, Prague. Catholic Theological Faculty. Department of Theological Ethics and Spiritualist Theology.

Head of study: PhDr. Libor Ovečka, Th.D.

Keywords: HIV/AIDS, infection disease, prevention, therapy, moral theology, Christian

Values

The goal of the dissertation is to give some informations on ethics problems connecting with HIV/AIDS infection. Partly informing about these problems, partly solving these problems.

The first chapter describes illness, its origin and history, statistic dates in the world and in our country, the way of the transmission, diagnostic and therapy of this disease and prevention.

In the following part the problem of serological examination is analysed and also some problems around information about of this disease, about nursing problems and ethics aspect of HIV therapy.

The right of the positive persons to get married and to give birth to a child is discussed.

Finally, problematics of disease's acquirement, the process of dying and death is also discussed. It is all reflected through the catholic moral theology.